



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

DEPRESIÓN EN CONTEXTO DE COVID-19 EN ADULTOS QUE ASISTEN A UN  
CENTRO DE SALUD DE LIMA METROPOLITANA

**Línea de investigación:**

**Psicología de los procesos básicos y psicología educativa**

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

**Autora:**

Carranza Campos, Aynabeth Valerie

**Asesora:**

Zegarra Martínez, Vilma

**Jurado:**

Valdez Sena, Lucia Emperatriz

Hervias Guerra, Edmundo Magno

Tantalean Terrones, Lizley

**Lima - Perú**

**2022**

**Referencia:**

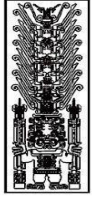
Carranza, A. (2022). *Depresión en contexto de Covid-19 en adultos que asisten a un centro de salud de Lima Metropolitana*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6489>



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**VRIN** | VICERRECTORADO  
DE INVESTIGACIÓN

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DEPRESIÓN EN CONTEXTO DE COVID-19 EN ADULTOS QUE ASISTEN A UN  
CENTRO DE SALUD DE LIMA METROPOLITANA**

**Línea de investigación:**

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

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

Clínica

**Autora:**

Carranza Campos, Aynabeth Valerie

**Asesora:**

Zegarra Martínez, Vilma

**Jurado:**

Valdez Sena, Lucia Emperatriz

Hervias Guerra, Edmundo Magno

Tantalean Terrones, Lizley

**Lima – Perú**

**2022**

### **Dedicatoria**

A mi madre y mi padre por su apoyo incondicional en mi desarrollo profesional, a mis pequeños motores y a todas las personas involucradas dentro de esta hermosa aventura.

### **Agradecimientos**

A mi familia, por su apoyo incondicional para poder seguir consiguiendo mis metas.

.

## Índice

Dedicatoria	I
Agradecimiento	II
Índice	III
Índice de tablas	V
Resumen	VI
Abstract	VII
<b>I. Introducción</b>	<b>1</b>
1.1. Descripción y formulación del problema	2
1.2. Antecedentes	5
1.2.1 Antecedentes Internacionales	5
1.2.2 Antecedentes Nacionales	9
1.3. Objetivos	10
1.3.1 Objetivo General	10
1.3.2 Objetivos Específicos	10
1.4. Justificación	11
<b>II. Marco Teórico</b>	<b>12</b>
2.1. Bases Teóricas de la depresión	12
2.1.1 Definiciones	12
2.1.2 Modelo teórico	12
2.1.3 Etiología y factores	14

	IV
2.1.4 Clínica de la depresión	16
<b>III. Método</b>	<b>17</b>
3.1. Tipo de investigación	17
3.2. Ámbito temporal y espacial	17
3.3. Variables	17
3.4. Población y muestra	20
3.5. Instrumento	22
3.6. Procedimientos	23
3.7. Análisis de datos	24
3.8. Consideraciones éticas	24
<b>IV. Resultados</b>	<b>25</b>
<b>V. Discusión de resultados</b>	<b>33</b>
<b>VI. Conclusiones</b>	<b>38</b>
<b>VII.Recomendaciones</b>	<b>39</b>
<b>VIII.Referencias</b>	<b>40</b>
<b>IX. Anexos</b>	<b>45</b>

## Índice de Tablas

1. Operacionalización de la variable de estudio: depresión	20
2. Operacionalización de las variables de control	21
3. Distribución del tamaño poblacional y de la muestra según sexo	22
4. Características sociodemográficas de la muestra	23
5. Estadísticos descriptivos de Depresión	26
6. Prevalencia de la depresión en la muestra de estudio	26
7. Frecuencias de la muestra según las categorías de gravedad de depresión	27
8. Frecuencias de las categorías de gravedad de depresión según sexo	28
9. Frecuencias de las categorías de gravedad de depresión según estado civil	29
10. Frecuencias de las categorías de gravedad de depresión según grado de instrucción	30
11. Frecuencias de las categorías de gravedad de depresión según edad	31
12. Prueba de Kolmogorov Smirnov para el puntaje total de Depresión	31
13. Prueba U de Mann-Whitney para el puntaje total de depresión según sexo	32
14. Prueba de Kruskal-Wallis para el puntaje total de depresión según estado civil	32
15. Prueba de Kruskal- Wallis para el puntaje total de depresión según grado de instrucción	32
16. Prueba U de Mann-Whitney para el puntaje total de depresión según edad	32



## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar la prevalencia de depresión en el contexto del COVID-19 en los adultos de 18 a 59 años que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario San Borja. El estudio correspondió al diseño no experimental de tipo descriptivo-comparativo. La muestra estuvo conformada por 323 usuarios cuyas edades oscilaban entre 18 y 59 años, de los cuales 205 fueron mujeres y 118 varones. Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II). Los resultados obtenidos reflejan que sí existe una prevalencia de casos de depresión, con un porcentaje de depresión leve en un 22%, moderada en un 24.1% y grave en un 18.6%) con un porcentaje total de 64.7% en la muestra de estudio. Así mismo, se halló diferencias estadísticamente significativas en función a la edad y en grado de instrucción, con un valor de  $p < .05$ ; mientras que no se encontraron diferencias significativas con respecto al sexo y estado civil, con un valor de  $p > .05$ . Finalmente, se concluyó que en tiempo de COVID-19, existió la presencia de depresión en los adultos, teniendo en su mayoría casos de categoría leve y moderada.

**Palabras clave:** Depresión, adultos, Centro de Salud Mental Comunitario.

### **Abstract**

The objective of this research was to evaluate the prevalence of depression in the context of COVID-19 in adults aged 18 to 59 who attend the San Borja Community Mental Health Center. The study corresponded to the nonexperimental design of descriptive-comparative type. The sample consisted of 323 users aged between 18 to 59 years, of whom 205 were women and 118 men. For this purpose, The Beck II Depression Inventory (BDI-II) was used. The results showed that there is a prevalence of mild (22%), moderate (24.1%) and severe (18.6%) depression with a total percentage of 64.7% in the study sample. In addition, statistically significant differences were found according to age and level of education, with a value of  $p < .05$ ; while no significant differences were found with respect to sex and marital status, with a value of  $p > .05$ . Finally, it was concluded that in time of COVID-19, there was the presence of depression in adults, having mostly mild and moderate category cases.

**Key words:** Depression, adults, Community Mental Health Center.

## **I. Introducción**

Los efectos debido al impacto del COVID-19, que provocó diversos cambios a nivel personal. Todas las personas se vieron obligadas a poder afrontar esta situación, incluyendo el manejo, almacenamiento y dirección de sus emociones. Ante esto, cada vez es mayor la cantidad de casos con problemas en salud mental, como casos de ansiedad, estrés o depresión. Ante lo descrito, el presente trabajo tiene como objetivo el evaluar la prevalencia de depresión en adultos de 18 a 59 años que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario San Borja.

La presente tesis está distribuida en cinco capítulos: en el capítulo I se abarca la formulación del problema, la pregunta de investigación, los antecedentes nacionales e internacionales; se plantea el objetivo general y los objetivos específicos, y justificación de la investigación.

En el capítulo II se desarrolla el marco teórico sobre la variable de estudio, que incluye la definición y modelo explicativo, desde el modelo del instrumento utilizado.

En el capítulo III se presenta la metodología de investigación, diseño y tipo de investigación, aproximación conceptual y operacional de las variables, las características de la población y muestra de estudio, la descripción del instrumento, el análisis de datos y las consideraciones éticas tomadas en cuenta.

En el capítulo IV se desarrollan los resultados obtenidos de la presente tesis, los resultados descriptivos y los análisis comparativos.

En el capítulo V se presenta la discusión e interpretación en base al análisis de los resultados encontrados, contrastando el marco teórico con las diversas investigaciones.

Finalmente, en los capítulos VI y VII se presentan las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

## 1.1. Descripción y formulación del problema

La sociedad actual está protagonizando una serie de cambios a nivel político, económico, social y hasta cultural debido a la pandemia que sigue presente. El coronavirus o también llamado COVID -19, no solo ha estado afectando la salud física de muchas personas alrededor del mundo, sino también su salud mental.

A finales de enero del 2020, el número exponencial de casos de COVID-19 en varios países de la región y del mundo, catalogaba lo sucedido como una emergencia de salud global (Velavan y Meyer, 2020). Según lo referido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) en su informe de situación, solo hasta marzo del 2020, en todos los países del mundo se reportaron alrededor de 414 179 casos de COVID-19 y 18 440 muertes. De igual manera, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020), informaba de 188,949 casos confirmados en las Américas, lo cual nos presentaba el panorama inigualable de esta enfermedad.

A este punto, y teniendo en cuenta que nuestra salud física está relacionada a nuestra salud mental, Huarcaya-Victoria (2020) refiere que, durante la fase inicial de la pandemia por COVID-19, y ante todo el incremento de casos confirmados y muertes, fue común la presencia de problemas psicológicos en la población general tales como ansiedad, depresión y estrés. Estas problemáticas de salud mental se han ido experimentando debido a la situación única que se experimentó (desde el confinamiento hasta el uso obligatorio de la mascarilla), en las cuales toda la comunidad estuvo en una rápida etapa de adaptación a los cambios.

Anteriormente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017) ya había catalogado a la depresión como la principal causa de problemas de salud a nivel mundial, pues según sus estimaciones al 2015, hubo un incremento del 18% de personas que viven con depresión. De igual manera, resaltaron a la falta de apoyo, estigma y prejuicios fueron las principales barreras para el abordaje adecuado de esta problemática.

