



**Autónoma**  
Universidad Autónoma del Perú

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**TESIS**

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD ANTE EL COVID-19 EN LOS POBLADORES DE LA  
URBANIZACIÓN SAN FERNANDO EN SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2022

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE**  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**AUTOR**

CARLOS JAVIER CRUZ APONTE  
ORCID: 0000-0001-7186-8198

**ASESOR**

MAG. DIEGO ISMAEL VALENCIA PECHO  
ORCID: 0000-0002-7614-0814

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

DESÓRDENES EMOCIONALES Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES DE  
RIESGO PARA LA SALUD Y CON EL DESARROLLO DE CONDUCTAS  
SALUDABLES

**LIMA, PERÚ, ABRIL DE 2022**

### **DEDICATORIA**

Quiero dedicarle este informe al todo poderoso por brindarme la fortaleza para culminar el presente informe de investigación.

### **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco infinitamente al Mg. Diego Ismael Valencia Pecho por todo el soporte ofrecido. Agradezco a la Urbanización San Fernando por todo el apoyo brindado, esperando que este informe pueda contribuir en el futuro como un precedente de investigación.

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b> .....	2
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	3
<b>RESUMEN</b> .....	6
<b>ABSTRACT</b> .....	7
<b>RESUMO</b> .....	8
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	9
<b>CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1 Realidad problemática.....	12
1.2. Justificación e importancia de la investigación .....	13
1.3. Objetivos de la investigación: general y específicos .....	14
1.4. Limitaciones de la investigación .....	15
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes de estudio.....	18
2.2. Desarrollo de la temática correspondiente al tema investigado .....	22
2.3. Definición conceptual de la terminología empleada .....	33
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO</b>	
3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	37
3.2. Población y muestra.....	36
3.3. Hipótesis .....	39
3.4. Variables - Operacionalización.....	41
3.5. Método y técnica de investigación.....	43
3.6. Procesamiento de los datos .....	46
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS</b>	
4.1. Resultados descriptivos de las dimensiones con la variable .....	48
4.2. Contrastación de hipótesis .....	49
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
5.1. Discusiones .....	56
5.2. Conclusiones.....	58
5.3. Recomendaciones.....	66
<b>REFERENCIAS</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Características sociodemográficas
Tabla 2	Operacionalización – variable ansiedad ante el COVID-19
Tabla 3	Operacionalización – variable depresión
Tabla 4	Medidas descriptivas de la variable depresión
Tabla 5	Frecuencias y porcentajes de los niveles de la variable depresión
Tabla 6	Medidas descriptivas de la variable ansiedad ante la COVID-19
Tabla 7	Frecuencias y porcentajes de los niveles de la variable ansiedad ante el COVID-19
Tabla 8	Análisis de normalidad – variable ansiedad ante la COVID-19
Tabla 9	Medidas de correlación entre depresión y ansiedad ante la COVID-19
Tabla 10	Descripción de las diferencias de la variable depresión según el género
Tabla 11	Descripción de las diferencias de la variable depresión según la edad
Tabla 12	Descripción de las diferencias de la variable depresión según el estado civil
Tabla 13	Descripción de las diferencias de la variable depresión según el nivel educativo
Tabla 14	Descripción de las diferencias de la variable ansiedad según el género
Tabla 15	Descripción de las diferencias de la variable ansiedad según la edad
Tabla 16	Descripción de las diferencias de la variable ansiedad según el estado civil
Tabla 17	Descripción de las diferencias de la variable ansiedad según el nivel educativo

# DEPRESION Y ANSIEDAD ANTE EL COVID-19 EN LOS POBLADORES DE LA URBANIZACION SAN FERNANDO EN SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2022

CARLOS JAVIER CRUZ APONTE

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

## RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la depresión y la ansiedad ante el COVID-19 en los pobladores de la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho. El tipo de estudio fue descriptivo correlacional con un diseño no experimental de corte transversal. Constituida por una muestra de 267 pobladores de la Urbanización San Fernando. Se evaluó con el Inventario de Depresión de Beck II (1996) y la Escala de Ansiedad por Coronavirus (2020). Donde evidenciaron los siguientes resultados: 87.6% (234) depresión mínima. Mientras que en la ansiedad arrojó que 95.5% (255) presentó ansiedad mínima. Concluyendo el estudio la no existencia de relación estadísticamente significativa entre depresión y ansiedad.

**Palabras clave:** depresión, ansiedad, pobladores, pandemia.

**DEPRESSION AND ANXIETY BEFORE COVID-19 IN THE RESIDENTS OF THE  
SAN FERNANDO URBANIZATION IN SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2022**

**CARLOS JAVIER CRUZ APONTE**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ**

**ABSTRACT**

The objective of this research was to determine the relationship between depression and anxiety before COVID-19 in the residents of the San Fernando Urbanization in San Juan de Lurigancho. The type of study was descriptive correlational with a non-experimental cross-sectional design. It consisted of a sample of 267 residents of the San Fernando Urbanization. It was evaluated with the Beck Depression Inventory II (1996) and the Coronavirus Anxiety Scale (2020). The following results were obtained: 87.6% (234) showed minimal depression. While in anxiety, 95.5% (255) presented minimal anxiety. The study concluded that there was no statistically significant relationship between depression and anxiety.

**Keywords:** depression, anxiety, population, pandemic.

**DEPRESSÃO E ANSIEDADE DIANTE DA COVID-19 NOS MORADORES DO  
BAIRRO RESIDENCIAL DE SAN FERNANDO EM SAN JUAN DE LURIGANCHO,  
2022**

**CARLOS JAVIER CRUZ APONTE**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ**

**RESUMO**

O objetivo desta pesquisa era determinar a relação entre depressão e ansiedade antes da COVID-19 nos residentes da Urbanização San Fernando em San Juan de Lurigancho. O tipo de estudo era descritivo correlacional com um desenho transversal não experimental. Consistia em uma amostra de 267 habitantes da Urbanización San Fernando. Foi avaliado com o Beck Depression Inventory II (1996) e a Escala de Ansiedade do Coronavírus (2020). Foram obtidos os seguintes resultados: 87.6% (234) estavam minimamente deprimidos. Enquanto em ansiedade, 95.5% (255) apresentavam uma ansiedade mínima. O estudo concluiu que não havia relação estatisticamente significativa entre depressão e ansiedade.

**Palavras-chave:** depressão, ansiedade, população, pandemia.



## INTRODUCCIÓN

En el mes de diciembre correspondiente al año 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) comunicó sobre un tipo de neumonía desconocido en Wuhan, en China. Poco después, en enero, las autoridades de Estados Unidos decidieron que el motivo era una nueva cepa de coronavirus. Finalizando enero del año 2020, la OMS dispuso una alerta sanitaria a nivel mundial para prevenir que el virus se expanda y declaró al mundo en pandemia un 11 de marzo del año 2020, cuando hubo 4 291 muertos, 118 000 personas fallecidas en 114 países. Para ello, diferentes campos de investigación han trabajado intensamente y colaborado para comprender el impacto, desarrollo y consecuencias de la pandemia.

Durante estos acontecimientos se pudieron dar cuenta que la población en general sufre enormes efectos psicológicos como: insomnio, ira, miedo, inseguridad, ansiedad, depresión, etc. De esta forma ha despertado así el interés por comprender si existe relación entre depresión y ansiedad frente a la pandemia del coronavirus en la Urbanización San Fernando. En este informe se detalló que en el capítulo I se describió la realidad problemática, justificación y la importancia de la investigación, objetivos tanto generales como específicos, así como también sus limitaciones. En el capítulo II se detallaron los antecedentes de estudios, desarrollo de la temática correspondiente al tema investigado y la definición de la terminología empleada. Capítulo III se precisó el tipo y el diseño de la investigación, población y muestra, hipótesis, las variables, método y técnicas de investigación y los análisis estadísticos. Capítulo IV se analizaron los resultados descriptivos e inferenciales y la contrastación de hipótesis. Capítulo V se discutieron los resultados y se indicaron las respectivas conclusiones y recomendaciones.

# **CAPÍTULO I**

## **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. Realidad problemática**

A partir de diciembre del 2019 el mundo viene experimentando grandes cambios debido a la pandemia COVID-19. Las complicaciones pueden abarcar además de neumonía un síndrome respiratorio agudo. El coronavirus se originó en la ciudad de Wuhan - China y suele transmitirse a través de pequeñas partículas de saliva denominadas Flügge que se lanzan mientras se habla, estornuda, tose o respira. También se ha documentado la transmisión por aerosol, principalmente mientras los individuos se encuentran aglomerados, pero además puede contagiarse tocando una zona contaminada e inmediatamente poniendo la mano en la cara o la mucosa. La fase de desarrollo del virus suele ser entre 5 y 14 días. En China, el 80% de los pacientes tenían síntomas leves, el 15% fueron hospitalizados, el 5% en cuidados intensivos y solo el 2.3% murió, aunque el 14% había enfermado gravemente recientemente. Las personas mayores de 60 años con problemas cardiovascular, diabetes, cáncer, asma, entre otras comorbilidades son consideradas de alto riesgo o personas vulnerables (Martínez-Taboas, 2020).

La OMS (2020) manifestó sobre el impacto negativo de la pandemia es cada vez más preocupante por el distanciamiento social, pérdida de empleo, miedo a contagiarse, así como también las muertes reiteradas de los miembros de la familia, etc. Crayne (2020) indicó que el desempleo no significa solo desventaja económica; por el contrario, puede ser incluso hiriente y molesto que se puede observar en el ambiente del hogar; la inclusión laboral se ha convertido en un sentido de vida, mientras que la compañía ha inspirado a expresar sentimientos personales de felicidad y valores. Además, en su defecto, puede surgir depresión y ansiedad por la posterior búsqueda de un nuevo trabajo. Al investigar acerca de la salud mental en las personas que enfrentan la pandemia, han resaltado los síntomas más comunes

de ansiedad, depresión, desesperanza y tensión en todo el mundo. Por ejemplo, en China, se encontró que un grupo de personas presentaba un 35.1% de ansiedad, el 20.1% manifestaba depresión y el 18.2% trastornos del sueño. Teniendo en cuenta que los puntajes son superiores a otras investigaciones realizadas años atrás (Huang et al., 2020).

Gao et al. (2020) evidenciaron que 30 localidades de China informaron altos niveles de depresión (48.3%) y ansiedad (22.6%) y el 19.4% de personas que experimentan tanto ansiedad como síntomas depresivos. De igual forma, los estudios sobre depresión y ansiedad en personas que enfrentan una pandemia (COVID-19) confirman datos de diferentes estudios realizados a nivel mundial.

De la misma forma Roy et al. (2020) estudiaron la problemática y encuestaron a 662 personas de manera virtual, el 80% están muy preocupado por el virus (COVID-19), el 72% está muy preocupado por la propagación del virus, el 12% con insomnio, el 41% expresaron miedo y el 80% manifestaron su voluntad de conversar sobre su condición con un psicólogo o psiquiatra. De manera similar Jungmann & Withoff (2020) ejecutaron un estudio en línea con 1 615 individuos, el 25% informaron que presentaban sintomatología de la ansiedad media, el 25% con sintomatología de ansiedad muy grave. Las mujeres también mostraron niveles significativamente más altos que los hombres. Ozdin & Ozdin (2020) comunicaron que el 45.1% manifestaba síntomas respecto a la ansiedad y el 23.6% presentaba síntomas depresivos muy pronunciados.

Así como también Antiporta & Bruni (2020) investigaron sobre las dificultades de la salud emocional frente a la COVID-19 para el cual realizó un cuestionario, dirigido a los líderes de salud mental del Ministerio de Salud (Minsa) de Sudamérica: Bolivia, Brasil, Venezuela, Perú, Argentina, Uruguay, Colombia, Ecuador, Chile y

Paraguay. Las reacciones más comunes encontradas fueron ansiedad, estrés y miedo. Estas respuestas están directamente relacionadas con la pandemia y las diversas medidas sanitarias que han adoptado los países para controlar el despliegue del virus.

Así mismo el Minsa (2022) confirmó el 7 de marzo del 2020 el primer caso confirmado por coronavirus en nuestro país, y también reportó las dos primeras muertes el 20 de marzo del 2020. El gobierno peruano ha tomado medidas sociales, económicas y políticas, el Perú se ubica entre los diez primeros países con más casos de coronavirus demostrados a nivel internacional y quinto en América Latina y el Caribe. Asimismo, el Coronavirus Resource Center (2022) reportó que en el Perú existían 2 812 577 casos confirmados de coronavirus y 204 538 defunciones, siendo los adultos y ancianos los más afectados. Las estadísticas mostraron que el mayor porcentaje de mortalidad por el virus es mayor en los hombres que en las mujeres, con un 51.9% de casos en hombres y un 48.1% en mujeres. A su vez, las zonas anunciadas como de mayor riesgo de contagio en el país son las regiones de Ancash, Arequipa, Ica, Callao, Lima Metropolitana, Lima Región, Piura, Tumbes y La Libertad (Minsa, 2022).

