



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS
ASOCIADAS A LA DEPRESIÓN EN
MUJERES DE 19 A 49 AÑOS DE ZONAS
RURALES Y URBANAS, SEGÚN ENDES
(2020)

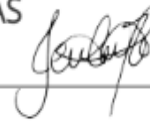
TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

LICTANIA INOCENTE ROMERO VELASCO

LIMA – PERÚ

2023

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADAS A LA DEPRESIÓN EN MUJERES DE 19 A 49 AÑOS DE ZONAS RURALES Y URBANAS, SEGÚN ENDES (2020)



INFORME DE ORIGINALIDAD

22%

INDICE DE SIMILITUD

21%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

Lic. Jennifer Carrasco Tacuri
Asesora

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	4%
2	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	repositorioacademico.upc.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	Luis Bautista López, Emma Cambillo Moyano. "Factores sociodemográficos determinantes de la depresión en mujeres de 15 a 49 años - Encuesta Demográfica de Salud Familiar, 2015", Pesquimat, 2020 Publicación	1%
5	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	upc.aws.openrepository.com Fuente de Internet	

MIEMBROS DEL JURADO

Mg. Adolfo Aguinaga Álvarez

Presidente

Lic. Linda Lizz Mendoza Beltrán

Vocal

Mg. Rita Selene Orihuela Anaya

Secretaria

ASESORA DE TESIS

Lic. Jennifer Denisse Carrasco Tacuri

DEDICATORIA

Dedicado a todas las personas que enfrentan una lucha constante en su día a día. Quiero transmitirles que la depresión no es una elección, no se elige sentirse de esa manera, existen diversos factores que pueden conducir a una persona a experimentarla. Por eso, los animo a buscar el acompañamiento y la orientación de un psicoterapeuta mientras atraviesan este proceso. Permítanse ser escuchados y comprendidos en este camino.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi madre, por ser mi pilar fundamental a lo largo de este proceso de aprendizaje. Su amor y orientación han sido una guía invaluable en mi camino; asimismo, a mi padre por su apoyo incondicional.

A mis hermanos Yosver, Fernando, Dilver y Hayli, por apoyarme y alentarme en todo momento. Gracias por ser mi fuente de motivación e inspiración en mi día a día. A mis abuelos, bisabuelos y tíos por su apoyo incondicional, en especial a mi ángel en el cielo, Segundo Romero, por ser mi guía en este camino de la vida.

A mi asesora Jennifer Carrasco por su acompañamiento, comprensión y supervisión en el desarrollo de esta investigación; asimismo, a Teresa Fernández, Víctor Hugo Ucedo y Mayte Casaño por sus asesorías en el ámbito estadístico.

A mi mejor amiga y futura colega, Clariza Córdova, por ser mi confidente desde el inicio de nuestra carrera, por su escucha y comprensión, y por acompañarme en cada aventura durante la etapa universitaria.

A Jean por cada una de sus palabras de aliento y soporte emocional, gracias por estar presente en cada momento y por acompañarme en cada decisión.

A mis amigos, compañeros, colegas y profesores, por su apoyo incondicional desde el inicio de este proceso de formación profesional. A todas esas maravillosas personas que forman parte de mi vida y me han permitido ser parte de la suya, gracias por su constante motivación y aliento diario, que han sido fundamentales para concluir exitosamente esta investigación.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	
ABSTRACT	
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
1.1 IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA.....	6
1.3 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	8
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	10
1.1 REVISIÓN TEÓRICA DE LAS VARIABLES.....	10
1.1.1 DEPRESIÓN	10
1.1.2 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	14
1.2 ANTECEDENTES.....	17
1.2.1 INVESTIGACIONES INTERNACIONALES.....	17
1.2.2 INVESTIGACIONES NACIONALES.....	21
1.3 HIPÓTESIS	25
1.3.1 HIPÓTESIS GENERAL	25
1.3.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	25
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	27
3.1. NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	27
3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	27
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	27

3.3.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	27
3.3.2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA Y MÉTODO DE MUESTREO	28
3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	29
3.5. DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE VARIABLES..	30
3.5.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	30
3.5.2. DEPRESIÓN	33
3.6. MÉTODOS E INSTRUMENTOS	36
3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	39
3.8. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	41
3.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS	41
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	43
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	54
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Matriz de operacionalización de las variables sociodemográficas.....	32
Tabla 2 Matriz de operacionalización de la variable Depresión	34
Tabla 3 Asociación entre las variables sociodemográficas y la depresión en mujeres de 19 a 49 años	43
Tabla 4 Prevalencia de depresión en la población estudiada	44
Tabla 5 Distribución de la población estudiada según el estado civil.....	45
Tabla 6 Distribución de la población estudiada según el nivel educativo	46
Tabla 7 Distribución de la población estudiada según la edad actual.....	46
Tabla 8 Distribución de la población estudiada según el lugar de residencia.....	47
Tabla 9 Distribución de la población estudiada según el nivel de riqueza	47
Tabla 10 Asociación entre estado civil y depresión en mujeres de 19 a 49 años .	48
Tabla 11 Asociación entre el nivel educativo y la depresión en mujeres de 19 a 49 años.....	49
Tabla 12 Asociación entre la edad y la depresión en mujeres de 19 a 49 años	50
Tabla 13 Asociación entre el lugar de residencia y la depresión en mujeres de 19 a 49 años	51
Tabla 14 Asociación entre nivel de riqueza y la depresión en mujeres de 19 a 49 años.....	53

RESUMEN

La depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 280 millones de personas en todo el mundo, siendo más prevalente en la población femenina, indistintamente de su edad (OMS, 2023). En el contexto de la pandemia de Covid-19 en Perú, un estudio con 58,349 participantes reveló que el 28.5% presentaba síntomas depresivos, siendo las mujeres las más afectadas con un 30.8% de sintomatología depresiva en comparación con los hombres (23.4%). El objetivo de esta investigación fue determinar la asociación entre las variables sociodemográficas y la depresión en mujeres de 19 a 49 años de zonas rurales y urbanas de Perú. El nivel de investigación es básico, el tipo de investigación es no experimental y transversal, y su diseño es correlacional. Se seleccionó una muestra probabilística de 9,054 mujeres de 19 a 49 años de edad utilizando la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2020. Los resultados revelaron que variables sociodemográficas como el estado civil ($p=0.00$), la edad ($p=0.047$) y el lugar de residencia ($p=0.008$) están significativamente asociadas a la depresión, con un $p<0.05$. Por lo contrario, las variables nivel educativo y nivel de riqueza no mostraron una asociación estadísticamente significativa. Finalmente, se determinó que las variables sociodemográficas asociadas a la depresión en mujeres de 19 a 49 años son estar en una relación de pareja, ser adulta y residir en zonas urbanas.

Palabras clave: Depresión, Variables Sociodemográficas, ENDES -2020

ABSTRACT

Depression is a common mental disorder affecting over 280 million people worldwide, with a higher prevalence among women regardless of age (WHO, 2021). In the context of the COVID-19 pandemic in Peru, a study involving 58,349 participants revealed that 28.5% exhibited depressive symptoms, with women being more affected, presenting a depressive symptomatology of 30.8% compared to men (23.4%). The objective of this research was to determine the association between sociodemographic variables and depression in women aged 19 to 49 from rural and urban areas of Peru. The study employed a basic level of research, using a non-experimental and cross-sectional design a correlational approach. A probabilistic sample of 9,054 women aged 19 to 49 was selected from the Demographic and Family Health Survey (ENDES) 2020 database. The results demonstrated that sociodemographic variables such as marital status ($p=0.00$), age ($p=0.047$) and place of residence ($p=0.008$) were significantly associated with depression, with a $p<0.05$. In contrast, no statistically significant association was found between educational level and wealth status. To conclude, this study revealed that being in a relationship, being an adult, and residing in urban areas were sociodemographic factors associated with depression in women aged 19-49.

KEYWORDS: Depression, Sociodemographic variables, ENDES-2020

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), alrededor de 280 millones de personas presentan depresión, y se estima que más del 4.5% está presente en la población adulta. Las mujeres son las más afectadas, indistintamente de su edad; de modo que, se calcula que para el año 2050, a nivel mundial se convertirá en un problema mayor de afectación a la salud mental. Por otra parte, se considera que más del 75% de la población que presenta depresión no recibe un tratamiento adecuado o no son diagnosticados correctamente, en específico, en aquellos países de bajos y medianos ingresos (Corea, 2021; OMS, 2023).

A raíz de la pandemia por la COVID-19, la salud mental se vio afectada tras las medidas de contención que tomaron los gobiernos; tales como cuarentena, aislamiento y distanciamiento social. Estas medidas tuvieron efectos en diversas áreas del ser humano, como la económica, laboral, educativa y familiar. Se enfrentaron situaciones como la pérdida y/o abandono de empleos, crisis económica, la pérdida de seres queridos y la deserción escolar o universitaria (Hernández, 2020).

De igual manera, la pandemia tuvo un impacto en el aspecto psicológico, generando síntomas de ansiedad, depresión y burnout debido al aumento de los niveles de estrés, miedo y preocupación. Las poblaciones vulnerables fueron las más afectadas por las complicaciones que surgieron durante la pandemia (Confederación Salud Mental España, 2021); todo ello tras vivir en incertidumbre de lo que podría suceder al encontrarse frente a una situación de riesgo.

Frente a este impacto, en países con economías de diferentes tamaños se visualizó una desigualdad de género, perjudicando fundamentalmente a la población femenina por los diferentes roles que desempeñaron durante la cuarentena o todo el tiempo que llevó afrontar la pandemia. Estos roles incluyen ser madres, estudiantes o profesionistas, cuidadoras del hogar y de personas con alguna discapacidad (“Organización de las Naciones Unidas – Mujeres” [ONU MUJERES], 2022). Según Saldívar-Garduño y Ramírez-Gómez (2020), estos roles se asocian frecuentemente con experimentar sintomatología de ansiedad, depresión y alteraciones del comportamiento, especialmente entre mujeres jóvenes de 18 a 25 años. Además, Power (2020) menciona aspectos importantes a considerar en el abordaje de problemas de salud mental, tales como el género femenino, los grupos etarios, el nivel de instrucción, la zona de residencia y el nivel socioeconómico de la población en mención.

En suma, durante una emergencia de salud pública, las mujeres experimentan una mayor carga laboral del hogar frente al rol que le otorga la sociedad. Esto les genera frustración, cansancio, estrés, incertidumbre y una acumulación de emociones, lo que provoca una clara afectación a su salud física y mental (Usall, 2020).

Desde otra perspectiva, estudios epidemiológicos y clínicos en salud mental plantean que la población femenina vivencia episodios depresivos con mayor frecuencia que los hombres, debido a su mayor vulnerabilidad a la depresión (Ministerio de Salud [MINSA], 2020). Además, ante esta mayor susceptibilidad del género femenino, existen perspectivas psicosociales que intentan explicarla. Por ejemplo, Matud et al. (2006) proponen que la vulnerabilidad de las mujeres a la

depresión se debe a las desigualdades en las condiciones de vida que enfrentan, así como a las expectativas internas relacionadas con los roles tradicionales de género. Según esta perspectiva, el papel y las tareas realizadas por las mujeres son socialmente devaluadas en base a las normas establecidas para el género femenino (Zarragoitía, 2013). Por otra parte, Mirowsky (1996, citado en Jiménez-Molina et al., 2021) corrobora la hipótesis empírica de su estudio, planteando que la brecha de género en la depresión aumenta en la adultez a medida que mujeres y hombres entran y se someten a responsabilidades desiguales, de modo que se establecen las crecientes diferencias entre los grupos de edad; esto permite explicar, indirectamente, las diferencias que existen actualmente en la salud mental entre ambos géneros. En relación a ambas perspectivas, la comprensión de la salud mental y su relación con el género está en constante evolución, debido a que el campo de estudio es complejo y multifactorial.

En el contexto peruano, en los últimos reportes realizados por el “Ministerio de Salud (MINSA)”, dentro de los casos de atención por depresión, se reporta que en el 2021 el 75.24% corresponden a atención de mujeres (Bromley, 2022). En efecto, frente a estas limitaciones, es necesario resaltar que la población femenina está predispuesta alrededor de dos veces más que los hombres a padecer de depresión, por tal razón existen muchas variables vinculadas a la depresión en mujeres (Mayo Clinic, 2019). Asimismo, la Encuesta Demográfica de Salud Mental realizada por el MINSA durante el período COVID-19 menciona que, del total de personas que participaron en un estudio (58,349), se halló que el 28.5% del total de participantes mostraba síntomas depresivos, siendo el 30.8% la proporción de mujeres con síntomas depresivos y la de hombres el 23.4%, donde el grupo de

participantes de 18 a 24 años fue el que presentó mayores niveles de depresión (MINSA, 2020).

Por otro lado, el “Instituto Nacional de Salud Mental - Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”, menciona que la principal causa del suicidio en el Perú es la depresión, teniendo en cuenta que para el 2021 la atención en salud mental superó al año 2019 (13,877 atenciones) y al 2020 (14,606 atenciones), puesto que, el impacto psicosocial a raíz de la pandemia ha expuesto afectaciones psicológicas en las personas y para quienes ya tenían un diagnóstico su situación empeoró, provocando una crisis en su atención (Quinteros, 2021). Además, aquellas personas que ya presentaban un diagnóstico de problemas de salud mental se vieron más afectadas por el cambio de atención de presencial a virtual a través de telesalud, así como aquellas que presentaban algunos síntomas, posteriormente estos evolucionaron desarrollando trastornos mentales (Ramírez-Ortiz et al., 2020).

Por lo expuesto, el Perú al ser un país en desarrollo, no cuenta con las condiciones adecuadas que favorezcan la salud mental, debido a que la atención en salud mental no se ha desarrollado de manera coordinada y eficiente por la falta de continuidad de los servicios ofrecidos (Pineda, 2022). Además, los entes que regulan la salud destinan menos del 2% del presupuesto total del sector salud para atender las necesidades de la salud mental de los ciudadanos, como lo indica el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2021). Por consiguiente, la pandemia por la COVID-19 ha evidenciado la insuficiencia de la inversión en salud para abordar adecuadamente las necesidades de salud mental de la población peruana.