En una investigación desarrollada por Taquet et al. (2021) en Estados Unidos, se observó una mayor incidencia de pacientes con su primer diagnóstico psiquiátrico (casos de depresión, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de estrés postraumático) en los siguientes 14 a 90 días de su contagio. Los adultos presentaron el doble de riesgo de ser diagnosticados con un trastorno psiquiátrico después del diagnóstico de COVID-19. Con esto, se plantea al COVID-19 como un potencial factor de riesgo ante diversas problemáticas de salud mental, sumándose a los factores sociales, factores familiares y factores personales que desencadenan la depresión mencionados por Luna y Vilchez (2017).

Esto se refleja en lo referido por la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2022), quienes resaltaron que, durante el primer año de pandemia, la prevalencia mundial de la depresión aumentó en un 25%, teniendo la mayor cantidad de casos en los países más afectados por el COVID-19, como Perú.

Ante lo ocurrido a nivel mundial, y a pesar de los esfuerzos, Perú no fue indiferente ante la crisis provocada por el COVID-19, presentando hasta el 30 agosto del 2020 según el MINSA (2020) el fallecimiento de 28944 ciudadanos y 1 448 casos confirmados solo en ese día y para agosto del 2022 la cifra de casos confirmados es de cuatro millones por COVID-19 en el país y 215,790 ciudadanos fallecidos según fuentes oficiales (MINSA, 2022).

Actualmente no existen datos epidemiológicos oficiales sobre la depresión en adultos bajo el contexto de COVID-19 en el Perú. Sin embargo, MINSA (2021) informó que a través de su central de información y orientación Línea 113 Salud, entre marzo de 2020 y mayo del 2021, realizaron alrededor de 177,000 orientaciones en salud mental. Y ante la necesidad de la atención de la salud mental de la población, se mantuvo en funcionamiento los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC), como única opción de tratamiento especializado. En un reporte realizado en julio del 2020, se resaltó el funcionamiento de estas instituciones, quienes

atendieron a 44 129 usuarios, donde 7080 usuarios fueron casos de depresión, 15944 casos de ansiedad, entre otros (MINSa, 2020).

Del análisis señalado y de haber aún pocos estudios en relación a esta variable bajo este contexto de pandemia, la presente investigación plantea el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de la depresión en los adultos de 18 a 59 años que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario San Borja en contexto COVID-19?

## **1.2. Antecedentes**

### **1.2.1 *Antecedentes Internacionales***

Eidman et al. (2020), realizaron una investigación con el objetivo de estudiar la salud mental y los síntomas psicológicos en adultos argentinos en contexto de pandemia por COVID-19. El diseño fue no experimental de corte transversal de tipo descriptivo, correlacional y de diferencia de grupos. La muestra estuvo conformada por 931 residentes en diferentes provincias de Argentina entre 18 y 84 años. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario del Continuo de Salud Mental – Versión Corta (MHC-SF), el Inventario de Ansiedad – Estado (STAI), el Inventario de Depresión de Beck- II (IBD-II) y la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (EII). Los resultados mostraron diferencias significativas entre los síntomas de depresión, ansiedad e intolerancia a la incertidumbre según sexo, edad, estado civil y nivel educativo. Además, comprobaron que, a mayor tiempo en confinamiento, mayores eran los síntomas de depresión, ansiedad e intolerancia a la incertidumbre y menor era el estado completo de salud mental. Concluyeron que la ansiedad, depresión e intolerancia a la incertidumbre predicen de forma negativa al bienestar psicológico, social y emocional en la población argentina en el contexto de pandemia.

Orellana & Orellana (2020), realizaron una investigación con el objetivo de explorar la manifestación de síntomas emocionales y potenciales predictores en población salvadoreña bajo condiciones de cuarentena debido al COVID-19. Contaron con una muestra de 339 participantes, de 18 años a más. Utilizaron como instrumentos la Escala e ítems sobre acciones y percepciones en el marco de la pandemia y la Escala abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). Los resultados mostraron que alrededor del 75% de la muestra experimentó síntomas emocionales leves de depresión, ansiedad y estrés, y alrededor de una cuarta parte de la muestra reportaron haber experimentado síntomas moderados y extremadamente severos durante la cuarentena. Concluyeron que la cuarentena y limitación de movilidad tienen relación

con el estrés, ansiedad y depresión. Además, que la limitación de la movilidad y el confinamiento están asociadas a emociones negativas como la depresión.

Ozamiz et al. (2020), realizaron una investigación con el objetivo de analizar los niveles de estrés, ansiedad y depresión según edad, cronicidad y confinamiento. La muestra estuvo conformada por 976 personas cuyas edades oscilaban entre 18 y 78 años de la Comunidad Autónoma Vasca en España. Aplicaron la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). Dentro de los resultados indicaron que los niveles de depresión fueron del 97% leve, 25% moderada, 25% severa y 37% extremadamente severa. Además, los niveles de estrés, ansiedad y depresión fueron superiores en los adultos de 18 a 25 años, seguido de los adultos de 26 a 60 años y las medias superiores en toda la muestra después del 14 de marzo, fecha en la cual se desarrolló la cuarentena. Concluyeron que el confinamiento a causa de la COVID-19, los niveles de estrés, ansiedad y depresión aumentaron en las personas, especialmente en los grupos de riesgo.

Wang et al. (2020), ejecutaron una investigación con el objetivo de conocer los niveles de la ansiedad, depresión y estrés durante la fase inicial del COVID-19. La muestra estuvo conformada por 1210 personas de 194 ciudades de China. Aplicaron la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), una ficha de sintomatología, una ficha de información relacionada con COVID-19 y la Escala de Impacto de Evento-Revisada. Los resultados señalan que el 69.7% no presentaron depresión, 13.8% depresión leve, 12.2% depresión moderada y el 4.3% depresión severa y extremadamente severa. Además, el 28.8% reportaron niveles moderados de ansiedad y un 8.1 % reportaron niveles moderados de estrés. Concluyeron que durante la fase inicial del confinamiento por COVID-19 en China, más de la mitad de los participantes presentaron impacto psicológico de moderado a severo y aproximadamente un tercio informó ansiedad de moderada a severa. Además, la información actualizada y la presentación de las medidas de prevención se asociaron a un menor nivel de depresión.



Bäuerle et al. (2020) realizaron una investigación con el objetivo de evaluar los datos iniciales sobre la ansiedad generalizada, depresión y angustia psicológica durante la pandemia del COVID-19. La muestra estuvo conformada por 15704 hombres y mujeres cuyas edades oscilaban entre 18 y 64 años en Alemania. Los instrumentos aplicados fueron la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7), Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-2) y el Termómetro del Distrés (TD). Los resultados indican un aumento significativo en todas las variables: ansiedad generalizada (44.9%), depresión (14.3%), angustia psicológica (65.2%) y además, que las acciones gubernamentales para enfrentar COVID-19 y el nivel subjetivo de información sobre COVID-19 se asocian negativamente con carga de salud y el nivel subjetivo de información sobre COVID-19 se asocia positivamente con un aumento del miedo relacionado con COVID-19. Concluyen que existe una alta prevalencia de síntomas de ansiedad generalizada, síntomas de depresión, angustia psicológica y miedo relacionado con COVID-19 durante la pandemia en curso en Alemania.

Gallagher et al. (2020) determinaron la relación entre las experiencias relacionadas con COVID-19 y el impacto asociado al estrés, ansiedad, depresión y deterioro funcional en una muestra de 603 adultos estadounidenses. Los instrumentos utilizados fueron una encuesta sociodemográfica, la Escala de Severidad e Interferencia de síntomas de Ansiedad (OASIS) y la Escala de Severidad e Interferencia de síntomas de depresión (ODSIS). Los resultados mostraron al trastorno de depresión con un 38.41%, asociándose con síntomas de ansiedad, estrés y un mayor deterioro funcional. El estrés asociado al COVID-19 también se predijo en relación con la ansiedad, depresión y deterioro funcional. Concluyeron que las experiencias personales relacionadas con el diagnóstico de COVID-19, la mortalidad en conocidos y el estrés asociado a COVID-19 se asocian con un riesgo muy elevado de sintomatología de trastorno emocional y que la pandemia de COVID-19 puede resultar en una mayor demanda de atención mental.

Galindo et al. (2020), realizaron una investigación con el objetivo de determinar los niveles de síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general de México. La muestra estuvo conformada por 1508 participantes, a los cuales se les aplicó una encuesta en línea distribuida durante tres semanas. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9), la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) y la Escala análoga visual de conductas de autocuidado. Los resultados señalan que la depresión se presentó en un 39.7% en mínima, el 22.3% depresión leve, 10.5% depresión moderada y un 27.5% depresión grave. Concluyeron que se identificaron un mayor número de individuos con síntomas de ansiedad y depresión moderadas a graves que en otras pandemias, y el reto para el sistema de salud pública.

Ettman et al. (2020) realizaron una investigación con el objetivo de estimar la prevalencia y los factores de riesgo asociados con los síntomas de depresión entre los adultos estadounidenses antes y durante la pandemia de COVID-19. La muestra estuvo conformada por 1441 participantes, de 18 años a más, a los cuales se les aplicó el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9). Los resultados señalaron que un 8.5% presentaron síntomas de depresión antes del COVID-19 y un 27.8% presentaron síntomas de depresión durante la COVID-19, además la prevalencia fue mayor en todas las categorías de depresión durante el COVID-19. Concluyeron que la prevalencia de los síntomas de depresión en EEUU fue más de tres veces mayor durante el COVID-19 en comparación con el periodo anterior a la pandemia, y que las personas con menores recursos sociales, económicos y mayor exposición a factores estresantes, reportaron una carga de síntomas de depresión.