Respecto a lo mencionado, se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación que existe entre depresión y ansiedad ante el COVID-19 en los pobladores adultos de la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho?

## **1.2. Justificación e importancia de la investigación**

Desde un punto de vista teórico, el estudio ayuda a determinar y discutir a tiempo las teorías que explican la depresión desde un punto de vista biomédico y psicológico. De igual forma, se analizan las teorías más resaltantes del avance de la ansiedad ante el COVID-19 contemplando las condiciones cognitivas y conductuales,

de esta manera es factible entender teóricamente sobre las dos variables en los habitantes de la Urbanización San Fernando.

Finalmente, una vez que los resultados estadísticos se comparen adecuadamente con la base teórica nos permitirá determinar la necesidad de diseñar y administrar un programa psicológico basado en un enfoque cognitivo-conductual para minimizar síntomas claves de ansiedad y depresión de los pobladores; así se prevendrá hechos similares y se mejoran las habilidades para afrontar de la mejor manera los diversos trastornos ocasionados por la COVID-19.

### **1.3. Objetivos de la investigación**

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

Determinar la relación entre depresión y ansiedad ante COVID-19 en los pobladores de la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho, 2022.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

1. Determinar la prevalencia de la depresión en los pobladores ante el COVID-19.
2. Determinar la prevalencia de la ansiedad ante el COVID-19 en los pobladores.
3. Corroborar las discrepancias de la depresión en función al género de los pobladores.
4. Corroborar las discrepancias de la depresión en función de la edad de los pobladores.
5. Corroborar las discrepancias de la depresión en función al estado civil de los pobladores.
6. Corroborar las discrepancias de la depresión en función al nivel educativo de los pobladores.

7. Corroborar las discrepancias de la ansiedad ante el COVID-19 en función al género de los pobladores.
8. Corroborar las discrepancias de la ansiedad ante el COVID-19 en función a la edad de los pobladores.
9. Corroborar las discrepancias de la ansiedad ante el COVID-19 en función al estado civil de los pobladores.
10. Corroborar las discrepancias de la ansiedad ante el COVID-19 en función al nivel educativo de los pobladores.

#### **1.4. Limitaciones de la investigación**

Las limitaciones del presente estudio se centran en que los hallazgos solo pueden ser generalizados para pobladores con características sociodemográficas similares.

**CAPÍTULO II**  
**MARCO TEÓRICO**



## **2.1. Antecedentes de estudio**

### **2.1.1. Antecedentes nacionales**

Castro (2021) en Lima, determinó la relación entre síntomas de ansiedad y depresión en el personal de salud del área de emergencia no COVID-19 del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Se trató de una investigación observacional, de tipo correlacional y transversal, cuya muestra fue de 116 trabajadores. La medición se realizó empleando la *Escala de evaluación para la ansiedad de Hamilton* y el *inventario de depresión de Beck-II*. Los resultados evidenciaron, que el 78.4% obtuvo ansiedad de nivel moderado y el 58.6% manifestaron síntomas depresivos. Además, se determinó relación directa entre la ansiedad y depresión ( $\rho = .277$ ;  $p = .003 < .01$ ) y entre ansiedad y depresión cognitiva – afectiva ( $\rho = .282$ ;  $p = .002 < .01$ ). El estudio concluyó que, a mayor ansiedad, mayor era la depresión en la muestra establecida.

Loayza (2021) en Arequipa, realizó la investigación cuyo fin fue determinar la relación entre ansiedad y depresión en personal de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, diagnosticados de COVID-19. La investigación fue analítica, observacional, con un tipo de estudio correlacional y de corte transversal, participando 137 profesionales de la salud. La evaluación se efectuó con la *Escala de ansiedad y depresión de Goldberg*. Los resultados arrojaron que 8.76% presentaron nivel moderado de ansiedad y 10.22% presentaron prevalencia de síntomas de depresión a nivel moderado, mientras que 59.87% (82) presentaron alta prevalencia de sintomatología de depresión y ansiedad. El estudio concluyó, que existe correlación significativa entre depresión y ansiedad en pacientes diagnosticados con la COVID-19, señalando que a mayor ansiedad mayor es la prevalencia de depresión.

Carpio (2021) en Cuzco, determinó la relación entre ansiedad y depresión en el personal de la Backus-Cuzco en la pandemia por COVID-19. La investigación fue

de tipo descriptivo observacional y tuvo como diseño el no experimental, correlacional, cuya muestra fue de 194 trabajadores. Como instrumentos usaron la *Escala de ansiedad y depresión de Hamilton*. Respecto a la ansiedad, los resultados mostraron que 61.34% del personal presentó ansiedad moderada a grave y 43.30% presentó ansiedad leve; respecto a depresión se evidenció que 43.61% tiene depresión moderada/grave y 20.10% del personal tienen depresión leve. El estudio finalizó con la conclusión de que existe correlación significativa entre ansiedad y depresión ( $\chi^2 = 32.76$ ;  $p < .05$ ) señalando que a mayor ansiedad mayor es la prevalencia de depresión de los trabajadores de Backus en Cuzco-Perú.

Cruz y Monzón (2021) en Cajamarca, efectuaron la investigación cuyo fin fue determinar la relación entre depresión y ansiedad en policías del departamento de unidades especializadas, frente policial Cajamarca durante la pandemia del COVID-19. La investigación asumió un enfoque cuantitativo y diseño de tipo experimental descriptivo correlacional, siendo 388 miembros policiales. Los instrumentos empleados fueron el *Patient Health Questionnaire (PQH-9)* y la *Escala auto aplicada de depresión de Zung*. Donde se evidenciaron los siguientes resultados el 13.66% presento un alto nivel de depresión y un 8.67% nivel alto de ansiedad. Como conclusión se infiere que existe relación entre ambas variables, indicando que a mayor depresión la ansiedad es elevada.

Correa (2021) comprobó la relación entre depresión y ansiedad ante el COVID-19 en pacientes atendidos en el policlínico Multiservicios Médicos Galenos E.I.R.L ubicado en el centro poblado de Pachanguilla en La Libertad. El estudio fue cuantitativo y de tipo correlacional y comparativo, cuya muestra estuvo conformada por 150 pacientes. Se administró el *Inventario de Depresión de Beck versión II de Beck, Steers y Brown (1996)* y la *Escala de Ansiedad por Coronavirus de Lee (2020)*.

Como datos hallados, se demostró que el 58% (87) de los pacientes manifiestan un mínimo nivel de depresión, a comparación del 9.3% (14) quienes obtuvieron un nivel grave. Además, el 76% (114) de la muestra estudiada evidenció un nivel leve respecto a la variable ansiedad ante el COVID-19, y el 5.3% (8) alcanzaron un nivel grave de ansiedad respecto al virus. Además, se halló que existió relación moderada, de tipo directa ( $\rho = .421$ ) y altamente significativa ( $p < .001$ ) entre ambas variables de estudio. Se obtuvieron, además, diferencias estadísticamente significativas respecto a las puntuaciones de depresión ( $U = 1640.5$ ;  $p = .002$ ) en base al sexo, siendo las mujeres quienes establecieron el mayor rango promedio ( $R_p = 83.07$ ). Finalmente, se determinaron discrepancias estadísticamente significativas en el puntaje de ansiedad ante el COVID-19 ( $\chi^2 = 8.694$ ;  $p = .013$ ) con respecto al estado civil, siendo el grupo de convivientes el que obtuvo el mayor rango promedio ( $R_p = 85.07$ ).

Olabarrera (2020) en Cusco, realizó el estudio cuyo fin fue determinar la relación entre depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados del Hospital Regional del Cusco. Determinó una investigación de tipo básico y diseño transversal correlacional, la muestra la constituyeron 184 pacientes de diversas áreas médicas. En cuanto a los instrumentos, se emplearon la *Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)*, donde se evidenció que 21.74% presentaba depresión y el 30.43% presentaba ansiedad. La investigación concluyó la existencia de relación entre depresión y ansiedad en la muestra evaluada, indicando que, a mayor prevalencia de depresión, la ansiedad es más elevada.

Prieto-Molinari et al. (2020) en Lima, describieron la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en adultos de Lima Metropolitana, durante el periodo de aislamiento social en respuesta a la pandemia del COVID-19. El estudio fue cuantitativo y descriptivo, comparativo, siendo la muestra 565 adultos. Se evaluó con

la *Escala de Ansiedad de Lima [EAL-20]* y de la *Escala de Psicopatología Depresiva [EPD-6]*. Los resultados evidenciaron la prevalencia de síntomas relacionados con la depresión y ansiedad. Por otro lado, se hallaron diferencias en cuanto a la edad, sexo, nivel educativo y el modo de estudio o trabajo. Se concluyó entonces que, el aislamiento obligatorio implica la prevalencia de síntomas en las dos variables, los cuales se evidencian en diversas variables sociodemográficas.

Arce (2020) en Trujillo, efectuó el estudio cuyo fin fue determinar los factores asociados a ansiedad en personal de salud profesional de áreas COVID. El estudio fue de enfoque cuantitativo y de tipo descriptivo, comparativo, siendo la muestra 108 trabajadores sanitarios distribuidos en aquellos que presentaban ansiedad patológica o sin ella. Evaluándose con el *Cuestionario de Ansiedad de Hamilton*. Los resultados mostraron que no existen diferencias significativas para grupo etario, estado civil, y género entre los trabajadores, con o sin ansiedad ( $p > 0.05$ ). Concluyendo el estudio que factores sociodemográficos como edad, estado civil y género no son factores determinantes ante la ansiedad.

### **2.1.2. Antecedentes internacionales**

Jaimes et al. (2020) en Colombia investigaron la relación entre la ansiedad y la depresión en pacientes oncológicos del Hospital Universitario de Santander. Se aplicó el enfoque cuantitativo de diseño correlacional no experimental, contando con 100 pacientes oncológicos como muestra. Utilizaron dos herramientas para recolectar los datos, el inventario de depresión de Beck (BDI II) y el inventario de ansiedad de Beck (BAI). Como resultado mostraron porcentajes más bajos para la ansiedad, siendo leve en 11%, intermedio 14%, severa 24% y más baja 51%. En el área de depresión, se orientaron en depresión leve 13%, moderado 16%, severa 25% y finalmente la más

baja 46% de los participantes. En conclusión, se encontró relación significativa entre ansiedad y depresión, donde a mayor ansiedad mayor prevalencia de depresión.

Osma et al. (2019) en Colombia, investigaron la relación entre la prevalencia de depresión y ansiedad en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca, Colombia. El estudio fue de enfoque cuantitativo y tipo descriptivo, transversal y correlacional, la muestra fue compuesta por 244 gestantes. Se utilizó el instrumento de depresión postnatal de Edimburgo y la escala de autoevaluación de ansiedad de Zung. Los resultados determinaron que el 57% se ubicó en un nivel alto de ansiedad y 50% en nivel alto de depresión. Concluyendo el estudio que la ansiedad se encuentra asociada a la manifestación de depresión en mujeres durante el proceso de gestación, demostrando su razón de prevalencia por factores como la presencia de violencia psicológica y la desconfianza en la pareja.

Guamanquishpe y Parra (2019) en Ecuador, determinaron la relación entre ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital General Docente Riobamba. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo y diseño descriptivo, correlacional, no experimental y transversal, la muestra fue de 284 pacientes con diabetes tipo 2. Para evaluar, utilizaron el inventario de ansiedad y depresión de Hamilton. Los resultados mostraron nivel de depresión leve 3.17%, moderada 1.76%, severa 0.35%, muy severa 0.35% y para la ansiedad alta fue de 0.35 %, 23.24% para ansiedad leve, 7.0% de pacientes. En conclusión, se confirmó que existe una muy baja relación entre ambas variables.

Guevara (2018) en Ecuador, determinó la relación entre ansiedad y depresión en personas diagnosticadas con diabetes tipo 2. El estudio fue de enfoque cuantitativo y diseño descriptivo correlacional, no experimental, participando 158 pacientes adultos con diabetes del tipo 2. Se usó la escala de ansiedad de Hamilton y la escala

de depresión del mismo autor. El estudio evidenció que la ansiedad leve tuvo la mayor prevalencia en 61%, y con depresión moderada un 36%. Concluyendo el estudio la existencia de relación significativa entre depresión y ansiedad, indicando que cuanto mayor ansiedad sufran los pacientes esta se asocia a la prevalencia de depresión.

