



## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

DEPRESIÓN EN USUARIOS DROGODEPENDIENTES DE UN CENTRO DE  
SALUD MENTAL COMUNITARIO DE HUANCAYO, 2022

**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**

Carbajal Olazabal, Leyla Aracely

### **Asesora**

Henostroza Mota, Carmela Reynalda

ORCID: 0000-0003-3762-3247

### **Jurado**

Pinto Herrera, Florita

Espíritu Álvarez, Fernando Julio

Valle Canales, Haydee

**Lima - Perú**

**2026**



# DEPRESIÓN EN USUARIOS DROGODEPENDIENTES DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO DE HUANCAYO, 2022

## INFORME DE ORIGINALIDAD



## FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal</b> Trabajo del estudiante	<b>2%</b>
<b>2</b>	<b>hdl.handle.net</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>3</b>	<b>www.robertexto.com</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>pdfcoffee.com</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>repositorio.unfv.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>www.researchgate.net</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>psiquiatria.com</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>8</b>	<b>www.coursehero.com</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>9</b>	<b>repositorio.ucv.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>10</b>	<b>repositorio.unsch.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>
<b>11</b>	<b>alicia.concytec.gob.pe</b> Fuente de Internet	<b>&lt;1%</b>



## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

# **DEPRESIÓN EN USUARIOS DROGODEPENDIENTES DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO DE HUANCAYO, 2022**

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:**

Carbajal Olazabal, Leyla Aracely

**Asesora:**

Henostroza Mota, Carmela Reynalda

ORCID: 0000-0003-3762-3247

**Jurado:**

Pinto Herrera, Florita

Espíritu Álvarez, Fernando Julio

Valle Canales, Haydee

**Lima – Perú**

**2026**

### **Dedicatoria**

Dedico este trabajo a quienes enfrentan la drogodependencia con la esperanza que impulsa cada intento de cambio. Y a quienes, desde la familia, la amistad o la profesión, acompañan con paciencia, respeto y compromiso, recordándonos que el apoyo humano puede transformar vidas.

Que sus historias sigan inspirando empatía, comprensión y la construcción de caminos hacia la esperanza y el bienestar.

### **Agradecimientos**

Este trabajo no habría sido posible sin el apoyo de personas que dejaron huellas profundas en mi vida y en este proceso. A mi madre, por su amor incondicional, su paciencia infinita y su respeto hacia cada una de mis decisiones. Gracias por ser mi mayor ejemplo de fortaleza y el sostén que me impulsa a seguir adelante. Al personal del Centro de Salud Mental Comunitario, por brindarme la acogida y el respaldo necesario para llevar a cabo esta investigación. Su dedicación y compromiso diario con los usuarios no solo inspiraron este estudio, sino que también representan un verdadero testimonio de esperanza y servicio humano.

A todos ellos, mi gratitud sincera y permanente.

## ÍNDICE

Resumen		vii
Abstract		viii
I.	INTRODUCCIÓN	1
1.1.	Descripción y formulación del problema	2
1.2.	Antecedentes	4
	<i>1.2.1. Antecedentes nacionales</i>	4
	<i>1.2.2. Antecedentes internacionales</i>	6
1.3.	Objetivos	9
	<i>1.3.1. Objetivo general</i>	9
	<i>1.3.2. Objetivos específicos</i>	9
1.4.	Justificación	10
II.	MARCO TEÓRICO	12
2.1.	Bases teóricas sobre el tema de investigación	12
	<i>2.1.1. Depresión</i>	12
	<i>2.1.2. Criterios diagnósticos</i>	14
	<i>2.1.3. Clasificación según DSM-5</i>	15
	<i>2.1.4. Hipótesis etiopatogénicas de comorbilidad</i>	16
	<i>2.1.5. Patología Dual</i>	17
	<i>2.1.6. La teoría cognitiva de Beck</i>	18
2.2.	Depresión en usuarios drogodependientes	19
III.	MÉTODO	22
3.1.	Tipo de Investigación	22
3.2.	Ámbito temporal y espacial	22
3.3.	Variables	23

3.3.1. <i>Depresión</i>	23
3.3.2. <i>Variables sociodemográficas</i>	24
3.4. Población y muestra	27
3.4.1. <i>Población</i>	27
3.4.2. <i>Tamaño de la muestra</i>	27
3.4.3. <i>Tipo de muestreo</i>	27
3.4.4. <i>Criterios de Inclusión y Exclusión</i>	28
3.5. Instrumentos	28
3.5.1. <i>Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)</i>	28
3.5.2. <i>Ficha sociodemográfica</i>	33
3.6. Procedimientos	33
3.7. Análisis de datos	34
3.8. Consideraciones éticas	35
IV. RESULTADOS	37
4.1. Análisis Descriptivo	37
4.1.1. <i>Análisis descriptivo de la prevalencia de depresión</i>	37
4.1.2. <i>Distribución de la depresión según variables sociodemográficas</i>	38
4.1.3. <i>Análisis descriptivo ítem por ítem del PHQ-9</i>	45
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	47
VI. CONCLUSIONES	52
VII. RECOMENDACIONES	54
VIII. REFERENCIAS	55
IX. ANEXOS	62

**ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1	Operacionalización de la variable Depresión	24
Tabla 2	Prevalencia y niveles de severidad de depresión en los usuarios drogodependientes del CSMC de Huancayo	37
Tabla 3	Distribución de frecuencia de la muestra según grupo de edad	38
Tabla 4	Prevalencia de depresión en la muestra de acuerdo con su grupo de edad	38
Tabla 5	Distribución de frecuencia de la muestra según género	39
Tabla 6	Prevalencia de depresión en la muestra de acuerdo con el género	40
Tabla 7	Distribución de frecuencia de la muestra según nivel socioeconómico	41
Tabla 8	Prevalencia de depresión en la muestra de acuerdo con el nivel socioeconómico.	41
Tabla 9	Distribución de frecuencia de la muestra según sustancia de consumo	43
Tabla 10	Prevalencia de depresión en la muestra de acuerdo con el tipo de sustancia de consumo	43
Tabla 11	Distribución y frecuencia de los síntomas de depresión obtenidos de los ítems del PHQ-9 en la muestra total	45

## Resumen

**Objetivo:** Identificar la prevalencia de depresión en usuarios drogodependientes de un Centro de Salud Mental Comunitario de Huancayo en 2022. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en una muestra de 148 usuarios, cuyas edades oscilaron entre 18 y 65 años. Se utilizó como instrumento el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9). **Resultados:** De los 148 participantes, 132 (89.2%) fueron varones y 16 (10.8%) mujeres. La prevalencia global de depresión fue de 99.3% (147 usuarios), evidenciando una presencia casi generalizada de sintomatología depresiva. En cuanto a la severidad, 19 (12.8%) presentaron depresión leve, 34 (23.0%) moderada, 73 (49.3%) moderadamente severa y 21 (14.2%) severa; solo 1 (0.7%) presentó síntomas mínimos. En varones, 64 (48.5%) presentaron depresión moderadamente severa y 19 (14.4%) severa; en mujeres, 9 (56.2%) y 2 (12.5%), respectivamente. **Conclusión:** Existe una alta prevalencia de depresión en usuarios drogodependientes, con predominio de niveles moderadamente severos y severos, lo que evidencia una importante carga clínica y emocional. Se resalta la necesidad de implementar estrategias de detección temprana, intervención integral y seguimiento psicológico especializado para el abordaje conjunto del consumo de sustancias y la depresión.

*Palabras claves:* depresión, drogodependencia, prevalencia, Huancayo

## Abstract

**Objective:** To identify the prevalence of depression among drug users at a Community Mental Health Center in Huancayo in 2022. **Method:** A cross-sectional descriptive study was conducted with a sample of 148 users, aged 18 to 65 years. The Patient Health Questionnaire (PHQ-9) was used as the instrument. **Results:** Of the 148 participants, 132 (89.2%) were male and 16 (10.8%) were female. The overall prevalence of depression was 99.3% (147 users), demonstrating a nearly universal presence of depressive symptoms. Regarding severity, 19 (12.8%) presented with mild depression, 34 (23.0%) with moderate depression, 73 (49.3%) with moderately severe depression, and 21 (14.2%) with severe depression; only 1 (0.7%) presented with minimal symptoms. In men, 64 (48.5%) presented with moderately severe depression and 19 (14.4%) with severe depression; in women, 9 (56.2%) and 2 (12.5%), respectively. **Conclusion:** There is a high prevalence of depression among drug users, with a predominance of moderately severe and severe levels, which demonstrates a significant clinical and emotional burden. The need to implement early detection strategies, comprehensive intervention, and specialized psychological follow-up for the joint management of substance use and depression is highlighted.

*Keywords:* depression, drug addiction, prevalence, Huancayo

## I. INTRODUCCIÓN

La drogodependencia constituye un problema de salud pública de gran magnitud, debido a los efectos negativos que generan en la salud física, mental y social de las personas que la padecen. Entre las principales consecuencias psicológicas se encuentra la depresión, un trastorno que incrementa la vulnerabilidad y dificulta los procesos de recuperación y de reinserción social de los usuarios que consumen sustancias psicoactivas.

De acuerdo con Beck (1979), la depresión se interpreta a partir de esquemas cognitivos disfuncionales que generan una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro, conocida como la triada cognitiva. Este modelo resulta especialmente relevante al analizar la población drogodependiente, en donde el consumo de sustancias y los síntomas depresivos tienden a coexistir y reforzarse mutuamente.

El propósito principal de este estudio es identificar la prevalencia de depresión en usuarios drogodependientes atendidos en un Centro de Salud Comunitario de Huancayo durante el año 2022, considerando variables sociodemográficas y el tipo de sustancia consumida.

En el apartado I se presenta la descripción y formulación del problema, así como los antecedentes nacionales e internacionales, los objetivos, la justificación e hipótesis de la investigación.

En el apartado II se desarrolla el marco teórico, donde se abordan las principales definiciones, teorías y enfoques relacionados con la depresión y la drogodependencia.

En el apartado III se describe la metodología, detallando el tipo y diseño de investigación, la población y muestra, la operacionalización de variables, los instrumentos utilizados, su validez y confiabilidad en el contexto peruano, así como el procedimiento de recolección y análisis de datos.

En el apartado IV se presentan los resultados obtenidos, que muestran la prevalencia de depresión en la población estudiada y relación con variables sociodemográficas y el tipo de sustancia consumida.

Finalmente, en el apartado V se incluye la discusión, las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio, además de las referencias bibliográficas correspondientes.

### **1.1. Descripción y formulación del problema**

En los últimos años, el uso perjudicial de sustancias psicoactivas ha ido aumentando y se ha convertido en un tema relevante para la salud pública mundial. Un informe publicado en el 2021 por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2021) señala que más de 275 millones de personas consumieron diversos tipos de drogas, entre ellas alcohol, cannabis, cocaína, opiáceos, derivados anfetamínicos y otras sustancias psicoactivas.

De esa población, 36,3 millones, es decir alrededor del 13%, presenta algún trastorno vinculado al consumo. Así mismo se estima que cerca del 5.5% de las personas de 15 a 64 años probaron alguna droga, como mínimo, una vez en el transcurso del 2021.

Por otro lado, en el Perú en el transcurso del año 2020 los hospitales y los centros de salud y de salud mental atendieron 14611 casos de adicciones a sustancias adictivas y se observó que alrededor de 94% de los peruanos presentan un consumo perjudicial o dependencia al alcohol, mientras que cerca del 1.5% mantienen dependencia hacia drogas consideradas ilegales. (Ministerio de Salud [MINSAL], 2021).

De acuerdo con la bibliografía se ha encontrado una variedad de repercusiones negativas en la población que posee un consumo perjudicial de drogas, especialmente en trastornos cognitivos, emocionales y comportamentales pues las sustancias psicoactivas poseen un efecto directo a nivel neurológico, lo que podría derivar en psicopatías crónicas y otros

trastornos como la depresión, ansiedad y esquizofrenia. Por ejemplo, en un estudio realizado de comorbilidad de trastornos psiquiátricos dieron como resultado que el 26.4% de los sujetos con un trastorno relacionado con drogas, padece también un trastorno afectivo (Campos, 2002).

Actualmente los datos revelan que la morbilidad de los trastornos psiquiátricos en general y de los trastornos afectivos depresivos asociados al consumo de drogas y alcohol se ha multiplicado en los últimos 10 años. Se obtuvo una tasa de prevalencia del trastorno depresivos mayor del 6.35% para la población general y del 15.15% para los usuarios de drogas. La prevalencia de cualquier trastorno del humor ascendía al 8.19% para la población general y al 20.13% para usuarios consumidores de drogas (Cañellas, 2009).

Campos (2020) afirmó que el 26.4% de sujetos con un trastorno relacionados con drogas padecían también un trastorno afectivo, además refiere que en la prevalencia de los síntomas depresivos de la dependencia de alcohol las tasas oscilan del 30% al 89%. Estos datos revelan una incidencia de depresión en las personas con consumo de drogas y en usuarios drogodependientes que podría generar una comorbilidad a largo plazo como consecuencia de propio consumo perjudicial.

En el Perú esta interrelacionado entre algunos trastornos como la depresión, ansiedad y la conducta adictiva se ve reflejada en las estadísticas donde más de 4.8 millones de la población han sufrido algún trastorno mental en el 2016, de los cuales más de un millón en además vinculados al consumo de alcohol o drogas (Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas [DEVIDA],2017).