Ferreira et al. (2021) realizaron una investigación con el objetivo de describir la frecuencia de la depresión, ansiedad e insomnio durante la cuarentena por COVID-19 en la población paraguaya. El estudio fue transversal descriptivo de corte prospectivo, en el cual se aplicó una encuesta de forma virtual que incluyó el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-

4) y el cuestionario Índice de Severidad del Insomnio (ISI). La muestra estuvo conformada por 511 participantes, entre hombres y mujeres con un rango de edad de 30-50 años. Los resultados mostraron que el 21,3% presentó ansiedad y depresión moderada, mientras que 15,9% tenía síntomas de ansiedad y depresión severa, el 31,1% insomnio leve, 24,6% insomnio moderado y 6,6% insomnio severo. Concluyeron que era necesario realizar mayores investigaciones del impacto en salud mental en tiempo de pandemia.

### **1.2.2 Antecedentes Nacionales**

Prieto et al. (2020) realizaron una investigación con el objetivo de describir la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en adultos de Lima Metropolitana durante el periodo de aislamiento social por COVID-19. La muestra estuvo conformada por 565 adultos (382 mujeres y 183 hombres). Como instrumentos, emplearon la Escala de Ansiedad (EAL-20) y la Escala de Psicopatología Depresiva (EPD-6). Los resultados identificaron la prevalencia de síntomas relacionados a la ansiedad y depresión (10% y 39% respectivamente), además se encontraron diferencias en función del sexo, edad, nivel educativo, y la modalidad del trabajo o estudio. Concluyeron que el aislamiento obligatorio implicó la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en adultos de Lima Metropolitana.

Mejía (2020) realizó una investigación con el objetivo de determinar la relación entre la depresión y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo. El tipo de estudio fue descriptivo y diseño transversal, no experimental y correlacional, siendo la muestra de 100 participantes. Los instrumentos empleados fueron el Inventario de Depresión Beck - II (BDI - II) y la Escala de Procrastinación general de Busko. Los hallazgos determinaron la existencia de relación positiva, considerable y significativa entre la prevalencia de la depresión y la procrastinación, con un  $r = .530^{**}$  y un  $p$  valor  $.000 < .01$ . Concluyó la necesidad de

realizar seguimiento especializado a todos los pacientes con prevalencia en depresión, para un apoyo de parte de profesionales de salud mental.

Barreda (2019) realizó una investigación con el objetivo de analizar las propiedades psicométricas de la segunda edición del Inventario de Depresión de Beck (IDB-II), adaptado en Argentina. La muestra estuvo conformada por 400 personas atendidas en consulta externa de un centro especializado en salud mental, cuyas edades estuvieron comprendidas entre los 17 y 71 años. Los resultados obtenidos muestran que el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach fue alto (alfa= .93), que de un total de 21 ítems del IDB II, no se eliminó ninguno, quedando así el total de ítems para la prueba final. Además, el índice de validez de contenido fue alto, con un valor V de Aiken de .99, obteniéndose el 100% de ítems válidos y con la validez de constructo, el modelo propuesto inicialmente de dos factores somático-afectivos y cognitivo no es confirmado. Se concluyó que la prueba IDB II posee adecuados índices de confiabilidad y validez para el uso clínico y de investigación del instrumento y que permite medir el constructo en una sola dimensión de depresión general.

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1 *Objetivo General***

Evaluar la prevalencia de depresión en contexto de COVID-19 en los adultos de 18 a 59 años que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario San Borja.

#### **1.3.2 *Objetivos Específicos***

- Identificar las categorías de gravedad de depresión en contexto de COVID-19 en los adultos que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario San Borja.

- Describir las categorías de gravedad de depresión en contexto de COVID-19 en los adultos que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario San Borja según sexo, edad, estado civil y grado de instrucción.
- Analizar las diferencias significativas de la prevalencia de la depresión en contexto de COVID-19 según las variables: edad, sexo, estado civil y grado de instrucción.

#### **1.4. Justificación**

Desde una perspectiva teórica, esta investigación permitirá establecer la prevalencia de la depresión en adultos en el contexto de COVID-19, teniendo además datos relevantes sobre la existencia de este fenómeno, para enriquecer el conocimiento sobre esta temática de la salud mental bajo este contexto.

Desde el punto de vista práctico, este estudio contribuirá con los resultados para la prevención e intervención en políticas de salud pública.

Así mismo, desde el impacto social, será fundamental porque permitirá generar mayor atención en las y los adultos del distrito de San Borja, quienes pueden haber sido expuestos a enfrentar diversas problemáticas en su salud mental bajo el contexto de COVID-19.

Por último, desde el punto de vista metodológico, su importancia radicará en que se realizará la medición con un instrumento rigurosamente elaborado sobre la depresión.

## **II. Marco Teórico**

### **2.1. Bases Teóricas de la depresión**

#### ***2.1.1 Definiciones***

El estudio de la depresión es muy complejo ya que involucra diferentes conceptos discutidos por muchos actores a lo largo del tiempo, dadas las comorbilidades existentes en los trastornos de la salud mental. De acuerdo a Zarragoitia (2010), la depresión es una alteración primaria que afecta el estado de ánimo, la conducta y los pensamientos. Resalta la interrelación con los elementos cognitivos y los diversos cambios en el sentir, actuar y pensar. Las personas que la padecen suelen actuar de modo diferente, ya que las cosas que eran fáciles y les agradaban vienen a ser imposibles. Además, señala que la depresión es tal vez la más irreconocible y no tratada de las enfermedades, a su vez llevándola a denominar la gran epidemia silenciosa.

Por otro lado, Vázquez et al. (2000) mencionan que la depresión en sí no es el problema para el paciente, sino que se detecta en distintos trastornos psicológicos tales como la ansiedad, la esquizofrenia o los trastornos bipolares.

De igual manera, la OMS (2021) define a la depresión como una enfermedad frecuente en todo el mundo, que lamentablemente ha ido afectando en países de ingresos bajos y medianos, donde existen personas que no reciben tratamiento alguno.

#### ***2.1.2 Modelo teórico***

La depresión se ha describe desde diferentes corrientes y perspectivas. Korman y Sarudiansky (2011) realizaron un recorrido conceptual enfatizando en las características de los estados depresivos según distintas corrientes teóricas, de las cuales resalta la teoría cognitiva de Beck.

La teoría cognitiva plantea que la depresión es resultado de una interpretación inadecuada de hechos y acontecimientos que vamos experimentando a lo largo de la vida. Para explicar a la depresión, Beck postula tres conceptos específicos: triada cognitiva, esquemas y los errores cognitivos (Beck et al, 2010).

- **Triada cognitiva:** Referido a tres patrones cognitivos relacionados a sí mismo, a sus experiencias y a su futuro. En relación a la visión negativa de sí mismo, la persona se siente con poca valía, deficiente, y esto es lo que se considera como causa de que sus experiencias sean desagradables. Por otro lado, la interpretación negativa de las experiencias, es donde considera que las diversas actividades son insuperables, por lo cual se frustra. Finalmente, en la visión negativa acerca del futuro, se presenta cuando se anticipa a dificultades o sufrimientos que no necesariamente ocurrirán.
- **Esquemas:** Referido a los patrones cognitivos establecidos por la persona, que hacen que las personas con depresión mantengan actitudes que le hacen sufrir y pueden llegar a ser negativos en su desarrollo.
- **Errores en el procesamiento de información:** relacionado con la manera incorrecta en la cual las creencias de la persona depresiva en validan aquellos creencias negativas, a pesar de la existencia de ideas contrarias.

El modelo explicativo de Aaron Beck ha considerado lo relacionado a los criterios diagnósticos del DSM -IV. Según la Asociación Americana de Psiquiatría (AAP, 2013), no ha realizado cambios sustanciales respecto a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos de IV al V edición del manual diagnóstico, por lo cual el modelo explicado por Aaron Beck sigue incluyendo los descritos en el DSM-V como:

- El estado de ánimo deprimido caracterizado por la tristeza, sensación de vacío y desesperanza.
- Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva.
- Incapacidad para experimentar placer que anteriormente sí presentaba.
- Pérdida o aumento de peso.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o por el contrario retraso psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Disminución de la capacidad para concentrarse, tomar decisiones,
- Pensamientos recurrentes de muerte, intentos de suicidio.

### ***2.1.3 Etiología y factores***

Debido a la importancia y el impacto de este trastorno en las personas de este trastorno, se han realizado diversas investigaciones con el objetivo de conocer los factores biológicos y ambientales que contribuyen en el desarrollo personal de los pacientes que padecen depresión.