Velastegui y Nevárez (2017) en Ecuador, investigaron la relación entre depresión, ansiedad y riesgo psicosocial en pacientes con enfermedades crónicas en población laboralmente activa atendidos en el Hospital General Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo y diseño descriptivo correlacional con un corte transversal, participando en la muestra 142 pacientes. Se evaluó con una escala denominada ansiedad y depresión de Hamilton. Dando como resultado que 85.2% mostraron grado bajo para la ansiedad y el 38.8% para depresión. En conclusión, no se halló asociación entre ambas variables en la muestra evaluada.

## **2.2. Desarrollo de la temática correspondiente al tema investigado**

### **2.2.1. Depresión**

#### **Concepto de depresión.**

Beck (1967) refiere que es el efecto de una mala comprensión de eventos ambientales que enfrenta un individuo. Por su parte, Romero (2010) afirmó que es un conjunto de estados que abarcan emociones, como sentimientos de decaimiento y sintomatologías físicas y psicológicas, que interfieren en el individuo en muchas áreas de su vida. Alberdi et al. (2006) mencionaron que la depresión abarca un conjunto de síntomas, entre ellas tenemos, la tristeza, desesperación e impotencia ante las exigencias de la vida y un complejo de señales cognitivas, motoras y somáticas.

Asimismo, Piqueras et al. (2006) argumentaron que esta variable viene a ser el producto final de una combinación de una serie de factores constitutivos, las causas

más importantes de este trastorno son elementos progresivos, circunstanciales e interpersonales que alteran los neurotransmisores afectando los hemisferios cerebrales y el sistema nervioso. Por otro lado, se considera un trastorno psicológico cuyas características son pasar por etapas de ánimo melancólico y de tristeza asociada a cambios conductual y pensamientos (Organización Mundial de la Salud, 2017).

### **Clasificación diagnóstica.**

Según el Manual de diagnóstico de enfermedades mentales de la American Psychiatric Association (APA) establece la siguiente clasificación para la depresión definidos por la Anxiety and Depression Association of America (2016):

#### **Trastorno depresivo mayor.**

Para un diagnóstico de trastorno depresivo mayor se deben verificar varios requisitos y definir ciertos criterios como incapacidad para trabajar, para realizar actividades diarias, mucha fatiga, sensación de desaceleración, problemas para concentrarse, para recordar o tomar decisiones, además de manifestar insomnio o hipersomnio, cambios en la alimentación (sin ganas de comer o comer en exceso) y pensamientos de suicidio. Estos síntomas suelen estar presentes una o varias veces en la vida o se pueden repetir con frecuencia.

#### **Trastorno depresivo persistente (distimia).**

También conocido con el nombre de trastorno depresivo frecuente. Este trastorno cuenta con los mismos síntomas que la depresión mayor, para ser diagnosticado con este trastorno se debe tener 2 o más síntomas y deben ser presentados por más de 2 meses consecutivos.

### **Trastorno depresivo debido a una condición médica.**

Se caracteriza principalmente de episodios prolongados y marcados del temperamento, mínimo interés en el disfrute de labores diarias, estos síntomas causan molestias clínicamente significativas o disminución de las relaciones sociales u otras funciones importantes del sujeto.

### **Trastorno bipolar.**

También conocido como trastorno maniaco-depresivo caracterizado por, el estado de ánimo muy alto (manía) o cambio de ánimo moderado (Hipomanía) y el cambio de ánimo de baja a severa (depresión).

### **Características clínicas.**

Los principales síntomas clínicos de la depresión son los siguientes:

1. Estado de ánimo deprimido, triste o desesperanzado.
2. Pérdida de interés de las actividades realizadas frecuentemente.
3. Se torna irritante, llorando sin razón; pérdida de energía o fatiga.
4. Problemas con el sueño, pérdida o aumento del apetito.
5. Dificultad para concentrarse o problemas de memoria.
6. Pérdida de interés sexual, sentirse inútil o culpable.
7. Pensamientos negativos y deseos de morir o pensamientos de suicidio.

Por otro lado, también puede haber problemas persistentes que conducen a la ansiedad, como las sintomatologías físicas como el malestar, palpitaciones o dolores abdominales (Ministerio de Salud de España, 2018).

### **Modelos teóricos de la depresión.**

Carrobbles (2014) describió la depresión en términos biológicos y psicológicos. Entre los modelos biológicos, se debe prestar atención a las teorías genéticas de la depresión y las teorías que relacionan la melancolía con los cambios en la producción



o la función de ciertos neurotransmisores dentro del cerebro. En cuanto a lo psicológico, este trabajo se centra especialmente en las teorías conductuales y cognitivas, ya que tienen una base empírica y experimental más potente.

### **Modelo biológico.**

Se basan, sobre los componentes genéticos y bioquímicos. Algunas observaciones biológicas sugieren que ciertos cambios en el cuerpo pueden conducir a la depresión, en términos de origen genético. Los datos disponibles sugieren que los trastornos del estado de ánimo tienen una cierta probabilidad genética, por lo que una forma de determinar la genética al comparar la prevalencia del trastorno entre familias biológicas y familias adoptivas de personas que fueron adoptados a temprana edad de su historia. Si la herencia está más correlacionada, las familias biológicas (que contribuyen a la composición genética) mostrarán una gama más amplia del trastorno.

Si los factores ambientales fueran más importantes, la familia adoptiva (que introdujo al medio ambiente) tendrían que enseñar sobre la mayor incidencia de la depresión. Los resultados de esta comparación muestran que la frecuencia de los problemas de temperamento, considerada una de las depresiones, es tolerada mejor en los hogares orgánicos que en los adoptivos (Levinson, 2006).

### **Modelos psicológicos.**

#### **Modelo conductual.**

Desde una perspectiva conductual se han planteado muchas hipótesis, comenzando por Skinner (1953) y Ferster (1965), que sostienen que la conducta desaparece por falta de refuerzo.

### **Modelo cognitivo.**

Se centran en las respuestas depresivas o los cambios cognitivos y sugieren que el inicio de la depresión depende de cómo la persona deprimida percibe los hechos ocurridos o como percibe su historia, por tanto, no es el entorno en sí el que afecta, si no lo que se percibe, es lo que finalmente termina influyendo en el comportamiento y emociones. Por lo tanto, este modelo se basa en la conducta, proveniente de pensamientos y sentimientos que demuestran que están relacionados, es decir los pensamientos influyen directamente en las emociones que se experimentan, afectando el comportamiento (Beck, 1967, 1976).

### **Dimensiones de la depresión.**

Beck (citado en Barreda, 2019) para la medición operacional de la depresión, estableció para las dos dimensiones somático-afectivo y cognitivo, datos actualizados basados en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su 4ª edición (DSM IV), considerando síntomas siguientes: pérdida de energía, agitación, dificultad de concentración, desvalorización o inutilidad. De esta forma se logra recopilar síntomas característicos de la depresión severa. Por su parte, la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), no ha modificado los criterios diagnósticos respecto a trastornos depresivos, de la 4ª a la 5ª edición del manual; sin embargo, los síntomas que Beck incluyó siguen siendo valiosos.

Asimismo, la teoría actualizada para mejor la depresión incluye los siguientes síntomas que menciona el DSM-V. 1. El estado anímico deprimido el cual se encuentra caracterizado por sensación de vacío, tristeza y desesperanza. 2. Percepción de inutilidad o culpabilidad extrema. 3. Pérdida de la capacidad para experimentar el placer que antes sí manifestaba. 4. Incremento o disminución de peso. 5. Hipersomnio o insomnio. 6. Agitación corporal o por el contrario retraso

psicomotor. 7. Pérdida de energía. 8. Disminución para poder concentrarse o para la toma de decisiones, 9. Frecuentes pensamientos de muerte o intentos de quitarse la vida.

Barreda (2019) en el contexto peruano, a través de su estudio corroboró los hallazgos del estudio hecho por Sanz y García-Vera (2013), quienes manifestaron resultados que apoyaban la unidimensionalidad donde se medía a través de una sola escala los aspectos somático-motivacional-cognitiva, puesto que no se pierde información importante al elaborar una escala global, logrando evaluarse una sola dimensión general para la depresión.

### **2.2.2. Ansiedad**

#### **Concepto de ansiedad.**

Todo el mundo experimenta la ansiedad en alguna circunstancia de su vida, la cual surge de diversas condiciones que pueden ser percibidas como amenazantes, crear incertidumbre o ser vistas como un recurso útil sobrecargado que no puede despejar eficazmente una molestia. American Psychiatric Association (APA, 2020) manifestaron que la ansiedad se considera una emoción que se diferencia por la sensación de angustia más allá de la presencia de pensamientos involucrados y ajustes corporales junto con el aumento de la presión arterial, sudoración, mareos, temblores o latidos rápidos del corazón.

Rojo (2011) afirma que el término ansiedad básicamente se refiere al hecho de que un individuo se encuentra inquieto, agitado o triste. Estado emocional temporal representado por una manera negativa de ver las cosas que termina afectando la habilidad para tomar decisiones importantes (Vivanco et al., 2020). En tal sentido, La ansiedad puede describirse, como una sensación de alerta constante del organismo

a causa de un riesgo para su integridad corporal o psicológica, cuyo motivo es inyectarle el poder de permitirle huir o combatir (Franco, 2020).

### **Características clínicas.**

Rodríguez (2008) afirma que los trastornos de ansiedad pueden dividirse en tres categorías sintomatológicas:

#### **Síntomas fisiológicos.**

Son los siguientes:

1. Sistema nervioso: Cefalea, mareos, dificultades visuales, pérdida de memoria.
2. Sistema nervioso simpático: Sudoración, boca seca, sofocos, escalofríos.
3. Sistema cardiovascular: Taquicardia, nerviosismo, presión arterial alta, opresión en el pecho.
4. Sistema locomotor: Tensión muscular (especialmente dolor de espalda, dolor o rigidez en las articulaciones), temblores, hormigueo, entumecimiento, dificultad de coordinación, fatiga o debilidad de los músculos.

#### **Síntomas cognitivos.**

Ansiedad intensa y persistente; miedo o temor irracional, desproporcionado y sin razón; (anticipación de la proximidad de la catástrofe); miedo a las condiciones amenazantes; recurrencia de la mente negativa, irracional y desordenada (distorsiones de ideas); deterioro del rendimiento intelectual, tales como la atención, el conocimiento, toma de decisiones, pérdida de confianza, sentirse impotente o fuera de control del entorno, sentimientos de insuficiencia, incompetencia y confusión (Rodríguez, 2008).

**Síntomas motores.**

El individuo se vuelve lento, irritable, hiperactivo con movimientos repetitivos, estos comportamientos mantienen al individuo aislado y retraído ante la sociedad, así como los comportamientos que amenazan la salud, como fumar, abusar del alcohol o de las drogas, comer compulsivamente, etc. (Rodríguez, 2008).

**Clasificación de diagnóstico.**

En la actualidad, el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, publicado a través del APA (2013), informó que es el manual de categoría número uno más usado por los psicoterapeutas e investigadores para los problemas sobre salud mental. Esta guía cubre los siguientes tipos de ansiedad.

**Fobia específica.**

Se caracteriza por una preocupación o temor intenso y persistente ante un escenario o acontecimiento seleccionado. En la primera infancia, este miedo también se puede convertir en rabieta, mimos y llantos descontrolados. En el caso de los adultos con esta dolencia, la tensión suele ser abrumadora o injustificada (APA, 2013).

**Trastorno de ansiedad social o fobia social.**

Este trastorno es caracterizado por un miedo persistente e intenso al entorno o a la actividad pública debido al pánico o a la vergüenza. Este tipo de condiciones pueden ayudar a sostener la ansiedad en dosis altas o rehuir de ella. Algunas personas con trastorno de ansiedad social comienzan a preocuparse intensamente e incluso a entrar en pánico cuando piensan en situaciones que les preocupan (APA, 2013).

**Trastorno de pánico.**

Se caracteriza por la aparición de síntomas agudos o leves tales como:

Pulsaciones aceleradas del corazón, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo, asfixia, opresión o dolor en la parte del pecho, náuseas o dolor de vientre, inestabilidad corporal, mareos o desmayos, sensación de irrealidad y temor a la muerte (APA, 2013).

### **Trastorno obsesivo.**

Caracterizado por obsesiones y compulsiones que parecen repetitivas, intensas y graves. Las obsesiones y compulsiones son comunes y se consideran difíciles de tratar cuando estas interfieren en las actividades diarias del sujeto causando estrés y trastornos emocionales, sometiendo al sujeto a diversas dificultades entre ellas volviéndolo incapaz hasta para expresarse (APA, 2013).

### **Trastorno de ansiedad generalizada.**

Las principales características son la excesiva ansiedad y preocupación durante un período de seis meses. La profundidad, duración y frecuencia de sus manifestaciones de ansiedad y preocupación son desproporcionadas y pueden tener consecuencias dependiendo de la situación o evento (APA, 2013).