A pesar del impacto de esta problemática en salud pública, existe una falta de estudios suficientes que expliquen las variables vinculadas a la depresión en la población femenina en el contexto peruano; variables sociales y demográficas como el sexo, nivel educativo, ubicación geográfica, estado civil, violencia, discapacidad física y/o psicológica, entre otras variables. Además, las limitaciones para una atención eficiente incluyen la carencia de recursos económicos, la descentralización de servicios para las comunidades, los prejuicios y la falta de capacitación del personal de salud (Defensoría del Pueblo, 2022); lo que contribuye al estigma de los trastornos mentales y a evaluaciones clínicas inexactas (WHO, 2022).

La mayoría de las investigaciones en salud mental en la población femenina se han centrado en muestras de países desarrollados, lo cual limita la generalización de resultados a otras culturas, por lo tanto, los resultados pueden no ser generalizables al contexto peruano. En el año 2020, el “Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)” mediante la “Encuesta Demográfica de Salud Familiar - ENDES (2020)” recopiló datos de salud mental, por lo que cubre el período de la pandemia por la COVID-19. Asimismo, desde el 2014 el INEI ha incorporado una sección sobre Salud Mental en el Cuestionario de Salud de la ENDES para la población mayor de 15 años, sección que incluye el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) a fin de obtener un diagnóstico de depresión (INEI, 2017). Esta recopilación de datos ha permitido realizar estudios en el área de salud mental y visualizar el estado actual de la salud mental de las mujeres en nuestro país en una etapa de tanta dificultad sanitaria, lo cual requiere un análisis desde una perspectiva social y psicológica. Por lo tanto, en la presente investigación se ha seleccionado a mujeres de 19 a 49 años, siguiendo los criterios de aplicación de la

encuesta ENDES. En base a ello, se propone la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las variables sociodemográficas asociadas a la depresión en mujeres de 19 a 49 años de zonas rurales y urbanas, según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del año 2020?

1.2 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

A escala mundial, la pandemia por la COVID-19 ha tenido efectos de gran alcance en diferentes ámbitos de la sociedad, incluida la salud mental, por lo que se considera un grave problema con necesidad de especial atención a sus dimensiones, debido a que constituye un importante impacto en los pilares de comportamiento de las personas a nivel individual y social.

En este sentido, resulta ser un asunto decisivo para que los profesionales de la salud de primer nivel se comprometan con la prevención y promoción de la salud mental, ayudando a diagnosticar correctamente y a brindar un tratamiento eficaz y adecuado a los pacientes con depresión, así como forjar la debida alianza con las entidades más importantes del país.

Es así como la presente investigación se realizó a partir de datos demográficos de la base de datos de la “Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - (2020)”, información de libre acceso a investigadores que buscan realizar estudios con objetivo poblacional a todo el Perú, lo que brinda mayor representación y confianza a la investigación. Por consiguiente, el valor práctico de la investigación radica en que los resultados permitan promover, coordinar e implementar actividades en los futuros Proyectos de Salud Mental planteados por el “Ministerio de Salud” o profesionales de salud como también permitirá fortalecer la capacidad de respuesta nacional para implementar mejores políticas en proyectos de Salud

Mental, mejor planeación, programas y servicios que contribuyan a la prevención y promoción de la salud mental en la población femenina.

En cuanto al valor social, este estudio generará impacto en los programas del estado dirigidos a la población femenina e instituciones públicas, que no cuentan con un programa de Salud Mental dirigido a la población referente. Esto permitirá una intervención más específica y adaptada a las necesidades de las mujeres, así como psicoeducar a la población en temas relacionados a salud mental.

En relación al valor teórico, la presente investigación permitirá enriquecer y aportar a la literatura con la aproximación de conocimientos en variables sociodemográficas relacionadas a la depresión en mujeres tanto en población joven como adulta, considerando que la población joven abarca desde los 19 hasta los 29 años y la población adulta desde los 30 hasta los 49 años de edad.

1.3 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

En esta investigación, se presentaron ciertas limitaciones como, no fue posible ejercer un control total sobre la recolección de datos, debido a que se utilizó una fuente de base de datos secundaria, lo que implicó la selección de variables de interés y la consideración de datos disponibles de la fuente secundaria. Además, con respecto a las variables analizadas en esta investigación, se encontraron estudios limitados a nivel nacional en la población de estudio durante una situación de emergencia sanitaria. Por esta razón, se recurrió a investigaciones internacionales con resultados similares que exploraron las mismas variables que se abordan en la presente investigación durante el contexto de pandemia por la COVID-19.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la asociación entre las variables sociodemográficas y la depresión en mujeres de 19 a 49 años de zonas rurales y urbanas a partir de la base de datos de la “Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) del año 2020”.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las variables sociodemográficas en mujeres de 19 a 49 años de zonas rurales y urbanas a partir de la base de datos de la “Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) del año 2020”.
- Identificar la asociación entre el estado civil y la depresión en mujeres de 19 a 49 años de zonas rurales y urbanas a partir de la base de datos de la “Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) del año 2020”.
- Identificar la asociación entre el nivel educativo y la depresión en mujeres de 19 a 49 años de zonas rurales y urbanas a partir de la base de datos de la “Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) del año 2020”.
- Identificar la asociación entre la edad y la depresión en mujeres de 19 a 49 años de zonas rurales y urbanas a partir de la base de datos de la “Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) del año 2020”.
- Identificar la asociación entre el lugar de residencia y la depresión en mujeres de 19 a 49 años de zonas rurales y urbanas a partir de la base de

datos de la “Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) del año 2020”.

- Identificar la asociación entre el nivel de riqueza y la depresión en mujeres de 19 a 49 años de zonas rurales y urbanas a partir de la base de datos de la “Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) del año 2020”.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

1.1 REVISIÓN TEÓRICA DE LAS VARIABLES

1.1.1 *DEPRESIÓN*

De acuerdo a la “Organización Mundial de Salud (2021)”, la depresión es un trastorno mental común presente en más de 280 millones de personas y puede causar graves consecuencias e interrumpir las actividades laborales, sociales, escolares y familiares; además, es más frecuente en la población femenina que en masculina, siendo los factores biológicos, genéticos, circunstancias y experiencias individuales, los factores de mayor riesgo asociados a la depresión (Mayo Clinic, 2019).

Por otra parte, se diferencia de los cambios cotidianos en el estado de ánimo y de las reacciones emocionales ante los problemas habituales, puesto que, al hablar de un trastorno depresivo, se habla de un problema de salud mental mayor, especialmente si tiene una duración prolongada y una intensidad moderada a severa. Por lo general, puede causar grandes consecuencias en la vida cotidiana y perturbar diferentes actividades de la persona, considerando que en las peores situaciones conlleva al suicidio, teniendo en cuenta que aproximadamente 800 mil personas se suicidan, en la actualidad es considerada como la segunda causa de fallecimiento de quienes se encuentran entre 15 a 29 años (OMS, 2021).

1.1.1.1 TIPOS Y SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN

El tipo de depresión depende de la duración (de meses a años) y de la intensidad de los síntomas (de leves a severos) (OPS y OMS, 2017), tenemos:

- Trastorno o episodio depresivo mayor: enfermedad caracterizada por su gravedad y complejidad, asociada a factores como abuso sexual, físico o

emocional durante la etapa de la niñez. Asimismo, esta complejidad se puede explicar por el componente afectivo o anímico, también posee síntomas motivacionales (disminución del interés o placer), físicos (pérdida del apetito, falta de energía, alteraciones del sueño) y neuropsicológicos (falta de concentración o para pensar) (Navío y Pérez, 2020). Además, la severidad de este episodio depresivo mayor se clasifica en leve, moderado o severo (OPS y OMS, 2017).

- **Distimia:** se caracteriza por ser un estado depresivo persistente o crónico, presenta sintomatología depresiva menos severa en comparación a un episodio depresivo mayor (OPS y OMS, 2017) e involucra mecanismos biológicos, psicológicos y sociales (Jiménez et al., 2013).

1.1.1.2 LA DEPRESIÓN EN MUJERES

De acuerdo con la “Organización Panamericana de Salud” (OPS, 2021) la depresión continúa siendo el principal problema que se presenta con mayor frecuencia en mujeres, puesto que, en países industrializados se presenta entre 10 y 15% y en países en desarrollo entre un 20 y 40%; y en la mayoría de casos se presenta durante el embarazo y post parto (Luna y Vílchez, 2017).

En relación a la literatura revisada, la explicación a las diferencias de género en la prevalencia del trastorno depresivo se daría en base a su etiología, debido a que involucra factores biológicos (genéticos, neuroquímicos, hormonales) y psicosociales; se menciona que aquellos factores parecen afectar a mujeres y hombres de manera diferente para determinar la susceptibilidad a la depresión (Vázquez, 2016).

Durante la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19, las mujeres experimentaron problemas de salud mental, como ansiedad, depresión y trastornos

de estrés postraumático, debido a los impactos significativos en sus roles laborales y en el hogar. Un alto porcentaje de mujeres, aproximadamente el 70%, formaron parte del personal sanitario de primera línea en todo el mundo, enfrentándose directamente al virus. Además, desempeñaron una gran cantidad de roles en los servicios de apoyo de los centros de salud (León, 2021).

Previamente a la pandemia, las mujeres ya asumían una carga desproporcionada en el cuidado de otros, tanto así que el 47,72% no contaba con tiempo libre debido a una doble carga laboral y doméstica en comparación con los hombres (Cornejo et al., 2022). Por otro lado, Salas et al. (2023), menciona que en el Perú las mujeres presentaron una mayor prevalencia de una percepción deficiente de salud mental, atribuida a las responsabilidades domésticas, preocupación por el cuidado y educación escolar de los miembros del hogar, así como a vivir en condiciones de vivienda desfavorables o bajo el alquiler. Por otro lado, las mujeres informaron que se sentían agotadas por tener que equilibrar el cuidado, el trabajo remoto y el apoyo emocional, sin posibilidad de descanso o recuperación alguna (Jacques-Aviñó, 2023).

De tal forma, los peores resultados de salud mental en las mujeres podrían explicarse por el impacto negativo de las trayectorias educativas cuando existen crisis sociopolíticas y económicas que profundizan las desigualdades de género.

1.1.1.3 MODELOS TEÓRICOS

1.1.1.3.1 MODELO PSICOSOCIAL

Weissman y Klerman (1977, citados en Matud et al., 2006) proponen que, desde un punto de vista psicosocial, la mayor vulnerabilidad a la depresión de las mujeres proviene de los condicionantes generados por el estatus y poder social, y

la internalización de los roles femeninos tradicionales. Asimismo, otros autores argumentan que, debido a su menor poder social, las mujeres experimentan eventos negativos y son menos capaces de controlar muchas áreas de su vida que los hombres, como consecuencia experimentan mayor estrés crónico y menos sensación de control, que puede conducir a afrontar la depresión de forma más inapropiada (Nolen-Hoeksema, Larson y Grayson, 1999; citado en Matud et al., 2006).

1.1.1.3.2 MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL

Desde esta perspectiva, la depresión es definida a partir de la presencia de respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas. Este modelo está conformado por intervenciones que consideran las características biopsicosociales de la persona como también el soporte, compromiso y colaboración de sus allegados como de sí mismo. Al trabajar desde la TCC, se tiene en cuenta que, el individuo asuma su total responsabilidad y ejerza control sobre sus pensamientos y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas (Hernández – Brussolo et al., 2017).

En la actualidad, este modelo aborda la depresión desde una mirada holística y biopsicosocial, manifestando que las representaciones en el pensamiento depresivo se asocian a acontecimientos estresantes de la vida operando como factor de vulnerabilidad y una tendencia a ver los problemas como amenazas, a dudas de la propia capacidad para resolver y enfrentarlos, originando una orientación negativa en base al problema (Puerta y Padilla, 2011).

1.1.1.3.3 MODELO CONTEXTUAL

De acuerdo a la perspectiva contextual, la depresión, a diferencia de la tristeza “normal” se entiende que no existe relación con algún evento de la vida o existe desproporción respecto a un evento precedente (Barraca y Pérez, 2015). Al contrario, el intercambio con el ambiente puede volverse hostil en base a factores más bien individuales, es decir, si la persona se encuentra atravesando procesos psicológicos perjudiciales o lidiando con situaciones concretas, este intercambio dinámico puede contribuir al desarrollo de síntomas depresivos (Maero, 2019).

En base a lo mencionado, existen elementos contextuales que son relevantes para la génesis y mantenimiento de la depresión, como condiciones socioeconómicas y culturales desfavorables, circunstancias personales difíciles, condiciones biológicas adversas, hábitos perjudiciales para la salud, falta de participación en actividades significativas y déficit de habilidades sociales (Maero, 2019).

1.1.2 *VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS*

Las variables sociodemográficas son consideradas como circunstancias sociales (organización social, aspectos socioeconómicos, estado civil, rol laboral, género, entre otros) que pueden tener implicaciones tanto en el surgimiento como en las consecuencias de las experiencias estresantes (Sandín, 2003, citado en Quezada y Gonzáles, 2012).

Además, las variables sociodemográficas son elementos utilizados en la investigación para distinguir fenómenos psicosociales dentro de un proceso de estudio. Estas variables representan los diversos aspectos de una población y pueden diferir en su análisis al observar diferentes fenómenos psicosociales. En

ciertos casos, estas variables pueden determinar o condicionar a un individuo frente a un fenómeno específico. Por lo general, los censos incluyen diversas variables sociodemográficas con el propósito de describir a la población en un contexto determinado, considerando patrones culturales y subculturales. En resumen, las variables sociodemográficas engloban una serie de características que describen a la población de estudio (Ríos, 2017).

En cuanto al estado civil, este término hace referencia a la condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja, así como la interacción que mantiene con otras personas (Real Academia Española [RAE], s.f., definición 3). Según el INEI (2021) el 58,8% de las mujeres de 15 a 49 años de edad se encontraban en unión conyugal (casada y conviviente) y el 34% eran solteras.