Luna y Vilchez (2017) mencionan algunas hipótesis relacionadas a los factores biológicos que intentan explicar las causas de la depresión. Una primera hipótesis recabada es la de alteraciones en las estructuras. En esta se menciona que, mediante estudios imagenológicos, el hipocampo en las personas con depresión presenta variaciones en su tamaño y, además, hay diferencia en la amígdala entre las personas depresivas tratadas y no tratadas. Otra segunda hipótesis está relacionada a las monoaminas. En esta se menciona que hay un cambio en la serotonina (5-HT) y dopamina (DA) en personas con antecedentes de episodios depresivos previos. Finalmente, una tercera hipótesis es la teoría diátesis-estrés. Esta hipótesis unifica herencia y ambiente mediante los genotipos de expresión del transportador de



serotonina. Existen otras hipótesis con relación a los factores biológicos que intentan explicar la etiología de la depresión, pero aún no son aceptadas ni expuestas por completo.

Por otro lado, Luna y Vilchez (2017) refuerzan que existen factores de riesgo, además del factor biológico, los cuales son: factores personales, factores familiares, factores sociales y los asociados a comorbilidades que influyen en el desarrollo, tratamiento y pronóstico de la enfermedad.

Como factores personales, se considera a la baja autoestima y la pobre autovaloración relacionada con la apariencia física, donde algunas personas pueden haber presentado algunas situaciones en una de las etapas más vulnerables del desarrollo como la adolescencia. En relación a los factores familiares, la familia tiene la mayor cantidad de responsabilidad y en muchos casos, los estilos de crianza se suman a los factores de riesgo ya descritos para el desarrollo de la depresión. Además, la falta de apoyo por parte de los integrantes de la familia, la falta de comunicación y la poca flexibilidad frena el desarrollo de la persona y vienen a ser un factor negativo importante.

En relación a los factores sociales, se pueden incluir las diversas situaciones que causan ansiedad y pueden generar estados depresivos en diversas etapas de vida. Por ejemplo, en la infancia, con el divorcio o fallecimiento de los padres; en la adolescencia con el inicio de las relaciones afectivas y/o, embarazo no deseado; en la adultez con el divorcio, desempleo y finalmente, en la senectud con el cese laboral (jubilación), pérdida de funciones corporales, enfermedad incapacitante, duelo de la pareja y/o ingreso a centros de asistencia (asilos).

Finalmente, en relación a los factores relacionados a las comorbilidades, se mencionan que hay relaciones entre la depresión y la salud física, además de situaciones en las cuales podemos estar expuestos y el trato por parte del personal asistencial pueden causar en las personas sentimientos de soledad, desapego y desesperanza que lo orilla a la depresión.

### ***2.1.4 Clínica de la depresión***

Según Zarragoitia (2011), la depresión presenta diversas manifestaciones clínicas, que sirven como guía en la atención y tratamiento de los casos. En primer punto, la edad de inicio se puede establecer entre los 30 y 40 años y alcanza un pico de incidencia entre los 18 y 44 años. Pero a pesar de ello, la presentación de la enfermedad puede ser distinta en cada persona, tanto en los jóvenes con síntomas comportamentales mientras que, en adultos mayores, los síntomas somáticos e hipocondríacos.

En este sentido, el mismo autor menciona que los síntomas se presentan en tres etapas: síntomas prodrómicos, síntomas sindrómicos y síntomas posdrómicos. En relación con los síntomas prodrómicos, tienen un inicio definido, presentándose poco antes del desarrollo del síndrome depresivo completo. Los síntomas sindrómicos son típicos del síndrome depresivo y deben estar presentes para el diagnóstico y, por último, los síntomas posdrómicos, son considerados como las manifestaciones que persisten después de la aparición de la depresión. Por otro lado, ante la afectación de la persona con los síntomas depresivos, se afecta el área emocional (ánimo bajo, tristeza y/o angustiado), cognitiva (no poder concertarse, problemas de rendimiento laboral, etc.), conductual (se queda en cama, no tiene ganas de realizar sus actividades de la vida cotidiana) y el aspecto físico.

Finalmente menciona que el trastorno depresivo tiene una evolución larga que puede durar de seis meses a múltiples años si no recibe tratamiento. Entre los síntomas emocionales están tristeza, decaimiento, anhedonia, desinterés y angustia, mientras que en los cognitivos se pueden manifestar con el sentirse culpable. En relación de los síntomas conductuales, se pueden manifestar no solo como discapacidad como también inquietud o agitación psicomotora. Los síntomas físicos son los que normalmente se manifiestan con la disminución del apetito, trastorno del sueño y también con la sensación de cansancio.

### **III. Método**

#### **3.1. Tipo de investigación**

La investigación fue de alcance cuantitativo y comprendió un diseño no-experimental y de tipo descriptivo comparativo. Según Hernández et al. (2010) fue no experimental, ya que se realizó sin la manipulación deliberada de variables y solo se observaron situaciones ya existentes en su ambiente natural para después analizarlos; fue transversal porque se recolectó datos en un solo momento, en un tiempo único; cuyo propósito fue describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Finalmente fue descriptivo comparativo porque se especificaron las propiedades y características de la variable pretendiendo medir o recoger información.

#### **3.2. Ámbito temporal y espacial**

La investigación se realizó en el Centro de Salud Mental Comunitario San Borja ubicado en Av. Malachowsky 520 del distrito de San Borja del departamento de Lima – Perú entre los meses de agosto y diciembre del año 2020 y en los meses de enero a marzo del año 2021.

#### **3.3. Variables**

##### **Variable de estudio: depresión**

##### **2.3.1 Definición conceptual**

La depresión es un trastorno del estado de ánimo, donde el individuo es atrapado por pensamientos distorsionados, que ponen en riesgo su salud psíquica. Se caracteriza por tristeza, apatía, concepto negativo de sí mismo, culpa, conductas de evitación, síntomas somáticos y cambios en el nivel de actividad física (Beck, et al. ,2010).

### 2.3.2 Definición operacional

El constructo de depresión será producto del puntaje total que se obtiene al responder los ítems del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).

**Tabla 1**

*Operacionalización de la variable estudio: depresión*

Indicadores / Ítems	Categorías	Escalas / Valores	Escala de Medición
Tristeza	Sin depresión (0 - 13)		
Pesimismo			
Fracaso			
Pérdida de placer			
Sentimiento de culpa			
Sentimiento de castigo	Depresión leve (14 -19)	0 a 3	
Disconformidad con uno mismo			
Autocrítica			
Pensamiento suicida			
Llanto			
Agitación	Depresión moderada (20 - 28)	Según nivel de intensidad	Ordinal
Pérdida de interés			
Indecisión			
Desvalorización			
Perdida de energía			
Cambios en el hábito de sueño	Depresión grave (29 a 63)		
Irritabilidad			
Cambios en el apetito			
Dificultad de concentración			
Cansancio o fatiga			
Pérdida de interés en el sexo			

**Variables de control:**

- Sexo: característica biológica que diferencia a las personas.
- Estado Civil: es la situación de las personas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
- Grado de instrucción: es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.
- Edad: intervalo de tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta el momento del estudio.

**Tabla 2***Operacionalización de las variables de control*

<b>Variable</b>	<b>Escala / Valores</b>	<b>Escala de Medición</b>
Sexo	Mujer Hombre	Nominal
Estado Civil	Soltero Casado Divorciado Viudo	Nominal
Grado de Instrucción	Primaria Secundaria Superior Técnico Superior Universitario	Ordinal
Edad	18 a 29 años (Adulto joven) 30 a 59 años (Adulto)	Ordinal

### 3.4. Población y muestra

La población total de estudio estuvo constituida por 957 usuarios que se atendieron en el área de Psicología del Centro de Salud Mental Comunitario San Borja durante los meses de diciembre de 2020 y enero del 2021, con edades aproximadas entre 18 a 59 años de edad.

Como se aprecia en la Tabla 3, la muestra de estudio estuvo compuesta de 323 usuarios de ambos sexos. El tamaño de la muestra se determinó mediante la fórmula de poblaciones finitas cuando el estimador es una proporción; estimándose para el estudio con el margen de error de 4%, nivel de confianza 95% y proporción de 50%.

**Tabla 3**

*Distribución del tamaño poblacional y de la muestra según sexo*

	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
<b>Población</b>	331	626	957
<b>Muestra</b>	118	205	323

La muestra se obtuvo mediante un proceso de muestreo no probabilístico de tipo intencional para la elección de los usuarios.

Se tuvo como criterios de inclusión a los usuarios que aceptan voluntariamente participar en el estudio, se encuentren asistidos en el establecimiento y se encuentren en el rango de edad. Los criterios de exclusión fueron los usuarios que presentan esquizofrenia, trastornos psicóticos y de personalidad; que no desearon participar voluntariamente y los que no cumplieron con la edad necesaria.

Como se aprecia en la Tabla 4, la muestra estuvo compuesta por un 63.5% que corresponde a las mujeres y un 36.5% que corresponde a los hombres. Además, del total de la

muestra se tuvo un 55.1% solteros, 32.2% casados, 2.5% viudos y 10.2% divorciados. En relación al grado de instrucción, se tuvo un 1.5% compuesto por usuarios de primaria, 13.3% de usuarios de secundaria, 54.8% de superior universitario y 30.3% de superior técnico. Finalmente, en relación a la edad, se obtuvo un 33.1% de 18 a 29 años y un 66.9% de 30 a 59 años.