### **Trastorno postraumático por estrés.**

Caracterizado esencialmente por tensión postraumático, los síntomas particulares aparecen después de vivencias perturbadoras y extremadamente exigentes en las que una persona participa en un evento asociado que amenaza su existencia. Las personas suelen experimentar eventos traumáticos e incluso pesadillas en las que se reproducen actividades o grados excesivos de tensión en presencia de situaciones o elementos incomparables que representan un acontecimiento traumático (APA, 2013).

**Modelos teóricos.**

Las manifestaciones del miedo encarnan respuestas empíricas, corporales, conductuales y cognitivas y se caracterizan por diversos momentos de agitación. Hay muchas definiciones de modelos teóricos utilizados. Por lo tanto, las teorías sugieren que incluyen respuestas emocionales, multidimensionales, fenomenológicas y adaptativas (APA, 2013).

**Modelos conductuales.**

Una de las máximas teorías para dar una explicación al desarrollo de fobias y problemas de tensión es el condicionamiento clásico o pavloviano. La respuesta de ansiedad o preocupación se manifiesta como una reacción de miedo condicionado a un estímulo imparcial (CS) en términos de un estímulo negativo (EI). Los componentes anteriores cambiaron con la ayuda de los experimentos de Pávlov y adaptados en los experimentos de Watson y Rayner para mostrar cómo había desaparecido la fobia a la adolescencia de Cover, pero no es realmente considerable, porque indica fallos aparentes dentro de la interpretación de los fenómenos de tensión-Miedo. Sin embargo, ha surgido como una base crucial para expresiones teóricas posteriores (Sosa y Capafóns, 2015).

Después de unos años, Seligman (1971) añadió modificaciones a la teoría del condicionamiento clásico, demostrando que existe una tendencia orgánica a producir selectivamente el miedo ante aquellos estímulos dentro de un entorno peligroso para la supervivencia de la especie, ejemplo es la fobia a los estímulos visuales o auditivos, donde la fobia observa específicamente el peligro y por tanto actúa a distancia. La ansiedad posee un rol muy relevante para el estado de alerta en situaciones de emergencia. Por otro lado, los estímulos hostiles de tipo táctil, gustativo u olfativo son generalmente menos amenazantes y peligrosos porque actúan sobre los humanos a

distancias cortas, promoviendo la activación visceral manifestada por una sensación de temblores y malestares estomacales, etc., pero no tiene relación con la ansiedad o miedo.

### **Modelos cognitivos.**

En la década siguiente a los años sesenta, los modelos cognitivos comenzaron a tomar una mayor importancia dentro del área de la psicología, dando lugar a una técnica cognitiva. Las fórmulas de Beck (1976) prestan atención a los procesos de presión y afrontamiento, destacando lo importante de las capacidades cognitivas. Siendo su principal contribución cognitiva, los modelos estímulo-respuesta utilizados para dar una explicación a la tensión. Así, la capacidad cognitiva emerge entre la declaración de la reacción aversiva y la reacción de tensión expresada por medio del individuo.

Del mismo modo, Clark y Beck (2012) manifiestan que el individuo puede comprender el escenario, compararlo y examinar su impacto. Cuando este resultado final de la evaluación es amenazante, desencadena respuestas de ansiedad mediadas por otros procedimientos cognitivos. En su intensidad, las condiciones comparables conducen a respuestas de miedo. Las situaciones que provocan una respuesta de miedo más potente generalmente se evitan, y la visualización de esas condiciones inspira una respuesta de miedo incluso de su ausencia; esto podría definirse de muchas maneras, pero se cree comúnmente que las reacciones se deben a las intenciones privadas o a la interpretación de un escenario.

### **Modelo cognitivo – conductual (MCC).**

La aparición de este modelo está relacionada con Bowers (1973), Endler y Magnusson (1976) que combinaron los aportes de los procedimientos cognitivos conductuales. Así, el comportamiento puede decidirse a partir de la interacción entre



los rasgos del hombre o la mujer, de la situación y el estado de cosas subyacentes. Hay varios elementos que intervienen en la técnica y que no tienen que ir más allá de la ruta de la indagación. Se trata de las versiones cognitivas (mente, creencias, reflexiones, etc.) y de las versiones contextuales (estímulos discriminativos que desencadenan en el comportamiento). En consecuencia, la ansiedad no se considera ahora un rasgo de la persona, sino un criterio multidimensional, con situaciones en determinadas regiones que contrastan con el rasgo de la persona. Esto dio un impulso ascendente a la teoría de la interacción.

### **Dimensión de la ansiedad.**

Lee (2020) se fundamentó en literatura especializada para establecer la medición operacional de la ansiedad de manera unidimensional sustentadas en miedo y ansiedad (APA, 2013; Barlow, 1991; Cosmides & Tooby, 2000; Ekman, 2003; Ohman, 2000). Para ello, conformó los indicadores considerando síntomas como resultado de pensar o estar expuesto a información constante sobre el coronavirus, siendo los indicadores inmovilidad tónica, alteraciones del sueño, problemas estomacales, mareos y pérdida de apetito (Franco, 2020).

### **2.3. Definición conceptual de la terminología empleada**

1. Depresión: También considerado como tristeza, perdida el interés al realizar la mayoría de las actividades, etc. (APA, 2013).
2. Distimia: Trastorno conductual crónico caracterizado por un estado de ánimo depresivo crónico que dura numerosos días y que se prolonga al menos durante años (APA, 2013).
3. Ansiedad: Se considera una emoción que se distingue por la presencia de pensamientos involucrados y ajustes corporales junto con el aumento de la

presión arterial, sudoración, mareos, temblores o latidos rápidos del corazón (APA, 2020).

4. COVID-19: Es una enfermedad contagiosa a causa del virus SARS-CoV-2 o coronavirus (Organización Mundial de la Salud, 2020).

**CAPÍTULO III**  
**MARCO METODOLÓGICO**

### 3.1. Tipo y diseño de la investigación

#### 3.1.1. Tipo

El informe de investigación es correlacional en el sentido que su razón de ser es reconocer la correlación o afiliación de las clases o variables de la muestra. En cuanto a la muestra, se evalúa la presencia de los fenómenos que desea ordenar y posteriormente se correlaciona utilizando técnicas estadísticas como también, análisis de correlación (Hernández y Mendoza, 2018).

#### 3.1.2. Diseño

El presente informe de investigación es no experimental y transversal, descrito como indagación, donde no se manipulan ninguna de las variables, teniendo como objetivo describir y analizar los niveles de las variables a evaluar (Hernández y Mendoza, 2018).

### 3.2. Población y muestra

#### 3.2.1. Población

Está constituida por un total de 861 pobladores adultos en general residentes en la Urbanización San Fernando.

#### 3.2.2. Muestra

Quedo formada por 267 pobladores, donde dicha cantidad fue calculada mediante la fórmula de tamaño de muestra, con una confiabilidad del 95%.

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \quad \text{donde} \quad n_0 = \frac{Z^2}{4E^2}$$

*Nota:* n= tamaño de la muestra; N = tamaño del universo; n<sub>0</sub> = tamaño de la muestra sin ajustar; E= error (5%); Z = valor de la distribución normal

**Tabla 1***Características sociodemográficas de la muestra*

		f	%
Género	Masculino	160	59.9
	Femenino	107	40.1
	Total	267	100
Edad	20 – 24	13	4.9
	25 – 29	49	18.4
	30 – 34	67	25.1
	35 – 39	44	16.5
	40 – 44	48	18.0
	45 – 50	46	17.2
	Total	267	100
	Estado civil	Soltero	169
Casado		54	20.2
Viudo		33	12.4
Divorciado		11	4.1
Total		267	100
Grado de instrucción	Primaria	9	3.4
	Secundaria	89	33.3
	Superior incompleta	107	40.1
	Superior completa	62	23.2
	Total	267	100

En la tabla 1, se identifican las características sociodemográficas de la muestra estudiada, las cuales son 59.9% son de género masculino y 40.1% es femenino; en cuanto a edad, 25.1% tienen edades entre 30 y 34 años, 18.4% entre 25 y 29 años, 18% entre 40 y 44 años, 17.2% entre 45 y 50 años y 4.9% entre 20 y 24 años; en lo relacionado al estado civil, 63.3% son solteros, 20.2% son casados, 12.4% son viudos (as) y 4.1% son divorciados; en cuanto al grado de instrucción 40.1% tienen estudios superiores incompleto, 33.3% tienen estudios de nivel secundaria, mientras que el

23.2% tiene educación superior completa y 3.4% presentaron grado de instrucción primaria.

### **3.2.3. Criterios de inclusión**

- a) Pobladores con edades entre 18 y 55.
- b) Pobladores que residan por más de un mes en la Urbanización San Fernando.
- c) Pobladores que desean participar libremente del estudio.

### **3.2.4. Criterios de exclusión**

- a) Pobladores menores de 18 años o mayores de 55 años.
- b) Pobladores que no residan en la Urbanización San Fernando.
- c) Pobladores que residan menos de un mes en la Urbanización San Fernando.
- d) Pobladores que no deseen participar en el estudio.

## **3.3. Hipótesis**

### **3.3.1. Hipótesis general**

**H<sub>g</sub>**: La depresión se correlaciona significativamente con la ansiedad ante el COVID-19 en los pobladores de la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho.

**H<sub>0</sub>**: La depresión no se correlaciona significativamente con la ansiedad ante el COVID-19 en los pobladores de la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho.

### **3.3.2. Hipótesis específicas**

**H<sub>e1</sub>**: Hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la depresión según el género de los pobladores.

**H<sub>0</sub>:** No hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la depresión según el género de los pobladores.

**H<sub>e2</sub>:** Hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la depresión en función a la edad en los pobladores.

**H<sub>0</sub>:** No hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la depresión en función a la edad en los pobladores.

**H<sub>e3</sub>:** Hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la depresión según su estado civil de los pobladores.

**H<sub>0</sub>:** No hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la depresión según su estado civil de los pobladores.

**H<sub>e4</sub>:** Hay diferencias estadísticamente significativas al comparar depresión según el nivel educativo de los pobladores.

**H<sub>0</sub>:** No hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la depresión según el nivel educativo de los pobladores.

**H<sub>e5</sub>:** Hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 según el género de los pobladores.

**H<sub>0</sub>:** No hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 según el género de los pobladores.

**H<sub>e6</sub>:** Hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 en función a la edad en los pobladores.

**H<sub>0</sub>:** No hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 en función de la edad en los pobladores.

**H<sub>e7</sub>:** Hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 según su estado civil de los pobladores.

**H<sub>0</sub>:** No hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 según su estado civil de los pobladores.

**H<sub>es</sub>:** Hay diferencias estadísticamente significativas al comparar ansiedad ante el COVID-19 según el nivel educativo de los pobladores.

**H<sub>0</sub>:** No hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 según el nivel educativo de los pobladores.



### 3.4. Variables - Operacionalización

**Tabla 2**

*Operacionalización - variable depresión.*

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Ítems	Escala de medición
Depresión	Trastorno mental caracterizado por etapas de ánimo melancólico y sentimientos de tristeza asociada a cambios del comportamiento y pensamientos (Organización Mundial de la Salud, 2017)	Se obtiene mediante la sumatoria de los puntos obtenidos por cada ítem considerando rangos y niveles del <i>Inventario de Depresión de Beck II</i> Beck et al. (1996)	Unidimensional Somático-afectivo-cognitivo	1, 2, 3	Ordinal
				4, 5, 6	
				7, 8, 9	
				10, 11, 12	
				13, 14, 15	
				16, 17, 18	
19, 20, 21					

**Tabla 3***Operacionalización - variable ansiedad ante la COVID-19*

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Ítems	Escala de medición
Ansiedad	Estado emocional temporal representado por una manera negativa de ver las cosas que termina afectando la habilidad para tomar decisiones importantes (Vivanco et al., 2020)	Se obtiene mediante la sumatoria de los puntos obtenidos por cada ítem considerando rangos y niveles de la <i>Escala de Ansiedad de Lee</i> (2020)	Unidimensional Miedo y ansiedad	1	Ordinal
				2	
				3	
				4	
				5	

### **3.5. Método y técnica de investigación**

#### **3.5.1. Método**

Son las diversas etapas que se llevan a cabo para realizar una investigación cuyo objetivo es confirmar o rechazar las hipótesis planteadas (Hernández et al., 2014).

#### **3.5.2. Técnica**

Representado por la forma como el investigador utiliza la herramienta de recolección de datos a una población ya determinada (Orellana y Sánchez, 2006). En este estudio se recolecto los datos a través de las encuestas virtuales (Formularios de Google), medio que se ha vuelto muy necesario en estos acontecimientos debido a la pandemia.

#### **3.5.3. Instrumentos de investigación**

##### **Inventario de Depresión de Beck II.**

Elaborado por Beck et al. (1996) el instrumento consta de un total de 21 reactivos, además está diseñado con el fin de hallar la gravedad de los síntomas depresivos en individuos mayores de 13 años. Se presentan cuatro opciones, divididas en categorías de menor a mayor gravedad.