El nivel educativo hace referencia al máximo grado de educación que una persona ha completado. Según los resultados de la ENDES 2020, el 13,8% ha concluido la educación primaria, el 46,4% ha finalizado la educación secundaria y el 38,5% ha alcanzado un nivel educativo superior. Asimismo, se ha observado que la culminación del nivel de estudios alcanzado por las mujeres tiene una gran influencia en sus actitudes y prácticas hacia la salud, tanto físico como mental. Además, menciona que el nivel de educación se relaciona positivamente con el estado socioeconómico, así como, las mujeres que residen en el área urbana presentaron una mediana más alta de estudios aprobados (10,8 años), que las que residen en el área rural del país (8,1 años) (INEI, 2021).

En términos de edad, se refiere al periodo de tiempo que una persona ha vivido hasta el momento que se realiza el estudio. La edad se puede clasificar y

describir en función de las etapas de la vida, así como también se puede categorizar en grupos etarios, como grupo joven y grupo adulto (Rubio, 2019). De acuerdo al INEI (2021), menciona que “la población femenina de 15 a 49 años de edad sigue siendo relativamente joven, el 44,9% son menores de 30 años y un 49,7% se encuentra en el grupo de edad de 30 a 49 años” (p. 71). Además, se menciona que las principales razones por las que las mujeres menores de 24 años no continúan sus estudios incluyen el embarazo adolescente, el matrimonio temprano y asumir responsabilidades de apoyo económico a una temprana edad.

El lugar de residencia se refiere al área geográfica donde una persona vive de manera habitual (RAE, s.f., definición 1). En el Perú, existen dos zonas: urbana y rural, cada con características diferentes. Según el INEI (2021), los hogares ubicados en áreas rurales se encuentran en desventaja en comparación con los hogares en áreas urbanas. Durante el periodo analizado, se encontró que los hogares urbanos se beneficiaron más que los hogares rurales en términos de servicios básicos como luz eléctrica, agua potable, servicio sanitario. Sin embargo, es importante destacar que el mayor incremento en la mejora de estos servicios se registró precisamente en el área rural.

En cuanto al nivel de riqueza, hace referencia a la posición económica y social, ya sea individual o familiar (Vera-Romero y Vera-Romero, 2013). De acuerdo al Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH), la clasificación socioeconómica es el nivel de bienestar de un hogar (SISFOH, 2015) y puede ser ubicado de acuerdo al quintil de riqueza: inferior, segundo, intermedio, cuarto y quintil superior (INEI, 2021).

1.1.2.1 SALUD MENTAL EN LOS TIEMPOS DE PANDEMIA POR LA COVID-19

La pandemia de COVID-19, se convirtió en una crisis sanitaria y un problema de salud pública, ha tenido un impacto psicológico en las personas expuestas a situaciones estresantes (Ramírez et al., 2020). Además, se han identificado múltiples factores que están relacionados con la aparición de síntomas depresivos y de ansiedad en las personas que enfrentaron la pandemia por COVID-19, con consecuencias preocupantes tanto a nivel individual como colectivo, afectando el bienestar emocional y las interacciones sociales (Pfefferbaum y North, 2020).

Por lo tanto, aquellas personas con problemas de salud mental preexistentes podrían haber experimentado recaídas como resultado de la interrupción de los servicios brindados tras las medidas promulgadas por parte del gobierno, durante el aislamiento social (Egede et al., 2020).

En definitiva, la Covid-19 ha venido afectando de manera desproporcionada a las poblaciones vulnerables creando una situación de angustia general. Si bien inicialmente hubo un mayor enfoque en la salud física, durante la pandemia los problemas de salud mental asociados con el confinamiento han crecido rápidamente (Sediri et al., 2020).

1.2 ANTECEDENTES

1.2.1 INVESTIGACIONES INTERNACIONALES

En Alemania, Kenntemich et al. (2023) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de identificar diferentes perfiles de factores de riesgo en relación a los síntomas depresivos y de ansiedad durante la fase inicial de la pandemia de COVID-

19. Participaron 2245 adultos alemanes mayores de 18 años que completaron una encuesta en línea entre junio-setiembre del 2020 como parte del estudio ADJUST, el cual se centra en investigar los factores de riesgo y protección, factores estresantes, estrategias de afrontamiento y los síntomas de depresión (incluye el PHQ-9) durante la pandemia en once países. Como resultados evidenciaron la existencia de tres perfiles de factores de riesgo en la población adulta alemana, los cuales se diferenciaron significativamente en los niveles de síntomas depresivos y de ansiedad. En el primer perfil, denominado “alto riesgo sociodemográfico”, estuvo asociado a ser mujer, tener una edad joven (18 a 25 años), contar con bajos niveles educativos e ingresos, y ser estudiante. Este perfil mostró los niveles más altos de síntomas depresivos y de ansiedad durante la pandemia en comparación con otros perfiles. En el segundo perfil, llamado “alto riesgo social y moderado riesgo sanitario”, se identificaron factores de riesgo sociodemográficos como el estado civil soltero y vivir solo, así como factores de riesgo relacionados con la salud, como los trastornos mentales preexistentes y los traumas. Los individuos pertenecientes a este perfil presentaron niveles moderados de síntomas depresivos y de ansiedad. En el tercer perfil, conocido como “bajo riesgo general”, este perfil presentó factores de riesgo como el género femenino, los ingresos reducidos y el bajo contacto social y los individuos mostraron los niveles más bajos de síntomas depresivos y de ansiedad en comparación con los otros perfiles. En conclusión, los investigadores determinaron que los jóvenes y los estudiantes presentaron un mayor riesgo de experimentar síntomas depresivos o de ansiedad durante la pandemia de COVID-19.

En Chile, Jiménez-Molina et al. (2021) buscaron analizar los determinantes socioeconómicos y brechas de género de la sintomatología depresiva en chilenos de entre 18 a 75 años, con el objetivo de estimar la asociación entre indicadores de posición socioeconómica y síntomas depresivos, y estimar las brechas de género expresadas en esta asociación. Utilizaron datos recopilados durante un periodo de diez años (2016-2025) de la Encuesta Longitudinal Social de Chile (ELSOC), empleando una muestra representativa de 2984 participantes. Emplearon el cuestionario PHQ-9 para evaluar la presencia o ausencia de síntomas depresivos moderados a graves. Los resultados mostraron que los hombres tenían un nivel educativo más alto y recibían mayor remuneración por su trabajo en comparación con las mujeres. Por otro lado, las mujeres reportaron un mayor apoyo social percibido, pero también experimentaron más eventos estresantes el último año. Asimismo, los autores encontraron una asociación estadísticamente significativa entre la edad y síntomas depresivos en las mujeres. En cuanto a la prevalencia de sintomatología depresiva aumentó con la edad, y las mujeres mostraron un incremento más pronunciado de sintomatología en cada grupo etario. Además, las mujeres con educación básica, sin educación formal y jubiladas presentaron tres veces más probabilidades de experimentar síntomas depresivos en comparación con aquellas con estudios universitarios. En resumen, el estudio reveló que los determinantes socioeconómicos, como la edad, el nivel educativo, la ocupación y los eventos vitales estresantes, están estrechamente asociados con la sintomatología depresiva en mujeres chilenas. Estos hallazgos resaltan las brechas de género en términos de educación, ingresos y salud mental en la población estudiada.

En Paraguay, Torales et al. (2021) buscaron determinar si la procedencia del área urbana o rural se asociaba al desarrollo de trastornos depresivos en pacientes que consultan a través de telepsiquiatría en Asunción. Se trató de un estudio observacional, descriptivo de corte transversal que utilizó un muestreo no probabilístico. Los investigadores incluyeron un total de 907 fichas clínicas de pacientes atendidos como muestra entre marzo y junio de 2021. Las variables de estudio fueron el sexo, la edad, la procedencia urbana o rural y el diagnóstico englobado en el espectro depresivo. Como resultados encontraron asociación significativa entre el ser mujer y el tener un episodio depresivo, representando el 85,5% del total de pacientes con algún trastorno depresivo. En cuanto a la edad, no encontraron asociación alguna entre la misma y el trastorno depresivo. Por último, se encontró que proceder de un ambiente rural estaba significativamente asociado con el presentar un diagnóstico de un trastorno depresivo.

En Croacia, Ajduković et al. (2021) se centraron en evaluar el estado de salud mental durante la pandemia del COVID-19 y los factores de riesgo clave en la población adulta desde la perspectiva de la ecología humana. Utilizaron un método de muestreo por cuotas estratificado probabilístico considerando la edad, el género y las regiones del país. La muestra consistió en 1201 participantes adultos de entre 18 y 65 años, quienes completaron la escala DASS-21 para evaluar los síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Además, recopilaron datos sociodemográficos como la edad, el sexo, la educación, el estado laboral y de ingresos, el estado civil y de vivienda y el nivel de urbanización. Los resultados del estudio revelaron que los factores de riesgo para desarrollar síntomas depresivos incluían pertenecer al grupo de edad más joven (18 a 35 años), tener una salud actual

satisfactoria o peor, recibir un diagnóstico previo de salud mental y pasar más de dos horas al día siguiendo noticias relacionadas con el COVID-19.

En México, Trujillo-Hernández et al. (2021) estudiaron la asociación entre características sociodemográficas, síntomas depresivos, estrés y ansiedad en tiempos de la COVID-19. Se trató de un estudio correlacional predictivo de corte transversal que incluyó una muestra de 501 participantes mayores de 18 años, de la ciudad de Saltillo, Coahuila. Para recopilar información sobre las variables sociodemográficas, utilizaron una cédula personal para cada participante. Para medir los síntomas depresivos utilizaron el CES-D20, para evaluar el nivel de estrés usaron el PSS-14 y para detectar los niveles de ansiedad emplearon la FAD-7. Los resultados revelaron relaciones significativas entre las variables de interés y algunos factores sociodemográficos como el sexo, la edad, el estado civil, la ocupación, la pérdida de empleo y la disminución de salario). Además, se encontró que las personas más jóvenes, sin pareja, desempleadas y con pérdida familia y laboral a causa de la pandemia por la COVID-19 presentaron mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos. Los investigadores concluyen que la edad, el ingreso económico y el sexo femenino muestra mayor asociación con las variables de estudio.

1.2.2 INVESTIGACIONES NACIONALES

Salas et al. (2023) realizaron un estudio con el objetivo de comparar el estado de salud mental y salud autopercebida (SPH) en algunos países de América Latina y España, durante el confinamiento de la primera ola de la pandemia de COVID-19, teniendo en cuenta diversos factores sociales. Fue un estudio descriptivo transversal y la muestra contó con 39 006 participantes mayores de 18

años residentes en Brasil, Chile, Ecuador, México, Perú y España. Utilizaron una encuesta en línea autoadministrada y se aplicaron técnicas de muestreo por conveniencia y bola de nieve durante la primera ola de la pandemia entre junio y agosto del 2020. Para evaluar la salud mental, se utilizaron cuestionarios como el GAD-7 para ansiedad, el PHQ-9 para la depresión y se emplearon escalas de Likert para medir la salud autopercebida. Los hallazgos revelaron que en Perú hubo una mayor prevalencia de salud autopercebida deficiente, especialmente entre las mujeres (34%) frente hombres (26%), a diferencia de los otros países, en específico en aquellas mujeres que realizaban la mayor parte de las tareas domésticas en el hogar (45%). En relación a la ansiedad y la depresión, se encontró una mayor prevalencia de síntomas en mujeres, independientemente del país y las características sociodemográficas. La mayor prevalencia de depresión y ansiedad se observó en mujeres pertenecientes a grupos indígenas y en los grupos más jóvenes en comparación que los grupos de mayor edad. Los investigadores concluyen que los determinantes sociales relacionados con una mayor prevalencia de salud autopercebida deficiente y problemas de salud mental se presentaron en mujeres con desempleo pre pandemia, peores condiciones laborales, percepción de vivienda inadecuada y una mayor carga doméstica.

Antiporta et al. (2021) llevaron a cabo una investigación titulada “depressive symptoms among Peruvian adult residents amidst a National Lockdown during the COVID-19 pandemic” con el objetivo de identificar y describir la distribución de los síntomas depresivos en la población. Se trató de un estudio transversal en el cual se utilizó un cuestionario anónimo en línea difundido por el MINSA y la OPS - Perú, llegando a obtener un total de 57446 participantes

como muestra analítica. El cuestionario incluía preguntas sobre características sociodemográficas, salud mental, información socioeconómica, síntomas por Covid-19 y preguntas del PHQ-9 dirigidas a personas residentes en Perú mayores de 18 años. Como resultados evidenciaron que las mujeres y los adultos jóvenes reportaron una mayor frecuencia de síntomas depresivos. Además, se identificaron factores críticos asociados con una mayor carga de síntomas depresivos, como un nivel educativo más bajo, estar sin pareja, estar desempleado, tener bajos ingresos familiares y tener un diagnóstico previo de salud mental. Los investigadores concluyeron que los hallazgos del estudio revelaron una prevalencia general de síntomas depresivos cinco veces mayor (34,9 %) que la reportada previamente a nivel nacional en 2018 (6,4 %).

Hernández-Vásquez et al. (2020) desarrollaron la investigación titulada “depression in the Peruvian population and its associated factors: analysis of a national health survey” con el objetivo de determinar la prevalencia de síntomas depresivos clínicamente relevantes y los factores asociados en la población peruana. Se trata de un estudio transversal analítico que utilizó datos secundarios de la ENDES-2018, con una muestra de 31996 participantes mayores de 18 años. En cuanto a las variables de estudio, se utilizó el cuestionario PHQ-9 para evaluar los síntomas depresivos y se recopilaron datos sociodemográficos. Los resultados revelaron una prevalencia de 6,4% de síntomas depresivos en la población. Además, se identificaron diversos factores asociados al aumento de probabilidades de presentar síntomas depresivos, como ser mujer, pertenecer a los grupos de edad de 45 a 64 años, residir en una región andina y tener alguna enfermedad crónica.

Asimismo, Baldeón (2019) realizó una investigación con el objetivo de determinar las variables sociodemográficas asociadas a la depresión en los adultos mayores peruanos a partir de la ENDES-2017. El estudio fue de tipo observacional, correlacional y de corte transversal, y contó con una muestra de 4917 adultos mayores. Se utilizó el cuestionario PHQ-9 como instrumento de medición de la depresión. Los resultados mostraron que la prevalencia de depresión en adultos mayores en el año 2017 fue del 14.2%. Además, se identificaron diversas variables sociodemográficas consideradas como factores de riesgo asociadas a la depresión, tales como ser mujer, carecer de educación formal, tener más de 75 años de edad, vivir en áreas rurales y contar con bajos recursos económicos.