Por esta problemática a nivel nacional se han implementado módulos conformados por equipos interdisciplinarios de atención especializada en centros de salud, centros de salud mentales, centros de salud mentales comunitarios, hospitales y centros juveniles, con el objetivo de entregar un atención multidisciplinaria e integrativa a los usuarios con tendencia al

consumo de alcohol y drogas, enfermedades mentales y problemas de conducta por consumo de sustancias, a través de un conjunto de actividades de identificaciones, diagnósticos y terapia especializada. Junín es una de las regionales que cuentan con estos módulos de atención ambulatoria debido a que se encuentran priorizada por el índice de consumo de drogas legales e ilegales en su población (MINSA, 2014).

Actualmente en la población de Huancayo no se han realizado estudios que evalúen la existencia de depresión en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas que cuenten con atención especializada dentro de un Centro de Salud Mental Comunitarios (CSMC). Por lo que me formulo las siguientes preguntas.

¿Existe prevalencia de depresión en usuarios drogodependientes de un centro de salud mental comunitario en el distrito de Huancayo, 2022?, ¿Cuáles son los niveles de severidad de depresión en los usuarios drogodependientes evaluados?, ¿Cuál es la prevalencia de depresión según género y edad en usuarios drogodependientes de un CSMC de Huancayo?, ¿Cuál es la prevalencia de depresión según tipo de sustancia consumida?, ¿Cuál es la prevalencia de depresión según nivel socioeconómico? y ¿Cuáles son los síntomas específicos de depresión más frecuentes en los usuarios evaluados?

## **1.2. Antecedentes**

### ***1.2.1. Antecedentes Nacionales***

Suárez (2021) realizó una investigación cuyo objetivo fue identificar la frecuencia de ansiedad y depresión en consumidores de sustancias psicoactivas que asisten a centros de rehabilitación en la ciudad de Chiclayo, Perú. El estudio fue descriptivo, transversal y con enfoque cuantitativo. La población y muestra estuvo conformada por 150 consumidores de sustancias psicoactivas que recibían tratamiento en dichos centros. Para la evaluación se aplicaron dos instrumentos: la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) de Hamilton (1959)

y la Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D) de Hamilton (1960). Los resultados evidenciaron una alta frecuencia de ansiedad y depresión en la población estudiada, lo cual sugiere una comorbilidad significativa entre el consumo de sustancias y estos trastornos mentales. La autora concluyó que es fundamental que los centros de rehabilitación incorporen la evaluación y tratamiento de la ansiedad y depresión como parte integral de sus programas terapéuticos, con el fin de optimizar la recuperación de los pacientes.

Inche y Paucar (2022) llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue determinar la relación entre las distorsiones cognitivas, adherencia terapéutica y los diagnósticos de ansiedad y/o depresión en pacientes atendidos en un CSMC de Huancayo. La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, correlacional y de diseño transversal. La población estuvo conformada por usuarios de las unidades de adultos y adultos mayores diagnosticado con ansiedad y /o depresión, de los cuales se seleccionó una muestra de 51 participantes. Para la recolección de datos se emplearon cuatro instrumentos: el Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA) de Ruiz y Lujan (1991), la Escala de Adherencia Terapéutica de Morisky Green – Levine (EAT-MGL) de Morisky et al. (1986), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) de Beck et al. (1988) y el Inventario de Depresión de Beck -II (BDI-II) de Beck et al. (1996). Los resultados mostraron una relación significativa entre las distorsiones cognitivas y la presencia de ansiedad y depresión, así como su influencia en la adherencia al tratamiento. En conclusión, los autores destacaron que las distorsiones cognitivas constituyen a un factor relevante a considerar en el tratamiento de la ansiedad y la depresión en centros de salud mental comunitarios y que intervenir sobre ellas puede favorecer una mejor adherencia terapéutica de los pacientes.

Apaza (2021) llevo a cabo una investigación cuyo objetivo principal fue determinar la prevalencia de depresión en pacientes adictos de la ciudad de Arequipa. El estudio se enmarcó en un diseño descriptivo, transversal y con enfoque cuantitativo. La población estuvo

conformada por pacientes adictos en tratamiento, de los cuales se seleccionó una muestra de 76 participantes. Para la evaluación se empleó el BDI-II de Beck et al. (1996). Los resultados evidenciaron que una proporción considerable de los pacientes evaluados presentaba depresión en diferentes niveles de severidad, lo que puso en relieve la alta prevalencia de este trastorno en la población adicta. La autora concluyó que la depresión constituye una condición significativa en personas con adicciones, por lo que resulta indispensable su detección temprana y un abordaje integral dentro los programas de tratamiento.

Aldana y Bastidas (2022) llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue determinar el nivel de depresión estado-rasgo en usuarios de un CSMC de la ciudad de Huancayo durante el año 2022. El estudio se fundamentó en una metodología básica, de nivel y diseño descriptivo, con un enfoque cuantitativo. La población estuvo conformada por los usuarios atendidos en dicho centro, de los cuales se obtuvo una muestra de 150 participantes, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencional de tipo censal. Para la evaluación se aplicó el Inventario de Depresión Estado-ñ Rasgo (IDER) de Spielberger et al. (2008) en su versión adaptada. Los resultados mostraron que el 73% de la muestra presentó un nivel medio de depresión estado – rasgo. En cuanto a las dimensiones específicas, se encontró que el 46% tenía un nivel medio de distimia estado, el 56% un nivel bajo de eutimia estado, el 54% un nivel alto de distimia rasgo y el 46% un nivel bajo de eutimia rasgo. En conclusión, las autoras señalaron que existe una prevalencia significativa de depresión en los usuarios de este CSMC en Huancayo, lo subraya la necesidad de atender este trastorno en dicha población.

### ***1.2.2. Antecedentes Internacionales***

El estudio elaborado por Contreras (2020) cuyo objetivo fue identificar depresión y ansiedad en un grupo de pacientes adictos a sustancias psicoactivas en deshabitación del Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay”, en La Habana, Cuba. El estudio fue de tipo

descriptivo, transversal; la población estuvo constituida por 88 usuarios con edades comprendidas entre los 18 y 65 años. Se aplicaron el Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE) y el Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE). Los resultados mostraron que del total de participantes: 21 de género masculino y 9 de género femenino presentaron depresión alta; 18 de género masculino y 2 de género femenino, depresión moderada y 21 de género masculino presentaron depresión baja. En el estudio se llegó a la conclusión de que los pacientes presentaron alteraciones tanto ansiosas como depresivas y el tiempo de consumo estuvo relacionado con la intensidad de la sintomatología. A medida que la sintomatología afectiva se intensificó, aumentó la probabilidad de consumo.

Santo et al. (2022) desarrollaron una investigación cuyo objetivo principal fue estimar la prevalencia de trastornos mentales, incluyendo la depresión, en personas con Trastorno por Uso de Opioides (UOD), a través de una revisión sistemática y metaanálisis. El estudio fue realizado en Australia por investigadores de la Universidad de Nueva Gales del Sur (UNSW Sydney), aunque la población analizada tuvo alcance internacional, ya que estuvo conformada por datos provenientes de 345 estudios observacionales realizados en distintos países, con un total de 104,135 participantes. El método consistió en una revisión sistemática y metaanálisis de estudios publicados en base de datos como Embase, MEDLINE y PsycInfo. En esta investigación no se aplicaron instrumentos de manera directa, sino que se recopiló datos secundarios de investigaciones previas que habían utilizado diferentes herramientas estandarizadas para la evaluación clínica. Los resultados evidenciaron que la prevalencia de depresión en personas con OUD fue de 36.1%, la de ansiedad fue de 29.1%, la de trastorno por déficit de atención e hiperactividad de 20.9%, la de trastorno de estrés postraumático de 18.1% y la de trastorno bipolar de 8.7%. Así mismo, se reportó una prevalencia de 33.6% de trastorno de personalidad antisocial y de 18.2% de trastorno límite de la personalidad. En conclusión, se estableció que la comorbilidad entre depresión y OUD es altamente significativa a nivel global,

lo que resalta la necesidad de implementar estrategias integradas de detección y tratamiento en la práctica clínica.

Tumenta et al. (2021) realizaron un estudio cuyo objetivo fue explorar la relación entre el uso de opioides y la depresión, describiendo además la prevalencia y las tendencias de uso de opioides en personas con depresión en los Estados Unidos. La investigación se llevó a cabo en dicho país, utilizando los datos de la National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) recolectando en siete ciclos de encuestas a lo largo de catorce años (2005 – 2018). La población considerada estuvo conformada por adultos mayores de 18 años de la comunidad estadounidense y la muestra total fue de 36,459 participantes que cumplieron con los criterios de inclusión. EL método empleado fue un diseño transversal a partir del análisis de encuestas poblacionales. Como instrumento se utilizó el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) de Kroenke et al. (2001) para identificar depresión, junto con la verificación del uso de opioides mediante entrevistas y revisión de envases de medicamentos. Los resultados indicaron que la prevalencia de depresión fue de 7.7% en la población general, mientras que el uso de opioides fue de 6.0% en la muestra total y de 17.2% en personas con depresión. Se halló, además, que individuos con depresión tenían más de tres veces mayor probabilidad de usar opioides que aquellos sin depresión. En cuanto a las tendencias, el uso de opioides se mantuvo estable en los primeros doce años del estudio, pero descendió de manera significativa en los dos últimos años evaluados. En conclusión, los autores señalaron que, más allá del riesgo de abuso o de desarrollar un trastorno por uso de opioides, la depresión debe considerarse al momento de prescribir opioides para el manejo de dolor, subrayando la importancia de implementare programas de tamizaje de depresión en pacientes que reciben estos fármacos.

Amendola et al (2022) llevaron a cabo un estudio longitudinal cuyo objetivo fue evaluar las asociaciones recíprocas entre los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y los trastornos por uso de sustancias desde la adultez temprana hasta la adultez media. La

investigación se desarrolló en Suiza, sobre una muestra comunitaria estratificada del cantón de Zúrich con 591 personas entrevistadas en siete fases entre los 20-21 y los 49-50 años. El diseño fue longitudinal y para la evaluación se utilizó la Entrevista Psicopatológica Estructurada y Clasificación de las Consecuencias Sociales de los Trastornos Psicológicos para la Epidemiología (SPIKE) de Angst et al. (1984), aplicada siguiendo los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Para el análisis se empleó un modelo bayesiano de ecuaciones estructurales con trayectorias auto-regresivas cruzadas. Los resultados revelaron que los trastornos de ansiedad y por uso de sustancias tendieron a predecir a sí mismos al largo del tiempo (efectos auto-regresivos), mientras que la depresión predijo el uso de sustancias en distintos momentos y también predijo la ansiedad, aunque esta última no mostro efectos recíprocos sobre la depresión. Respecto al género, se observó que las mujeres presentaron un mayor riesgo de depresión y ansiedad en todas las edades mientras que los hombres, mostraron un, mayor riesgo de trastornos por uso de sustancias únicamente en la adules temprana.

### **1.3. Objetivos**

#### ***1.3.1. Objetivo general***

Identificar la prevalencia de depresión en un grupo de usuarios drogodependientes de un centro de salud mental comunitario de Huancayo, 2022.

#### ***1.3.2. Objetivos específicos***

- Determinar los niveles de severidad de depresión en los usuarios drogodependientes del Centro de Salud Mental Comunitario de Huancayo, 2022.
- Establecer la prevalencia de depresión en usuarios drogodependientes de un centro de salud mental comunitario de Huancayo según género y edad, 2022.

- Establecer la prevalencia de depresión en usuarios drogodependientes de un centro de salud mental comunitario de Huancayo según el tipo de sustancia de consumo, 2022.
- Establecer la prevalencia de depresión en usuarios drogodependientes de un centro de salud mental comunitario de Huancayo según el nivel socioeconómico, 2022.
- Identificar los síntomas específicos de depresión más frecuentes en los usuarios drogodependientes evaluados.

#### **1.4. Justificación**

La revisión exhaustiva de la literatura revela una notoria escasez de investigaciones centradas en la prevalencia de trastornos depresivos en usuarios drogodependientes que reciben tratamiento combinado, tanto farmacológico como psicológico. Esta deficiencia investigativa representa un obstáculo significativo para establecer de manera concluyente la drogodependencia como un factor de riesgo constante para el desarrollo de un trastorno depresivo. En la práctica clínica actual, a menudo, la posibilidad de comorbilidad depresiva en pacientes drogodependientes no se considera de forma sistemática dentro de los protocolos de tratamiento, lo que podría conducir a un manejo incompleto de su salud mental.

El contexto nacional, particularmente en Huancayo, Perú, agudiza esta preocupación. La ciudad se encuentra en una situación de alerta debido al incremento sostenido en el consumo de drogas, tanto legales como ilegales, desde el año 2017, según datos de DEVIDA. Esta tendencia convierte el abuso de sustancias en un problema de salud pública de primera magnitud, lo que, a su vez, configura una población altamente vulnerable al desarrollo de trastornos depresivos.

La falta de literatura actualizada sobre la prevalencia de depresión en drogodependientes que están recibiendo tratamiento en centros de salud mental comunitarios impide la implementación de modificaciones necesarias en los enfoques terapéuticos.

Consecuentemente, no se están considerando las variaciones en el grado de depresión que podrían manifestarse a lo largo de la evolución del paciente y la presencia de síntomas depresivos a menudo no se interpreta como un trastorno diferenciado que requiera atención específica.