**Tabla 4**

*Características sociodemográficas de la muestra*

<b>Variable</b>	<b>Categorías</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Sexo	Mujer	205	63.5
	Hombre	118	36.5
Estado Civil	Soltero	178	55.1
	Casado	104	32.2
	Viudo	8	2.5
	Divorciado	33	10.2
Grado de Instrucción	Primaria	5	1.5
	Secundaria	43	13.3
	Superior Universitario	177	54.8
	Superior Técnico	98	30.3
Edad	18 a 29 años (Adulto joven)	107	33.1
	30 a 59 años (Adulto)	216	66.9

### **3.5. Instrumento**

Se utilizó el siguiente instrumento que permitió cumplir con el objetivo general y específicos del estudio:

#### **2.5.1 *Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)***

El Inventario de Depresión de Beck en su segunda edición (IDB-II) fue elaborado por Beck et. al (1996), con el objetivo de evaluar la magnitud o intensidad de los síntomas de depresión durante las últimas dos semanas en personas desde los 13 años de edad.

Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado.

El instrumento está compuesto de 21 ítems, cada ítem se compone de cuatro frases, según una escala de cuatro puntos, de 0 a 3. La persona tiene que elegir la alternativa que mejor se aproxima a su estado promedio durante las últimas semanas, incluyendo el día en que contesta el inventario.

La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. Si se presenta la situación en la que la persona elige más de una opción en algún ítem, se considera la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad. Presenta categorías de gravedad: 0-13 para un caso que no presente depresión, 14-19 para el leve, 20-28 para el moderado y 19-63 para el severo.

En cuanto a la validez y confiabilidad, Beck et al. (1996) demostraron que el IDB-II mostró una buena consistencia interna (alfa de Crombach 0.88), asimismo, la validez de constructo que se obtuvo, a través de la técnica de análisis factorial, lo acreditó como un instrumento válido donde se evidenció la presencia de dos factores somático-afectivos y cognitivo. A su vez, observaron una alta consistencia interna del BDI-II, tanto en muestras clínicas como no clínicas, con un coeficiente alfa de alrededor de 0,92.



En el Perú, Barreda (2019) en un estudio para analizar las propiedades psicométricas de la segunda edición del Inventario de Depresión de Beck (IDB-II), adaptado en Argentina, en una muestra de 400 personas (191 hombres y 209 mujeres entre 17 y 71 años) atendidas en consulta externa de un hospital especializado en salud mental de la ciudad de Lima. Evidenciaron un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach alto (alfa= .93) y respecto a la validez de contenido, se observó un valor V de Aiken de .99, obteniéndose el 100% de ítems válidos. Para la validez de constructo, se realizó el análisis de componentes principales, donde concluyó que el inventario mide una sola dimensión general de depresión.

Para el presente estudio, se desarrolló la actualización de las propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck (IDB-II). Respecto a la validez de constructo, las extracciones de los 21 ítems, en la totalidad presentaron saturaciones con cargas factoriales mayores 0.30 dentro de la escala total. Por lo tanto, los datos avalaron la presencia de validez de constructo del BDI- II, en una sola dimensión general para depresión. Respecto a la confiabilidad, la escala total del Inventario de Depresión IDB-II presentó una alta confiabilidad, con un valor de alfa de Cronbach superior a .926.

### **3.6. Procedimientos**

Para el inicio de la investigación, se realizó la búsqueda de la prueba adecuada para la investigación, la cual fue el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II). Luego, se solicitó permiso para el uso de la versión estandarizada del instrumento empleado, y, además, al médico jefe del Centro de Salud Mental Comunitario San Borja del distrito de San Borja para la aplicación. Posterior a ello, se redactó en un formulario Google el instrumento, así como las instrucciones y el consentimiento, para que los usuarios tomaran la decisión de ser parte de la muestra de estudio. Finalmente, se procedió a la aplicación del instrumento de manera virtual en una sola sesión, con un tiempo aproximado de 10 minutos.

### **3.7. Análisis de datos**

Para el análisis de los datos estadísticos, se procedió a codificar los resultados reportados de los usuarios en el programa Excel, para luego ser exportados al programa SPSS donde se realizó la estadística correspondiente. Se excluyeron del análisis aquellos cuestionarios que no aceptaron el consentimiento, omitan datos de edad y/o sexo y tengan 2 o más omisiones en el desarrollo del instrumento.

Primero, se procedió a reportar mediante las frecuencias y porcentajes los estadísticos descriptivos de las variables y los niveles correspondientes. Se utilizó la prueba Kolmogorov Smirnov (K-S) donde se obtuvo que se emplearían estadísticos no paramétricos. Para el análisis de comparación de las variables en función a las variables sociodemográficas se procedió a usar los estadísticos U de Mann de Whitney y H de Kruskal Wallis.

### **3.8. Consideraciones éticas**

Se hizo uso del consentimiento informado de manera individual a los usuarios participantes, el cual fue explicado en el mismo formulario, incluyendo el objetivo del estudio, haciendo uso de un lenguaje preciso, sin dañar o afectar su salud emocional. Además, se explicó que la participación en este estudio fue voluntaria y la información obtenida solo fue usada con fines académicos siendo estrictamente confidencial. Finalmente, se les brindó el contacto de la autora de la investigación, en caso se tenga preguntas o dudas.

## IV. Resultados

### 4.1. Análisis descriptivo de la variable

En la Tabla 5, se observa que la muestra está conformada por un total de 323 usuarios, se verifica que la media del puntaje de depresión es 19.20, una desviación típica de 12,020 y una varianza estadística de 144.478.

**Tabla 5**

*Estadísticos descriptivos de depresión*

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. típ.</b>	<b>Varianza</b>
	<b>Estadístico</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Estadístico</b>	<b>Estadístico</b>
Depresión	323	0	63	19.20	12.020	144.478

En la Tabla 6, se observa que la frecuencia de los casos de depresión (depresión leve, moderada y grave) es de 209, representando el 64.7% de la muestra, mientras que los casos sin depresión son de 114, representando el 35.3% de la muestra.

**Tabla 6**

*Prevalencia de la depresión en la muestra de estudio*

<b>Prevalencia de depresión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sin depresión	114	35.3
Depresión clínica	209	64.7
Total	323	100.0

En la Tabla 7, se observa que la frecuencia de la categoría de no depresión es de 114, representando el 35.3% de la muestra, mientras que la frecuencia de las categorías de depresión leve, moderada y grave es de 209, representando el 64.7% de la muestra.

**Tabla 7**

*Frecuencia de la muestra según las categorías de gravedad de depresión*

<b>Categorías de gravedad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Sin depresión	114	35.3
Depresión leve	71	22.0
Depresión moderada	78	24.1
Depresión grave	60	18.6
Total	323	100.0

En la Tabla 08 se observa que la muestra está conformada por un total de 323 usuarios, de los cuales 73 son mujeres que no presentan depresión, las que representan el 22,6% de la muestra; 132 son mujeres que presentan depresión en las categorías leve, moderado y grave, los cuales suman el 40.9% de la muestra.

Por otro lado, se observan 41 hombres que no presentan depresión, los que representan el 12.7% de la muestra, mientras que 77 hombres presentan depresión en las categorías leve, moderado y grave, los cuales suman un 23.9% de la muestra.

**Tabla 08**

*Frecuencia de las categorías de gravedad de Depresión según sexo*

		<b>Categorías de Gravedad de Depresión</b>				<b>Total</b>	
		No presenta	Depresión Leve	Depresión Moderada	Depresión Grave		
<b>Sexo</b>	Mujer	Frecuencia	73	50	50	32	205
		Porcentaje	22.6%	15.5%	15.5%	9.9%	63.5%
	Hombre	Frecuencia	41	21	28	28	118
		Porcentaje	12.7%	6.5%	8.7%	8.7%	36.5%
<b>Total</b>	Total	114	71	78	60	323	
	Porcentaje	35.3%	22.0%	24.1%	18.6%	100%	

En la Tabla 09 se observa que 55 usuarios solteros no presentan depresión, que representan el 17,0% de la muestra y 123 son usuarios solteros presentan depresión en las categorías leve, moderado y grave, los cuales suman el 38.1% de la muestra total. Por otro lado, se observa que 47 usuarios casados no presentan depresión, representando el 14,6% del total de la muestra, mientras que 57 son usuarios casados que presentan depresión en las categorías leve, moderado y grave, representando el 17.7% de la misma.

Además, se observa que 02 usuarios viudos no presentan depresión, con un 0.6% de la muestra y 06 son usuarios viudos presentan depresión en las categorías leve, moderado y grave, con un 1.8% de la muestra total. Finalmente, existen 10 usuarios divorciados que no presentan depresión, con un 3.1% de la muestra y 23 usuarios divorciados que presentan depresión en la categoría leve, moderado y grave, los cuales suman el 7.1% de la misma.

**Tabla 09**

*Frecuencia de las categorías de gravedad Depresión según estado civil*

		Categorías de Gravedad de Depresión				Total	
		No presenta	Depresión Leve	Depresión Moderada	Depresión Grave		
<b>Estado Civil</b>	Soltero	Frecuencia	55	43	40	40	178
		Porcentaje	17.0%	13.3%	12.4%	12.4%	55.1%
	Casado	Frecuencia	47	19	21	17	104
		Porcentaje	14.6%	5.9%	6.5%	5.3%	32.2%
	Viudo	Frecuencia	2	3	1	2	8
		Porcentaje	0.6%	0.9%	0.3%	0.6%	2.5%
	Divorciado	Frecuencia	10	6	16	1	33
		Porcentaje	3.1%	1.9%	5.0%	0.3%	10.2%
	<b>Total</b>	Total	114	71	78	60	323
		Porcentaje	35.3%	22.0%	24.1%	18.6%	100%

En la Tabla 10 se muestra que 5 usuarios de primaria presentan depresión, representando el 1,5% de la muestra; 11 usuarios de secundaria no presentan depresión, los que representan el 3.4% de la muestra y 32 usuarios de secundaria presentan depresión en las categorías leve, moderado y grave, con el 9.9% de la misma.