Bautista (2019) desarrolló una investigación con el objetivo de determinar los factores sociodemográficos que contribuyen a la depresión en la población femenina de 15 a 49 años utilizando datos de la ENDES-2015. El estudio se diseñó como una investigación cuantitativa no experimental con un enfoque correlacional y se consideraron 13763 participantes. El instrumento utilizado fue el PHQ-9 incluido en la ENDES. Los resultados revelaron que el 33.2% de las mujeres sufrían de depresión, así como los factores sociodemográficos asociados con la depresión fueron: los niveles de riqueza pobre, tener dos o más parejas sexuales, diabetes o presión arterial alta, fumar y beber alcohol en los últimos 12 meses, sufrir violencia de pareja. Sin embargo, no se encontró asociación entre la depresión y características sociodemográficas como el lugar de residencia, el nivel de alfabetismo, el nivel de educación de la mujer o el estado de embarazo. Además, el grupo de 35 a 49 años no mostró asociación significativa con la presencia de depresión.

Por otro lado, Villarreal-Zegarra et al. (2019) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de analizar la invarianza de medida y la estructura del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) en la población peruana. Utilizaron datos secundarios de corte transversal del Cuestionario de Salud ENDES-2016 y se analizaron datos de 30 449 participantes. Las variables de interés fueron el PHQ-9 y las características demográficas como sexo, grupo de edad, nivel educativo, nivel socioeconómico, estado civil y zona de residencia. Los resultados indicaron que el modelo unidimensional fue válido y que las medidas obtenidas fueron invariantes, lo que permite realizar comparaciones confiables en distintos grupos demográficos en términos de sexo, grupo de edad, nivel educativo, nivel socioeconómico, estado civil y área de residencia. Además, los investigadores recomiendan utilizar el PHQ-9 en la comunidad peruana debido a su validez y confiabilidad en la evaluación de la salud mental.

1.3 HIPÓTESIS

1.3.1 Hipótesis general:

- Existe asociación entre las variables sociodemográficas y la depresión en mujeres de 19 a 49 años de zonas rurales y urbanas, según ENDES (2020).

1.3.2 Hipótesis específicas:

- Existe asociación entre el estado civil y la depresión en mujeres de 19 a 49 años de zonas rurales y urbanas a partir de la base de datos de la “Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) del año 2020”.

- Existe asociación entre el nivel educativo y la depresión en mujeres de 19 a 49 años de zonas rurales y urbanas a partir de la base de datos de la “Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) del año 2020”.
- Existe asociación entre la edad y la depresión en mujeres de 19 a 49 años de zonas rurales y urbanas a partir de la base de datos de la “Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) del año 2020”.
- Existe asociación entre el lugar de residencia y la depresión en mujeres de 19 a 49 años de zonas rurales y urbanas a partir de la base de datos de la “Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) del año 2020”.
- Existe asociación entre el nivel de riqueza y la depresión en mujeres de 19 a 49 años de zonas rurales y urbanas a partir de la base de datos de la “Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) del año 2020”.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

El nivel de la presente investigación es básico, debido a que se buscó comprender y ampliar el conocimiento que se tiene sobre las variables de estudio. También es no experimental, porque el objetivo fue encontrar asociación entre las variables y además estas no fueron manipuladas deliberadamente (Hernández et al., 2014), y transversal porque los datos fueron recolectados en un solo momento utilizando una muestra probabilística (Montero y León, 2007), recolectada de la “Encuesta Demográfica y de Salud Familiar”. Esta encuesta estuvo dirigida a mujeres de 12 a 49 años de edad y niñas/os menores de 5 años.

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es correlacional, porque se pretendió generar conocimiento sobre la posible asociación entre las variables de estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), para ello se compiló la base de datos secundaria de la “Encuesta Demográfica y de Salud Familiar” del periodo 2020.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

En la presente investigación, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES periodo 2020 logró recopilar información de 37 390 viviendas, siendo un total de 37 895 mujeres elegibles de 15 a 49 años de edad, de las cuales ENDES entrevistó a un total de 35 847 mujeres.

El INEI recalca que el análisis de información se dio en la población de mujeres de 15 a 49 años. La encuesta ENDES fue aplicada durante todo el año 2020, desde enero a diciembre, abarcando así el periodo de la pandemia de COVID-19,

que fue declarado como una emergencia sanitaria. Dadas las circunstancias, el INEI implementó diferentes metodologías para recopilar la información necesaria durante el periodo de aislamiento obligatorio (de marzo a junio). Durante ese tiempo, la encuesta telefónica resultó ser un método eficiente para obtener datos de los cuestionarios: Hogar, Individual de la Mujer y de Salud. Posterior a ello (julio a setiembre) se realizaron adecuaciones para continuar con la recopilación de información bajo aspectos de bioseguridad del personal de campo (INEI,2021).

3.3.2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA Y MÉTODO DE MUESTREO

El método de muestreo que utilizó el INEI (2021) en la “Encuesta Demográfica y de Salud Familiar” es probabilístico de tipo equilibrado, porque respeta el diseño de la muestra y su distribución. Esta muestra se realizó por conglomerados, lo que significa que se seleccionaron viviendas en diferentes áreas geográficas representativas de la población. Antes de la selección, se estratificó la población en grupos para mejorar su representatividad. En cuanto al proceso de muestreo, este se llevó a cabo en dos etapas (bietápica): en la primera etapa se utilizó una selección sistemática con probabilidad proporcional al tamaño de la vivienda, y en la segunda etapa se seleccionaron las viviendas de manera sistemática y aleatoria.

Esta muestra es representativa a nivel nacional para el año 2020. En el área urbana, la unidad de muestreo fue el conglomerado y la vivienda particular ocupada, mientras que en el área rural se utilizó el área de empadronamiento y la vivienda particular ocupada. Además, se consideraron como unidades de encuesta a los residentes habituales de cada hogar elegible que pernoctaron antes de la realización

de la encuesta (INEI, 2021). De igual forma, la encuesta incluyó tres cuestionarios diferentes para la recolección de información: hogar, individual y de salud.

En la presente investigación, se utilizó un método probabilístico para garantizar que cada individuo tuviera la misma probabilidad de ser seleccionado y así asegurar la representatividad de todos los grupos de interés. En cuanto al análisis, se enfocó en una muestra representativa de mujeres de 19 a 49 años de edad, tanto del área rural como urbana, en 24 departamentos de Perú. Se hace hincapié que se excluyeron los datos de aquellas participantes que no completaron todas las preguntas de las variables sociodemográficas que fueron incluidas en el Cuestionario Individual de Mujeres (INEI, 2021), así como aquellas que no respondieron los ítems del Cuestionario de Salud. Finalmente, la muestra representativa fue de 9054 mujeres de 19 a 49 años, pertenecientes a zonas urbanas y rurales del Perú y que además cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos para la investigación.

3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión.

Para determinar la muestra que se seleccionó de la base de datos de la “Encuesta Demográfica y de Salud Familiar” (2020) se tuvo en cuenta lo siguiente:

Según la ENDES (2020).

- Residentes comunes de viviendas particulares de zonas urbanas y rurales del país que pernoctaron antes de la encuesta en viviendas seleccionadas.
- Mujeres en edad fértil de 15 a 49 años.

Según la investigadora.

- Mujeres que hayan completado el Cuestionario de Salud.

- Mujeres de 19 a 49 años de edad.
- Mujeres que pertenezcan a zonas urbanas y rurales del Perú.
- Mujeres con nivel educativo completo primaria y/o secundaria y/o superior.

Criterios de exclusión.

Con respecto a los criterios de exclusión, estos fueron:

Según la investigadora.

- Mujeres de 19 a 49 años que solo cuenten con nivel educativo inicial.

3.5. DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE VARIABLES

3.5.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- **Definición conceptual:** son todas las características biológicas, socioculturales que ocurren en la población estudiada, teniendo en cuenta aquellas que pueden ser cuantificables (INEI, 2021).
 - Nivel educativo: nivel de estudios completado: inicial, primaria, secundaria y superior.
 - Edad: número de años comprendidos en el ciclo de vida de la encuestada al momento de ejecución de la encuesta.
 - Estado civil: situación de las personas en relación a si cuentan o no con una pareja.
 - Lugar de residencia: espacio actual en el que se encuentran habitando, ya sea rural o urbano.
 - Nivel de riqueza: medida de la situación económica personal según la propiedad de los bienes del hogar e ingresos económicos.

- **Definición operacional:** las variables fueron operacionalizadas de acuerdo a los reactivos de la “Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2020”.

Tabla 1*Matriz de operacionalización de las variables sociodemográficas*

Variable	Dimensiones	Ítems	Indicadores	Escala de medición	Tipo de variable	Valores
Estado civil	Situación sentimental actual.	1. ¿Cuál es tu estado civil o conyugal?	<i>Interacción que mantiene con otra persona</i>	Nominal	Cualitativa	0: Sin pareja (soltera y/o separada) 1: Con pareja (casada/o conviviente)
Nivel educativo	Grado de estudios concluidos.	1. ¿Cuál fue el nivel educativo más alto que aprobó?	<i>Asiste o asistió a una I.E.</i>	Nominal-Ordinal	Cualitativa	1: Primaria 2: Secundaria 3: Superior
Edad	Años cumplidos de acuerdo al ciclo de vida	¿Cuántos años cumplidos tiene?	<i>Registro ENDES: QS23 “años cumplidos”</i>	Nominal	Cualitativa	1: 19 a 29 años (Joven) 2: 30 a 49 años (Adulta)
Lugar de residencia	Espacio físico habitable	Identificación geográfica y muestral	<i>Registro ENDES: V025LR</i>	Nominal Dicotómica	Cualitativa	1: Urbano 2: Rural
Nivel de riqueza	Estado económico	¿Cuál es su nivel de riqueza alcanzado?	<i>Registro ENDES: V190</i>	Nominal-ordinal	Cualitativa	SI POBRE: a, b NO POBRE: c, d, e

Fuente: elaboración propia

3.5.2. DEPRESIÓN

- **Definición Conceptual:** La depresión es una enfermedad que afecta fundamentalmente el estado de ánimo. Aquellos que sufren de esta enfermedad pierden la necesidad del goce de actividades, pueden encontrarse en un estado de tristeza y negatividad frente al futuro, suelen estar sin ánimo y sin energía, pueden sentirse cansados después de un esfuerzo mínimo, el sueño se altera, disminuye el apetito, pierden la confianza y el valor en sí mismos. No tienen ganas de responder a su propio físico, lo que afecta a su recuperación (INEI, 2021).

- **Definición Operacional:** Se operacionalizó según los reactivos de la “Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)” 2020 realizada por el INEI en mujeres de 19 a 49 años.

Tabla 2*Matriz de operacionalización de la variable Depresión*

Variable	Dimensiones	Ítems	Indicadores	Escala de medición	Tipo de variable	Valores
Depresión	Psicológica	A. ¿Pocas ganas o interés de hacer las cosas?	<i>Estado de ánimo</i>	Nominal	Cualitativa	0: Para nada
		B. ¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?	<i>Cambios físicos</i>			1: Varios días (1 a 6 días)
		C. ¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?	<i>Cambios del concepto de sí mismo</i>			2: La mayoría de días (7 a 11)
	Física	D. ¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique?				3: Casi todos los días (12 a más días)
		E. ¿Poco apetito o comer en exceso?				SI: > mayor 10 puntos
		F. ¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace?				(DEPRESIÓN)
		G. ¿Moverse más lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más				NO: < menor de 9 puntos

inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?

(SIN
DEPRESIÓN)

H. ¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?

I. ¿Sentirse mal acerca de si misma(o) o sentirse que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia?

Fuente: elaboración propia

3.6. MÉTODOS E INSTRUMENTOS

Este estudio fue realizado mediante el uso de una fuente con data secundaria, información recopilada por el “Instituto Nacional de Estadística e Informática” (INEI) del Perú mediante la “Encuesta Demográfica y de Salud Familiar” (ENDES) 2020, cuyo objetivo se basa en recopilar información sobre la situación demográfica, la salud de las madres y los niños, así como identificar los factores relacionados con las enfermedades tanto transmisibles como no transmisibles.

Las variables sociodemográficas de interés seleccionadas para la presente investigación se obtuvieron de los datos recopilados en la ENDES-2020 por el INEI (2020), específicamente del Cuestionario del Hogar, Cuestionario Individual de Mujeres y Cuestionario de Salud. Estas variables, en investigaciones previas (Kenntemich et al., 2023; Jiménez-Molina, 2021; Torales, 2021), fueron abordadas y explicadas como factores de riesgo y determinantes socioeconómicos para la presencia de depresión en mujeres, incluyen la edad, el estado civil, el nivel educativo bajo, el lugar de residencia y el nivel de riqueza. Asimismo, la elección de estas variables se sustenta en los resultados encontrados por Villarreal-Zegarra et al. (2019), quienes evaluaron la invarianza de medición del PHQ-9 entre diferentes grupos en función a características demográficas, dando así lugar a una invarianza de medición consistentemente buena, lo cual permite realizar comparaciones confiables entre sexo, grupos de edad, nivel educativo, nivel socioeconómico, estado civil y área de residencia.

En cuanto a la variable sociodemográfica, Estado civil, se ha visto necesario dicotomizar de acuerdo al estatus de pareja (con pareja y sin pareja), teniendo en cuenta el estudio realizado por Islas et al. (2017) donde encontraron que, la

sintomatología depresiva está más presente en aquellas mujeres que se encuentran solteras o en quienes tienen relaciones inestables. Asimismo, Duarte et al. (2016) observaron que las mujeres adultas con estado civil “casada” están propensas al desarrollo de depresión. Por ello, se requiere hacer un contraste en la población femenina con esta interacción de pareja, es decir si el contar con pareja o sin pareja se está más propenso a presentar depresión.

En cuanto al Nivel educativo, según ENDES-2020, se ha considerado categorizar para la presente investigación en tres niveles: primaria, secundaria y superior, teniendo en cuenta que la misma ENDES realiza la pregunta “¿cuál es el nivel de estudios aprobado?” con el fin de ubicar las respuestas dentro de los niveles mencionados. Asimismo, dentro de los criterios de la investigación, se ha considerado las respuestas completas por parte de las mujeres de 19 a 49 años.