En este contexto, la presente investigación no solo busca abordar esta brecha en el conocimiento, sino que también se proyecta como un punto de partida fundamental para futuras líneas de investigación. Sus hallazgos tienen el potencial de beneficiar directamente a la población objetivo y, más ampliamente, de catalizar una reestructuración en el sistema de salud y en las intervenciones ofrecidas por los centros de salud mental comunitarios.

Además, se espera que esta investigación contribuya al incremento de propuestas para el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria y a la Norma Técnica de Salud en los centros de salud mental comunitarios, con el fin de establecer un tratamiento más específico, veraz y efectivo para esta población vulnerable.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

#### 2.1.1. *Depresión*

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), señala que la depresión:

Es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede volverse persistente o presentarse de manera recurrente, lo que afecta de forma significativa el rendimiento laboral o académico, así como la capacidad de la persona para desenvolverse en las actividades cotidianas. En los casos más severos, esta condición puede llegar a representar un riesgo para la vida, al asociarse con conductas suicidas. Por otro lado, cuando la depresión es leve, suele abordarse sin el uso de fármacos; sin embargo, en situaciones de intensidad moderada o grave, es frecuente que se requiera la combinación de tratamiento farmacológico y psicoterapia especializada. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.

Por otra parte, MINSA (2008) señala que:

El trastorno depresivo es una enfermedad que impacta principalmente en el estado de ánimo de la persona, motivo por el cual también se le denomina trastorno de humor o trastorno afectivo. Quienes lo padecen suelen experimentar sentimientos intensos y persistentes de tristeza, los cuales pueden llegar a interferir de manera significativa en sus relaciones familiares y en el cumplimiento de sus responsabilidades laborales.

Pierden el deseo de realizar actividades y pueden sumirse en un estado de apatía y fatalismo frente al futuro. En los episodios depresivos, es común que la persona este baja de

ánimo y sin energía, de tal manera, que se pueden sentir cansadas después de realizar un esfuerzo mínimo. Así mismo, se presenten alteraciones en el patrón del sueño y una reducción del apetito, las personas que atraviesan esta condición suelen experimentar una disminución de la confianza en sí mismas, acompañadas de sentimientos de desvalorización personal.

De igual manera, la Clasificación Internacional de Enfermedades decima versión (CIE-10, 1992), presenta una definición de la depresión similar a las expuestas por los autores señalados en los párrafos anteriores, específicamente menciona que:

La depresión del estado de ánimo suele mantenerse relativamente estable de un día a otros y no se ve influido de manera significativa por los cambios del entorno, aunque puede presentar variaciones a lo largo del día con un patrón circadiano característico. La forma en que se manifiesta clínicamente puede variar tanto entre diferentes episodios como entre personas. En la etapa de la adolescencia, es frecuente la presencia de manifestaciones atípicas, en algunos casos síntomas como la ansiedad, el malestar general o la agitación psicomotriz pueden adquirir mayor relevancia que la tristeza propiamente dicha. Incluso, las alteraciones del estado de ánimo pueden no ser evidentes y expresarse a través de otros síntomas, como irritabilidad, consumo elevado de alcohol, conductas histriónicas, intensificación de fobias, síntomas obsesivo previos o preocupaciones de tipo hipocondriacas.

Para establecer el diagnóstico de un episodio depresivo, independiente del nivel de gravedad, generalmente se considera necesario que los síntomas se mantengan durante un periodo mínimo de dos semanas. No obstante, este criterio temporal puede flexibilizarse cuando los síntomas se presentan de forma especialmente intensa o tiene un inicio abrupto. Además, algunos de los síntomas descritos previamente pueden manifestarse con mayor intensidad y adquiere un valor clínico particular. Entre los denominados síntomas de tipo somático se incluyen, de manera frecuente, la disminución marcada de interés o de la capacidad

para experimentar placer en actividades que antes resultaban gratificantes, la reducción de la reactividad emocional frente a estímulos habitualmente placenteros, el despertar precoz en horas de la mañana, el empeoramiento del estado de ánimo durante las primeras horas del día, la presencia observable de inhibición o agitación psicomotriz, así como la disminución significativa del apetito, la pérdida de peso considerable y la reducción notable de la libido. Este conjunto de manifestaciones somáticas suele considerarse clínicamente relevante cuando se identifican de manera clara al menos cuatro de estas características.

### ***2.1.2. Criterios diagnósticos***

Para la clasificación y el diagnóstico de la depresión, se consideraron los criterios establecidos por dos de los sistemas más reconocidos internacionalmente: la CIE -10 de la OMS y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5) de la Asociación Americana De Psiquiatría (APA).

En ambos sistemas de clasificación, para que se considere la presencia de un episodio depresivo, los síntomas deben de mantenerse durante un periodo mínimo de dos semanas. Asimismo, es necesario que se evidencie al menos dos de los tres síntomas que se consideran característicos de la depresión. Es crucial señalar que el episodio depresivo no debe ser atribuible al abuso de sustancias psicoactivas ni a algún trastorno mental orgánico preexistente.

Los síntomas cardinales que deben manifestarse incluyen:

- Animo depresivo: una persistente sensación de tristeza, vacío o desesperanza.
- Pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar (anhedonia): una marcada disminución del placer o interés en casi todas las actividades.
- Aumento de la fatigabilidad: una sensación constante de cansancio o falta de energía incluso con poco esfuerzo.

Adicionalmente, pueden presentarse otros síntomas que configuran lo que se conoce como síndrome somático, el cual incluye manifestaciones como:

- Despertar antes de los habitual
- Marcada pérdida del apetito
- Disminución del interés sexual
- Pérdida de peso

La presencia y combinación de esos criterios permitieron una evaluación diagnóstica precisa de la depresión en los participantes del estudio.

### ***2.1.3. Clasificación según DSM-5***

Se clasifica a la depresión mayor dentro de la categoría de trastornos depresivos considerando al trastorno depresivo mayor (TDM) como su diagnóstico central (APA,2013). Este puede presentarse en la forma de episodio único o como episodios recurrentes, dependiendo de si la persona ha experimentado uno o más episodios depresivos a lo largo de su vida.

El trastorno depresivo mayor se subdivide, de acuerdo con la intensidad sintomatológica y el grado de afectación funcional, en las siguientes categorías:

- Episodio depresivo mayor leve.
- Episodio depresivo mayor moderado.
- Episodio depresivo mayor grave, sin características psicóticas.
- Episodio depresivo mayor grave, con características psicóticas.
- Episodio depresivo mayor en remisión parcial
- Episodio depresivo mayor en remisión completa
- Episodio depresivo mayor no especificado

- Otro episodio depresivo mayor especificado

Adicionalmente, el DSM-5 incluye una serie de especificadores clínicos que permiten detallar con mayor precisión la naturaleza del episodio, tales como: con ansiedad angustiosa, con características mixtas, con características melancólicas, con características atípicas, con características psicóticas, con catatonía, de inicio periparto o con patrón estacional. Esta clasificación busca reflejar la heterogeneidad clínica de la depresión y orientar tanto la evaluación como la intervención terapéutica (APA, 2013).

#### ***2.1.4. Hipótesis etiopatogénicas de comorbilidad***

De acuerdo con una investigación desarrollada por Campos (2002), se puede observar que: En la mayoría de los estudios clínicos, epidemiológicos y biológicos se ha observado una fuerte asociación entre los trastornos afectivos y el abuso de sustancias, siendo la ansiedad y la depresión las comorbilidades más frecuentes.

Diversas investigaciones sugieren que un fallo en el sistema serotoninérgico, considerado responsable de la modulación de los síntomas depresivos y la conducta violenta, puede propiciar en sujetos vulnerables un incremento de la sintomatología afectiva en el contexto del abuso de sustancias (Arango y Kaplitt, 2015)

Adicionalmente, se ha postulado la hipótesis de la automedicación en los trastornos duales, lo cual concuerda con la idea de una predisposición genética compartida para los trastornos afectivos. Existen varias variantes de esta hipótesis que, en esencia, proponen que un individuo con síntomas subclínicos de una disfunción neurobiológica, al entrar en contacto con sustancias psicoactivas, puede iniciar un rápido proceso de dependencia. (Martínez et al., 2016; Ordóñez et al., 2006).

Esto ocurre particularmente si dichas sustancias actúan como una medicina altamente efectiva para el trastorno subclínico. Estas hipótesis se ven respaldadas por la observación

clínica de que muchos consumidores demuestran una preferencia por determinadas sustancias, como, por ejemplo, estimulantes sobre depresores (García et al., 2019).

### ***2.1.5. Patología Dual***

La patología dual, entendida como la coexistencia de un trastorno por uso de sustancias y un trastorno mental, ha sido analizada desde distintos enfoques teóricos a lo largo del tiempo. En este marco, se han propuesto principalmente tres hipótesis explicativas que buscan comprender la relación entre ambos trastornos y el orden en el que suelen manifestarse.

- A) Teoría de la Automedicación.** Este modelo sostiene que el trastorno mental antecede al inicio del consumo de sustancias, y que este inicia como un intento de paliar o aliviar síntomas psiquiátricos preexistentes. Desde esta perspectiva, el uso de sustancias cumple una función reguladora del malestar emocional o psicológico asociados al trastorno mental, La elección de la sustancia no es un proceso aleatorio, sino que responde a los efectos psicofármacos específicos que el individuo percibe como útiles para mitigar sus síntomas. Por ejemplo, personal con síntomas de ansiedad podrían recurrir a sustancias con efectos sedantes, mientras que aquellas con sintomatología depresiva podrían inclinarse por sustancias estimulantes. Esta hipótesis enfatiza que el consumo constituye una estrategia disfuncional de afrontamiento frente al sufrimiento psicológico previo (Khantzian, 1985)
- B) Hipótesis del Trastorno Mental inducido por Sustancias.** Esta hipótesis sostiene que el consumo crónico de sustancias puede provocar o exacerba trastornos mentales debido a alteraciones neurobiológicas, cognitivas y emocionales inducidas por la droga. En este enfoque, el trastorno por uso de sustancias precede al trastorno mental (Mueser et al., 1998)

- C) **Modelo de Factores de Riesgo compartido.** La hipótesis de los factores de riesgo compartidos plantea que tanto el trastorno por el uso de sustancias como los trastornos mentales no mantienen necesariamente una relación causal directa, sino que ambos se desarrollan a partir de vulnerabilidades comunes. Entre estos factores se incluyen estresores ambientales, rasgos de personalidad como la impulsividad o la búsqueda de sensaciones, vulnerabilidades genéticas y neurobiológicas compartidas, así como experiencias adversas tempranas. Desde este enfoque, la coexistencia de ambos trastornos se explica por la presencia de una base etiológica común que incrementa simultáneamente el riesgo de desarrollar psicopatología y conductas adictivas (Kendler et al., 2003).

#### ***2.1.6. La teoría cognitiva de Beck***

La teoría cognitiva de Beck constituye uno de los principales marcos explicativos de la depresión. De acuerdo con Beck (1987), este trastorno se desarrolla y mantiene a partir de esquemas cognitivos disfuncionales que predisponen al individuo a interpretar la realidad de manera negativa. Dichos esquemas se expresan en la llamada triada cognitiva, que comprende una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Estas cogniciones se activan frente a situaciones estresantes y generan pensamientos automáticos cargados de desesperanza, inutilidad y culpa, los cuales a su vez intensifican los síntomas afectivos, somáticos y conductuales de la depresión. Por ello, Beck et al (1979) identificaron la presencia de distorsiones cognitivas frecuentes en los pacientes deprimidos, tales como la sobre generalización, el pensamiento dicotómico y la personalización, que contribuyen a la cronificación del trastorno.

En el caso de los pacientes con trastorno por consumo de sustancias, este modelo adquiere especial relevancia, dado que el consumo funcional como un intento de afrontamiento

disfuncional frente a los pensamientos negativos característicos de la depresión. De acuerdo con Beck et al. (1993), la relación entre depresión y adicciones se atiende como un círculo vicioso en el que las cogniciones depresivas incrementan la vulnerabilidad al consumo de drogas, mientras que el consumo refuerza la autocrítica, la desesperanza y la percepción de fracaso. Esta interacción explica la alta prevalencia de depresión en la población drogodependiente y la importancia de integrar la perspectiva cognitiva en la comprensión y abordaje clínico de estos pacientes.

Los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor descritos en el DSM-IV-TR (APA, 2000) y en el DSM-5 (APA, 2013) incluyen síntomas como el estado de ánimo deprimido, la pérdida de interés o placer, las alteraciones en el sueño y el apetito, la fatiga, los sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, las dificultades de concentración y la ideación suicida. Estos síntomas guardan relación directa con los postulados de Beck, especialmente en lo que respecta a la desesperanza y a las cogniciones negativas que subyacen a los cuadros depresivos, lo que permite vincular los criterios diagnósticos categoriales con un modelo explicativo psicológico.

La teoría cognitiva de Beck proporciona un marco sólido para comprender la depresión en pacientes drogodependientes, al explicar cómo los esquemas cognitivos negativos y las distorsiones del pensamiento se articulan con el consumo de sustancias.