Este inventario es usado de manera individual y colectiva. En cuanto a las condiciones de puntuación, se califica de 0 a 3 dependiendo de la función de la opción seleccionada, y sumando los puntos para todos los ítems, se puede obtener un puntaje total de 0 hasta 63.

Con respecto a la interpretación del BDI esta se inspira con frecuencia en normas o clasificaciones de reducción descritas con la ayuda de categorías excepcionales, la gravedad de los signos y síntomas depresivos. El Manual del BDI-II recomienda los siguientes umbrales: 0 - 13 para la depresión mínima, 14 - 19 para la

depresión leve, 20 - 28 para la depresión moderada y 29 - 63 para la depresión grave (Beck et al., 1996).

### **Validación del instrumento.**

Beck et al. (1996) manifestaron que la relevancia del inventario se ha encontrado que el BDI-II se ha extendido debido a que sus ítems incorporan todos los criterios diagnósticos del DSM-IV, lo cual es una de las críticas a la comprobación de la relevancia. En tal sentido el inventario tiene validez convergente, en cuanto a las comorbilidades, se encontró que las correlaciones entre el BDI-II y otras medidas de depresión oscilaba la correlación entre 0.55 y 0.96; mientras que las que no presentaban problemas las correlaciones oscilaban entre 0.50 y 0.73. Se halló correlaciones con la *Escala de Depresión de Hamilton (Ham-D)* en pacientes con problemas mentales, siendo las correlaciones 0.61 y 0.86; así como con la *Escala de Depresión Auto Aplicada de Zung (SDS)* oscilando las correlaciones entre 0.57 – 0.86; también con el *Cuestionario de Noventa Síntomas (SCL -90)* presentando correlaciones de 0.76; inclusive con el *Inventario Multifásico de Personalidad-Escala de Depresión de Minnesota (MMPI-D"*; siendo las correlaciones de 0.60; mientras que con la *Escala de desesperanza de Baker (BHS)*; la correlación se encuentra entre los 0.60.

En el Perú, Barreda (2019) realizó una evaluación psicométrica y actualizó la herramienta para la exactitud del contenido y la sometió a criterio de jueces o expertos para su evaluación, donde participaron 5 psicólogos especializados. El número de precisión del contenido V de Aiken fue 0.99 donde se obtuvo un 100% de elementos válidos. Con el fin de determinar la validez estructural se usó la prueba completa de Meyer – Kaiser - Olkin ( $KMO = 0.95$ ), Bartlett ( $\chi^2 = 3603.2$ ,  $p < 0.001$ ) con el test de esfericidad de Bartlett, aceptando el estudio de datos del BID II para la muestra del

estudio, obteniéndose que la depresión se media con un solo factor, siendo unidimensional.

#### **Confiabilidad del instrumento.**

Beck et al. (1996) refirieron haber obtenido una consistencia interna mediante alfa de Cronbach alcanzando un 0.87 en el coeficiente alfa para el BDI y de 0.92 para el BDI-II, tras evaluar a 500 pacientes externos en psiquiátrica. La fiabilidad test-retest a intervalos semanales breves osciló entre 0.81 y 0.83 (Beck et al., 1996).

Mientras tanto, Barreda (2019) evaluó a 400 pacientes ambulatorios de un hospital psiquiátrico de Lima, donde evidenció una consistencia interna con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.93, en el que confirmó una muy buena consistencia interna, al igual que las investigaciones realizadas en diferentes entornos.

#### ***Escala de Ansiedad por Coronavirus (Lee, 2020).***

Fue compilado inicialmente en el idioma inglés por Sherman A. Lee (2020), quien ha escrito artículos documentales del miedo y ansiedad. Para calificar los síntomas en relación con la revisión o exposición a la información del (COVID-19) esta escala cuenta con 5 reactivos.

Cada puntuación se encuentra en una escala de cinco puntos para manifestar la frecuencia de los signos y síntomas, empezando por 0 (ninguno) hasta cuatro (casi todos los días) a lo largo de las dos semanas siguientes. La puntuación más baja posible es cero y la mejor puntuación posible es 20, lo que indica que cuanto más alta sea la puntuación, mayor será la ansiedad relacionada con la COVID-19.

#### **Validación del instrumento.**

Lee (2020) mediante validez de construcción y en base al análisis de componentes confirmados del modelo único ( $\chi^2(5) = 12.40$ , CFI = 0.998, TLI = 0.996). Donde el índice ajustado por los errores de correlación se confirmó, con la pregunta

número 4 "Pierdo las ganas de comer cuando me encuentro, leyendo o tomando nota de los registros sobre el coronavirus" y la pregunta número 5 "Siento náuseas o dolor mientras me pregunto o tomo nota de los registros sobre el coronavirus", que pueden estar asociados con la indigestión. El modelo original tiene una carga factorial que oscilan entre los 0.74 a 0.88 y siendo el elemento con la carga factorial inferior, que se define por un coeficiente de varianza del 55% (Franco, 2020).

Evaluando la invarianza de acuerdo con el género del encuestado, donde se obtuvo un ajuste satisfactorio, demostró que, tanto para las mujeres como para los hombres, el perfil se representó utilizando una única variable latente. Al mismo tiempo, la evaluación de la invarianza del grado como característica de la edad mostró que los grupos entre los 17 - 59 años logran mantener la estructura de emisión idéntica (Franco, 2020).

#### **Confiabilidad del instrumento.**

La fiabilidad de la escala quedó comprobada mediante el coeficiente omega de McDonald (1999); un estadístico base para evaluar la consistencia interna de la versión auténtica, evidenciando una fiabilidad excesiva de .81 (Franco, 2020).

### **3.6. Procesamiento de datos**

El análisis de datos debe recopilar primero toda la información de acuerdo con la aplicación del instrumento para cada variable, luego se codifica la información, para después procesar los datos y evaluarlo utilizando la tabla de distribución de frecuencia, para cumplir con los objetivos propuestos. En cuanto al análisis estadístico, los datos adquiridos han sido sometidos al estadístico SPSS - versión 22. El programa nos permite calcular la información descriptiva e inferencial relacionada con las hipótesis y objetivos del estudio, ofrecida íntegramente en tablas estadísticas, mediante las cuales se comprobaron las hipótesis del estudio.

## **CAPÍTULO IV**

# **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS**

#### 4.1. Resultados descriptivos de las dimensiones con la variable

**Tabla 4**

*Medidas descriptivas de la variable depresión*

	Depresión
Media	6.52
Desv. Tip.	5.986

En la tabla 4, se puede apreciar que el valor de la media es de 6.52, presentando una desviación estándar de 5.986, para la depresión.

**Tabla 5**

*Frecuencias y porcentajes de los niveles de la variable depresión*

Niveles	f	%
Mínima	234	87.6
Leve	19	7.1
Moderada	10	3.7
Severa	4	1.5
Total	267	100

*Nota:* fi = frecuencia acumulada.

En la tabla 5, se observa que, del total de participantes, el 1.5% (4) presentó depresión severa, el 3.7% (10) depresión moderada, el 7.1% (19) depresión leve y el 87.6% (234) consiguieron un nivel mínimo en depresión.

**Tabla 6**

*Medidas descriptivas de la variable ansiedad ante la COVID-19*

	Ansiedad ante el COVID-19
Media	1.57
Desv. Tip.	1.499

En la tabla 6, es posible apreciar que el valor de la media es de 1.57, y cuenta con una desviación estándar de 1.499, para la ansiedad ante la COVID-19.



**Tabla 7***Frecuencias y porcentajes de los niveles de la variable ansiedad ante el COVID-19*

Niveles	f	%
Mínima	255	95.5
Leve	10	3.7
Moderada	2	7
Severa	0	0
Total	267	100

*Nota:* fi = frecuencia acumulada.

En la tabla 7, se evidencia que toda la muestra, el 7% (2) presento una ansiedad moderada, el 3.7% (10) ansiedad leve, y el 95.5% (255) obtuvieron un nivel de ansiedad mínima.

#### **4.1.1. Prueba de normalidad de las variables**

**Tabla 8***Análisis de normalidad - variable ansiedad ante la COVID-19*

	Ansiedad ante la COVID-19	Depresión
Z de Kolmogórov-Smirnov	.537	.508
Significancia ( $p$ ).	.000	.000

La tabla 8, identifica los resultados respecto a la prueba de Kolmogórov-Smirnov, determinando la distribución de las variables. Es posible observar que el valor de prueba de la variable depresión es de .508 y para la ansiedad ante la COVID-19 fue de .537 alcanzando en ambos casos que el nivel de significancia ( $p$ ) fue de .000, el cual es menor al valor nominal de .005, por lo tanto, existe suficiente evidencia estadística de que los datos hallados no están cerca de una distribución normal, para el cual se justifica el uso de la prueba no paramétrica Rho de Spearman, al hallarse que la distribución de las puntuaciones es no normal.

## 4.2. Contrastación de hipótesis

Para determinar la correlación entre ambas variables, se usó el coeficiente de correlación Rho de Spearman.

**Tabla 9**

*Medidas de correlación entre depresión y ansiedad ante la COVID-19*

		Ansiedad ante el COVID-19
	Rho	.102
Depresión	<i>p</i>	.096
	N	267

*Nota:* rho = coeficiente de correlación de Spearman, p = significancia de la estadística.

Respecto a la tabla 9, se observa que la variable depresión no se halló relación significativa (Rho = .102; p = .096 > .05) con la variable ansiedad ante la COVID-19. Por consiguiente, la hipótesis nula (Ho) es aceptada y por ende, la hipótesis alternativa se rechaza.

**Tabla 10**

*Descripción de las diferencias de la variable depresión según el género*

Variable	Género	n	Rango Promedio	Z	U de Mann- Whitney	p
Depresión	Masculino	160	136.27	-.592	8197.000	.554
	Femenino	107	130.61			
	Total	267				

*Nota:* n = muestra, p = significancia estadística.

En cuanto a la tabla 10, se observa mediante la prueba “U” de Mann – Whitney la diferencia encontrada en un grupo de pobladores según género para la variable depresión, reportándose que no existe diferencia estadísticamente significativa entre varones y mujeres (U = 8197.0; p = .554 > .05). Por tanto, la hipótesis nula (Ho) es aceptada.

**Tabla 11**

*Descripción de las diferencias de la variable depresión según la edad*

Variable	Edad	N	Rango Promedio	gl	Kruskal-Wallis $X^2$	p
Depresión	20 -24	13	169.77	5	8.738	.120
	25 – 29	49	153.96			
	30 - 34	67	124.61			
	35 – 39	44	121.63			
	40 – 44	48	135.30			
	45 - 49	46	126.78			

*Nota:* n = muestra,  $X^2$  = chi-cuadrado, p= significancia estadística.

En la tabla 11, se observa la comparación en el grupo de pobladores según la edad respecto a la depresión, mediante la prueba de Kruskal-Wallis, determinándose la no existencia de diferencia estadísticamente significativa ( $X^2 = 8.738$ ;  $p = .120 > .05$ ). Por ende, la hipótesis nula ( $H_0$ ) es aceptada, rechazándose la hipótesis alternativa.

**Tabla 12**

*Descripción de las diferencias de la variable depresión según el estado civil*

Variable	Estado civil	n	Rango promedio	gl	Kruskal-Wallis $X^2$	p
Depresión	Soltero	169	133.70	3	7.866*	.049
	Casado	54	117.98			
	Divorciado	33	144.77			
	Viudo	11	184.86			
	Total	267				

*Nota:* n = muestra,  $X^2$  = chi-cuadrado, p = significancia estadística. p = \*significancia al .05

En la tabla 12, es posible apreciar la comparación en un grupo de personas considerando el estado civil respecto a la depresión, en relación a la prueba de Kruskal-Wallis determinando que existe diferencia estadísticamente significativa ( $X^2 = 7.866^*$ ;  $p = .049 < .05$ ). Entonces, se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ).

**Tabla 13**

*Descripción de las diferencias de la variable depresión según el nivel educativo*

Variable	Nivel Educativo	N	Rango promedio	gl	Kruskal-Wallis $\chi^2$	p
Depresión	Primaria	9	123.17	3	.442	.931
	Secundaria	89	135.39			
	Superior incompleta	107	136.00			
	Superior completa	62	130.11			
	Total	267				

*Nota:* n = muestra,  $\chi^2$  = chi-cuadrado, p = significancia estadística.

En base a la tabla 13, se determina la comparación según el nivel educativo en un grupo de pobladores respecto a la depresión, mediante la prueba de Kruskal-Wallis determinándose la no existencia de diferencia estadísticamente significativa ( $\chi^2 = .442$ ;  $p = .931 > .05$ ). Se concluye que, la hipótesis nula ( $H_0$ ) se acepta y la hipótesis alternativa será rechazada.