En cuanto a la variable Edad, para fines de la presente investigación, se ha optado por segmentar dicha variable en dos grupos demográficos. El primer grupo de mujeres jóvenes abarca desde los 19 a 29 años y el segundo grupo abarca a mujeres de 30 a 49 años. Esta elección se fundamenta en la teoría evolutiva del desarrollo humano de Erikson (1985, citado en Monreal-Gimeno, 2001), quien distingue tres etapas en la vida adulta: la joven (18 a 30 años), la intermedia (30 a 60 años) y la avanzada (60 años en adelante). Además, algunos expertos en desarrollo humano han planteado que, para la mayoría de los jóvenes, la fase que abarca de los 18 o 19 años hasta los 25 o 29 años se ha convertido en una etapa única de la vida, conocida como adultez emergente (Papalia et al., 2012). Considerando el propósito poblacional de la ENDES-2020, se ha optado por investigar a mujeres en el rango de 19 a 49 años. Este rango engloba desde la adultez

temprana (19 a 29 años) hasta la mediana edad (30 a 49 años), fases cruciales en las que las mujeres se enfrentan a desafíos significativos en términos de desarrollo personal, trayectoria profesional y dinámica familiar (Galsanjigmed y Sekiguchi, 2023). Este intervalo de edad también incluye decisiones relacionadas con la maternidad y experimentan fluctuaciones hormonales notables, como las del ciclo menstrual, el embarazo y la perimenopausia (Papalia et al., 2012). Por otro lado, durante la pandemia estas mujeres han asumido roles adicionales como madres y cuidadoras, roles asociados a la experimentación de sintomatología ansiosa y depresiva (ONU MUJERES, 2022; Saldívar-Garduño y Ramírez-Gómez, 2020).

Además, la importancia de investigar este grupo etario se fundamenta en estadísticas proporcionadas por el INEI (2020), donde indican que el 54,8% de las mujeres peruanas en edad fértil y en uniones de pareja han sufrido violencia por parte de su pareja en algún punto de sus vidas. Por lo tanto, investigar este grupo específico proporcionará una comprensión más profunda de los desafíos que enfrentan estas mujeres en particular.

En cuanto a la variable sociodemográfica Lugar de residencia, se ha considerado dicotomizar en zona rural y zona urbana de acuerdo a como fue clasificado por la ENDES 2020.

En cuanto al Nivel de riqueza, para fines de la investigación, esta variable se dicotomizó en “pobres” y “no pobres”, teniendo en cuenta que la ENDES 2020 realizó la distribución de los Hogares en cinco partes iguales y como unidad de ordenamiento utilizó el valor del Índice de Riqueza que cada hogar alcanzó, siendo los siguientes: nivel 1=el más pobre, 2=pobre, 3=medio, 4=rico y 5=más rico (INEI, 2020). De tal modo que el nivel de riqueza del hogar se atribuye por las

características de sus viviendas y la disponibilidad de bienes de consumo duraderos específicos (ENDES, 2020). Para la presente investigación, se ha considerado dicotomizar en dos grupos, para el grupo de “pobres” se agrupó la categoría 1 y 2 y para el grupo de “no pobres” se agrupó las categorías 3, 4 y 5.

En relación a la variable Depresión, se utilizó la sección de Salud Mental de la ENDES que contiene el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) en la sección 7 de la pregunta 700 (ítems A, B, C, D, E, F, G, H, I). Instrumento que consta de 9 ítems, válido para diagnosticar la depresión en el Perú (Calderón et al., 2012). Asimismo, para la presente investigación, el PHQ-9 evidencia adecuados niveles de fiabilidad de consistencia interna de acuerdo al coeficiente omega de McDonald ($\omega=.88$) y un coeficiente alfa de Cronbach que puede ser considerado excelente ($\alpha=.87$). En cuanto al procedimiento para puntuar las respuestas para cada subpregunta es de 0 a 3 puntos donde “nunca = 0, varios días = 1, la mayoría de los días = 2, casi todos los días = 3”, teniendo un puntaje total de 0 a 27 puntos. Posteriormente, para la interpretación de los resultados se dio en concordancia con estudios peruanos (Baldeón, 2019; Martina et al., 2017), donde el punto de corte adoptado fue a partir del puntaje total, teniendo en cuenta que si la puntuación va de 0 a 9 puntos indica que no hay depresión y de 10 a más sí hay presencia de depresión.

3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El procedimiento que se consideró en la presente investigación fue el siguiente:

- Se inició con la búsqueda de una data secundaria y se eligió la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES (2020), desde el Intranet del INEI.
- Se prosiguió a descargar y revisar cada módulo que conforma la ENDES, y se seleccionaron las variables de estudio de acuerdo a las preguntas de la encuesta.
- Para evaluar la variable, depresión, se consideró el módulo “Encuesta de salud”, pregunta 700 con sus respectivos ítems.
- Para evaluar las variables sociodemográficas: estado civil, nivel educativo, edad, lugar de residencia y nivel de riqueza; se consideró los sujetos del Cuestionario de Salud con su respectivo código y se analizó sus respuestas en el Cuestionario Individual y del Hogar.
- Se presentó el proyecto de investigación al área de Investigación de la Facultad de Psicología, para su revisión y pronta aprobación.
- Después de la aprobación del proyecto de investigación por la Facultad de Psicología, se solicitó la aprobación metodológica al Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (DUICT).
- Posteriormente, se inició con el proceso de análisis de confiabilidad, análisis estadístico descriptivo e inferencial de datos de la ENDES (2020).
- Finalmente, se establecieron los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones.

3.8. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

En primera instancia se inició con el análisis descriptivo de la muestra, para ello se utilizaron tablas de frecuencia y porcentajes para todas las variables de interés, puesto que, se tienen variables categorizadas. Posteriormente, a través del software estadístico STATA se realizó el análisis de la data secundaria utilizando el módulo de muestras complejas del programa de acuerdo con los estratos, conglomerados y factores de ponderación de la ENDES-2020. En esta etapa de análisis, las variables con más de dos niveles se dicotomizaron para un mejor control mediante la prueba de Chi cuadrado, útil para establecer si existe asociación entre las variables categóricas (nominales y ordinales); la variable Nivel Educativo no fue dicotomizada con el fin de no perder valores. Asimismo, una vez que previamente se ha determinado si existe asociación entre las variables mediante el uso del P-valor ($p\text{-valor} \leq 0.05$), se usó el coeficiente Phi para variables dicotómicas y V de Cramer para determinar la fuerza o intensidad de la relación (no dependencia), considerando a la depresión como variable respuesta con las variables sociodemográficas: estado civil, nivel educativo, edad, lugar de residencia y nivel de riqueza. Asimismo, se consideró un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia menor a 0.05%

3.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación se basó en los datos de la ENDES-2020 realizado por el INEI (2020), por lo tanto, no se tuvo contacto directo con personas. Sin embargo, es importante señalar que la ENDES tuvo su propio procedimiento de cuidados éticos con las personas, haciendo uso de un consentimiento informado verbal, indicando respecto a la autonomía, tomando en cuenta que las entrevistadas

expresaron su voluntad de participar en la encuesta voluntariamente después de comprender el propósito del estudio. En cuanto al uso de la encuesta, quienes cumplieron con los criterios de selección no tuvieron discriminación y tuvieron igualdad de oportunidades para ser incluidos en el estudio respetando el principio de justicia. De manera similar, se mantuvo el Principio de no maleficencia, ya que los entrevistadores tuvieron cuidado de no eliminar ninguna emoción o trauma de la vida de los participantes, consideración por parte de los investigadores de la ENDES. Teniendo en cuenta que la información fue recopilada en un contexto de pandemia por la COVID-19, la ENDES realizó adecuaciones para cumplir con la muestra generada. Por último, la base de datos, los glosarios de términos y los materiales usados son de dominio público de acuerdo al INEI.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

La presente investigación tuvo como objetivo general determinar la asociación entre las variables sociodemográficas y la depresión en mujeres de 19 a 49 años de zonas rurales y urbanas a partir de la base de datos de la “Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES)” del año 2020. En este sentido, se inicia presentando los resultados descriptivos de las variables sociodemográficas: estado civil, nivel educativo, edad, lugar de residencia, nivel de riqueza y la prevalencia de la variable depresión en la población objetivo. Posteriormente, se realiza el análisis inferencial de las variables sociodemográficas con la depresión para determinar la asociación entre ellas.

Tabla 3

Asociación entre las variables sociodemográficas y la depresión en mujeres de 19 a 49 años

Variables sociodemográficas		Depresión				χ^2	P	Phi
		Sin depresión		Con depresión				
		N	%	N	%			
Estado civil	Con pareja	2509	27,7%	44	2,7%	$\chi^2=57,08$	p=0,00	Phi= -,079 p=,000
	Sin pareja	6001	66,3%	300	3,3%			
Nivel educativo	Primaria	1913	21,1%	114	1,3%	$\chi^2=2,487$	p=0,288	
	Secundaria	3959	43,7%	272	3,0%			
	Superior	2638	29,2%	158	1,7%			
Edad	Joven	3321	36,7%	189	2,1%	$\chi^2=3,95$	p=0,047	Phi=,021 P=,047
	Adulto	5189	57,3%	355	3,9%			
Lugar de residencia	Urbana	5730	63,3%	396	4,4%	$\chi^2=6,97$	p=0,008	Phi= -,028 P=,008
	Rural	2780	30,7%	148	1,6%			

Nivel de riqueza	Pobre	5021	55,5%	313	3,5%	$\chi^2=,453$	p=0,501
	No pobre	3489	38,5%	231	2,5%		

Nota. Elaboración propia

De acuerdo a la tabla 3, como objetivo general se buscó determinar las variables sociodemográficas asociadas a la depresión en mujeres de 19 a 49 años, donde 3 de 5 variables investigadas demostraron estar asociadas para presentar depresión en mujeres en el 2020. Entre las variables sociodemográficas: estado civil, edad y lugar de residencia, siendo variables estadísticamente significativas asociadas a la depresión, dando un p valor < 0.05. Por lo contrario, las otras variables sociodemográficas: nivel educativo y nivel de riqueza, resultaron no ser estadísticamente significativas, debido a que el coeficiente obtenido supera al valor de p: 0.05; para la variable nivel educativo se obtuvo un p=0.288 y para el nivel de riqueza se obtuvo un p=0.501. De modo que, el nivel educativo y el nivel de riqueza de las mujeres no son variables que se asocien con la presencia de depresión.

Como primer objetivo específico se planteó describir las variables sociodemográficas en mujeres de 19 a 49 años de zonas rurales y urbanas a partir de la base de datos de la “Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES)” del año 2020.

Tabla 4

Prevalencia de depresión en la población estudiada

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Sí	544	6%
No	8510	94%

Total	9054	100%
--------------	-------------	-------------

En la tabla 4, se evidencia que la prevalencia de depresión en mujeres de 19 a 49 años según ENDES en el año 2020 es del 6% y se tiene que un 94% de las mujeres de 19 a 49 años no presenta depresión. Esto indica que una proporción de mujeres en este rango de edad experimenta síntomas depresivos relevantes.

Tabla 5

Distribución de la población estudiada según el estado civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Sin pareja	2753	30,4
Con pareja	6301	69,6
Total	9054	100.0%

Nota. La población de estudio fue distribuida de acuerdo a interacción de pareja, es decir mujeres sin pareja incluye a solteras y/o separadas y mujeres con pareja incluye a casadas y/o convivientes.

En la tabla 5, se observa que, en el año 2020 en el grupo de mujeres de 19 a 49 años, el 30,4% no tenía pareja, mientras que el 69,6% si tenía una relación de pareja. Por tanto, se puede deducir que aproximadamente 7 de cada 10 mujeres estaban casadas o convivían con alguien, lo cual resalta la prevalencia de mujeres que tienen una relación de pareja. Este hallazgo sugiere que el estado civil puede tener implicaciones significativas en varios aspectos de la vida de estas mujeres, como familiar, social y psicológica.

Tabla 6*Distribución de la población estudiada según el nivel educativo*

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	2027	22,4%
Secundaria	4231	46,7%
Superior	2796	30,9%
Total	9054	100.0%

Nota. Se consideró abarcar los 3 niveles de estudio por separado para no perder datos

De acuerdo a la tabla 6, se puede visualizar que el 22.4% de las mujeres tienen educación primaria, el 46,7% han completado la educación secundaria, lo cual representa la mayor parte de la población femenina, y el 30,9% cuentan con educación superior. Estos datos muestran que aproximadamente la mitad de las mujeres cuentan con educación secundaria, lo que resalta la importancia de este nivel educativo en la población estudiada.

Tabla 7*Distribución de la población estudiada según Edad*

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Joven	3510	38,8%
Adulta	5544	61,2%
Total	9054	100.0%

Nota. La distribución de la edad se dividió en dos etapas evolutivas del ser humano. El grupo de mujeres jóvenes comprende edades entre 19 y 29 años, mientras que el grupo de mujeres adultas abarca entre 30 y 49 años.

En la tabla 7, se presenta la distribución de la población estudiada según la edad de las mujeres de 19 a 49 años de acuerdo a la ENDES 2020. Se observa que el 38,8% de la población se encuentra en el grupo joven, con edad entre 19 y 29 años, mientras que el 61,2% corresponde al grupo de mujeres adultas, con edades entre 30 y 49 años. Estos datos indican que aproximadamente 6 de cada 10 mujeres se encuentran en el rango de edad de 30 a 49 años.

Tabla 8

Distribución de la población estudiada según el lugar de residencia

Lugar de residencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	6126	67,7%
Rural	2928	32,3%
Total	9054	100.0%

Nota. Para distribuir la población se consideró a todas las mujeres del país que participaron

En la tabla 8, se visualiza que en la población de mujeres de 19 a 49 años de la ENDES 2020, el 67,7% reside en zonas urbanas y el 32,3% reside en zonas rurales. Esto significa que aproximadamente 7 de cada 10 mujeres viven en zonas urbanas, mientras que 3 de cada 10 mujeres vive en áreas rurales.