## **2.2. Depresión en usuarios drogodependientes.**

Según APA (2013) y OMS (2017), definen conceptualmente a un usuario drogodependiente como:

Un individuo que padece un trastorno por consumo de sustancias (TCS). Este trastorno se caracteriza por un patrón de consumo problemático de sustancias psicoactivas que resulta en un deterioro o malestar clínicamente significativo, manifestando por dos o más de los

siguientes criterios a lo largo de un periodo de 12 meses: consumo de grandes cantidades o durante más tiempo de lo previsto; deseo persistente o intentos infructuosos de controlar el consumo; dedicación de mucho tiempo a actividades relacionadas con el uso de la sustancia; ansia o fuerte deseo de consumir; incumplimiento de obligaciones importantes; problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos de la sustancia; abandono o reducción de actividades importantes; consumo recurrente en situación de riesgo físico; continuación del consumo a pesar de saber que causa o exagera un problema físico o psicológico; tolerancia y abstinencia. La drogodependencia es reconocida como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que implica factores complejos genéticos, ambientales y psicosociales.

La depresión constituye uno de los trastornos afectivos más frecuentes y clínicamente relevantes entre las personas con consumo problemático de sustancias. De acuerdo con Grant et al. (2015), los individuos con trastornos por uso de drogas presentan un riesgo casi cuatro veces mayor de desarrollar un episodio depresivo mayor en comparación con la población general, lo que evidencia una asociación bidireccional entre ambas condiciones: la depresión puede predisponer al inicio del consumo y, a su vez, el uso prolongado de sustancias puede precipitar o agravar los síntomas depresivos. Esta comorbilidad tiene un impacto significativo en el curso clínico y pronóstico, ya que los pacientes con depresión y adicción presentan mayor cronicidad, menor adherencia al tratamiento y tasas más elevadas de recaída y discapacidad funcional (Mueller et al., 2001; Lin et al., 2021).

En su metaanálisis, Nunes y Levin (2004) encontraron que, aunque los antidepresivos pueden mejorar el estado de ánimo en personas con dependencia a sustancias, su eficacia tiende a ser limitada si no se aborda de manera simultánea el tratamiento del consumo. Del mismo modo., Brown et al. (2006) evidenciaron que los pacientes con abuso de alcohol o drogas y depresión comórbida muestran una evolución más tórpida y persistente de síntomas depresivos

incluso después de intervenciones farmacológicas o psicoterapéuticas. Asimismo, Martínez (2019) destaca que la coexistencia de depresión y consumo de sustancias se asocian con mayor riesgo suicida, deterioro de las relaciones interpersonales, aislamiento social y hospitalizaciones recurrentes, configurando un cuadro de alta vulnerabilidad psicosocial.

En conjunto, la literatura científica señala que la depresión en usuarios drogodependientes no solo agrava el curso de las adicciones, sino que condiciona el pronóstico, la respuesta terapéutica y la calidad de vida de esta población. Por ello, se enfatiza la importancia de implementar estrategias integradas de tratamiento, donde se aborde de manera conjunta la sintomatología depresiva y el trastorno por uso de sustancias, en lugar de abordajes secuenciales o fragmentos que han mostrado resultados menos efectivos (Brown et al. 2006; Nunes y Levis, 2004).

### **III. MÉTODO**

#### **3.1. Tipo de investigación**

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, el cual, según Hernández-Sampiere y Mendoza (2018), se caracteriza por recolectar y analizar datos numéricos de manera objetiva, sistemática y con base en procedimientos estadísticos. Este enfoque permite examinar fenómenos con rigor científico, partiendo de la medición para describir y analizar sus características. En este caso, se optó por dicho enfoque al buscar obtener información precisa y verificable sobre el fenómeno estudiado.

El estudio tuvo un alcance descriptivo, con un diseño no experimental y de tipo transversal. Se considera descriptivo porque, de acuerdo con Hernández -Sampieri y Mendoza (2018), este tipo de estudio especifica las propiedades y característica de la población o fenómeno analizado, sin establecer relaciones de causalidad. El diseño fue no experimental, dado que no se manipularon intencionalmente las variables, sino que se observaron tal como se manifestaron en su contexto natural. Asimismo, se adoptó un corte transversal, ya que la recolección de datos se realizó en un único momento temporal, permitiendo caracterizar la situación en un tiempo definido.

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

El estudio se realizó a usuarios del servicio de adicciones del CSMC ubicado en el distrito de Chilca, en la provincia de Huancayo, departamento de Junín. El, CSMC cuenta con consultorios para la atención individual, una sala para terapias grupales y espacios de trabajo interdisciplinario. Sus ambientes acondicionados para garantizar la confidencialidad, comodidad y bienestar de los usuarios. La recolección de datos de la presenta investigación se llevó a cabo durante el periodo de enero a abril de 2022.

### **3.3. Variable**

#### **3.3.1. Depresión**

##### **Definición conceptual**

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia persistente de tristeza, pérdida de interés o placer en las actividades habituales, alteraciones en el sueño y el apetito, fatiga, sentimiento de inutilidad o culpa excesiva, dificultades de concentración, enlentecimiento o agitación psicomotora, así como pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida (APA, 2013). Según DSM-5 (2013) el diagnóstico de depresión mayor requiere la presencia de al menos cinco de estos síntomas durante un periodo mínimo de dos semanas, con afectación significativa en la vida cotidiana del individuo.

Desde una perspectiva psicológica, la teoría cognitiva de Beck (1987) explica la depresión como el resultado de distorsiones cognitivas que conducen a interpretaciones negativas sobre uno mismo, el mundo y el futuro, conformando lo que se conoce como la triada cognitiva. Estos pensamientos disfuncionales generan y mantienen los síntomas emocionales y conductuales del trastorno.

##### **Definición operacional**

Se define a través de las puntuaciones obtenidas por medio del Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9) de Kroenke et al. (2001), utilizado en la presente investigación, se fundamenta en los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA,2000), mantenidos en el DSM-5 (APA, 2013). Dicho instrumento recoge los nueve síntomas nucleares del trastorno depresivo mayor y permite evaluar tanto su presencia como la severidad de la sintomatología, lo que posibilita abordar la depresión desde un modelo clínico categorial y a la vez dimensional.

**Tabla 1***Operacionalización de la variable Depresión*

<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems (PHQ-9)</b>	<b>Escala de Respuestas</b>	<b>Niveles Rangos</b>	<b>Nivel de Medición</b>
<b>Sintomatología Depresiva</b>	Frecuencia y Severidad de Síntomas Cognitivos, afectivos, somáticos y conductuales.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9	Likert de 4 puntos. 0 = Nada 1 = Varios días 2 = Más de la mitad de los días 3 = Casi todos los días	<u>Puntaje Total=</u> <u>(0-27):</u> 0 – 4 puntos: Depresión mínima 5 – 9 puntos: Depresión leve 10 – 14 puntos: Depresión moderada 15 – 19 puntos: Depresión moderadamente grave 20 – 27 puntos: Depresión grave	Ordinal Intervalo

*Nota.* Los ítems del PHQ-9 evalúan los síntomas depresivos durante las últimas dos semanas y se basan en los criterios diagnósticos del DSM-IV, conforme a su diseño original. La clasificación de los niveles de depresión se realizó según los rangos de puntaje establecidos en la validación del instrumento. Adaptada del *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)* de Kroenke et al, 2001.

**3.3.2. Variables sociodemográficas****Género**

Se refiere a la condición biológica y sociocultural que identifica a los participantes como hombres o mujeres. Esta variable se incluye debido a que investigaciones previas han demostrado diferencias significativas en la prevalencia y manifestación de la depresión según el género, siendo las mujeres más propensas a experimentar sintomatología depresiva, mientras que los hombres presentan mayores tasas de consumo de sustancias y conductas de riesgo (Grant et al., 2015).

### **Edad**

Corresponde al número de años cumplidos por el participante al momento de la recolección de datos. Para efectos analíticos, la edad se ha agrupado en tres categorías que reflejan las etapas del ciclo vital adulto, siguiendo criterios demográficos: adulto joven: 18-35 años, adulto medio: 36-59 años y adulto mayor: 60 años a más.

Esta clasificación permite identificar posibles diferencias generacionales en la manifestación de la depresión y en los patrones de consumo a edades más tempranas y presentan mayor impulsividad, mientras que en los adultos mayores la depresión se asocia con deterioro funcional, aislamiento social y mayor cronicidad de la dependencia (Lin et al., 2021).

### **Nivel socioeconómico**

Hace referencia a la posición que ocupa el individuo dentro de la estructura social, determinada por factores como el nivel de ingresos, la ocupación y el grado educativo. Esta variable se considera relevante porque las condiciones socioeconómicas desfavorables se asocian a un mayor riesgo de consumo de drogas y de trastornos afectivos, debido a estrés crónico, la exclusión social y la falta de recursos de afrontamiento (UNODC, 2021; Martínez, 2019). Se tomaron en cuenta las categorías autopercebidas como: bajo, medio o alto.

### **Tipo de sustancia de consumo**

Se refiere a la sustancia psicoactiva principal reportada por el participante como motivo de tratamiento o consumo habitual. La elección de esta variable responde a la evidencia que indica diferencias en la relación entre el tipo de droga y la sintomatología depresiva; por ejemplo, el consumo de depresores del sistema nerviosos central como el alcohol o las benzodiazepinas suelen estar asociados a mayores niveles de depresión, mientras que estimulantes como la cocaína o el crack se vinculan con irritabilidad y síntomas mixtos (Nunes y Levin, 2004; Brown et al., 2006). Se identificaron las siguientes sustancias: Alcohol, Marihuana, Cocaína, Tabaco y Benzodiazepinas.

Estas variables sociodemográficas no solo facilitan la descripción del perfil de los usuarios, sino que también permiten patrones diferenciales en la presencia de depresión según género, edad, el nivel socioeconómico y el tipo de sustancia consumida, contribuyendo así a una comprensión más integral del fenómeno de la comorbilidad entre la drogodependencia y los trastornos del ánimo.

Se encontraba en atención activa en la unidad de adicciones de un CSMC de Huancayo durante el periodo de recolección de datos.

Había recibido un diagnóstico clínico formal de Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) por parte del personal de salud mental del centro, de acuerdo con los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-5 de APA (2013) o la CIE-10 de la OMS (1992).

Estaba recibiendo algún tipo de tratamiento (farmacológico, psicoterapéutico o una combinación de ambos) para su drogodependencia en el centro.

Cumplía con los criterios de inclusión de la investigación: ser mayor de 18 años, residir en la ciudad de Huancayo y haber otorgado su consentimiento informado voluntariamente para participar.

No presentaba un diagnóstico dual (comorbilidad con otro trastorno mental primarios previamente y diagnosticado) lo que permitía enfocar el estudio en la relación entre la depresión y la drogodependencia sin la interferencia de otras psicopatologías principales.

### **3.4. Población y muestra**

#### ***3.4.1. Población***

La población estuvo conformada por 250 usuarios drogodependientes del servicio de adicciones que recibieron atención en un Centro de Salud Mental Comunitario del distrito de Chilca en la provincia de Huancayo, mayores de 18 años, tanto hombres como mujeres, durante los meses de enero a abril del año 2022.

#### ***3.4.2. Tamaño de la muestra***

El tamaño de la muestra fue de 148 usuarios.

#### ***3.4.3. Tipo de muestreo***

En el desarrollo de la presente investigación se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional o por conveniencia. Este procedimiento permitió la selección de participantes que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos, así como a aquellos que aceptaron participar de manera voluntaria en el estudio, encontrándose activos en un CSMC de Chilca (Huancayo) durante el periodo de recolección de datos (enero a abril de 2022).

La elección de este tipo de muestreo se sustentó en la accesibilidad de la población dentro del centro y en la posibilidad de reclutar a los individuos disponibles que reunían las condiciones del estudio en dicho periodo. Si bien el muestreo por conveniencia no permite generalizar los resultados a una población más amplia, resulta pertinente para estudios

descriptivos como el presente cuyo propósito es caracterizar la prevalencia de una condición específica en una población determinada y accesible.

Este enfoque permitió una exploración detallada de la prevalencia de depresión en este grupo en particular de usuarios, generando información valiosa para futuras investigaciones y para el fortalecimiento de las estrategias de intervención en el ámbito local.

#### ***3.4.4. Criterios de Inclusión y Exclusión***

Para asegurar la pertinencia y homogeneidad de la muestra, se establecieron criterios de inclusión y exclusión estrictos que rigieron la selección de los participantes en el estudio.

Se incluyeron a aquellos individuos que cumplieron con las siguientes condiciones:

- Tener una edad superior de 18 años
- Residir en la ciudad de Huancayo.
- Ser usuarios activos de la unidad de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario de Huancayo.
- Aceptar participar en la investigación de manera voluntaria, previo consentimiento informado.

Se excluyeron del estudio a los siguientes casos:

- Usuarios menores de edad
- Usuarios con diagnóstico dual, es decir, aquellos que presentaban una comorbilidad de un trastorno por uso de sustancias junto con otro trastorno mental primario diagnosticado.

### **3.5. Instrumentos**

#### ***3.5.1. Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)***

El Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) es un instrumento de evaluación breve de la sintomatología depresiva, desarrollado en Estados Unidos por Kroenke et al. (2001) y publicado en la *Journal of General Internal Medicine*. Fue diseñado en el marco del proyecto PRIME -MD y consta de nueve ítems fundamentados en los criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor del DSM-IV, los cuales se mantienen en el DSM-5. Cada ítem se responde en una escala tipo Likert de cuatro puntos, que va de 0 (nada) a 3 (casi todos los días), con un puntaje total entre 0 y 27 (Kroenke et al., 2001).