**Tabla 14**

*Descripción de las diferencias de la variable ansiedad según el género*

Variable	Género	N	Rango Promedio	Z	U de Mann-Whitney	p
Ansiedad	Masculino	160	136.65	-.754	8136.000	.451
	Femenino	107	130.04			
	Total	267				

*Nota:* n= muestra, p = significancia estadística.

En la tabla 14, es posible observar lo reportado por los hallazgos en la prueba “U” de Mann – Whitney determinándose la no existencia de diferencia significativa en un grupo de pobladores según el género respecto a la ansiedad ante la COVID-19. ( $U = 8136.0$ ;  $p = .451 > .05$ ). Por tanto, la hipótesis nula ( $H_0$ ) es aceptada y rechazada la hipótesis alternativa.

**Tabla 15***Descripción de las diferencias de la variable ansiedad según la edad*

Variable	Edad	N	Rango Promedio	gl	Kruskal-Wallis $\chi^2$	p
Ansiedad	20 -24	13	97.31	5	13.034*	.023
	25 – 29	49	160.05			
	30 - 34	67	138.69			
	35 – 39	44	120.23			
	40 – 44	48	131.78			
	45 – 49	46	125.27			
	Total	267				

*Nota:* n = muestra,  $\chi^2$  = chi-cuadrado, p = significancia estadística. p = \*significancia al .05

En cuanto a la tabla 15, se aprecia la comparación respecto a la variable ansiedad ante la COVID-19, considerando la edad, mediante la prueba de Kruskal-Wallis determinándose la existencia de diferencia significativa en un grupo de pobladores ( $\chi^2= 13.034^*$ ;  $p= .023^* < .05$ ). Entonces, se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la nula ( $H_0$ ).

**Tabla 16***Descripción de las diferencias de la variable ansiedad según el estado civil*

Variable	Estado civil	n	Rango promedio	gl	Kruskal-Wallis $\chi^2$	p
Ansiedad	Soltero	169	137.55	3	7.859*	.049
	Casado	54	115.12			
	Divorciado	33	133.47			
	Viudo	11	173.77			
	Total	267				

*Nota:* n = muestra,  $\chi^2$  = chi-cuadrado, p = significancia estadística. p = \*significancia al .05

En la tabla 16, se evidencia la comparación respecto a la ansiedad ante la COVID-19 considerando el estado civil mediante la prueba de Kruskal-Wallis determinándose la existencia de diferencia estadísticamente significativa ( $\chi^2= 7.859^*$ ;  $p = .049 < .05$ ). Por ende, se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la nula.

**Tabla 17**

*Descripción de las diferencias de la variable ansiedad según el nivel educativo*

Variable	Nivel Educativo	N	Rango promedio	gl	Kruskal-Wallis $X^2$	p
Ansiedad	Primaria	9	134.33	3	5.936	.115
	Secundaria	89	148.65			
	Superior incompleta	107	126.86			
	Superior completa	62	125.25			
	Total	267				

*Nota:* p= significancia estadística, n= Muestra,  $X^2$  = Chi-cuadrado.

Finalmente, en la tabla 17, podemos observar la comparación de la ansiedad ante el Covid 19 en un grupo de pobladores considerando el nivel educativo mediante la prueba de Kruskal-Wallis determinándose la no existencia de diferencia estadísticamente significativa ( $X^2 = 5.936$ ;  $p = .115 > .05$ ). Entonces, la hipótesis nula ( $H_0$ ) es aceptada.

**CAPÍTULO V**  
**DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y**  
**RECOMENDACIONES**

## 5.1. Discusiones

El presente estudio tuvo como propósito determinar la relación entre las variables; depresión y ansiedad ante la COVID-19 en los pobladores de la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho. Los resultados en cuanto al objetivo general evidenciaron establecieron que no se halló relación significativa ( $Rho = .102$ ;  $p = .096 > .05$ ) entre depresión y ansiedad ante la COVID-19. Indicando que ambas variables son independientes. Los resultados coinciden con los hallazgos de Velastegui y Nevárez (2017) en Ecuador, quienes, al trabajar con pacientes con enfermedades crónicas en población laboralmente activa atendidos en el Hospital General Riobamba, no hallaron asociación entre la ansiedad y depresión.

Sin embargo, no coinciden con los resultados de Castro (2021) en Lima, con personal de salud del área de emergencia no COVID-19 del Hospital Nacional Hipólito Unanue al concluir que la fuerte ansiedad se asociaba a una alta depresión; de igual manera con lo hallado por Loayza (2021) en Arequipa, donde la presencia de ansiedad en pacientes diagnosticados con la COVID-19, se vinculada a la prevalencia de depresión; inclusive con los resultados de Carpio (2021) en Cuzco, con el personal de la Backus durante la pandemia por Covid 19 en quienes la ansiedad se vinculaba a la prevalencia de sintomatología de depresión; también con los hallazgos de Cruz y Monzón (2021) en Cajamarca, donde los efectivos policiales del departamento de unidades especializadas de Cajamarca, evidenciando que a mayor depresión la ansiedad era elevada; asimismo, Correa (2021) en Trujillo, los pacientes atendidos en el policlínico Multiservicios Médicos Galenos E.I.R.L manifestaron prevalencia de depresión asociándose a una alta tasa de ansiedad. Es posible afirmar que los participantes presentan de manera relativa síntomas como tristeza, desesperación e impotencia ante las exigencias de la vida y un complejo de señales cognitivas, motoras



y somáticas como refiere Alberdi et al. (2006), sin embargo, ello no se asocia con sensaciones de alerta constante del organismo a causa de un riesgo para su integridad corporal o psicológica, asumiendo de manera relativa comportamientos de huida o afrontamiento (Vivanco et al., 2020). En tal sentido en los participantes ambas variables son independientes.

De la misma forma, con lo hallado por Olabarrera (2020) en Cusco, en pacientes hospitalizados del Hospital Regional del Cusco, donde a mayor prevalencia de depresión, la ansiedad era más elevada; inclusive con pacientes oncológicos cuya ansiedad se vinculaba con la depresión demostrado por Jaimes et al. (2020) en Colombia; también con el caso de gestantes donde la ansiedad se asoció a la manifestación de depresión en este grupo de mujeres durante el proceso de gestación, datos evidenciados por Osma et al. (2019) en Colombia; también con grupo de pacientes afectados por diabetes tipo 2, en quienes la ansiedad se asociaba aunque de manera tangencial con la sintomatología depresiva, acorde a lo investigado por Guamanquishpe y Parra (2019) en Ecuador.

De la misma manera con los resultados de Guevara (2018) en Ecuador, quienes indicaron que cuanto mayor ansiedad sufran los pacientes esta se asociaba a la prevalencia de depresión. Es posible afirmar que los participantes presentan de manera relativa síntomas como tristeza, desesperación e impotencia ante las exigencias de la vida y un complejo de señales cognitivas, motoras y somáticas como refiere Alberdi et al. (2006), sin embargo, ello no se asocia con sensaciones de alerta constante del organismo a causa de un riesgo para su integridad corporal o psicológica, asumiendo de manera relativa comportamientos de huida o afrontamiento (Franco, 2020). En tal sentido en los participantes ambas variables son independientes.

Por otro lado, en cuanto a los niveles de depresión y ansiedad de parte de los pobladores, 87.6% (234) alcanzaron nivel mínimo en depresión, siendo corroborado por el promedio alcanzado de 6.52, señalando un mínimo nivel de depresión. Mientras que 95.5% (255) obtuvieron un nivel de ansiedad mínima, ratificado por la puntuación promedio del grupo fue de 1.57, indicando un nivel bajo en ansiedad ante la COVID-19. Encontrando similitud con los resultados de Correa (2021) en Trujillo, en pacientes atendidos en el policlínico Multiservicios Médicos Galenos donde 58% (87) de los pacientes presentan un nivel de mínima depresión, Además, el 76% (114) manifiestan un nivel ansiedad leve ante el COVID-19; de la misma forma con los de Jaimes et al. (2020) en Colombia donde pacientes oncológicos del Hospital Universitario de Santander. mostraron tasas más bajas para la ansiedad el 51% y la más baja en 46% de los participantes; de la misma manera con lo hallado por Guevara (2018) en Ecuador, en personas diagnosticadas con diabetes tipo 2, donde el estudio evidenció que la ansiedad leve tuvo la mayor prevalencia en 61%; inclusive con lo hallado por Velastegui y Nevárez (2017) en Ecuador, en pacientes con enfermedades crónicas, dando como resultado que 85.2% mostraron grado bajo para la ansiedad y el 38.8% para depresión.

Sin embargo, no existe similitud con los hallazgos de Castro (2021) en Lima, en personal de salud del área de emergencia no COVID-19 del Hospital Nacional Hipólito Unanue, evidenciando que 78.4% obtuvo ansiedad moderada y el 58.6% síntomas depresivos moderados; de la misma forma con el estudio de Loayza (2021) en Arequipa, en personal de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, diagnosticados de COVID-19, donde 59.87% (82) presentaron alta prevalencia de sintomatología de depresión y ansiedad; también con lo hallado por Carpio (2021) en Cuzco, en el personal de la Backus en la pandemia por COVID-19 revelando que

61.34% del personal presentó ansiedad moderada a grave y respecto a depresión se evidenció que 43.61% tiene depresión moderada/grave; también con lo encontrado por Osma et al. (2019) en Colombia en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca, reportando que 57% se ubicó en nivel alto de ansiedad y 50% nivel alto en depresión. Es posible percibir como refiere Beck (1967) que los pobladores no asuman mala comprensión de los eventos ambientales a las cuales se enfrentan a causa del COVID-19, logrando gestionar su estado emocional no cayendo en pensamientos y creencias negativas de ver las cosas de tal forma que no afecte la habilidad para tomar decisiones importantes (Vivanco et al., 2020),

En cuanto a la comparación de la depresión considerando el género en un grupo de pobladores de la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho, los datos hallados reportaron que no existió diferencia estadísticamente significativa entre varones y mujeres ( $U = 8197.0$ ;  $p = .554 > .05$ ), indicando que los niveles de depresión son similares y manejables en ambos grupos. Los hallazgos no presentan similitud con los resultados del estudio de Correa (2021) en Trujillo, quien encontró discrepancias estadísticas muy significativas en las puntuaciones de depresión ( $U = 1640.5$ ;  $p = .002$ ) de acuerdo con el sexo de los pacientes, siendo el sexo femenino el que obtuvo el mayor rango promedio ( $R_p = 83.07$ ); de la misma forma con lo hallado por Prieto-Molinari et al. (2020) en Lima, en adultos de Lima, en el periodo de aislamiento social, donde los resultados mostraron que se encontró diferencias en función del sexo, siendo el grupo femenino quienes presentan mayor prevalencia de depresión. Los participantes del estudio tanto varones como mujeres tienden a percibir los hechos ocurridos, regulando pensamientos y sentimientos. Afirmando lo expuesto por Beck (1976) quien refirió que los pensamientos influyen directamente en las emociones que se experimentan, afectando el comportamiento.

Respecto a la comparación respecto a la depresión en el grupo de pobladores de la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho considerando la edad, se halló que no existe diferencia significativa entre los pobladores de menor y mayor edad ( $X^2 = 8.738$ ;  $p = .120 > .05$ ). Señalando los resultados que la variable edad no es un factor asociado a la prevalencia de depresión en ambos grupos. Contrario a lo expuesto por Prieto-Molinari et al. (2020) en Lima, en adultos de Lima Metropolitana, durante el aislamiento social, quienes encontraron diferencias significativas en función al grupo etareo, donde los de mayor edad presentaban tendencia hacia la prevalencia en depresión. En cuanto a la edad no es un factor que se asocia con la depresión, donde los pobladores jóvenes y mayores tienden a regular emociones, como sentimientos de decaimiento y sintomatologías físicas y psicológicas, sin que interfieran en muchas áreas de su vida como afirma Romero (2010)

En cuanto a la comparación de la depresión en un grupo de personas residentes en la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho considerando el estado civil, se determinó la existencia de diferencia estadísticamente significativa ( $X^2 = 7.866$ ;  $p = .049 < .05$ ). Indicando que el grupo de pobladores divorciados y viudos tienden a sufrir de depresión respecto a los solteros y casados quienes logran manejar situaciones y no llegar a presentar sintomatología depresiva. Lo expuesto implica que el estado civil es un factor determinante de la depresión al lograr los pobladores manejar etapas de ánimo melancólico y sentimientos de tristeza asociada a cambios del comportamiento y pensamientos (OMS, 2017).