Además, 67 usuarios estudio superior universitario no presentan depresión, obteniendo un 20.7% de la muestra y 110 son usuarios de estudio superior universitario que presentan depresión en las categorías leve, moderado y grave, los cuales representan el 34.0 %. Finalmente, existen 36 usuarios de estudio superior técnico que no presentan depresión, con un 11.1% de la muestra y 62 usuarios de estudio superior técnico que presentan depresión en las categorías leve, moderado y grave, los cuales suman el 19.3%.

**Tabla 10**

*Frecuencia de las categorías de gravedad Depresión según grado de instrucción*

		Categorías de Gravedad de Depresión				Total	
		No presenta	Depresión Leve	Depresión Moderada	Depresión Grave		
Grado de instrucción	Primaria	Frecuencia	0	1	2	2	5
		Porcentaje	0.0%	0.3%	0.6%	0.6%	1.5%
	Secundaria	Frecuencia	11	8	9	15	43
		Porcentaje	3.4%	2.5%	2.8%	4.6%	13.3%
	Superior	Frecuencia	67	45	40	25	177
		Porcentaje	20.7%	13.9%	12.4%	7.7%	54.8%
	Universitario	Frecuencia	36	17	27	18	98
		Porcentaje	11.1%	5.3%	8.4%	5.6%	30.3%
	<b>Total</b>	Total	114	71	78	60	323
		Porcentaje	35.3%	22.0%	24.1%	18.6%	100%

En la Tabla 11 se muestra 26 usuarios con edades entre 18 y 29 años (adultos jóvenes) que no presentan depresión, representando el 8.0% de la muestra; mientras que 81 son usuarios con edades entre 18 y 29 años (adultos jóvenes) que presentan depresión en las categorías leve, moderado y grave, los cuales acumulan el 25.1% de la misma.

Por otro lado, 88 usuarios con edades entre 30 y 59 años (adultos) que no presentan depresión, con un 27.2 % de la muestra y 128 usuarios con edades entre 30 y 59 años (adultos) que presentan depresión en las categorías leve, moderado y grave, los cuales suman un 39.6% de la muestra total.

**Tabla 11**

*Frecuencia de las categorías de gravedad de Depresión según edad*

		<b>Categorías de Gravedad de Depresión</b>				<b>Total</b>	
		No presenta	Depresión Leve	Depresión Moderada	Depresión Grave		
<b>Edad</b>	18-29	Frecuencia	26	26	27	28	107
		Porcentaje	8.0%	8.0%	8.4%	8.7%	33.1%
	30-59	Frecuencia	88	45	51	32	216
		Porcentaje	27.2%	13.9%	15.8%	9.9%	66.9%
<b>Total</b>	Total	114	71	78	60	323	
	Porcentaje	35.3%	22.0%	24.1%	18.6%	100%	

#### 4.2. Análisis comparativos de las variables

En esta Tabla 12, se observa que el puntaje total de depresión, no se ajusta a una distribución normal, por lo tanto, se emplearan pruebas no paramétricas para los análisis estadísticos.

**Tabla 12**

*Prueba de Kolmogorov Smirnov para el puntaje total de Depresión*

<b>Puntaje total de Depresión</b>	
Z de Kolmogorov-Smirnov	1,000
Sig. asintót. (bilateral)	.000

En la tabla 13, se muestra un valor de  $p > .05$  lo cual indica que no existen diferencias significativas para el puntaje total de depresión según sexo.



**Tabla 13**

*Prueba U de Mann-Whitney para el puntaje total de Depresión según sexo*

<b>Puntaje total de depresión</b>	<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>U de Mann-Whitney</b>	<b>p</b>
	Femenino	205	158.81	11440.500	.418
Masculino	118	167.55			
Total	323				

En la Tabla 14, se observa un valor de  $p > .05$  lo cual indica que no existen diferencias significativas según el estado civil, con respecto al puntaje total de depresión.

**Tabla 14**

*Prueba de Kruskal- Wallis para el puntaje total de Depresión según estado civil*

<b>Puntaje total de depresión</b>	<b>Estado civil</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>H de Kruskal-Wallis</b>	<b>p</b>
	Soltero	178	172.80	7.236	.065
Casado	104	142.97			
Casado	8	184.75			
Viudo	33	158.23			
Total	323				

En la Tabla 15, se muestra un  $p$  valor de .005, lo cual indica que sí existen diferencias significativas del puntaje total de depresión, según el grado de instrucción.

**Tabla 15**

*Prueba de Kruskal- Wallis para el puntaje total de Depresión según grado de instrucción*

	<b>Grado de instrucción</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>H de Kruskal-Wallis</b>	<b>p</b>
<b>Puntaje total de depresión</b>	Primaria	5	239.70	12.799	,005
	Secundaria	43	197.50		
	Superior Universitario	177	149.77		
	Superior Técnico	98	164.56		
	Total	323			

En la Tabla 16, se muestra un valor de  $p < .05$  lo cual indica que sí existen diferencias significativas para el puntaje total de depresión, según edad.

**Tabla 16**

*Prueba U de Mann-Whitney para el puntaje total de Depresión según edad*

	<b>Rango de edades</b>	<b>N</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>U de Mann-Whitney</b>	<b>p</b>
<b>Puntaje total de depresión</b>	18-29	107	188.60	8709.500	,000
	30-59	216	148.82		
	Total	323			

## V. Discusión de resultados

La presente investigación tuvo como propósito evaluar la prevalencia de depresión en contexto de COVID-19 en adultos que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario San Borja. Para ello se contó con una muestra de 323 personas cuyas edades oscilaban entre los 18 a 59 años. Se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck – IDB, con el cual se evaluaron las categorías de gravedad de depresión: depresión leve, depresión moderada y depresión grave.

Al analizar los resultados de la presente investigación, se encontró que la prevalencia de depresión en contexto de COVID-19 fue del 64.7%, que corresponden a las categorías leve, moderada y grave en los usuarios que asistieron al centro. En concordancia con este hallazgo, se encuentra lo trabajado por Prieto et al. (2020), quienes identificaron la prevalencia de depresión en adultos de Lima Metropolitana con un 39% durante el estado de emergencia por COVID-19, por lo que podemos afirmar que este nuevo contexto por COVID-19 ha generado un impacto en la salud mental y los resultados en este estudio no es la excepción. Igualmente, a nivel internacional, se observó coincidencias con lo encontrado en este estudio, pues según lo publicado por Gallagher et al. (2020) demostraron que las experiencias de COVID-19, la muerte de conocidos y el estrés se asociaron consistentemente con mayores posibilidades de diagnóstico de depresión en adultos estadounidenses. De igual forma, Bäuerle et al. (2020), encontraron una alta prevalencia en la variable depresión en adultos, con un 14.3% relacionado con COVID-19 durante la pandemia en curso en Alemania. Así mismo coincide con lo mencionado por Ettman et al. (2020), quienes confirmaron en su estudio con adultos estadounidenses que los síntomas de depresión fueron tres veces más altos durante COVID-19 que el anterior registrado después de eventos traumáticos masivos anteriormente. Los anteriores resultados están asociados a las características comunes que el contexto nos ha brindado alrededor del mundo por la pandemia por COVID-19, reflejando la importancia de

nuestro medio y que, combinado con los efectos de la pandemia, han provocado un aumento en los trastornos de salud mental.

También al analizar los resultados de la presente investigación, la categoría de depresión que prevaleció en el contexto de COVID-19 fue la categoría moderada con un porcentaje de 24.1%, seguida por la depresión leve con un porcentaje de 22.0% y la depresión grave con un porcentaje de 18.6%. Estos resultados difieren con los presentados por Mejía (2020), quien realizó un estudio en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo por COVID -19 de Lima Metropolitana, donde afirmó que existe una prevalencia de la categoría leve, con un porcentaje de 86%, mientras que la categoría moderada presentó un porcentaje de 12%, aunque la categoría grave se muestra en último puesto con un porcentaje de 2%, coincidiendo con lo encontrado en el estudio. Del mismo modo, a nivel internacional los resultados difieren con los encontrados en la investigación de Galindo et al. (2020), quienes registraron que los adultos de México y extranjeros residentes presentaron un 27.5% de depresión grave, un 22.3% de depresión leve y un 10.5% de depresión moderada. Por otro lado, sí se observa similitud con los resultados del estudio de Wang et al. (2020), donde informaron que el 16.5 % de ciudadanos chinos presentaron síntomas depresivos de moderados a graves, relacionado por las preocupaciones por sus familiares y el poder contraer el COVID-19. Lo anterior mencionado confirma que las personas en general no se encontraban preparadas psicológicamente para enfrentar una situación tan desbordante como lo derivado por el COVID-19 y sus efectos en la salud mental.

En cuanto a la descripción de las categorías de depresión que prevalecen en contexto de COVID-19, se presentan las categorías moderada y leve en el sexo femenino con un porcentaje de 15.5%, mientras que el sexo masculino se presentan las categorías moderada y grave con un porcentaje de 8.7% cada uno. En concordancia con estos hallazgos, Galindo et al.(2020), registraron que los adultos de México y extranjeros del sexo femenino reportaron

mayores niveles de depresión al enfrentarse al COVID-19. Incluso, Orellana & Orellana (2020) en su investigación en adultos de El Salvador coinciden que la depresión prevalece más en las mujeres que en los hombres en las condiciones de emergencia sanitaria como las actuales. Ambos resultados se explican con lo mencionado en la literatura, específicamente con la teoría de socialización de género, donde se plantea que la mujer se le asigna el apoyo y guía de la familia y la atención de la casa, pudiendo haberse explicado con una mayor carga en actividades en el desarrollo de toda la pandemia.