Los ítems del PHQ-9 se diseñaron a partir de los criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor establecidos en el DSM-IV y mantenidos en el DSM-5. Cada uno evalúa un síntoma nuclear de la depresión, los cuales se describen a continuación:

Estado de ánimo deprimido: Evalúa la presencia de tristeza, sensación de vacío o desesperanza durante la mayor parte del día, casi todos los días, ya sea por autor reporte o por observación de terceros.

Anhedonia: Se refiere a la disminución significativa del interés o placer en casi todas las actividades cotidianas, experimentada la mayor parte del día, casi todos los días.

Alteraciones del apetito o peso: Considera cambios relevantes en el peso corporal (perdida o aumento mayor al 5% en un mes sin dieta) o alteraciones significativas en el apetito, presentes casi todos los días.

Trastornos del sueño: Incluye la manifestación de insomnio o hipersomnia, reportada de manera frecuente y casi diaria.

Agitación o retraso psicomotor: Evalúa la presencia de inquietud o enlentecimiento psicomotor notable, perceptible por parte de terceros, más allá de la sensación subjetiva del individuo.

Fatiga o pérdida de energía: Hace referencia al cansancio o a la disminución de la vitalidad, experimentando casi todos los días.

Sentimientos de inutilidad o culpa: Explora percepciones de desvalorización personal o culpabilidad excesiva e inapropiada, manifestadas casi a diario.

Deterioro cognitivo: Indaga sobre dificultades para pensar, concentrarse o tomar decisiones, presentes de manera recurrente y reportadas por el propio individual o por observadores cercanos.

Ideación suicida: Evalúa la presencia de pensamientos recurrentes de muerte (más allá del miedo a morir), ideación suicida sin un plan específico, intentos previos o la existencia de un plan concreto para llevarlo a cabo.

En conjunto, estos nueve criterios reflejan los síntomas cardinales de la depresión y constituyen la base del PHQ-9, garantizando su validez de contenido para la evaluación de la sintomatología depresiva.

La suma de las puntuaciones de estos ítems permitió clasificar la presencia y el nivel de los síntomas depresivos en los usuarios drogodependientes, conformado así la base para la definición operacional de la depresión en este estudio.

El PHQ-9 es un instrumento de autor reporte estructurado en una escala tipo Likert, compuesto por nueve ítems orientados a identificar la presencia y el nivel de severidad de los nueve criterios diagnósticos del TDM, conforme a lo establecido en el DSM-IV. Cada ítem presenta cuatro alternativas de respuesta que indican la frecuencia de los síntomas evaluados, las cuales se distribuyen de la siguiente manera:

0= Nada

1= Varios días

2= Mas de la mitad de los días

3= Casi todos los días

La puntuación total del cuestionario oscila entre 0 y 27 y los ítems evalúan la frecuencia de los síntomas depresivos reportados por el participante durante las últimas semanas. El puntaje total se interpreta según la siguiente clasificación oficial de Kroenke et al. (2001):

- **0-4: Depresión mínima.** Síntomas clínicamente no significativos; puede recomendarse solo seguimiento.
- **5-9: Depresión leve.** Síntomas leves que en algunos casos no cumplen criterios para depresión mayor, se sugiere psicoeducación y observación clínica.
- **10-14: Depresión moderada.** Síntomas más consistentes; se recomienda evaluación clínica detalla y posibilidad de intervención psicológica o farmacológica
- **15-19: Depresión moderadamente severa.** Síntomas clínicamente significativos que interfieren con el funcionamiento; se sugiere tratamiento activo (psicoterapia y/o farmacoterapia)
- **20 – 27: Depresión severa.** Síntomas intensos y persistentes que generan un deterioro significativo en el funcionamiento; se requiere evaluación clínica inmediata, inicio de tratamiento activo y valoración del riesgo suicida.

**3.5.1.1. Validación del instrumento.** En el contexto peruano, el PHQ-9 ha sido respaldada por diversas investigaciones. Villarreal et al. (2019) realizaron un análisis de varianza factorial y estructura interna utilizando datos de 30,449 adultos peruanos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). La muestra incluyó un 56.7% de mujeres, con una edad promedio de 40.5 años (DE=16.3); además, 65.9% residía en zonas urbanas, 74.6% eran casados y el promedio de escolaridad fue de 9 años (DE=4.6). Los resultados confirmaron un modelo unidimensional con adecuados índices de ajuste

(CFI=0.936; RMSEA=0.089; SRMR=0.039) y una consistencia interna inaceptable ( $\alpha = 0.87$ ), validando su uso en población peruana.

Por otro lado, el AFC multigrupo (CFA) reveló que todos los modelos progresivamente restringidos mantenían una diferencia en el índice de ajuste comparativo ( $\Delta CFI$ ) inferior a 0.01 ( $\Delta CFI < 0.01$ ) en casi todos los grupos definidos por características demográficas. Esto indica una invarianza de medición adecuada del instrumento, lo que refuerza aún más su aplicabilidad y comparabilidad entre diferentes subpoblaciones peruanas.

Más recientemente, Ortiz et al (2024), desde la Universidad Nacional Federico Villarreal (Lima, Perú), llevaron a cabo un metaanálisis con 32 estudios publicados entre 2020 y el 2022, obteniendo una confiabilidad combinada de 0.846 (IC 95%: 0.824–0.862). Estos hallazgos confirman la solidez psicométrica del cuestionario y respaldan su pertenencia para investigación y práctica clínica en el país.

Para la presente investigación, se ajustó la fiabilidad y validez interna del PHQ-9 aplicando a una muestra de usuarios drogodependientes atendidos del CSMC de Huancayo. Este análisis tuvo como propósito garantizar la consistencia interna y capacidad discriminativa de los ítems del instrumento en esta población clínica específica.

En primer lugar, los resultados muestran excelentes niveles de consistencia interna. El coeficiente Omega de McDonald ( $\omega = 0.893$ ) y el alfa de Cronbach ( $\alpha = 0.870$ ) superan ampliamente el valor mínimo recomendado de 0.70 para estudios de investigación y práctica clínica, indicando una alta homogeneidad entre ítems y una estructura unidimensional robusta. Además, los intervalos de confianza del 95% para ambos coeficientes ( $\omega$ : 0.866–0.919;  $\alpha$ : 0.837–0.903) confirman la estabilidad estadística de estos datos. En conjunto, estos resultados respaldan la fiabilidad del PHQ-9 como instrumento para evaluar síntomas depresivos en usuarios con consumo problemático de sustancias.

Por otro lado, los resultados del análisis de correlación ítems – test, que evalúa la contribución individual de cada ítem a la escala total. Se observa que los ítems 1,4,5,6 y 7 presentan correlaciones muy altas ( $r > 0.79$ ), lo cual evidencia una fuerte relación con la puntuación global y demuestra que estos reactivos son los más representativos del constructo “depresión”. Los ítems 3,8 y 9 presentan correlaciones moderadas ( $r$  entre 0.24 y 0.47), mientras que el ítem 2 muestra la correlación más baja ( $r = 0.254$ ), aunque dentro del rango aceptable ( $> 0.20$ ) para conservar su valor clínico y teórico dentro de la escala. Esta distribución de correlaciones sugiere que, aunque algunos ítems presentan menor discriminación estadística, todos contribuyen significativamente al constructo general de depresión.

En conjunto, los coeficientes de fiabilidad y correlaciones ítem-test evidencian que el PHQ-9 mantiene una estructura interna coherente y un nivel de consistencia adecuado en muestra peruana de usuarios drogodependientes. Estos hallazgos coinciden con lo reportados Villarreal et al. (2019), quienes confirmaron un modelo unidimensional con alta fiabilidad ( $\alpha = 0.87$ ) y adecuada invarianza de medición en población peruana, así como con Ortiz et al (2024), quienes reportaron una fiabilidad combinada de 0.849 en su metaanálisis.

Por lo tanto, se concluye que el PHQ-9 es un instrumento válido, confiable y psicométricamente sólido para medir la sintomatología depresiva en poblaciones clínicas peruanas, justificando plenamente su aplicación en la presente investigación.

### ***3.5.2. Ficha sociodemográfica***

Para la recolección de datos sociodemográficos pertinentes a la investigación, se diseñó una ficha específica. Este instrumento tuvo como objetivo recopilar información clave sobre los participantes, incluyendo su género, edad, nivel socioeconómico y el tipo de sustancia de consumo que presentaban.

## **3.6. Procedimientos**

Para llevar a cabo la recolección de datos se siguió un procedimiento estructurado que aseguro la ética y la logística de la investigación. Para iniciar, se coordinó con la jefa del CSMC. Durante esta reunión, se explicó detalladamente la finalidad de la investigación, resaltando la importancia de la participación de la población objetivo para el logro de los objetivos planteados para desarrollar el presente estudio.

Posteriormente, se presentó una solicitud formal para obtener acceso a la base de datos de los usuarios drogodependientes del centro de salud mental comunitario. Esta gestión busco facilitar la identificación de potenciales participantes que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos. Una vez identificados, se comunicó a cada usuario, de manera presencial, el objetivo principal del estudio. Se les informo explícitamente sobre el carácter voluntario de su participación, garantizando así su autonomía.

Finalmente, aquellos usuarios que expresaron su deseo de participar, se les hizo entrega de un consentimiento informado juntos con el instrumento de evaluación (PHQ-9) de manera física (impresa). Este proceso aseguro que los participantes tuvieran la oportunidad de revisar y comprender las implicaciones de participación antes de proceder con la evaluación.

### **3.7. Análisis de datos**

Para el procesamiento y análisis de los datos recolectados, se transfirieron los datos a una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2018, luego se utilizó el programa estadístico informático JASP 0.95.1.0. Este software permitió llevar a cabo tanto el análisis estadístico descriptivo como el inferencial, fundamentales para alcanzar los objetivos de la investigación como explorar la relación entre las variables sociodemográficas y la depresión.

Inicialmente, se realizaron análisis de confiabilidad para determinar la consistencia interna del PHQ-9 mediante el coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) y el omega de Mc Donald ( $\omega$ ),

posterior a ello se realizó el análisis de correlación Ítem- Test para evaluar la capacidad discriminatoria de cada ítem respecto al puntaje total de la escala.

De manera complementaria se realizaron análisis descriptivos orientados a caracterizar la muestra de estudio. Este proceso incluyó la elaboración de tablas de distribución de frecuencias y porcentajes correspondientes a cada una de las variables sociodemográficas, así como a la presencia de sintomatología depresiva. Dicho análisis permitió establecer la prevalencia general de la depresión en la población evaluada, contribuyendo así al cumplimiento del objetivo general de la investigación.

Posteriormente, en concordancia con los objetivos específicos, se desarrollaron tablas de contingencia entre las variables sociodemográficas y las categorías de depresión obtenidas a partir del PHQ-9. Este procedimiento permitió describir la distribución conjunta de las variables, identificando la frecuencia y el porcentaje de casos correspondientes a cada combinación de categorías. Dicho enfoque tuvo un carácter puramente descriptivo y exploratorio permitiendo observar posible tendencia o patrones entre los factores sociodemográficos y los niveles de sintomatología depresiva.

Asimismo, se efectuó un análisis ítem por ítem del instrumento en el cual se calcularon la frecuencias y porcentajes de respuesta para cada una de las alternativas de los nueve ítems del instrumento. Este análisis permitió examinar de manera detallada la tendencia de respuesta de los participantes en cada ítem, identificando los síntomas depresivos, más reportados y aquellos menos frecuentes dentro de la muestra. La utilidad de este procedimiento radica en ofrecer una visión más específica y complementaria del comportamiento del instrumento, permitiendo interpretar con mayor precisión los patrones de respuesta y la intensidad de los síntomas evaluados en la población estudiada.

### **3.8. Consideraciones éticas**

La presente investigación se adhirió estrictamente a los principios éticos que rigen la investigación científica y psicológica. Para ello, se tomaron como referencia los siguientes códigos y criterios:

- Los códigos de ética para la investigación de la Universidad Nacional Federico Villarreal (2018), que establecen las directrices institucionales para asegurar la conducta ética en todos los proyectos de investigación.
- El Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú (2018), que guía la práctica profesional y la investigación en el ámbito de la psicología en el país.
- Los criterios de ética formulados por APA (2017), que proporcionan un marco ético integral reconocido a nivel internacional para la investigación en psicología.

En cumplimiento de estos principios y para garantizar la autonomía y protección de los participantes, se obtuvo el consentimiento informado de cada usuario antes de proceder con la recolección de datos de la muestra. Este proceso aseguró que los participantes estuvieran plenamente informados sobre los objetivos del estudio, los procedimientos, los posibles riesgos y beneficios, así como su derecho a retirarse en cualquier momento sin penalización.

## IV. RESULTADOS

Este capítulo expone el análisis de la información obtenida a lo largo del proceso de investigación. Asimismo, se presentan los resultados derivados de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, los cuales fueron organizados y sometidos a un tratamiento estadístico con la finalidad de facilitar una comprensión clara de las características de la muestra y de la variable de estudio. La interpretación de estos hallazgos permitirá contrastar los objetivos planteados con la realidad empírica, sentando las bases para las conclusiones y recomendaciones que se presentarán en los capítulos subsiguientes.