Asimismo, es posible evidenciar en la comparación en un grupo de personas residentes en la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho tomando en cuenta el nivel educativo se apreció la no existencia de diferencia estadísticamente significativa ( $X^2 = .442$ ;  $p = .931 > .05$ ). En tal sentido, el nivel educativo no es un factor

vinculante con la depresión. No pudiendo corroborarse los hallazgos de Prieto-Molinari et al. (2020) en Lima, en adultos de Lima Metropolitana, en el transcurso del periodo de aislamiento social quienes encontraron diferencias significativas en depresión considerando el nivel educativo, donde aquellos que detentaban mayor nivel educativo manejaban mejor la información acerca del COVID-19, no decayendo en depresión respecto a los de menor nivel educativo quienes eran afectados con mayor facilidad con sintomatología depresiva. En tal sentido, los pobladores al regular emociones y sentimientos ante el COVID-19, no llegan a presentar sintomatología depresiva mayor como dificultad para poder concentrarse, recordar o tomar decisiones, además de presentar insomnio, variaciones en la alimentación y pensamientos de suicidio como refiere Anxiety and Depression Association of America (2016).

Respecto a la ansiedad por el ante la Covid 19, que al compararse considerando el género, es posible observar lo reportado por los hallazgos que no existe diferencia significativa en el grupo de pobladores residentes en la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho ( $U= 8136.0$ ;  $p = .451 > .05$ ). Lo que indica que los participantes de ambos sexos logran manejar y afrontar situaciones vinculadas a información acerca de la acción del coronavirus en el contexto del país. No pudiéndose corroborar los resultados de Prieto-Molinari et al. (2020) en Lima, con adultos de Lima Metropolitana, en el periodo de aislamiento social, quienes encontraron discrepancias en función del sexo, donde los varones tendían a mostrarse más ansiosos que las mujeres; asimismo con lo hallado por Arce (2020) en Trujillo, en personal de salud profesional de áreas COVID, quien también halló diferencia significativa en función a género, donde el personal con ansiedad varones tendía asumir mayor comportamiento ansioso respecto a las mujeres ( $p>0.05$ ). Es así como los pobladores varones y mujeres tienden a afrontar situaciones amenazantes

regulando emociones limitando la sensación de angustia más allá de la presencia de pensamientos involucrados y ajustes corporales como fisiológicos como señala la American Psychiatric Association (APA, 2020).

En cuanto a la comparación de la ansiedad generada por información sobre el COVID-19, considerando los grupos de edad, determinándose la existencia de diferencia significativa en el grupo de pobladores residentes en la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho ( $X^2= 13.034^*$ ;  $p= .023^* < .05$ ). Donde aquellos de menor edad tienden a manejar los estados ansiosos que aquellos de mayor edad. Los hallazgos coinciden con los de Prieto-Molinari et al. (2020) en Lima, en adultos de Lima Metropolitana, durante el periodo de aislamiento social a causa del coronavirus, quienes hallaron que las personas de mayor edad tienden a ser más ansiosas que los de menor edad; de la misma manera con los resultados de Arce (2020) en Trujillo, donde el personal de salud de áreas COVID de mayor edad tendían a ser más ansiosos que los menores. Es posible afirmar que los pobladores jóvenes frente al COVID-19 como evento amenazante y sus consecuencias, no llegan a generar tensión postraumática, no presentando síntomas particulares después de vivencias perturbadoras y extremadamente exigentes en las que el evento del COVID-19 amenaza su existencia (APA, 2013), aspecto que en pobladores de mayor edad no logran regular tornándose aprehensivos ante cualquier información de la acción del coronavirus.

De igual manera fue posible determinar la existencia de diferencia significativa al comparar por estado civil la ansiedad ante la COVID-19 ( $X^2= 7.859^*$ ;  $p = .049 < .05$ ), donde los pobladores solteros y casados afrontaban con mayor resiliencia situaciones de ansiedad provocadas por la información diaria sobre la acción del coronavirus respecto a los divorciados y viudos quienes no gestionaban adecuadamente las

situaciones ansiosas. Los hallazgos presentan similitud con los resultados de Correa (2021) en Trujillo, al hallar discrepancias significativas en las puntuaciones de ansiedad ante el COVID-19 ( $\chi^2 = 8.694$ ;  $p = .013$ ) de acuerdo con el estado civil de los pacientes, siendo el grupo de convivientes el que alcanzó menor prevalencia de ansiedad, respecto a los divorciados; también con los de Arce (2020) en Trujillo, donde el personal de salud de áreas COVID casado tendía a presentar menor ansiedad que aquellos que son divorciados, tanto en el grupo con o sin ansiedad ( $p > 0.05$ ). En cuanto al estado civil, es posible afirmar que pobladores solteros y casados tienden a interpretar de manera positiva los fenómenos producidos por el COVID-19 y las informaciones que de ella emanan logrando manejar la tensión-miedo (Sosa y Capafóns, 2015) aspecto que no logran aquellos que son divorciados y viudos quienes presentan mayor estado de ansiedad ante la amenaza del COVID-19.

Mientras que ante la comparación de la ansiedad ante el COVID-19 en el grupo de pobladores residentes en la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho, considerando el nivel educativo, los resultados determinaron la no existencia de diferencia estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 5.936$ ;  $p = .115 > .05$ ). Equivaliendo ello que el nivel educativo no es fuente vinculante para la presencia y manejo de la ansiedad ante el COVID-19. Resultados que no corroboran lo hallado por Prieto-Molinari et al. (2020) en Lima, en adultos de Lima Metropolitana, en el transcurso del periodo de aislamiento, quienes encontraron diferencia en función del nivel educativo, donde los que tenían mayor nivel educativo presentaban menor ansiedad que aquellos con menor nivel educativo. Los resultados afirman lo expuesto por Clark y Beck (2012) donde independientemente del nivel educativo, los pobladores pueden comprender el escenario, compararlo y examinar el impacto en este caso del

Covid 19, que, al ser evaluada la situación amenazante, no logra desencadenar respuestas de ansiedad mediadas por otros procedimientos cognitivos.

Es necesario referir que los pobladores presentan grandes fortalezas en la capacidad de afrontar situaciones amenazantes que podrían generar depresión y ansiedad, no viéndose afectada la salud mental ante un evento amenazante proliferado por información diversa acerca del COVID-19. Esto podría explicarse a raíz de que la exposición al contagio por el virus del COVID-19 ha generado situaciones de miedo y temor, evidenciándose en ellos que los recursos personales y la energía se encuentran fortalecidas. Entre las limitaciones del estudio, pese a la relevancia de los resultados, se posible precisar que la medición de las variables depresión y ansiedad fueron obtenidos, luego de concluir las labores diarias, afectando los niveles de atención - concentración y prevalencia de cansancio, mediando al momento de responder los protocolos siendo una posible fuente de error que los pobladores hayan exacerbado información, donde el autoinforme puede llevar un sesgo en las respuestas.

Finalmente, se ha evidenciado un estudio que aporta evidencias acerca de patrones comportamentales que conllevan afrontar las adversidades que se asocian al COVID-19, sin embargo, cabe reconocer que la investigación se realizó en una muestra pequeña y que los resultados sólo pueden generalizarse a grupos humanos y contextos similares, mas no a una población mayor. Donde si bien, los datos obtenidos sirven, para someter a prueba postulados científicos, por otro, como indicadores comportamentales que indispensablemente tienen que derivar en beneficio del grupo de pobladores, con la firme convicción de que puedan traducirse en el fortalecimiento de los recursos personales de aquellos que manejan



adecuadamente los recursos personales como para reorientar aquellos pobladores que lo requieran.

## **5.2. Conclusiones**

1. Se determinó que no existe relación significativa entre depresión y ansiedad ante el COVID-19 en pobladores de la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho.
2. Los pobladores de la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho se orientaron hacia depresión mínima con el 87.6%.
3. Los pobladores de la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho se orientaron hacia una ansiedad mínima 95.5%.
4. Se identificó que no se encontró diferencia estadísticamente significativa en depresión considerando el género en los pobladores de la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho
5. Se determinó la no existencia de diferencia significativa en la población de la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho en función a la edad respecto a depresión.
6. Se identificó la existencia de diferencia significativa en la población de la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho en función al estado civil ante la variable depresión
7. Se comprobó la no existencia de diferencia significativa en depresión en la población de la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho en función al nivel educativo.
8. Se determinó que no existe diferencia significativa en la ansiedad ante la COVID-19, en la población de la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho en función al género.

9. Se identificó la existencia de diferencia significativa en la ansiedad ante la COVID-19 en la población en función a la edad en la población de la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho
10. Se comprobó la existencia de diferencia significativa en la ansiedad ante la COVID-19 en la población de la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho en función al estado civil.
11. Se demostró la no existencia de diferencia significativa en la ansiedad ante el COVID-19 considerando el nivel educativo en población de la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho.

### **5.3. Recomendaciones**

1. Para la directiva de la Urbanización San Fernando se recomienda seguir con la implementación de las diversas actividades que vienen realizando como; campeonatos de futbol, karate, vóley y cardio dance, así como también continuar incentivando al público a participar en dichos eventos, comunicándolos en las redes sociales.
2. Para la directiva de la Urbanización San Fernando se recomienda crear un área de bienestar emocional en su local comunal juntamente con la colaboración de la parroquia y posta médica, en las cuales puedan brindar una orientación y entrenamiento de diversas técnicas de relajación, para que el personal idóneo que reciba dicho entrenamiento pueda ayudar a la población en general que lo requiera.
3. Se recomienda a los pobladores que reportaron depresión y ansiedad en sus diversos niveles como; severa, moderada y leve acudir a un centro de salud cercano para solicitar una evaluación e intervención oportuna de estos trastornos para así evitar en el futuro cuadros severos.

4. Se incentiva a los futuros investigadores a seguir recabando información sobre los diversos trastornos emocionales relacionadas a las condiciones médicas de la población en general.

## **REFERENCIAS**

- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C. y Vásquez, C. (2006). Depresión. Guías Clínicas. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 6(11), 1-6.  
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73970>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>o</sup> ed.). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3777342/>
- Antiporta, D., & Bruni, A. (2020). Emerging mental health challenges, strategies, and opportunities in the context of the COVID-19 pandemic: perspectives from South American decision-makers. *Panamá Salud Pública*, (44), 154.  
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52997>
- Anxiety and Depression Association of America. (2016). *Depression*. ADAA.  
[https://adaa.org/sites/default/files/Depression-ADAA\\_Brochure-2016.pdf](https://adaa.org/sites/default/files/Depression-ADAA_Brochure-2016.pdf)
- American Psychiatric Association (APA, 2020). Anxiety. *Psychology Topics*. APA.  
<https://www.apa.org/topics/anxiety>
- Arce, M. (2020). *Factores asociados a la ansiedad en personal de salud profesional de áreas Covid* [Tesis pregrado, Universidad privada Antenor Orrego]. Repositorio de la Universidad privada Antenor Orrego.  
[https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6711/1/REP\\_MICHAEL.ARCE\\_ANSIEDAD.EN.PERSONAL.DE.SALUD.pdf](https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6711/1/REP_MICHAEL.ARCE_ANSIEDAD.EN.PERSONAL.DE.SALUD.pdf).
- Barreda, D. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB – II) en una muestra clínica. *Revista de Investigación en Psicología*, 22(1), 39-52.  
<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/16580>
- Beck, A. (1967). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. Harper and Row.

[https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=796987](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=796987)

Beck, A. (1976). *La terapia cognitiva y los trastornos emocionales*. New York International Universities Press.

[https://issuu.com/leosantos59/docs/beck\\_aaron\\_t\\_-\\_terapia\\_cognitiva\\_de\\_0e467392a99e43](https://issuu.com/leosantos59/docs/beck_aaron_t_-_terapia_cognitiva_de_0e467392a99e43)

Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (1996). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck* (2<sup>o</sup> ed.). Paidós.

Bowers, K. (1973). Situationism in psychology: An analysis and critique. *Psychological Review*, (80), 307-336. <https://psycnet.apa.org/record/1974-11130-001>

Carnero, M. (2021). *Factores sociodemográficos asociados a ansiedad y depresión en el enfoque covid-19 en policías del cercado de Arequipa*. [Tesis pregrado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. [http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/12327/MDcamii\\_m.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/12327/MDcamii_m.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Carpio A. (2021). *Evaluación del impacto de la pandemia del coronavirus (COVID-19) en personal de Backus respecto a depresión y ansiedad durante el estado de emergencia en Cuzco* [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio de la Universidad Católica de Santa María. <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/10789>

Carrobbles, J. (2014). *Trastornos depresivos. Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Editorial Pirámide.

Castro, k. (2021). *Relación entre síntomas de ansiedad y depresión en personal de salud del área de emergencia no COVID-19. Hospital Nacional Hipólito Unanue*.

[Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio de la Universidad Nacional Federico Villarreal.  
<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5380>

Clark, A. y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastorno de ansiedad*. Desclee de Brouwer.