Tabla 9

Distribución de la población estudiada según el nivel de riqueza

Nivel de riqueza	Frecuencia	Porcentaje
Pobre	5334	58,9%

No pobre	3720	41,1%
Total	9054	100.0%

Nota. Se tomó en cuenta el quintil de índice de riqueza de cada participante, grupo pobre (primer y segundo quintil) y grupo no pobre (tercer, cuarto y quinto quintil).

De acuerdo a la tabla 9, se observa que el 58,9% de las mujeres de 19 a 49 años se encuentra en el primer y segundo quintil, lo cual indica que pertenecen a la población considerada como pobre en términos económicos. Por otro lado, el 41,1% de las mujeres se ubica en el tercer, cuarto y quinto quintil, lo cual representa a la población no pobre. Estos datos muestran que la mayoría de las mujeres en el año 2020 pertenecen al grupo que cuenta con bajos ingresos económicos, siendo 6 de cada 10 mujeres.

Como segundo objetivo específico, se propuso identificar la asociación entre el estado civil y la depresión en mujeres de 19 a 49 años de zonas rurales y urbanas a partir de la base de datos de la “Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES)” del año 2020.

Tabla 10

Asociación entre estado civil y depresión en mujeres de 19 a 49 años

Estado civil	Depresión				Total		Prueba
	Sin depresión		Con depresión				
	N	%	N	%	N	%	
Sin pareja	2509	27,7%	244	2,7%	2753	30,4	$\chi^2=57,08$ p=,00

Con pareja	6001	66,3%	300	3,3%	6301	69,6	Phi= -,079 p=,000
Total	8510	94,0	544	6,0	9054	100	

Nota. Elaboración propia

En la tabla 10, se visualiza que el grupo de mujeres con pareja registra mayor proporción de depresión (3,3%) en comparación con el grupo de mujeres sin pareja (2,7%). Además, en la misma tabla se evidencia que, según el análisis de Chi-cuadrado (χ^2) se encontró evidencia de asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre el estado civil y depresión en mujeres de 19 a 49 años, siendo la fuerza de asociación débil e inversa Phi (-0,079).

A partir de la asociación encontrada entre el estado civil y la depresión, estos hallazgos podrían indicar que la relación entre ambas variables puede tener implicaciones en el bienestar psicológico y emocional de las personas en diferentes estados civiles, siendo las mujeres con pareja las que pueden estar más expuestas a esta condición.

Como tercer objetivo específico se propuso identificar la asociación entre el nivel educativo y la depresión en mujeres de 19 a 49 años de zonas rurales y urbanas a partir de la base de datos de la “Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES)” del año 2020.

Tabla 11

Asociación entre el nivel educativo y la depresión en mujeres de 19 a 49 años

Nivel educativo	Depresión		Total	Prueba
	Sin depresión	Con depresión		

	N	%	N	%	N	%	$\chi^2=2,487$
Primaria	1913	21,1%	114	1,3%	2027	22,4	p=,288
Secundaria	3959	43,7%	272	3,0%	4231	46,7	
Superior	2638	29,2%	158	1,7%	2796	30,9	
Total	8510	94,0	544	6,0	9054	100	

En la tabla 11, se observa que el grupo que presenta mayor proporción de depresión es el de mujeres con nivel de estudios hasta secundaria, con un porcentaje del 3.0%. Además, en la misma tabla se evidencia que, según el análisis de Chi-cuadrado (χ^2), no se observa una asociación significativa ($p>0.05$) entre el nivel educativo y la presencia de depresión en mujeres de 19 a 49 años.

Esto sugiere que, durante el contexto de la pandemia, la presencia de depresión no mostró relación directa con el nivel educativo.

Como cuarto objetivo específico, se identificó la asociación entre la edad y la depresión en mujeres de 19 a 49 años de zonas rurales y urbanas a partir de la base de datos de la “Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES)” del año 2020.

Tabla 12

Asociación entre la edad y la depresión en mujeres de 19 a 49 años

Edad	Depresión						Prueba
	Sin depresión		Con depresión		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Joven	3321	36,7%	189	2,1%	3510	38,8	$\chi^2=3,95$ p=0,047 Phi=,021
Adulta	5189	57,3%	355	3,9%	5544	61,2	P=,047

Total	8510	94,0	544	6,0	9054	100
-------	------	------	-----	-----	------	-----

En la tabla 12, se observa que el grupo que registra mayor proporción de depresión es el grupo de mujeres adultas, con un porcentaje del 3,9%. Además, en la misma tabla se puede observar que, de acuerdo con el análisis de Chi-cuadrado (χ^2), existe una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) en mujeres de 19 a 49 años. Asimismo, la intensidad de asociación entre ambas variables, si bien existe, de acuerdo al coeficiente Phi (0,21) indica que la relación es relativamente débil.

Al analizar los grupos de edad en relación a la depresión, se observa que el grupo de mujeres adultas (30 a 49 años) presenta una mayor frecuencia de depresión, estos hallazgos podrían estar relacionados al incremento de responsabilidades y desafíos que enfrentan las mujeres con el aumento de edad.

Como quinto objetivo específico se propuso identificar la asociación entre el lugar de residencia y la depresión en mujeres de 19 a 49 años de zonas rurales y urbanas a partir de la base de datos de la “Encuesta Demográfica y de Salud Familiar” (ENDES) del año 2020.

Tabla 13

Asociación entre el lugar de residencia y la depresión en mujeres de 19 a 49 años

Lugar de residencia	Depresión						Prueba $\chi^2=6,97$ $p=,008$
	Sin depresión		Con depresión		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Urbano	5730	63,3%	396	4,4%	6126	67,7%	

Rural	2780	30,7%	148	1,6%	2928	32,3	
Total	8510	94,0	544	6,0	9054	100	Phi= -,028 P=,008

En la tabla 13, se visualiza que el grupo de mujeres pertenecientes a zonas urbanas presenta mayor proporción de depresión (4,4%) en comparación con el grupo de mujeres pertenecientes a zonas rurales (1,6%). Además, en la misma tabla, se evidencia una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre el lugar de residencia y la depresión en mujeres de 19 a 49 años, según el análisis de la prueba Chi-cuadrado (χ^2). En relación a la intensidad de la asociación entre ambas variables, si bien existe, el coeficiente Phi (-,028) indica que la relación es inversa entre las dos variables.

Estos hallazgos sugieren que el lugar de residencia está relacionado con la prevalencia de depresión en mujeres durante el año 2020. En específico, las mujeres al vivir en zonas urbanas durante el contexto de pandemia se enfrentaron a mayores factores de riesgo o desencadenantes que podrían haber contribuido a la aparición de la depresión. Sin embargo, es importante tener en cuenta que estos resultados no establecen una relación causal y que otros factores también pueden influir en la presencia de la depresión en esta población.

Como último objetivo específico se propuso identificar la asociación entre el nivel de riqueza y la depresión en mujeres de 19 a 49 años de zonas rurales y urbanas a partir de la base de datos de la “Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES)” del año 2020.

Tabla 14*Asociación entre nivel de riqueza y la depresión en mujeres de 19 a 49 años*

Nivel de riqueza	Depresión				Total		Prueba
	Sin depresión		Con depresión		N	%	
	N	%	N	%			
Pobre	5021	55,5%	313	3,5%	5334	58,9	$\chi^2=,453$ p=,501
No pobre	3489	38,5%	231	2,5%	3720	41,1	
Total	8510	94,0	544	6,0	9054	100	

En la tabla 14, se encontró que, el grupo que presenta mayor proporción de depresión es el de mujeres con un nivel de riqueza pobre, con un porcentaje del 3,5%. Además, en la misma tabla se evidencia que, según el análisis de Chi-cuadrado (χ^2), no se observa una asociación significativa ($p>0.05$) entre el nivel de riqueza y la presencia de depresión en mujeres de 19 a 49 años.

Esto sugiere que, durante el contexto de la pandemia, la presencia de depresión no mostró relación directa con el nivel de riqueza.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

El objetivo general de la presente investigación fue determinar la asociación entre variables sociodemográficas y la depresión en mujeres de 19 a 49 años de zonas rurales y urbanas, según ENDES-2020. Para ello, se inició mostrando los resultados del análisis descriptivo y seguidamente los resultados del análisis inferencial para responder al objetivo general.

A partir de los datos procesados de la “Encuesta Demográfica y de Salud Familiar”, se encontró que la prevalencia de depresión en mujeres de 19 a 49 años es del 6% durante el periodo 2020, cifra que supera la prevalencia mundial durante los últimos años (5%), por lo que esta condición representa un problema de salud pública.

En relación a la parte descriptiva de las variables sociodemográficas, se encontró que el 69,6% de las mujeres tienen pareja, lo que indica que la mayoría de las participantes están en una relación de pareja o conviven con alguien. Además, el 46,7% completó la educación secundaria, lo que indica que alrededor de la mitad de las participantes tienen un nivel educativo básico.

Por otro lado, una mayoría significativa de mujeres se encuentra en el rango de edad de 30 a 49 años, representando el 61,2% de la población estudiada. Esto sugiere que esta etapa de la vida es muy relevante en el contexto de la investigación y puede tener implicaciones específicas en la salud y el bienestar de estas mujeres. Además, el 67,7% habitan en zonas urbanas, lo que indica que la mayoría de las participantes viven en entornos urbanos en lugar de zonas rurales. Esta diferencia en la distribución geográfica puede tener implicaciones en términos de acceso a

recursos, servicios de salud y otras variables que podrían influir en la salud mental y el bienestar de estas mujeres.

Respecto al nivel de riqueza, se encontró que más del 50% de mujeres jóvenes y adultas se encuentran viviendo en condiciones de pobreza. Estos hallazgos son consistentes con los datos reportados por el INEI (2021), donde se menciona que factores como el bajo nivel educativo del jefe de hogar y la falta de acceso a servicios básicos de vivienda contribuyen al aumento de la pobreza.

Además, es importante señalar que los datos recopilados por la ENDES-2020 fueron obtenidos durante el periodo de paralización y reactivación de la mayoría de las actividades económicas debido a la emergencia nacional y al aislamiento social que exigió la presencia del COVID-19 en el país. Esto condujo a un aumento de los índices de pobreza en el país. Además, Salas et al. (2023) mencionan que en el Perú se observó una mayor prevalencia de salud autopercebida deficiente, especialmente entre las mujeres que realizaban la mayor parte de las responsabilidades domésticas en el hogar.

En cuanto al análisis inferencial, la variable estado civil evidencia una asociación estadísticamente significativa y la presencia de depresión en mujeres. Esta correlación entre ambas variables puede estar influenciada por diversos factores psicológicos, emocionales y sociales relacionados con la situación de pareja o el estado civil de una mujer. En línea con lo mencionado, se observa que el grupo de mujeres que están en una relación de pareja presenta un porcentaje más elevado de depresión en comparación con las mujeres sin pareja, lo cual podría encontrar respaldo en investigaciones previas como la de Duarte et al. (2016), donde se argumenta que el estado civil de mujeres casadas y/o convivientes es un factor

asociado al desarrollo de la depresión. En contraste, los hallazgos de Valencia et al. (2022) e Islas et al. (2017) indican que quienes se encuentran en unión, ya sea por matrimonio o convivencia, tienen menor prevalencia de presentar síntomas depresivos que las personas separadas, solteras o sin pareja.

Es necesario resaltar la importancia de no solo considerar el estado civil, sino también contemplar la situación de convivencia, es decir, el tipo de relación en el que se encuentran la mayoría de mujeres. Resulta relevante mencionar que en este estudio el 69,6% de las mujeres se encuentran en una relación de pareja. Asimismo, el hecho de identificar un grupo con una proporción considerable de depresión en el contexto de la pandemia puede relacionarse con los datos presentados por el INEI (2021), donde el 54,8% de las mujeres de 15 a 49 años fueron víctimas de violencia familiar por parte de sus parejas. Notablemente, aquellas mujeres que cuentan con pareja indican haber experimentado violencia por parte de sus parejas. En este sentido, es importante considerar el análisis de Bautista (2019), quien argumenta que la experiencia de violencia en una relación de pareja está vinculada a la manifestación de síntomas depresivos, demostrando que esta violencia ejerce influencia sobre la salud mental de las mujeres. Estos hallazgos destacan la relevancia de considerar el estado civil como un factor importante a estudiar durante situaciones de emergencia sanitaria, así como para comprender esta asociación se deben evaluar factores adicionales, como el tipo de relación, la satisfacción personal, las experiencias de vida en pareja y las implicancias de esta asociación.

En relación al nivel educativo, no se identificó una asociación significativa entre la variable en mención y la presencia de depresión en la muestra estudiada.

Esta falta de asociación podría implicar que otros factores o variables ejerzan un impacto más significativo en la presencia de depresión en mujeres que el nivel educativo. Además, la relación entre el nivel educativo y la depresión puede variar según el contexto cultural y social.

Es importante considerar que la recopilación de datos tuvo lugar durante un contexto de pandemia, durante el cual la población en general se enfrentó a diversas situaciones estresantes y desafiantes, como el desempleo, crisis económica y la pérdida de seres queridos. Es relevante mencionar que la falta de asociación encontrada entre estas variables está en consonancia con lo reportado por Bautista (2019), quien indica que el nivel de educación completado por una mujer no guarda relación directa con la presencia de depresión, sino que tener una pareja con educación secundaria se asocia más a la presencia de depresión. Por otro lado, investigaciones como la de Jiménez-Molina et al. (2021), Antiporta et al. (2021) y Kenntenich et al. (2023), señalan que las mujeres con educación básica presentan tres veces más sintomatología depresiva que aquellas que cuentan con estudios superiores. En este contexto, se vincula al presente estudio, donde la mitad de las mujeres de la población de estudio completaron sus estudios básicos, y solo tres de cada diez lograron terminar estudios superiores, siendo el grupo de mujeres con secundaria completa el que reporta mayor proporción de depresión. Esto sugiere que la probabilidad de presentar depresión es el doble para aquellas mujeres que cuentan con educación básica en comparación con aquellas con educación superior.