### 4.1. Análisis Descriptivo

#### 4.1.1. Análisis descriptivo de la prevalencia de depresión

**Tabla 2**

*Prevalencia y niveles de severidad de depresión en los usuarios drogodependientes del CSMC de Huancayo*

<b>Niveles</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Leve</b>	19	12.8
<b>Mínima</b>	1	0.7
<b>Moderada</b>	34	23
<b>Moderadamente severa</b>	73	49.3
<b>Severa</b>	21	14.2
<b>Total</b>	148	100

Como se observa en la Tabla 2, la distribución de la prevalencia de depresión en la muestra total de 148 usuarios drogodependientes revela una alta proporción de sintomatología depresiva. La categoría “moderadamente severa” representa el mayor porcentaje con 73 casos



<b>Leve</b>	1	3.85	3	18.75	15	14.15	19	12.84
<b>Mínima</b>	0	0.00	0	0.00	1	0.94	1	0.68
<b>Moderada</b>	5	19.23	3	18.75	26	24.53	34	22.97
<b>Moderadamente severa</b>	14	53.85	9	56.25	50	47.17	73	49.32
<b>Severa</b>	6	23.08	1	6.25	14	13.21	21	14.19
<b>Total</b>	26	100	16	100	106	100	148	100

Como se aprecia en la Tabla 4, al analizar la prevalencia de depresión según grupo de edad, se observa que el mayor porcentaje de participantes en todas las categorías etarias presenta depresión moderadamente severa, con proporciones de 53.85% en adultos jóvenes, 56.25% en adultos mayores y 47.17% en adultos medios.

Asimismo, el nivel severo de depresión alcanza una prevalencia notable en el grupo de adultos jóvenes (23.08%), lo que podría reflejar manifestaciones emocionales más intensas asociadas al inicio reciente del consumo o a la menor consolidación de estrategias de afrontamiento. En contraste, los adultos mayores muestran una leve tendencia hacia niveles moderados (18.75%) y moderadamente severos (56.25%), posiblemente vinculados a factores como el aislamiento social o la pérdida de apoyo familiar.

**Tabla 5**

*Distribución de frecuencia de la muestra según género*

<b>Género</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Masculino</b>	132	89.2
<b>Femenino</b>	16	10.8
<b>Total</b>	148	100

Como se observa en la Tabla 5, la muestra estuvo conformada principalmente por participantes de género masculino, con un total de 132 usuarios (89.2%), mientras que el grupo femenino representó 16 participantes (10.8%).

**Tabla 6**

*Prevalencia de depresión en la muestra de acuerdo con el género*

<b>Categoría de depresión</b>	<b>Masculino</b>		<b>Femenino</b>		<b>Total</b>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<b>Leve</b>	19	14.39	0	0.00	19	12.84
<b>Mínima</b>	1	0.76	0	0.00	1	0.68
<b>Moderada</b>	29	21.97	5	31.25	34	22.97
<b>Moderadamente severa</b>	64	48.48	9	56.25	73	49.32
<b>Severa</b>	19	14.39	2	12.50	21	14.19
<b>Total</b>	132	100	16	100	148	100

Como se aprecia en la Tabla 6, al analizar la prevalencia de depresión según el género, se observa que tanto hombres como mujeres presentan altos niveles de sintomatología depresiva, concentrados principalmente en la categoría moderadamente severa (48.48% en varones y 56.25% en mujeres). En el caso de los hombres, se evidencia una distribución más amplia en todos los niveles de depresión, con 14.39% en leve, 21.97% en moderada y 14.39% en severa, mientras que en las mujeres las categorías predominantes son moderada (31.25%) y moderadamente severa (56.25%).

Aunque no se observan diferencias proporcionales marcadas entre ambos géneros, la tendencia sugiere que las mujeres presentan una ligera mayor proporción de depresión moderada y moderadamente severa, lo cual podría relacionarse con una mayor vulnerabilidad emocional o menor acceso a redes de apoyo.

En conjunto, la tabla refleja que la depresión afecta de forma significativa a ambos géneros, sin que uno de ellos se vea exento del impacto emocional asociado al consumo de sustancias, manteniendo un patrón clínico similar entre varones y mujeres.

**Tabla 7**

*Distribución de frecuencia de la muestra según nivel socioeconómico*

<b>Nivel socioeconómico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Medio</b>	59	39.9
<b>Bajo</b>	83	56.1
<b>Alto</b>	6	4.1
<b>Total</b>	148	100

Como se observa en la Tabla 7, la mayoría de los participantes se ubica en el nivel socioeconómico bajo, con 83 usuarios (56.1%), seguido por el nivel medio, con 59 usuarios (39.9%) y un grupo reducido perteneciente al nivel alto (6 usuarios; 4.1%).

**Tabla 8**

*Prevalencia de depresión en la muestra de acuerdo con el nivel socioeconómico.*

<b>Categoría de depresión</b>	<b>Medio</b>		<b>Bajo</b>		<b>Alto</b>		<b>Total</b>	
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<b>Leve</b>	3	5.08	16	19.28	0	0	19	12.84

<b>Mínima</b>	0	0	1	1.20	0	0	1	0.68
<b>Moderada</b>	7	11.86	27	32.53	0	0	34	22.97
<b>Moderadamente severa</b>	35	59.32	32	38.55	6	100	73	49.32
<b>Severa</b>	14	23.73	7	8.43	0	0	21	14.19
<b>Total</b>	59	100	83	100	6	100	148	100

Como se aprecia en la Tabla 8, al analizar la prevalencia de depresión según el nivel socioeconómico, se observa que el grupo de nivel medio concentra el mayor porcentaje de casos con depresión moderadamente severa (59.32%) y severa (23.73%), lo que indica una alta intensidad sintomatológica en esta categoría.

En el grupo de nivel bajo, la distribución se concentra principalmente en los niveles moderado (32.53%) y moderadamente severo (38.55%), lo que también refleja una alta prevalencia de depresión clínica, aunque con una leve menor severidad comparada al nivel medio. Por su parte, el nivel socioeconómico alto, pese a representar un grupo muy pequeño (4.1% del total), presenta 100% de casos en la categoría moderadamente severa, sin presencia en los otros niveles.

En conjunto, los datos evidencian que todos los estratos socioeconómicos presentan prevalencias elevadas de depresión, con predominio de las categorías moderada y moderadamente severa, lo que sugiere que la condición económica no actúa como factor protector frente a los síntomas depresivos en esta población clínica. Sin embargo, la mayor proporción de casos severos en los niveles medio y bajo podría asociarse a factores de estrés social, precariedad económica o exclusión, que exacerbaban los síntomas depresivos y dificultan los procesos de recuperación en usuarios con consumo de sustancias.

**Tabla 9**

*Distribución de frecuencia de la muestra según sustancia de consumo*

<b>Sustancia de consumo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Marihuana</b>	38	25.7
<b>Alcohol</b>	94	63.5
<b>Benzodiacepina</b>	3	2.0
<b>Cocaína</b>	6	4.1
<b>Tabaco</b>	7	4.7
<b>Total</b>	148	100

Como se observa en la Tabla 9, la sustancia de consumo predominante entre los participantes fue el alcohol, reportado por 94 usuarios (63.5%), seguido de la marihuana, con 38 usuarios (25.7%). En menor proporción se encuentran el consumo de tabaco (4.7%), cocaína (4.1%) y benzodiacepinas (2.0%). Esta distribución indica que el alcohol constituye la principal sustancia asociada a la dependencia y atención en el Centro de Salud Mental Comunitario de Huancayo, el consumo de marihuana ocupa el segundo lugar, mientras que las sustancias como la cocaína y las benzodiacepinas se presentan en proporciones reducidas.

**Tabla 10**

*Prevalencia de depresión en la muestra de acuerdo con el tipo de sustancia de consumo*

<b>Categoría de depresión</b>	<b>Marihuana</b>		<b>Alcohol</b>		<b>Benzodiacepina</b>		<b>Cocaína</b>		<b>Tabaco</b>		<b>Total</b>	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<b>Leve</b>	3	7.89	14	14.89	2	66.67	0	0	0	0.00	19	12.84

<b>Mínima</b>	1	2.63	0	0	0	0	0	0	0	0.00	1	0.68
<b>Moderada</b>	6	15.79	24	25.53	1	33.33	3	50	0	0.00	34	22.97
<b>Moderadamente</b>	24	63.16	48	51.06	0	0	0	0	1	14.29	73	49.32
<b>severa</b>	4	10.53	8	8.51	0	0	3	50	6	85.71	21	14.19
<b>Severa</b>	4	10.53	8	8.51	0	0	3	50	6	85.71	21	14.19
<b>Total</b>	38	100	94	100	3	100	6	100	7	100	148	100

Como se aprecia en la Tabla 10, la prevalencia de depresión varía según el tipo de sustancia consumida. Los usuarios que reportaron consumo de alcohol y marihuana concentran la mayor proporción de casos con depresión moderadamente severa (51.06% y 63.16%, respectivamente), lo que evidencia un alto grado de afectación emocional en estos grupos. En el caso del alcohol, además, se observa una distribución amplia en los niveles leve (14.89%) y moderado (25.53%), lo que sugiere una presencia continua de síntomas depresivos de diversa intensidad.

Los consumidores de marihuana, por su parte, destacan por un predominio marcado de síntomas moderadamente severos (63.16%) y severos (10.53%), indicando una mayor gravedad del cuadro depresivo en comparación con otros tipos de consumo. Los usuarios que consumen benzodiazepinas presentan, aunque pocos casos, una prevalencia alta de depresión leve y moderada (66.67% y 33.33% respectivamente), mientras que los consumidores de cocaína y tabaco se concentran en los niveles severo (50% y 85.71%, respectivamente), reflejando cuadros de depresión extrema y disfuncionalidad emocional significativa.

En conjunto, la tabla muestra que la depresión está presente en todos los tipos de consumo, con una tendencia hacia niveles moderadamente severos y severos, siendo más

pronunciada en quienes consumen alcohol, marihuana y tabaco. Esto evidencia una relación estrecha entre el consumo de sustancias psicoactivas y la severidad de los síntomas depresivos, lo que refuerza la necesidad de intervenciones terapéuticas integrales que aborden ambos trastornos de manera conjunta.

#### 4.1.3. Análisis descriptivo ítem por ítem del PHQ-9

**Tabla 11**

*Distribución y frecuencia de los síntomas de depresión obtenidos de las respuestas a los ítems del PHQ-9 en la muestra total*

Ítems	Ningún día		Varios días		Más de la mitad de los días		Casi todos los días		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
<b>Ítem 1</b>	3	2.03	41	27.70	79	53.38	25	16.89	148	100
<b>Ítem 2</b>	11	7.43	58	39.19	64	43.24	15	10.14	148	100
<b>Ítem 3</b>	9	6.08	66	44.59	61	41.22	12	8.11	148	100
<b>Ítem 4</b>	5	3.38	44	29.73	80	54.05	19	12.84	148	100
<b>Ítem 5</b>	2	1.35	44	29.73	83	56.08	19	12.84	148	100
<b>Ítem 6</b>	2	1.35	45	30.41	81	54.73	20	13.51	148	100
<b>Ítem 7</b>	2	1.35	44	29.73	82	55.41	20	13.51	148	100
<b>Ítem 8</b>	11	7.43	58	39.19	75	50.68	4	2.70	148	100
<b>Ítem 9</b>	5	3.38	62	41.89	81	54.73	0	0.00	148	100
<b>Total</b>	50	3.75	462	34.68	686	51.50	134	10.06	148	100

De acuerdo con la información presentada en la Tabla 11, se observa que la mayoría de los participantes reportó la presencia frecuente de síntomas depresivos, concentrándose las respuestas principalmente en las categorías “más de la mitad de los días” (51.5%) y “varios días” (34.7%). Entre los ítems más afectados destacan la fatiga o falta de energía (Ítem 4), las

alteraciones del apetito (Ítem 5) y la dificultad para concentrarse (Ítem 7), los cuales superan el 90% de respuestas en las categorías de mayor frecuencia. Asimismo, la ideación suicida muestra una proporción considerable, evidenciando la gravedad clínica del cuadro depresivo en la población evaluada.

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación permiten describir con claridad el panorama sobre la prevalencia y expresión de la depresión en los usuarios drogodependientes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario de Huancayo. Los resultados evidencian una alta prevalencia de depresión, ya que el 49.3% de los participantes presento síntomas moderadamente severos y el 14.2% síntomas severos. Estos datos indican que 63.5% de la muestra, es decir 94 participantes presentan cuadros depresivos clínicamente significativos.

Este resultado corrobora los hallazgos de Apaza (2021), quien reporto una alta frecuencia de depresión en pacientes adictos de Arequipa, así como con el estudio de Aldana y Bastidas (2022), que encontraron un 73% de prevalencia de depresión estado -rasgo en usuarios de un centro de salud mental comunitarios de Huancayo. En ambos casos, al igual que en el presente estudio, los resultados obtenidos confirman que la depresión constituye un trastorno frecuentemente asociado al consumo de sustancias psicoactivas, lo que resalta la necesidad de un abordaje terapéutico integral en esta población

En cuanto a las variables sociodemográficas, la mayor proporción de la muestra estuvo conformada por adultos de mediana edad (71.6%), seguidos por adultos jóvenes (17.6%) y en menor medida por adultos mayores (10.8%). Aunque la presencia de síntomas depresivos fue elevada en todos los grupos etarios, se observó que los adultos presentaron una mayor proporción de casos con sintomatología severa (23.1%).

Esta tendencia podría estar relacionada con las características propias de esta etapa del ciclo vital, en la que suelen coexistir mayores niveles de inestabilidad emocional y social, así como dificultades vinculadas al ámbito laboral, las relaciones interpersonales y la construcción del proyecto de vida, factores que pueden intensificarse el al malestar psicológico, especialmente cuando se asocian con el consumo de sustancias. Hallazgos similares fueron

reportados por Aldana y Bastidas (2022), quienes reportaron niveles más elevados de distimia y depresión rasgo en poblaciones de jóvenes y adultos de mediana edad.