Igualmente, en cuanto a las categorías de depresión que prevalece en contexto de COVID-19 según el estado civil, se encontró un 38.1%, de usuarios solteros en las categorías de depresión leve, moderada y grave, mientras que el 17.7% de usuarios casados, 1.8% de usuarios viudos y 7.1% usuarios divorciados en las categorías previamente mencionadas. En congruencia con estudios internacionales, Eidman et al. (2020) encontraron que las personas solteras refirieron mayor sintomatología que las personas casadas en una muestra de adultos argentinos. Igualmente, la investigación de Ettman et al. (2020) coincide con lo presentado, pues encontraron que el 39.8% de adultos estadounidenses solteros presentaban depresión, mientras que los adultos estadounidenses casados presentaban un 18.3% de síntomas de depresión y los adultos estadounidenses divorciados un 31.5%. De la misma forma, Galindo et al. (2020) coincide con lo registrado en la investigación, ya que los adultos de México y extranjeros solteros presentaron depresión grave con un 65.8%, los casados presentaron depresión leve con un 27.9%, los viudos depresión grave con un 1.4% y los divorciados presentaron depresión grave y con un 8.2 %. En general, las personas solteras estuvieron expuestas a diversos factores que pudieron aumentar o disminuir el riesgo de desarrollar síntomas de enfermedades mentales como producto de la exposición prolongada a estímulos estresores debido a la pandemia.

Del mismo modo, en cuanto a las categorías de depresión que prevalece en contexto de COVID-19 según el grado de instrucción, se halló en el nivel primaria un 1.5% de casos en las categorías de depresión leve, moderada y grave, en el nivel secundaria se encontró un 9.9%, en el nivel de estudio superior universitario se encontró un 34% y finalmente en el nivel de estudio superior técnico un 19.3% de casos de las categorías previamente mencionadas. Sin embargo, Eidman et al. (2020) difieren a lo encontrado en su investigación con adultos argentinos, los que reportaron que los adultos de escolaridad primaria, secundaria, así como estudios máximos alcanzados presentaron mayor sintomatología que las personas que finalizaron sus estudios superiores y universitarios. Los resultados encontrados se explican debido a que los estudiantes universitarios tuvieron la necesidad de adaptarse al nuevo contexto educativo (virtualidad, aumento de tareas y necesidad de recuperar el tiempo perdido debido a la pandemia).

Del mismo modo, en relación a las categorías de gravedad de depresión según edad, se encontró que un 25.1% de los usuarios adultos jóvenes con edades entre los 18 y 29 años presentaron depresión en las categorías de gravedad de depresión leve, moderada y grave, mientras que el 39.6% de los usuarios adultos con edades entre 30 y 59 años presentaron depresión en las categorías previamente mencionadas. Paralelamente, Eidman et al. (2020) mostraron que tanto los adultos jóvenes (18 a 29 años) como los adultos medios (30 a 59 años) de Argentina presentaron mayor sintomatología de depresión en comparación con adultos mayores. De la misma forma, Ozamiz et al. (2020) encontraron que el 21.4% adultos españoles de 18 a 25 años presentaron depresión entre las categorías leve, moderada, severa y extremadamente severa, mientras que el 20% de los adultos españoles de 26 a 60 años presentaron depresión en las categorías previamente mencionadas. En cambio, Ettman et al. (2020) encontraron que el 38.8% de adultos estadounidenses de adultos entre 18 a 39 años presentaron depresión e igualmente el 26.8% de los adultos de 40 a 59 años presentaron

depresión. Esto se explica debido a las condiciones particularmente duras como la pérdida de vivencias como parte de la etapa de vida (reuniones, familia, estudios, entre otros).

Cabe señalar que dentro de los resultados se halló que al comparar la depresión en función al sexo y estado civil no hay diferencias estadísticamente significativas. Esto difiere a lo expuesto por Prieto et al. (2020), quienes hallaron diferencias estadísticamente significativas en función al sexo en adultos de Lima Metropolitana. Ello significa que ambas variables no representan una condición que involucre algún cambio importante en el origen de la depresión, posiblemente influyendo otras variables como la personalidad o de tipo cognitivas. Por otro lado, según las variables de grado de instrucción y edad, se encontró que sí existen diferencias estadísticamente significativas, coincidiendo con Prieto et al. (2020), quienes describieron diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de depresión reportados por jóvenes y adultos e igualmente menciona que existen diferencias significativas en relación al grado de instrucción. A nivel internacional también coinciden los resultados, Orellana & Orellana (2020) en su estudio realizado en adultos en El Salvador, rescataron que la edad se vincula a los síntomas emocionales, ya que las personas más jóvenes que solo estudian o trabajan pueden manifestar niveles más altos y generalizados de síntomas emocionales por una situación de dependencia más pronunciada. Adicionalmente, también los resultados obtenidos coinciden con los presentados por Eidman et al. (2020), quienes realizaron una investigación con adultos argentinos donde presentaron diferencias significativas según edad y grado de instrucción. Igualmente, Ferreira et al. (2020), en su investigación con adultos de 30 a 50 años de Paraguay encontraron que 37.2% presentaba depresión y ansiedad moderada y severa.

## VI. Conclusiones

- El inventario de Depresión de Beck – IDB II alcanzó un alfa de Cronbach de .926 lo cual indica una alta confiabilidad. En relación a la validez, fue verificada a través del análisis factorial con rotación varimax, presentando una sola dimensión general para depresión.
- El inventario de Depresión de Beck – IDB II presenta una validez aceptable para una sola dimensión de depresión general.
- Se encontró que la prevalencia de la depresión en adultos fue del 64.7%, que incluyen las categorías de depresión leve con 22%, depresión moderada con 24.1% y depresión grave con 18.6%.
- El sexo femenino es quien presentó mayores casos de depresión (40.9%) en las categorías de depresión leve (15.5%), depresión moderada (15.5%) y depresión grave (9.9%).
- No se encontraron diferencias significativas de la depresión con respecto al sexo ( $p=.410$ ) y el estado civil ( $p=.065$ ). Sin embargo, si se hallaron diferencias significativas según el grado de instrucción ( $p=.005$ ) y la edad ( $p=.000$ ).



## **VII. Recomendaciones**

- Realizar mayores estudios acerca de la depresión en contexto de COVID-19, ya que existen pocas investigaciones en nuestro medio en esta población o en otras similares.
- Se sugiere realizar el estudio a mayor escala que permita describir con mayor precisión el estado de la depresión en el Centro de Salud Mental Comunitario San Borja.
- Diseñar intervenciones preventivas que se constituyan sobre una sólida fundamentación teórica, tomando en consideración los factores de riesgo y de protección acerca de la depresión en el contexto de COVID-19.
- Implementar programas de intervención para los adultos que asisten a los centros de salud mental y que se han visto afectados por el confinamiento por COVID-19.

## VIII. Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSMV*. Arlington.
- Barreda, D. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista De Investigación En Psicología*, 22(1), pp. 39-52. <http://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16580>
- Bäuerle, A., Teufel, M., Musche, V., Weismüller, B., Kohler, H., Hetkamp, M., Dörrie, N., Schweda, A. & Skoda, E-M. (2020). Increased generalized anxiety, depression and distress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Germany. *Journal of Public Health*, 42(4), pp. 672-678. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa106>
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión (20ª edición)*. Desclée De Bruwer.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation: Harcourt Brace & Company.
- Eidman, L., Arbizú, J., Lamboglia, A. y Del Valle Correa, L. (2020). Salud Mental y síntomas psicológicos en adultos argentinos de población general en contexto de pandemia por COVID-19. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 24(2), pp. 1-16.
- Ettman, C., Abdalla, S., Cohen, G., Sampson, L., Vivier, P. y Galea, S. (2020). Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*, 3(9). [doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.19686](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.19686)
- Ferreira, M., Coronel, G., y Rivarola, M. (2021). Impacto sobre la salud mental durante la pandemia COVID 19 en Paraguay. *Revista Virtual De La Sociedad Paraguaya De Medicina Interna*, 8(1), pp. 61-68. <https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2021.08.01.61>

- Galindo- Vázquez, O., Ramírez- Orozco, M., Costas - Muñiz, R., Mendoza- Contreras, L., Calderillo - Ruíz, G., y Meneses - García, A. (2020). Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. *Gaceta Médica De México*, 156(4), pp. 298-305. <https://doi.org/10.24875/gmm.m20000399>
- Gallagher, M. W., Zvolensky, M. J., Long, L., Rogers, A. y Garey, L. (2020). The Impact of Covid-19 Experiences and Associated Stress on Anxiety, Depression, and Functional Impairment in American Adults. *Cognitive Therapy and Research*, 44 (6), pp.1043-1051. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10143-y>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación. McGraw-Hill.
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), pp. 327–334. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Korman, G. y Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1) , pp. 119-145.
- Luna, T., y Vilchez, E. (2017). Depresión: Situación Actual. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 17(2), pp. 78-85. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v17.n3.1197>
- Mejía, E.(2020). *Prevalencia de la depresión y procrastinación en pacientes ambulatorios por efecto del teletrabajo Lima 2020*. [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma de Ica]. Repositorio Institucional de la UAI. <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/autonomadeica/718>