Adicionalmente, concentrándose solo en el porcentaje de mujeres con estudios secundarios que presentaron depresión, esto podría ser relevante considerando que en el Perú predomina el trabajo informal realizado por mujeres

con bajos estudios (Salas et al., 2023), debido a que, durante la pandemia, aquellas mujeres se vieron más afectadas por la suspensión de actividades y podrían haber experimentado mayores dificultades, lo cual podría estar relacionado con los resultados encontrados. Estos resultados resaltan la importancia de considerar el contexto socioeconómico y las desigualdades educativas al analizar la relación entre el nivel educativo y la salud mental en mujeres, así como la presencia de depresión abarca la complejidad de factores relevantes.

En cuanto a la asociación significativa encontrada entre la edad (19 a 49 años) y la presencia de depresión, puede ser explicada a través de una serie de factores interrelacionados como las condiciones socioeconómicas, desafíos personales, presiones sociales y familiares que influyen en la salud mental de las mujeres en estas diferentes etapas de la vida. Es importante considerar que el rango de edad de 19 a 49 años abarca desde la juventud hasta la mediana edad, durante este periodo, las mujeres se enfrentan a decisiones significativas como la maternidad y la vida profesional y/o laboral, así como, durante el contexto pandemia se vieron expuestas a situaciones económicas desafiantes como el desempleo o la reducción de ingresos, lo que a su vez estos factores pueden exacerbar el estrés y la ansiedad, aumentando así el riesgo de presentar depresión. Además, el rol social y familiar que las mujeres desempeñan en esta etapa de la vida, como madres, hijas, hermanas y cuidadores, puede influir en su bienestar emocional.

Adicionalmente, se observó que el grupo etario de mujeres adultas alcanzó un mayor porcentaje de depresión, lo cual es consistente con lo reportado por Jiménez-Molina et al. (2021) y Hernández-Vásquez et al. (2020), quienes

mencionan que la prevalencia de sintomatología depresiva tiende a aumentar con la edad, y las mujeres son más propensas a experimentar sintomatología depresiva en cada grupo etario; ya que a medida que se envejece, las responsabilidades y los desafíos también aumentan. Por otro lado, se han encontrado investigaciones que sugieren una relación entre la edad más joven (menos de 35 años) y la presencia de síntomas depresivos durante el contexto de la pandemia de COVID-19 (Antiporta et al., 2021; Kenntenich et al., 2023; Ajdukovic et al., 2021; Trujillo-Hernández et al., 2021). Sin embargo, otros estudios como el de Torales et al. (2021), no encontraron asociación alguna entre la edad y el tener un episodio depresivo.

En cuanto a una posible explicación del por qué el grupo de mujeres adultas presentan una mayor incidencia de depresión en este estudio, se puede considerar al contexto de la pandemia de COVID-19, considerando que, América Latina fue una de las zonas con mayor impacto por la pandemia y, en respuesta a la necesidad de reducir la propagación del virus, los gobiernos implementaron medidas estrictas de prevención de contagios. Además, se mencionaba que el riesgo de contraer el virus aumentaba con la edad, especialmente a partir de los 40 años (OPS, 2022). Esta situación adversa generó incertidumbre y miedo en la población, lo que podría haber contribuido al aumento de los síntomas depresivos en mujeres adultas.

Respecto al lugar de residencia, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre esta variable y la presencia de depresión en la muestra estudiada, específicamente se observó que el grupo de mujeres que viven en zonas urbanas presentó un mayor porcentaje de depresión. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado por investigadores como Lecic-Tosevski (2019) y Gruebner et al. (2017), quienes mencionan que la urbanización podría estar relacionada con la presencia de

problemas de salud mental, como la depresión y los trastornos relacionados al estrés, particularmente en grupos vulnerables, como aquellos con problemas de salud mental, mujeres y niños en situación de vulnerabilidad.

Además, algunos investigadores mencionan que la pobreza en las zonas de residencia puede contribuir a una deficiencia en la salud mental. En este sentido, tras haber recopilado la muestra durante un periodo de aislamiento social y distanciamiento social obligatorio, la población que vive en zonas urbanas experimentó mayores desafíos adicionales, especialmente en países en desarrollo, como lo es en Perú, enfrentando problemas urgentes como el sobrecargo en el sistema de salud, la pérdida de empleos, la ausencia de disponibilidad de servicios básicos (agua y saneamiento), además del distanciamiento social y la restricción en el acceso a actividades recreativas en espacios públicos.

En contraste, el estilo de vida en zonas rurales pudo mantener algunos factores protectores durante la pandemia. Los residentes pudieron mantener sus vínculos, realizar actividades al aire libre y llevar a cabo sus rutinas con relativa normalidad, a excepción de aquellas que implicaban aglomeraciones. Esto pudo influir en una menor incidencia de depresión en comparación con las zonas urbanas.

En suma, los resultados indican que existe una asociación significativa entre el lugar de residencia y la depresión, siendo las mujeres que viven en zonas urbanas las que presentan una mayor proporción de depresión en comparación con aquellas que viven en zonas rurales. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar el contexto urbano y rural en la salud mental de las mujeres, así como los factores específicos de cada comunidad que pueden influir en el riesgo de presentar depresión.

Por último, la falta de asociación entre el nivel de riqueza y la depresión en mujeres de 19 a 49 años durante el contexto de la pandemia puede ser explicada a raíz del impacto generado a todas las clases sociales, generando preocupaciones y desafíos similares en términos de salud, seguridad y estabilidad económica. Las dificultades económicas y el estrés financiero derivados de la pérdida de empleo, la disminución de ingresos o la inseguridad laboral han impactado a amplias franjas de la sociedad, independientemente de su nivel socioeconómico. Esto significa que mujeres de diferentes estratos económicos han enfrentado similares situaciones de incertidumbre y tensión, lo que podría diluir las diferencias en términos de presencia de depresión entre distintos niveles socioeconómicos.

Adicionalmente, la falta de asociación encontrada entre ambas variables difiere de otros estudios previos (Bautista, 2019; Baldeón, 2019; Kenntenich et al., 2023), quienes argumentan que los niveles de pobreza se encuentran asociado a la presencia de depresión, destacando la influencia de los recursos económicos y la accesibilidad a servicios básicos en la salud mental.

Por otro lado, se destaca que el grupo de mujeres con bajos recursos económicos mostró un mayor porcentaje de depresión, se considera que, a menudo, las personas con baja accesibilidad y recursos económicos a los servicios básicos tienen menos redes de apoyo y protección frente a situaciones adversas en su vida diaria, incluyendo emergencias sanitarias. A pesar de la existencia de programas de asistencia económica enfocados en la población en condiciones de pobreza, estas iniciativas podrían no ser suficientes para abordar de manera integral las necesidades en salud mental. Estos resultados resaltan la importancia de atender las

desigualdades socioeconómicas y garantizar el acceso equitativo a servicios de salud mental y a redes de apoyo para mejorar su bienestar psicológico.

CONCLUSIONES

- Se determina que las variables sociodemográficas estado civil, edad y lugar de residencia se encuentran asociadas a la depresión en mujeres de 19 a 49 años.
- Se establece que el estado civil se encuentra asociado a la depresión en mujeres en el año 2020. Este hallazgo sugiere que el estado civil puede tener implicaciones significativas en varios aspectos de la vida de aquellas mujeres, como familiar, laboral, social y psicológica.
- Se establece que el nivel educativo no se encuentra asociado en la presencia de depresión en mujeres durante el año 2020, lo que indica que el contar con educación básica como educación superior no están relacionados en el presentar depresión, en específico en la población femenina.
- Se establece que la edad está asociada con la presencia de depresión en mujeres de 19 a 49 años en el año 2020, siendo las mujeres adultas las que presentan una mayor prevalencia de depresión. Estos hallazgos sugieren que a medida que enfrentan diversos desafíos en la vida, se incrementa el riesgo de desarrollar depresión.
- Se establece que el lugar de residencia está asociado con la presencia de depresión en mujeres durante el año 2020, siendo las zonas urbanas las que presentaron una mayor proporción de casos (4,4%). Este hallazgo sugiere que las mujeres que vivieron en áreas urbanas enfrentaron desafíos adicionales durante este periodo, como restricciones en las actividades recreativas, una mayor carga de responsabilidades domésticas y laborales. Estas circunstancias pueden haber contribuido en la presencia de depresión.

- Se establece que no existe una asociación entre el nivel de riqueza y la depresión en mujeres durante el año 2020. No obstante, es importante destacar que un porcentaje significativo de mujeres (58,9%) cuentan con bajos recursos económicos, y de este grupo el 3,5% presenta depresión. Estos hallazgos sugieren que, en el contexto de una emergencia sanitaria, es necesario implementar políticas específicas que permitan organizar acciones que protejan la salud mental de mujeres que se encuentran en situación de vulnerabilidad económica.
- La prevalencia de depresión en mujeres de 19 a 49 años durante el año 2020 fue del 6%. Este hallazgo sugiere que debido a la carga desproporcionada de trabajo doméstico y de cuidados, a nivel global, la pandemia ha tenido un mayor impacto en la salud mental de la población femenina.

RECOMENDACIONES

Recomendaciones para el INEI:

- Diseñar un instrumento psicométrico que considere la diversidad multicultural y población invisibilizada para evaluar la depresión, tomando en cuenta la población de zona rural.
- Realizar estudios relacionados a qué otras variables, a parte de las ya estudiadas, podrían estar asociadas al desarrollo de depresión en mujeres, debido a que no se encontraron investigaciones realizadas en la población femenina y que utilicen la variable “zona urbanas y rurales”.
- Considerar muestras homogéneas tanto para la población rural como urbana, debido a que, los estudios realizados para la presente investigación fueron mujeres, sin embargo, se podría considerar a la población masculina dentro de los objetivos de la encuesta ENDES.

Recomendaciones para el MINSA:

- Seguir desarrollando la creación de “Centros de Salud Mental Comunitarios” en regiones y provincias del Perú, con el fin de brindar una buena cobertura en salud mental y llegar a toda la población, tanto costa, sierra y selva.
- Desde un enfoque preventivo, plantear un protocolo de atención e intervención a las poblaciones vulnerables y familias de personas con problemas de salud mental.
- Diseñar y analizar políticas existentes en cada programa que se brinda en el área de salud mental del país.

Para la comunidad científica en salud mental:

- Promover programas de prevención e intervención que incluya herramientas para mejorar la capacidad de respuesta y resolución de problemas frente a necesidades, y reforzar las redes de apoyo.
- Estimular la participación comunitaria en diferentes eventos de salud mental para la mejora de sus habilidades socioemocionales.
- Analizar y proponer un marco conceptual que pueda ser utilizado como base para la formulación de políticas públicas dirigidas al sector salud y a programas sociales, así como generar oportunidades mediante la difusión de empleos con el fin de generar oportunidades para el desarrollo de la autonomía.
- Promover la difusión de información sobre salud mental a través de los diferentes medios de comunicación, y contemplar la creación de un canal específico para abordar esta temática, con el objetivo de alcanzar a todas las regiones del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajduković, D., Rezo Bagarić, I., Bakić, H., Stevanović, A., Frančičković, T., & Ajduković, M. (2021). Mental health status and risk factors during Covid-19 pandemic in the Croatia's adult population. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 1984050. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1984050>
- Antiporta, D. A., Cutipé, Y. L., Mendoza, M., Celentano, D. D., Stuart, E. A., & Bruni, A. (2021). Depressive symptoms among Peruvian adult residents amidst a National Lockdown during the COVID-19 pandemic. *BMC psychiatry*, 21(1), 111. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03107-3>
- Barraca, J. y Pérez, M. (2015). *Activación Conductual para el tratamiento de la depresión*. Madrid: Síntesis
- Baldeón, F. (2019). Variables sociodemográficas asociadas a la depresión del adulto mayor peruano en el año 2017. Recuperado de <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1727>
- Bautista, L. (2019). Factores sociodemográficos determinantes de la depresión en mujeres de 15 a 49 años - Encuesta Demográfica de Salud Familiar, 2015. Tesis para optar el grado de Magíster en Bioestadística. Unidad de Posgrado, Facultad de Ciencias Matemáticas, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. <https://pdfs.semanticscholar.org/9408/6d00e911ba2c753f92c029133bcaccee9.pdf>
- Borges, D., Torres, A., & Jacques-Aviñó, C. (2023). Social Inequalities in Mental Health and Self-Perceived Health in the First Wave of COVID-19

Lockdown in Latin America and Spain: Results of an Online Observational Study. *International journal of environmental research and public health*, 20(9), 5722. <https://doi.org/10.3390/ijerph20095722>

Bromley, C. (14 de enero de 2022). *Salud mental en el Perú: Casos de depresión aumentaron un 12% en el 2021*. <https://www.infobae.com/america/peru/2022/01/14/salud-mental-en-el-peru-casos-de-depresion-aumentaron-un-12-en-el-2021/>

Calderón, M., Gálvez-Buccollini, J., Cueva, G., Ordoñez, C., Bromley, C. y Fiestas, F. (2012). Validación de la versión peruana del phq-9 para el diagnóstico de depresión. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29 (4), 578–579. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n4/a27v29n4.pdf>

Confederación Salud Mental España. (2021). Salud mental y COVID-19: un año de pandemia. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Salud-mental-covid-aniversario-pandemia.pdf>

Corea, M. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista médica hondureña*, 89 (Supl. 1), 46-52. Recuperado de <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vol89-S1-2021-14.pdf>

Cornejo, N., Ligueño, T., Monsalve, M., y Moreno, X. (2022). Asociación entre determinantes sociales y salud mental: efecto de la doble carga laboral y doméstica. *MediSur*, 20(5), 907-916. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2022000500907

- Defensoría del Pueblo. (2022). *Falta de kits de emergencia y poca capacitación ponen en riesgo atención a víctimas de violencia sexual en Ucayali*. <https://www.gob.pe/institucion/defensoria/noticias/594865-defensoria-del-pueblo-falta-de-kits-de-emergencia-y-poca-capacitacion-ponen-en-riesgo-atencion-a-victimas-de-violencia-sexual-en-ucayali>
- Duarte, F., Rico, M., González, E., y Rossette, B. (2016). Depresión y factores de riesgo asociados en mujeres con hijos en tratamiento paidopsiquiátrico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(1), 58-63. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/im161j.pdf>
- Egede, L., Ruggiero, K., y Frueh, B. (2020). Ensuring mental health access for vulnerable populations in COVID era. *Journal of psychiatric research*, 129, 147–148. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.07.011>
- Galsanjigmed, E., & Sekiguchi, T. (2023). Challenges Women Experience in Leadership Careers: An Integrative Review. *Merits*, 3(2), 366–389. <https://doi.org/10.3390/merits3020021>
- Gruebner, O., Rapp, M., Adli, M., Kluge, U., Galea, S., & Heinz, A. (2017). Cities and Mental Health. *Deutsches Arzteblatt international*, 114(8), 121–127. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0121>
- Hernández, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578-594. Epub 01 de julio de 2020. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578&lng=es&tlng=es.