Respecto al género, la muestra predominantemente de género masculino (89.2%), lo que coincide con la tendencia observada en los servicios de salud mental comunitaria a nivel nacional, donde los hombres suelen acudir con mayor frecuencia por problemáticas vinculadas al consumo de sustancias psicoactivas. En este grupo, predominaron los niveles de depresión moderadas (21.97%) y moderadamente severa (48.48%). Por su parte, en el grupo femenino destacó principalmente la presencia de depresión moderadamente severa (56.25%), evidenciando que, a pesar de la diferencia en la proporción de hombres y mujeres atendidos, la intensidad de la sintomatología depresiva es similar entre ambos géneros, lo que sugiere que la gravedad de los síntomas depresivos estaría más asociada a los efectos del consumo de sustancias y a los factores psicosociales concomitantes que al género en sí mismo.

Este hallazgo coincide con lo señalado por Inche y Paucar (2022), quienes identificaron una alta comorbilidad entre distorsiones cognitivas, ansiedad y depresión en usuarios de un centro de salud mental comunitario, sin evidenciar diferencias estadísticamente relevantes según el género.

En relación con el nivel socioeconómico, la mayor parte de los participantes se identificó con el estrato bajo (56.1%), seguido del medio (39.9%). Los resultados evidencian que en ambos grupos predominó la depresión moderadamente severa; sin embargo, también se observó la presencia de esta categoría en la totalidad de los usuarios pertenecientes al nivel socioeconómico alto (100%).

Estos hallazgos sugieren que la depresión se presenta de manera transversal independientemente de las condiciones económicas, aunque factores como la vulnerabilidad

social, la precariedad económica y la exclusión social podrían intensificar su impacto en los grupos con menores recursos, tal como lo señalan Suárez (2021) y Aldana y Bastidas (2022).

En cuanto al tipo de sustancia consumida, también mostro asociaciones relevantes con la presencia de depresión. El alcohol fue la sustancia reportada con mayor frecuencia (63.5%), seguido de la marihuana (25.7%). En ambos grupos se encontraron los porcentajes más elevados de depresión moderadamente severa, alcanzando el 51.06% en los consumidores de alcohol y el 63.16% en quienes consumían marihuana.

Estos hallazgos son consistentes con los estudios previos, como el de Amendola et al. (2022), quienes demostraron que los trastornos depresivos y los trastornos por uso de sustancias mantienen una relación recíproca a lo largo del tiempo, en la que la depresión puede actuar tanto como antecedente como consecuencia del consumo. De manera similar, Tumenta et al. (2021) reportaron una probabilidad tres veces mayor de consumo de opioides en personas con depresión, lo que refuerza el carácter bidireccional de esta relación. Así mismo, diversas investigaciones señalan que el consumo prolongado de sustancias psicoactivas puede intensificar los síntomas depresivos debido a su impacto sobre los sistemas dopaminérgico y serotoninérgico, encargados de regular el placer, la motivación y el estado de ánimo (Ortiz et al., 2024).

Al analizar el perfil sintomático a partir de los ítems del PHQ-9, se observó que los síntomas más frecuentes estuvieron vinculados a alteraciones del funcionamiento físico y cognitivo. Entre ellos destacaron las alteraciones del apetito (98.6%) y los trastornos del sueño (93.9%), lo que evidencia una afectación significativa del desempeño cotidiano de los participantes.

Estos resultados son coherentes con lo planteado por Kroenke et al. (2001) y con la validación realizada En el contexto peruano por Villarreal et al. (2019), quienes demostraron

que el PHQ-9 permite evaluar de manera confiable tanto los síntomas emocionales como los somáticos de la depresión.

Así mismo se identificó una alta prevalencia de síntomas emocionales, como la pérdida de interés o placer (97.9%) y los sentimientos de inutilidad o culpa (68.2%), hallazgos que coinciden con lo reportado por Inche y Paucar (2022). Estas manifestaciones de autoevaluación y desesperanza suelen estar acompañadas de pensamientos rumiativos negativos, los cuales afectan la adherencia al tratamiento, incrementan el riesgo de recaída en el consumo de sustancias y contribuyen al agravamiento del cuadro depresivo.

Entre los hallazgos más alarmantes, destaca la elevada presencia de ideación suicida, reportada por el 96.6% de los participantes, de los cuales un 54.7% refirió experimentar la durante más de la mitad de los días. Este resultado se alinea con los modelos clínicos que señalan que la desesperanza y la pérdida de sentido vital constituyen predictores centrales de la ideación suicida en poblaciones con comorbilidad por consumo de sustancias. En este sentido, el metaanálisis realizado por Santo et al. (2022) evidenció que la depresión es una de las comorbilidades más frecuentes en personas con trastornos por uso de opioides, incrementando de manera significativa el riesgo suicida.

De forma complementaria, los hallazgos del presente estudio coinciden con lo señalado por Contreras (2020), quien indicó que, a mayor intensidad de los síntomas afectivos, mayor es la probabilidad de consumo, lo que refuerza la interdependencia entre depresión, consumo de sustancias y riesgo suicida. En consecuencia, estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de implementar estrategias urgentes de detección temprana y de acompañamiento terapéutico integral de esta población.

En conclusión, los resultados del presente estudio permiten afirmar que la depresión en usuarios drogodependientes atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario de Huancayo

constituyo un problema de alta prevalencia y relevancia clínica y una sintomatología compleja en la que interactúan componentes afectivos, cognitivos, somáticos y conductuales. Estos resultados se alinean con la literatura la cual resalta la importancia de implementar intervenciones integrales e interdisciplinarias, orientadas solo a la reducción del consumo de sustancias, sino también al fortalecimiento de la regulación emocional, la reestructuración cognitiva, el desarrollo de redes de apoyo social y la prevención del riesgo suicida.

## VI. CONCLUSIONES

- 6.1. Existe una alta prevalencia de depresión en los usuarios drogodependientes del Centro de Salud Mental Comunitario de Huancayo, 2022, predominando el nivel moderadamente severo (49.3%), seguido del severo (14.2%), lo que evidencia que la mayoría de los usuarios presenta sintomatología depresiva clínicamente significativa.
- 6.2. Los niveles de severidad depresiva más frecuentes fueron el moderadamente severo (49.3%) y el severo (14.2%), lo que demuestra que una proporción significativa de los usuarios presenta afectación emocional relevante que requiere intervención oportuna.
- 6.3. La mayoría de los usuarios perteneció al grupo de adultos medios (71.6%), seguido de jóvenes (17.6%) y mayores (10.8%). Los adultos jóvenes presentaron mayor prevalencia de depresión severa (23.1%). Aunque la muestra fue predominantemente masculina (89.2%), hombres y mujeres presentaron niveles similares de depresión moderadamente severa, lo que indica que ni la edad ni el género actúan como factores diferenciadores marcados en la severidad depresiva.
- 6.4. El alcohol fue la sustancia más consumida (63.5%), seguido de la marihuana (25.7%). En ambos grupos prevaleció la depresión moderadamente severa, mientras que el consumo de tabaco y cocaína se asoció con niveles más altos de depresión severa.
- 6.5. La mayoría de los usuarios perteneció al nivel socioeconómico bajo (56.1%), seguido del nivel medio (39.9%) y alto (4.1%). En todos los estratos se presentaron niveles elevados de depresión, destacando la prevalencia de depresión moderada y moderadamente severa, evidenciando que el nivel económico no actúa como factor protector.
- 6.6. Los síntomas más frecuentes fueron alteraciones del apetito (98.6%), dificultad para concentrarse (98.6%), pérdida de interés o placer (97.9%), fatiga o falta de energía

(96.6%) y trastornos del sueño (93.9%). Asimismo, se halló una frecuencia elevada de ideación suicida (96.6%) y un 54.7% la experimentó más de la mitad de los días, evidenciando un riesgo clínico significativo dentro del patrón sintomático de la muestra evaluada.

## VII. RECOMENDACIONES

- 7.1. Implementar programas integrales de tratamiento que aborden de manera conjunta la depresión y el consumo de sustancias en los usuarios del Centro de Salud Mental Comunitario de Huancayo, priorizando el fortalecimiento emocional y la prevención del riesgo suicida.
- 7.2. Fortalecer la capacitación del personal de salud mental en el manejo clínico de la depresión moderadamente severa y severa, así como en la identificación de usuarios que requieren intervenciones inmediatas o atención especializada.
- 7.3. Diseñar intervenciones específicas dirigidas a los adultos jóvenes, considerando su mayor prevalencia de depresión severa, e incorporar estrategias de evaluación periódica para todos los usuarios, independientemente del género o rango etario.
- 7.4. Desarrollar programas psicoeducativos y preventivos que aborden la relación entre tipo de sustancia consumida y severidad depresiva, enfatizando los riesgos asociados al consumo de tabaco y cocaína y promoviendo la búsqueda temprana de tratamiento.
- 7.5. Implementar intervenciones accesibles y culturalmente pertinentes para todos los usuarios, independientemente del nivel socioeconómico, asegurando que las acciones de salud mental no generen brechas de atención.
- 7.6. Establecer protocolos de evaluación continua del riesgo suicida y del patrón sintomático depresivo, garantizando la implementación de planes de seguridad, intervenciones de crisis y seguimiento clínico oportuno de los usuarios en situación de riesgo.

## VIII. REFERENCIAS

- Aldana, L. y Bastidas, M. (2022). *Nivel de depresión estado-rasgo en usuarios de un Centro de Salud Mental Comunitario de la ciudad de Huancayo durante el año 2022* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Los Andes]. Repositorio Institucional UPLA. <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/5937>
- Amendola, S., Rössler, W., Ajdacic, V. y Angst, J. (2022). Reciprocal associations between depressive, anxiety, and substance use disorders from early to middle adulthood: A longitudinal study. *European Psychiatry*, 65, e37. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.37>
- American Psychiatric Association [APA]. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.; DSM-IV-TR). American Psychiatric Publishing. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC181059/>
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.; DSM-5). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychological Association [APA]. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code/>
- Apaza, K. (2021). *Prevalencia de depresión en pacientes adictos de la ciudad de Arequipa* [Tesis de pregrado, Universidad Continental]. Repositorio Institucional Continental. <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/9996>

- Arango, M. y Kaplitt, M. (2015). Comorbidity entre la depresión et l'addiction: Vers une cible moléculaire commune. *Médecine Sciences*, 31(5), 546–550. <https://doi.org/10.1051/medsci/20153105017>
- Beck, A. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Harper and Row.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Beck, A. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(1), 5–37. <https://psycnet.apa.org/record/1989-11913-001>
- Beck, A. (1993). Terapia cognitiva: pasado, presente y futuro. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (2), 194–198. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.2.194>
- Brown, R., Ramsey, S., Strong, D., Myers, M., Kahler, C., Lejuez, C. y Niaura, R. (2006). Evidence-based treatment for substance use and depression in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 125–132. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.125>
- Campos, M. y Martínez, J. (2002). Trastornos afectivos: Análisis de su comorbilidad en los trastornos psiquiátricos más frecuentes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25(3), 20. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0847>
- Campos, R. (2020). Trastornos afectivos y consumo de sustancias: una revisión de la literatura. *Revista Española de Drogodependencias*, 45(2), 89–104. <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5564>
- Cañellas, F. (2009). Trastornos afectivos depresivos asociados al consumo de drogas y alcohol. *Adicciones*, 21(3), 203–212. <https://doi.org/10.20882/adicciones.204>

- Colegio de Psicólogos del Perú. (2018). *Código de ética y deontología*.  
[https://www.cpsp.pe/images/documentos/marco\\_legal/1902018CPsP\\_CDN\\_codigo\\_d\\_e\\_etica\\_y\\_deontologia.pdf](https://www.cpsp.pe/images/documentos/marco_legal/1902018CPsP_CDN_codigo_d_e_etica_y_deontologia.pdf)
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas [DEVIDA]. (2017). Observatorio Peruano de Drogas: consumo de drogas. <https://sistemas.devida.gob.pe/opd-web/consumo>
- Contreras, Y., Miranda, O. y Torres, V. (2020). Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(1), 71–85.  
<http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/492/449>
- García, Z., Guerra, K., Cano, A. y Cantisano, L. (2019). Medición de la comorbilidad depresiva en drogodependientes: Validez y eficacia diagnóstica del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en dominicanos con múltiple consumo de sustancias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(1), 163–171.  
<https://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/24111>
- Grant, B., Stinson, F., Dawson, D., Chou, S., Dufour, M., Compton, W., Pickering, R. y Kaplan, K. (2015). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 61(8), 807–816. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26072219/>
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Education.  
<https://doi.org/10.22201/fesc.20072236e.2019.10.18.6>
- Inche, R. y Paucar, E. (2022). *Distorsiones cognitivas y adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de ansiedad y/o depresión en un centro de salud mental comunitario*

*Huancayo 2021* [Tesis de licenciatura, Universidad Continental]. Repositorio Institucional Continental.

<https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/11994>

Kendler, K., Prescott, C., Myers, J. y Neale, M. (2003). The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Archives of General Psychiatry*, 60(9), 929–937.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12963675/>

Khantzian, E. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 142(11), 1259–1264. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.11.1259>

Kroenke, K., Spitzer, R. y Williams, J. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613.