Ministerio de Salud (22 de julio de 2020). *Minsa brindó más de 44 mil atenciones en los Centros de Salud Mental Comunitarios durante la pandemia.*

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/214647-minsa-brindo-mas-de-44-mil-atenciones-en-los-centros-de-salud-mental-comunitarios-durante-la-pandemia/>

Ministerio de Salud del Perú (2021). *Tiempos de pandemia 2020-2021.*

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5485.pdf>

Ministerio de Salud del Perú (31 de agosto de 2020). *Casos confirmados por coronavirus Covid-19 ascienden a 652 037 en el Perú (Comunicado N°225).*

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/297141-minsa-casos-confirmados-por-coronavirus-covid-19-ascienden-a-652-037-en-el-peru-comunicado-n-225>

Ministerio de Salud. (2022). *Sala Situacional COVID-19 Perú.*

[https://covid19.minsa.gob.pe/sala\\_situacional.asp](https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp)

Orellana , C. & Orellana , L. (2020). Predictores de síntomas emocionales durante la cuarentena domiciliar por pandemia de COVID-19 en El Salvador. *Actualidades en Psicología*

, 34(128), pp. 103-120. <https://dx.doi.org/10.15517/ap.v34i128.41431>

Organización de las Naciones Unidas (02 de marzo de 2022). *La pandemia de COVID-19 dispara la depresión y la ansiedad.* <https://news.un.org/es/story/2022/03/1504932>

Organización de las Naciones Unidas (14 de mayo de 2020). *Ante un posible aumento de los suicidios por el coronavirus, la ONU pide tomar medidas para cuidar la salud mental.*

<https://news.un.org/es/story/2020/05/1474312>

Organización Mundial de la Salud (25 de marzo de 2020). *Reporte de la situación de COVID-19 del 25 de marzo.* [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200325-sitrep-65-covid-19.pdf?sfvrsn=2b74edd8\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200325-sitrep-65-covid-19.pdf?sfvrsn=2b74edd8_2).

Organización Mundial de la Salud (13 de setiembre de 2021). *Depresión*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Panamericana de la Salud (31 de marzo de 2017). "*Depresión: hablemos*", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad.

[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es)

Organización Panamericana de la Salud (31 de marzo de 2020). *Informe de Situación COVID-19 N°1*.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52404>

Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Idoiaga-Mondragon, N. y Picaza-

Gorochategui, M. (2020). 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*, 36(4). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>

Prieto, D., Aguirre, G., Pierola, I., Victoria-de Bona, G., Merea, L., Lazarte, C., Uribe-Bravo,

K., y Zegarra, Á. (2020). Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana. *Liberabit*, 26(2), <https://dx.doi.org/10.24265/liberabit.2020.v26n2.09>

Taquet, M., Luciano, S., Reddes, H. y Harrison, P. (2021). Bidirectional associations between

COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62354 COVID-19 cases in the USA. *Lancet Psychiatry*, 8(2), pp.130-140. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30462-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30462-4)

Vázquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, Modelos Teóricos y

Tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), pp. 417-449.

Velavan, T. y Meyer, C. (2020). The COVID-19 epidemic. *Tropical Medicine & International Health*, 25(3), pp. 278–280, <https://doi.org/10.1111/tmi.13383>

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. y Ho, R. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Zarragoitia, I. (2010). *Depresión: generalidades y particularidades*. Ciencias Médicas

## IX. Anexos

### Anexo A

#### Matriz de consistencia

Problema	Objetivo general	Justificación	Instrumentos
<p><i>¿Cuál es la prevalencia de la depresión en los adultos de 18 a 59 años que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario San Borja en contexto COVID-19?</i></p>	<p>Evaluar la prevalencia de depresión en contexto de COVID-19 en los adultos de 18 a 59 años que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario San Borja.</p>	<p><b>Aporte teórico</b></p> <p>Desde una perspectiva teórica, esta investigación permitirá establecer la prevalencia de la depresión en adultos en el contexto de COVID-19, teniendo además datos relevantes sobre la existencia de este fenómeno, que permitirá enriquecer el conocimiento sobre esta temática de la salud mental bajo este contexto.</p>	<p><b>IDB - II:</b> Inventario de Depresión de Beck.</p>
	<p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>1. Identificar las categorías de gravedad de depresión en contexto de COVID-19 en los adultos que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario San Borja.</p> <p>2. Describir las categorías de gravedad de depresión en contexto de COVID-19 en los adultos que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario San Borja según sexo, edad, estado civil y grado de instrucción.</p>		

---

3. Analizar las diferencias **Aporte Social**

significativas en la depresión en contexto de COVID-19 según las variables: edad, sexo, estado civil y grado de instrucción.

Así mismo, desde el punto de vista de relevancia social, será fundamental porque permitirá generar mayor atención en las y los adultos del distrito de San Borja, quienes pueden haber sido expuestos a enfrentar diversas problemáticas en su salud mental bajo el contexto de COVID-19. Además, permitirá reforzar las acciones preventivo-promocionales asumidas desde su estrategia de salud.

**Aporte práctico**

Desde el punto de vista de la justificación práctica, este estudio contribuirá con los resultados para la prevención e intervención a través de estrategias acerca de la depresión en poblaciones similares.

---



**Anexo B****CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN DE UN ESTUDIO  
DE INVESTIGACIÓN**

*Título: Depresión en contexto de COVID-19 en adultos que asisten a un centro de salud de  
Lima Metropolitana*

Estimada(o) usuaria(o), el día de hoy ha sido invitada(o) a participar en la siguiente investigación cuyo objetivo es “evaluar la prevalencia de depresión en contexto de COVID-19 en adultos de 18 a 59 años que acuden al Centro de Salud Mental Comunitario San Borja”. La investigación está a cargo de la Interna de Psicología del Centro de Salud Mental Comunitario San Borja, Aynabeth Valerie Carranza Campos, con el fin de obtener el título de Licenciatura en Psicología.

La participación en este estudio es voluntaria y la información obtenida sólo será usada con fines académicos siendo estrictamente confidencial. El llenado del formulario le tomará un tiempo aproximado de 10 a 15 min.

Lo único que se necesita para su participación es: tener entre 18 y 59 años de edad, ser usuaria(o) del Centro de Salud Mental Comunitario San Borja, y haber leído y aceptado el consentimiento informado.

**IMPORTANTE:** En caso de tener alguna duda sobre la investigación o alguna pregunta, puede contactarse con la investigadora, mediante el siguiente correo: 2015030059@unfv.edu.pe

¿Desea participar voluntariamente en este proceso de investigación?

<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
-----------	-----------

Muchas gracias por su participación.

**Anexo C****FICHA TÉCNICA DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II  
(BDI-II)**

Nombre:	Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)
Autores:	Beck, Steer y Brown
Procedencia:	Estados Unidos
Año:	1996
Aplicación:	Individual y colectiva
Adaptación:	Brenlla y Rodríguez (2006)
Población:	13 años en adelante
Nº de ítems:	21 ítems
Finalidad:	Evaluar la sintomatología depresiva
Materiales:	Manual, protocolo de aplicación y plantilla de corrección
Ámbitos de aplicación:	Clínico

## INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II (BDI-II)

**Edad:**

**Sexo:**

M	F
---	---

**Grado de instrucción:**

Primaria	Secundaria	Superior Universitario	Superior Técnica
----------	------------	---------------------------	---------------------

**Estado civil:**

Soltero	Casado	Viudo	Divorciado
---------	--------	-------	------------

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la **ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de la elección.*

### 1. Tristeza

0 No me siento triste

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo

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

**2. Pesimismo**

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

**3. Fracaso**

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

**4. Pérdida de Placer**

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

**5. Sentimientos de Culpa**

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

**6. Sentimientos de Castigo**

- 0 No siento que esté 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 gusta a mí mismo

**8. Auto crítica**

- 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 mí 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
- 1a Duermo un poco más que lo habitual
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual
- 2a Duermo mucho más que lo habitual

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3a Duermo la mayor parte del día

3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

### **17. Irritabilidad**

0 No estoy tan irritable que lo habitual

1 Estoy más irritable que lo habitual

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual

3 Estoy irritable todo el tiempo

### **18. Cambios en el Apetito**

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito

1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual

1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual

2a Mi apetito es mucho menor que antes

2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3a No tengo apetito en absoluto

3b Quiero comer todo el día

### **19. Dificultad de Concentración**

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada

### **20. Cansancio o Fatiga**

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual

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

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

## **21. Pérdida de Interés en el Sexo**

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

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

**“Gracias por participar”**



### Anexo D

## PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (IDB-II)

- Validez del Inventario de Depresión IDB-II

Ítems	F1
1	.694
2	.693
3	.628
4	.685
5	.728
6	.509
7	.668
8	.615
9	.693
10	.558
11	.630
12	.747
13	.649
14	.732
15	.711
16	.482
17	.595
18	.637
19	.739
20	.704
21	.456
Autovalor	8.889
%V.E.	42.330
%V.E.A.	42.330

Nota: %V.E. = porcentaje de varianza explicada, %V.E.A. = porcentaje de varianza explicada acumulada

- Confiabilidad del Inventario de Depresión IDB-II

Escala Total	Ítems	Alfa [IC95%]
Escala total	21	.926