- Hernández-Brussolo, R., Romero, D., Alcázar, D., Vogel, N., y Reyes, Diego. (2017). Intervención cognitivo-conductual en caso depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rpcc/v8n1/2007-1833-rpcc-8-01-15.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. Mc Graw Hill. <https://www.uca.ac.cr/wpcontent/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hernández-Vásquez, A., Vargas-Fernández, R., Bendezu-Quispe, G., & Grendas, L. N. (2020). Depression in the Peruvian population and its associated factors: analysis of a national health survey. *Journal of affective disorders*, 273, 291–297. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.100>
- INEI. (2017). Series anuales de indicadores principales de la ENDES 1986-2017. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Lib1643/libro.pdf
- INEI. (2021). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2020 - Nacional y Departamental. https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/INFORME_PRINCIPAL_2020/INFORME_PRINCIPAL_ENDES_2020.pdf
- INEI. (2021). Manual de la Entrevistadora de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2020. <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/documentos.asp>
- INEI. (2020). Ficha técnica de la ENDES 2020. https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/documentos_2020/FICHA_TECNICA_ENDES%202020.pdf

- INEI. (2016). Capítulo 5: Otros determinantes de la fecundidad. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/pdf/cap005.pdf
- Islas, A., Romero, A., Rivera, S., y Del Castillo, A. (2017). Depresión, estilos de apego y elección de pareja en adolescentes y jóvenes de Pachuca, Hidalgo. *Psicología Iberoamericana*, 25(1), 41-48. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133957571005.pdf>
- Jacques-Aviñó, C., Medina-Perucha, L., Young-Silva, Y., Granés, L., López-Jiménez, T., & Berenguera, A. (2023). Narratives on changes in health-related behaviours during lockdown in Spain according to gender. *Gaceta sanitaria*, 37, 102296. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2023.102296>
- Jiménez-Molina, A., Reyes, P., y Rojas, G. (2021). Determinantes socioeconómicos y brechas de género de la sintomatología depresiva en Chile. *Revista médica de Chile*, 149(4), 533-542. Recuperado de https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872021000400533&script=sci_arttext#B21
- Jiménez-Maldonado, M., Gallardo-Moreno, G., Villaseñor-Cabrera, T., y González-Garrido, A. (2013). La distimia en el contexto clínico. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 212-218. DOI: [10.1016/S0034-7450\(13\)70008-8](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(13)70008-8)
- Kenntemich, L., von Hülsen, L., Schäfer, I., Böttche, M., & Lotzin, A. (2023). Profiles of risk factors for depressive and anxiety symptoms during the COVID-19 pandemic: A latent class analysis. *Psychiatry research*, 323, 115150. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115150>

- Lecic-Tosevski, D. (2019). ¿Is urban living good for mental health? *Current opinion in psychiatry*, 32(3), 204–209.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000489>
- León, C. N. (2021). La depresión en tiempos de covid-19: análisis del impacto de la pandemia en grupos vulnerables. *Educa UMCH*, (18), 3.
<http://portal.amelica.org/ameli/journal/359/3592531006/html/>
- Luna, T. y Vilchez, E. (2017). Depresión: Situación actual. *Rev. Fac. Med. Hum.* 17(2):78-85. DOI: 10.25176/RFMH.v17.n3.1197
- Maero, F. (2019, setiembre). El abordaje contextual e integral de la depresión-una propuesta. *PSYCIENCIA*. <https://www.psyciencia.com/el-abordaje-contextual-e-integral-de-la-depresion-una-propuesta/>
- Martina, M., Ara, M., Gutiérrez, C., Nolberto, V., y Piscoya, J. (2017). Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 78, No. 4, pp. 393-397). UNMSM. Facultad de Medicina.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000400004
- Matud, M., Guerrero, K. y Matías, R. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1),7-21. [fecha de Consulta 5 de junio de 2021]. ISSN: 1697-2600. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760101>
- Mayo Clinic. (2019). *Depression in women: Understanding the gender up*. Mayo Foundation for Medical Education and Research. Recuperado de

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/in-depth/depression/art-20047725>

Ministerio de Salud. (2020). Plan de Salud Mental Perú, 2020-2021 (en el contexto covid-19). Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5092.pdf>

Montero, I., & León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33770318.pdf>

Monreal-Gimeno, C. (2001). El adulto. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1183063.pdf>

Navío, M. y Pérez, V. (2020). *Depresión y suicidio 2020: documento estratégico para la promoción de la salud mental*. Universitat Autònoma de Barcelona. <http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/LibroBlancoDepresionySuicidio2020.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

OMS. (2022). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

OMS. (2021). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

ONU MUJERES. (2022). *Igualdad de género hoy para un futuro sostenible*. <https://lac.unwomen.org/es/stories/noticia/2022/03/8m-igualdad-de-genero-hoy-para-un-futuro-sostenible>

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes: estimaciones*

sanitarias

mundiales.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

OPS. (2022). *Respuesta a la emergencia por COVID-19 en Perú.*

<https://www.paho.org/es/respuesta-emergencia-por-covid-19-peru#:~:text=El%20virus%20que%20causa%20la,alrededor%20de%20los%2040%20a%C3%B1os.>

Papalia, D., Feldman, R. y Martorell, G. (2012). Desarrollo humano (12a ed. --

.). México D.F.: McGraw

Hill. <https://psicologoseducativosgeneracion20172021.files.wordpress.com/2017/08/papalia-feldman-desarrollo-humano-12a-ed2.pdf>

Pfefferbaum, B. y North, C. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*, 383(6), 510-512.

<https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>

Pineda, M. (08 de octubre de 2022). Defensoría del Pueblo: urge fortalecer inversión en salud mental para garantizar atención descentralizada y de

calidad. [https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-urge-](https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-urge-fortalecer-inversion-en-salud-mental-para-garantizar-atencion-descentralizada-y-de-calidad/)

[fortalecer-inversion-en-salud-mental-para-garantizar-atencion-descentralizada-y-de-calidad/](https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-urge-fortalecer-inversion-en-salud-mental-para-garantizar-atencion-descentralizada-y-de-calidad/)

Power, K. (2020). The COVID-19 pandemic has increased the care burden of women and families. *Sustainability: Science, Practice and Policy*, 16(1),

67-73. <https://doi.org/10.1080/15487733.2020.1776561>

- Puerta, J. y Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257. <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>
- Quezada, L., y González, M. (2012). El papel de los estresores y las condiciones de estado civil para explicar la depresión y el estrés en adolescentes gestantes. *Psicología desde el Caribe*, 29(1), 19-46. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2012000100003&Ing=en&tIng=es.
- Quinteros, A. (7 de julio de 2021). Salud mental: La causa principal del suicidio en Perú es la depresión. *Chiqaq News*. <https://medialab.unmsm.edu.pe/chiqaqnews/salud-mental-la-causa-principal-del-suicidio-en-peru-es-la-depresion/>
- Ramírez, J., Castro, D., Lerma, C., Yela, F., y Escobar, F. (2020). Consequences of the COVID-19 pandemic in mental health associated with social isolation. *Scielo Preprints*. <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., & Escobar-Córdoba, F. (2020). Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(4). <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
- Real Academia Española. (s.f.). Estado. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 28 de junio de 2023, de <https://dle.rae.es/estado>
- Real Academia Española. (s.f.). domicilio. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 28 de junio de 2023, de <https://dpej.rae.es/lema/domicilio>

- Ríos, V. (2017). Variables sociodemográficas en psicología diferencial. <https://hdl.handle.net/20.500.12394/3988>
- Rubio, M. (2019). Estadística aplicada a las Ciencias Sociales. Las variables. Ene, 12, 03. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/25519>
- Salas, C., López-Contreras, N., López-Jiménez, T., Medina-Perucha, L., León-Gómez, B. B., Peralta, A., ... & Jacques-Aviñó, C. (2023). Social Inequalities in Mental Health and Self-Perceived Health in the First Wave of COVID-19 Lockdown in Latin America and Spain: Results of an Online Observational Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(9), 5722. [10.3390/ijerph20095722](https://doi.org/10.3390/ijerph20095722)
- Sediri, S., Zgueb, Y., Ouanes, S., Ouali, U., Bourgou, S., Jomli, R., & Nacef, F. (2020). Women's mental health: acute impact of COVID-19 pandemic on domestic violence. *Archives of women's mental health*, 23(6), 749–756. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01082-4>
- Saldívar-Garduño, A. y Ramírez-Gómez, K. (2020). Salud mental, género y enseñanza remota durante el confinamiento por el COVID 19 en México. [https://doi.org/10.26439/persona2020.n023\(2\).5011](https://doi.org/10.26439/persona2020.n023(2).5011)
- Sistema de Focalización de Hogares. (2015, 14 de mayo). ¿Qué es la clasificación socioeconómica? http://www.sisfoh.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=137&Itemid=792
- Torales, J., Insaurralde, A., Ríos-González, C., Ruíz, N., Navarro, R., Ayala-Servín, N., Almirón-Santacruz, J., Gamarra-Vega, E., Segovia-Cañete, A., Vera-Toledo, H., Barrios, I., Castaldelli-Maia, J., Ventriglio, A. y O'Higgins, M. (2021). Asociación entre la procedencia del área urbana o rural y el

desarrollo de trastornos del espectro depresivo: una experiencia desde la telepsiquiatría. *Revista del Nacional*, 13(2), 54-63.

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/12/1344205/a06.pdf>

Trujillo-Hernández, P., Gómez-Melasio, D., Lara-Reyes, B., Medina-Fernández, I., y Hernández-Martínez, E. (2021). Asociación entre características sociodemográficas, síntomas depresivos, estrés y ansiedad en tiempos de la COVID-19. *Enfermería Global*, 20(64), 1-25. Epub 25 de octubre de 2021. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.471511>

UNICEF. (2021). *Estado mundial de la infancia 2021*. <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2021>

Usall i Rodié, J. (2020). La pandemia de la COVID-19 y la salud mental de las mujeres. *Som Salud Mental* 360°. <https://www.som360.org/es/monografico/investigacion-covid-19/articulo/pandemia-covid-19-salud-mental-mujeres>

Vázquez, A. (2016). Los factores psicosociales y la depresión. *MULTIMED*, 20(3), 585-602. <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/202>

Valencia, P., Torres-Quispe, M., Sánchez-Cayo, S., Reyes-Aguilar, R., & Acevedo-Cahuana, A. (2022). Factors associated with depressive symptomatology during the COVID-19 pandemic in Mexico: A 2021 national survey. *Journal of affective disorders*, 317, 212–220. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.08.088>

Vera-Romero, O., y Vera-Romero, F. (2013). Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almazor*

Aguinaga Asenjo, 6(1), 41-
45. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052303/rcm-v6-n1-ene-mar-2012_pag41-45.pdf

Villarreal-Zegarra, D., Copez-Lonzoy, A., Bernabé-Ortiz, A., Melendez-Torres, G., & Bazo-Alvarez, 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>

World Health Organization. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

Zarragoitía, I. (2013). Las diferencias de sexo y género en la depresión: proclividad en la mujer. *Medwave*, 13(03). <http://doi.org/10.5867/medwave.2013.03.5651>

ANEXOS

1. Instrumentos

PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD																																																						
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS			PASE A																																																	
<p>A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre molestias o problemas en su estado de ánimo, los cuales se presentan con cierta frecuencia en la población</p>																																																						
700	<p>En los últimos 14 días, es decir, entre el _____ y el día de ayer, usted ha sentido molestias o problemas como:</p> <p>NO HACER INFERENCIAS DE CAUSALIDAD SI RESPONDE "SÍ", PREGUNTE: ¿Cuántos días? SI RESPONDE "NO", CIRCULE "0" (PARA NADA)</p> <p>A. ¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas? (DE SER NECESARIO LEA: Es decir, no disfruta sus actividades cotidianas)</p> <p>B. ¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?</p> <p>C. ¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?</p> <p>D. ¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique?</p> <p>E. ¿Poco apetito o comer en exceso?</p> <p>F. ¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace? (DE SER NECESARIO LEA: Como leer el periódico, ver televisión, escuchar atentamente la radio o conversar con otras personas)</p> <p>G. ¿Moverse mas lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?</p> <p>H. ¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?</p> <p>I. ¿Sentirse mal acerca de sí misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">PARA NADA</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. POCO INTERES.....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>B. DEPRIMIDA(O).....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>C. DORMIR.....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>D. CANSADA(O).....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>E. APETITO.....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>F. PONER ATENCIÓN.....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>G. MOVERSE.....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>H. MORIR.....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>I. SENTIRSE MAL.....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </tbody> </table>		PARA NADA	VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)	LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)	CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)	A. POCO INTERES.....	0	1	2	3	B. DEPRIMIDA(O).....	0	1	2	3	C. DORMIR.....	0	1	2	3	D. CANSADA(O).....	0	1	2	3	E. APETITO.....	0	1	2	3	F. PONER ATENCIÓN.....	0	1	2	3	G. MOVERSE.....	0	1	2	3	H. MORIR.....	0	1	2	3	I. SENTIRSE MAL.....	0	1	2	3		
	PARA NADA	VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)	LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)	CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)																																																		
A. POCO INTERES.....	0	1	2	3																																																		
B. DEPRIMIDA(O).....	0	1	2	3																																																		
C. DORMIR.....	0	1	2	3																																																		
D. CANSADA(O).....	0	1	2	3																																																		
E. APETITO.....	0	1	2	3																																																		
F. PONER ATENCIÓN.....	0	1	2	3																																																		
G. MOVERSE.....	0	1	2	3																																																		
H. MORIR.....	0	1	2	3																																																		
I. SENTIRSE MAL.....	0	1	2	3																																																		