<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

Lin, W., Zhang, J., Leung, G. y Clark, R. (2021). Associations between depression, substance use, and health outcomes among hospitalized patients. *General Hospital Psychiatry*,

71, 45–52. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34099249/>

Martínez, F., Ferre, F., Pascual, J. y Peñas, J. (2016). Comorbilidad psiquiátrica en pacientes con dependencia de cocaína. *Adicciones*, 28(1), 6–18.

<https://www.redalyc.org/pdf/2891/289144321002.pdf>

Martínez, P. (2019). La depresión y el consumo de sustancias de abuso: Un vínculo bidireccional con implicancias clínicas. *Artículo.org*. [https://articulo.org/articulos/la-](https://articulo.org/articulos/la-depresion-y-el-consumo-de-sustancias-de-abuso)

[depresion-y-el-consumo-de-sustancias-de-abuso](https://articulo.org/articulos/la-depresion-y-el-consumo-de-sustancias-de-abuso)

- Meléndez, J. (2019). *Nivel de depresión en usuarios del Centro de Prevención y Tratamiento de Adicciones de San Vicente* [Tesis de licenciatura, Universidad de El Salvador]. Biblioteca Virtual en Salud. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1150617/282-11106292.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú [MINSA]. (2008). *Guía de práctica clínica para la atención integral de personas con consumo problemático de drogas*. [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/342311/Gu%C3%ADa\\_de\\_pr%C3%A1ctica\\_cl%C3%ADnica\\_en\\_trastornos\\_mentales\\_y\\_del\\_comportamiento\\_debidos\\_al\\_consumo\\_de\\_sustancias\\_psicotropas20190716-19467-7djw6d.pdf?v=1563295740](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/342311/Gu%C3%ADa_de_pr%C3%A1ctica_cl%C3%ADnica_en_trastornos_mentales_y_del_comportamiento_debidos_al_consumo_de_sustancias_psicotropas20190716-19467-7djw6d.pdf?v=1563295740)
- Ministerio de Salud del Perú [MINSA]. (2014). *La depresión: Módulo de atención integral en salud mental* (Serie de Módulos n.º 6). [http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/208\\_prom14.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/208_prom14.pdf)
- Ministerio de Salud del Perú [MINSA]. (2021). *Plan Nacional de Salud Mental 2020–2021*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/2130661-plan-de-salud-mental-peru-2020-2021-en-el-contexto-covid-19>
- Mueller, T., Lavori, P., Keller, M., Swartz, A., Warshaw, M., Hasin, D. y Coryell, W. (2001). Prognostic effect of the variable course of alcoholism on the 10-year course of depression. *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 383–390. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11329998/>
- Mueser, K., Drake, R. y Wallach, M. (1998). Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23(6), 717–734. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00073-2](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00073-2)

- Nunes, E. y Levin, F. (2004). Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: A meta-analysis. *JAMA*, 291(15), 1887–1896. <https://doi.org/10.1001/jama.291.15.1887>
- Ordóñez, C., Catacora, M. y Otárola, F. (2006). Comorbilidad psiquiátrica en mujeres atendidas por dependencia de sustancias psicoactivas en centros de tratamiento. *Revista Peruana de Drogodependencias*, 4(1), 73–97. <https://catalogo.ucsm.edu.pe/bib/1031>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1992). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (10.<sup>a</sup> rev.). <https://www.who.int/classifications/icd/icd10online/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes: Estimaciones sanitarias mundiales*. <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Ortiz, M., Vásquez, J., Correa, I., Reyes, J., Laura, E. y Livia, J. (2024). Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9): una revisión sistemática y un metaanálisis de la generalización de la confiabilidad. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 87(3), 273–288. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972024000300273](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972024000300273)
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2021). Informe mundial sobre drogas y salud mental. <https://www.unodc.org/peruandecuador/es/noticias/2021/informe-mundial-sobre-drogas-2021.html>

- Santo, T., Campbell, G., Peacock, A., Degenhardt, L. y Larney, S. (2022). Prevalence of mental disorders among people with opioid use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, *117*(2), 279–293. <https://doi.org/10.1111/add.15691>
- Suárez, S. (2021). *Frecuencia de ansiedad y depresión en consumidores de sustancias psicoactivas en centros de rehabilitación Chiclayo* [Trabajo académico, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP. [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/8109/suarez\\_verona.pdf](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/8109/suarez_verona.pdf)
- Tumenta, P., Zhao, L. y Han, B. (2021). Trends and correlates of opioid use and depression among U.S. adults: NHANES 2005–2018. *Substance Abuse and Rehabilitation*, *12*, 35–48. <https://doi.org/10.2147/SAR.S307921>
- Universidad Nacional Federico Villarreal. (2018). *Código de ética para la investigación en la Universidad Nacional Federico Villarreal*. [https://www.unfv.edu.pe/vrin/Images/VRIN\\_DOCUMENTOS\\_DE\\_GESTION/ICGINV/Codigo\\_de\\_Etica.pdf](https://www.unfv.edu.pe/vrin/Images/VRIN_DOCUMENTOS_DE_GESTION/ICGINV/Codigo_de_Etica.pdf)
- Valdiglesias, D. (2019). *Intervención cognitivo-conductual en un paciente con drogodependencia* [Trabajo académico, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional UNMSM. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/11414>
- Villarreal, D., Bernabé, A. y Meléndez, G. (2019). Measurement invariance of the PHQ-9 depression scale in the Peruvian population. *BMC Psychiatry*, *19*(1), 336. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2306-8>
- Villarreal, D., Copez, A., Bernabé, A., Meléndez, G. y Bazo, J. (2019). Valid group comparisons can be made with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A

measurement invariance study across groups by demographic characteristics. *PLOS ONE*, 14(9), e0221717. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221717>

## IX. ANEXOS

## Anexo A. Matriz de Consistencia

Título: Depresión en usuarios drogodependientes de un centro de salud mental comunitario de Huancayo, 2022		
Problema	Objetivos	Método
General	General	
	Identificar la prevalencia de depresión en un grupo de usuarios drogodependientes de un centro de salud mental comunitario de Huancayo, 2022.	
	<p style="text-align: center;">Específicos</p> <p>O1: Determinar los niveles de severidad de depresión en los usuarios drogodependientes del Centro de Salud Mental Comunitario de Huancayo, 2022</p> <p>O2: Establecer la prevalencia de depresión en usuarios drogodependientes de un centro de salud mental comunitario de Huancayo según género y edad, 2022.</p> <p>O3: Establecer la prevalencia de depresión en usuarios drogodependientes de un centro de salud mental comunitario de Huancayo según el tipo de sustancia de consumo, 2022.</p> <p>O4: Establecer la prevalencia de depresión en usuarios drogodependientes de un centro de salud mental comunitario de Huancayo según nivel socioeconómico, 2022.</p> <p>O5: Identificar los síntomas específicos de depresión más frecuentes en los usuarios drogodependientes evaluados.</p>	<p>Tipo de investigación</p> <p>Cuantitativo, descriptivo, con un diseño no experimental y de tipo transversal</p> <p>Participantes</p> <p>148 entre hombres y mujeres</p> <p>Instrumento</p> <p>Cuestionario sobre la Salud del Paciente 9 (PHQ-9)</p>
¿Existe prevalencia de depresión en usuarios drogodependientes de un centro de salud mental comunitario de Huancayo, 2022?		

## **Anexo B. Consentimiento Informado y declaración jurada**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **Consideraciones Previas a la participación.**

Por favor, lea esta información detenidamente antes de decidir su participación en el estudio.

**Título de la Investigación:** Depresión en Usuarios Drogodependientes de un Centro de Salud Mental Comunitario de Huancayo.

**Objetivo de la Investigación:** Identificar la prevalencia de depresión en un grupo de usuarios drogodependientes de un centro de salud mental comunitario

**Investigador Principal:** Carbajal Olazabal, Leyla Aracely

**Contacto:** Si usted tiene alguna consulta o preocupación respecto a sus derechos como participante de este estudio, puede contactar a la encargada de la investigación, al siguiente email: [2016005415@unfv.edu.pe](mailto:2016005415@unfv.edu.pe)

**Institución:** Universidad Nacional Federico Villareal

#### **Introducción**

Usted está siendo invitado(a) a participar en un estudio de investigación cuyo objetivo principal es determinar la prevalencia de depresión en usuarios drogodependientes que reciben atención en un Centro de Salud Mental Comunitario. Su participación es completamente voluntaria y su decisión no afectará de ninguna manera la atención o los servicios que recibe en el centro.

#### **Propósito de la Investigación**

El propósito de esta investigación es comprender mejor la frecuencia con la que la depresión se presenta en personas que están en tratamiento por drogodependencia. Los resultados de este estudio podrían ayudar a mejorar la atención y los programas terapéuticos ofrecidos en el futuro, tanto a nivel local como nacional.

## Procedimientos

Si decide participar, se le pedirá que complete un cuestionario conocido como Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9). Este cuestionario consta de nueve preguntas que evalúan la presencia de síntomas depresivos en las últimas dos semanas.

- **Duración:** Se estima que completar el cuestionario le tomará aproximadamente 5 a 10 minutos.
- **Modalidad:** El cuestionario y este consentimiento informado le serán entregados de manera física, para que pueda completarlos.

## Confidencialidad

Su participación en este estudio es estrictamente confidencial. Toda la información que usted proporcione será manejada con la máxima privacidad. Sus respuestas serán anonimizadas, lo que significa que no se asociarán con su nombre o ninguna otra información que pueda identificarlo(a). Los datos serán utilizados únicamente para fines de investigación y se presentarán de forma agregada, es decir, combinados con los de otros participantes, para proteger su identidad. La información recolectada se almacenará de forma segura y solo el equipo de investigación tendrá acceso a ella.

## Riesgos y Beneficios

- **Riesgos:** Los riesgos asociados con la participación en este estudio son mínimos. Al responder preguntas sobre su estado de ánimo, podría experimentar una leve incomodidad o reflexión temporal. Si esto ocurriera, se le recuerda que cuenta con el apoyo y los recursos del personal del Centro de Salud Mental Comunitario.
- **Beneficios:** Aunque no habrá un beneficio directo para usted al participar, la información obtenida será de gran valor para comprender mejor la relación entre la depresión y la drogodependencia, lo que podría llevar a mejoras en los servicios de salud mental para usted y otras personas en el futuro.

### **Participación Voluntaria**

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho de negarse a participar o de retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto implique ninguna consecuencia negativa o afecte la atención que recibe en el centro.

### **Preguntas**

Si tiene alguna pregunta sobre este estudio o su participación, no dude en contactar al investigador principal, Carbajal Olazabal, Leyla Aracely.

### **Declaración de Consentimiento**

He leído la información proporcionada en este consentimiento informado. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin penalización.

Al marcar la casilla "Sí, consiento participar" y/o al completar el cuestionario, indico que he leído y comprendido la información anterior y que doy mi consentimiento voluntario para participar en este estudio.

**Sí, consiento participar en esta investigación.**

**No, no deseo participar en esta investigación.**

Firma del Participante: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Anexo C: Ficha Sociodemográfica

### FICHA SOCIODEMOGRAFICA

Agradecemos su colaboración al completar la siguiente ficha. La información proporcionada será utilizada únicamente con fines de investigación y se manejará de forma estrictamente confidencial.

#### 1. Marque en que Rango de Edad se Encuentra

- a. 18 a 29 años \_\_\_\_\_
- b. 30 a 59 años \_\_\_\_\_
- c. 60 años o más \_\_\_\_\_

#### 2. Marque su Género

- a. Femenino:
- b. Masculino:
- c. Otro:  especifique \_\_\_\_\_

#### 3. Marque su Nivel Socioeconómico (NSE)

- a. Nivel Socioeconómico A (Alto)
- b. Nivel Socioeconómico B (Medio)
- c. Nivel Socioeconómico C (Bajo)

#### 4. Marque la Sustancia a la que es Adicto(a)

a. Alcohol		b. Marihuana		c. Cocaína		d. Tabaco	
------------	--	--------------	--	------------	--	-----------	--

e. Benzodiacepinas	

## Anexo D. Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ 9)

### CUESTONARIO DE SALUD DEL PACIENTE

A continuación, se le presenta el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9). Para completarlo, deberá marcar con una "X" la casilla que mejor represente su experiencia en relación con cada enunciado.

Se agradece encarecidamente que lea detenidamente cada pregunta y responda con la mayor sinceridad posible, ya que la precisión de sus respuestas es fundamental para los objetivos de esta investigación.

Descripción del Ítems	Escala			
	Ningún Día	Varios Días	Más de la Mitad de los Días	Casi Todos los Días
<b>Ítems</b> <b>Durante las últimas 2 semanas, ¿Qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?</b>				
1. Poco interés o placer en hacer cosas.				
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanza.				
3. Dificultad para quedarse dormido(a) o mantenerse dormido(a), o ha dormido demasiado.				
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía.				
5. Poco apetito o comer en exceso.				
6. Se ha sentido mal consigo mismo(a), o que es un fracaso, o que ha quedado mal consigo mismo(a) o con su familia.				
7. Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver televisión.				

Descripción del Ítems	Escala			
Ítems Durante las últimas 2 semanas, ¿Qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún Día	Varios Días	Más de la Mitad de los Días	Casi Todos los Días
8. ¿Ha notado que se ha movido o hablado más lento de lo normal, o, por el contrario, que ha estado muy inquieto(a) o agitado(a), moviéndose mucho más de lo habitual?				
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto o de querer lastimarse de alguna manera				

**Total:** \_\_\_\_\_