[https://www.academia.edu/43633518/Aaron\\_Beck\\_Terapia\\_Cognitiva\\_para\\_trastornos\\_de\\_Ansiedad](https://www.academia.edu/43633518/Aaron_Beck_Terapia_Cognitiva_para_trastornos_de_Ansiedad)

Coronavirus Resource Center. (2022). *Casuística por coronavirus en Latinoamérica*. Center for Systems Science and Engineering (CSSE). Johns Hopkins University (JHU). <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.

Correa, H. (2021). *Depresión y ansiedad ante el covid-19 en pacientes de un policlínico del centro poblado de Pacanguilla en La Libertad* [Tesis pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio de la Universidad Autónoma del Perú. <https://hdl.handle.net/20.500.13067/1481>

Crayne, M. (2020, agosto). *The traumatic impact of job loss and job search in the aftermath of COVID-19*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32478539/>

Cruz, J. y Monzón, R. (2021). *Depresión y ansiedad en policías del departamento de unidades especializadas del frente policial Cajamarca durante pandemia de COVID-19* [Tesis de pregrado, Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo]. Repositorio de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/1568>

Endler, N., Magnusson, D. (1976). *Psicología interaccional y personalidad*. Hemisphere Publishing.

Hernández, Fernández y Baptista. (2014). *Metodología de la Investigación* (6º ed.). McGraw – Hill.

- Ferster, C. (1965). *Classification of behavioral pathology*. En I. Krasner y I.P. Ullmann (Eds.) *Research in behavior modification*. (pp. 6-26). New York. Holt – Rinehart y Winston.
- Franco, R. (2020). Traducción y análisis psicométrico del Coronavirus Anxiety Scale (CAS) en jóvenes y adultos peruanos. *Interacciones*, 6(2), 1-6.  
<https://revistainteracciones.com/index.php/rin/article/view/159/219>
- Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Mao, Y., Chen, S., Wang, Y., Fu, H., y Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS ONE*, 15(4).  
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0231924>
- Guamanquishpe, J. y Parra, S. (2019). *Ansiedad y Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Hospital General Docente Riobamba* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Chimborazo]. Repositorio de la Universidad Nacional de Chimborazo. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/5790>
- Guevara, E. (2018). *Ansiedad y depresión en el adulto diabético tipo 2* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Chimborazo]. Repositorio de la Universidad Nacional de Chimborazo.  
<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/5818/1/UNACH-EC-FCS-MED-2019-0016.pdf>
- Hernández, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578-594.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432020000300578](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578)



- Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*.  
<https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*, 395(10223), 497-506.  
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30183-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30183-5/fulltext)
- Huarcaya, V. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 37(2), 327-334. <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2020.v37n2/327-334/es/>
- Jaimes, A., Ramírez, L., Romero, A. (2020). *Relación entre niveles de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos* [Tesis de pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio de la Universidad Cooperativa de Colombia. <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/17864>
- Jungmann, S. & Witthoft, M. (2020). Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: ¿Which factors are related to the coronavirus anxiety? *Journal of Anxiety Disorders*. <http://doi.10.1016/j.janxdis.2020.102239>
- Lee, S. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, 44(7), 1-9.  
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07481187.2020.1748481>
- Levinson, D. (2006). The genetics of depression: a review. biological psychiatry. *National Library of Medicine*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16300747>.
- Loayza, M. (2021). *Ansiedad y depresión en personal de salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, diagnosticados de COVID - 19, Arequipa* [Tesis de

pregrado, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio de la Universidad Católica de Santa María. <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/10784>

Lozano, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-psiquiatría*, (83), 51-56. <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3687/4087>.

Martínez-Taboas, A. (2020). Pandemias, COVID-19 y Salud Mental: ¿Qué Sabemos Actualmente? *Revista Caribeña de Psicología*, 4(2), 143-152. <https://revistacaribenadepsicologia.com/index.php/rcp/article/view/4907>

Ministerio de Salud. (2022). *Sala situacional COVID-19 Perú*. MINSA. <https://covid19.minsa.gob.pe/>

Ministerio de Salud de España. (2018). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto*. [https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC\\_424\\_Dep\\_Adult\\_paciente.pdf](https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_424_Dep_Adult_paciente.pdf)

Misirlis, N., Zwaan, M., Weber, D. (2020). International students' loneliness, depression and stress levels in COVID-19 crisis. The role of social media and the host university. *Journal of Contemporary Education, Theory and Research*, 4, 20-25. [https://www.researchgate.net/publication/341668467\\_International\\_students'\\_loneliness\\_depression\\_and\\_stress\\_levels\\_in\\_COVID-19\\_crisis\\_The\\_role\\_of\\_social\\_media\\_and\\_the\\_host\\_university](https://www.researchgate.net/publication/341668467_International_students'_loneliness_depression_and_stress_levels_in_COVID-19_crisis_The_role_of_social_media_and_the_host_university).

Olabarrera, R. (2020). *Factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados del Hospital Regional del Cusco* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional San Antonio Abad]. Repositorio de la Universidad Nacional de San

Antonio Abad del Cusco.

<http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/5375>

Orellana, D., Sánchez, M. (2006). Técnicas de recolección de datos en entornos virtuales más usados en la investigación cualitativa. *Revista de investigación educativa*, 24(1), 205-210. <https://revistas.um.es/rie/article/view/97661>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Información básica sobre la COVID-19*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>.

Osma, E., Lozano, D., Mojica, M., Redondo, S. (2019). *Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma de Bucaramanga]. Repositorio de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/3586/3134>

Ozdin, S., & Ozdin, S. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(5), 504-511. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32380879/>

Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R., García, L., Oblitas, L. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43-73. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604002>

Prieto-Molinari, D., Aguirre, G., Piérola, I., Victoria-de Bona, G., Merea, L., Lazarte, C., Uribe-Bravo, K., Zegarra, A. (2020). Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana. *Liberabit. Revista Peruana de Psicología*, 26(2), e425.

- Rodríguez, P. (2008). Ansiedad y sobre activación: Guía práctica de entrenamiento en el control respiratorio. *Desclèe de Brouwer*, 25-28.  
[https://www.academia.edu/39992825/Ansiedad\\_y\\_sobreactivaci%C3%B3n\\_Pablo\\_Rodr%C3%ADguez](https://www.academia.edu/39992825/Ansiedad_y_sobreactivaci%C3%B3n_Pablo_Rodr%C3%ADguez)
- Rojo, J. (2011). *Comprender la ansiedad, las fobias y el estrés*. Pirámide.  
<https://www.edicionespiramide.es/libro.php?id=5247992>
- Romero, E. (2010). *Representaciones mentales del self en un grupo de pacientes con depresión mayor* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Lima. Repositorio de la Pontificia Universidad Católica del Perú.  
[https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/676/ROMERO\\_NU%c3%91EZ\\_ERIK\\_REPRESENTACIONES\\_MENTALES.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/676/ROMERO_NU%c3%91EZ_ERIK_REPRESENTACIONES_MENTALES.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Roy, D., Tripathy, S., Kar, S., Sharma, V., Verma, S., y Kaushal, V. (2020). Study of knowledge, attitude, anxiety and perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry*, 51.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32283510/>
- Seligman, M. (1971). Fobias y preparación. *Behavior Therapy*, 2, 307-320.
- Skinner, B. (1953). *Science and human behavior*. Mac Millan.
- Sosa, C. y Capafóns, J. (2015). *Fobia específica*. Pirámide.
- Torous, J., Jän, K., Rauseo-Ricupero, N. y Firth, J. (2020). Salud mental digital y COVID-19: uso de la tecnología hoy para acelerar la curva de acceso y calidad del mañana. *JMIR Ment Health*, 7(3), 1-6.  
<https://mental.jmir.org/2020/3/e18848/>

- Usher, K., Durkin, J., y Bhullar N. (2020). The COVID-19 pandemic and mental health impacts. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29, 315–318.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32277578/>
- Velastegui, A. y Nevárez, H. (2017). *Enfermedades crónicas y su relación con la depresión, ansiedad y riesgo psicosocial debido al trabajo en la población laboralmente activa que son atendidos en el Hospital General Riobamba del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Chimborazo]. Repositorio de la Universidad Nacional de Chimborazo. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/4437>
- Vivanco, A., Saroli, D., Caycho, T., Carbajal, C., Noè, M. (2020). Ansiedad por Covid-19 y salud mental en estudiantes universitarios. *Revista de Investigación en Psicología (UNMSM)*, 23(2), 197-215.

# **ANEXOS**

### Anexo 1: Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
¿Cuál es la relación entre depresión y ansiedad ante el COVID-19 en los pobladores adultos de la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho?	<p>Objetivo general: Determinar la correlación entre la depresión y la ansiedad ante el COVID-19 en los pobladores de la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho.</p> <p>Objetivos específicos: 1. Determinar la prevalencia de la depresión en los pobladores. 2. Determinar la prevalencia de la ansiedad ante el COVID-19 en los pobladores. 3. Corroborar las discrepancias de la depresión en función al género de los pobladores. 4. Corroborar las discrepancias de la depresión en función de la edad de los pobladores. 5. Corroborar las discrepancias de la depresión en función al estado civil de los pobladores.</p>	<p>Hipótesis general: H<sub>g</sub>: La depresión se correlaciona significativamente con la ansiedad ante el COVID-19 en los pobladores de la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho. H<sub>0</sub>: La depresión no se correlaciona significativamente con la ansiedad ante el COVID-19 en los pobladores de la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho.</p> <p>Hipótesis específica: H<sub>e1</sub>: Hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la depresión según el género de los pobladores. H<sub>0</sub>: No hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la depresión según el género de los pobladores. H<sub>e2</sub>: Hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la depresión en función a la edad en los pobladores. H<sub>0</sub>: No hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la depresión en función a la edad en los pobladores. H<sub>e3</sub>: Hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la depresión según su estado civil de los pobladores. H<sub>0</sub>: No hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la depresión según su estado civil de los pobladores. H<sub>e4</sub>: Hay diferencias estadísticamente significativas al comparar depresión según el nivel educativo de los pobladores. H<sub>0</sub>: No hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la depresión según el nivel educativo de los pobladores.</p>	<p>Variable 1: Depresión: Será medido mediante los puntajes obtenidos del inventario de depresión de Beck II (Beck et al., 1996) Dimensiones: Unidimensional (Barreda, 2019) Ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21</p> <p>Variable 2: Ansiedad: será medido mediante los puntajes obtenidos de la Escala de Ansiedad por Coronavirus. (Lee, 2020) Dimensiones: Unidimensional Franco (2020) Ítems: 1, 2, 3, 4, 5</p>	<p>Tipo de investigación: Correlacional Diseño de investigación: No experimental Población: La población estuvo conformada por 861 pobladores de la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho. Muestra: Quedo fijada con 267 pobladores de la Urbanización San Fernando en San Juan de Lurigancho. Técnica: Encuesta en línea Instrumentos de medición: Inventario de Depresión de Beck II. (Beck et al., 1996)</p>

<p>6. Corroborar las discrepancias de la depresión en función al nivel educativo de los pobladores.</p>	<p>H<sub>e5</sub>: Hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 según el género de los pobladores.</p>	<p>Escala de Ansiedad por Coronavirus (Lee, 2020)</p>
<p>7. Corroborar las discrepancias de la ansiedad ante el COVID-19 en función al género de los pobladores.</p>	<p>H<sub>0</sub>: No hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 según el género de los pobladores.</p>	
<p>8. Corroborar las discrepancias de la ansiedad ante el COVID-19 en función a la edad de los pobladores.</p>	<p>H<sub>e6</sub>: Hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 en función a la edad en los pobladores.</p>	
<p>9. Corroborar las discrepancias de la ansiedad ante el COVID-19 en función al estado civil de los pobladores.</p>	<p>H<sub>0</sub>: No hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 en función de la edad en los pobladores.</p>	
<p>10. Corroborar las discrepancias de la ansiedad ante el COVID-19 en función al nivel educativo de los pobladores.</p>	<p>H<sub>e7</sub>: Hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 según su estado civil de los pobladores.</p>	
	<p>H<sub>0</sub>: No hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 según su estado civil de los pobladores.</p>	
	<p>H<sub>e8</sub>: Hay diferencias estadísticamente significativas al comparar ansiedad ante el COVID-19 según el nivel educativo de los pobladores.</p>	
	<p>H<sub>0</sub>: No hay diferencias estadísticamente significativas al comparar la ansiedad ante el COVID-19 según el nivel educativo de los pobladores.</p>	



## **Anexo 2: Inventario de Depresión de Beck – II**

### **Ficha técnica:**

- Nombre: Inventario de Depresión de Beck versión II.
- Nombre original: Beck Depresión Inventory II (BDI - II).
- Autores: Aaron T. Beck, Robert A. Steers y Gregory K. Brown.
- Año que fue creado: 1996.
- Objetivo: Determinar la gravedad de la sintomatología de la depresión.
- Adaptación al español: María Elena Brenlla y Carolina M. Rodríguez (2006).
- Adaptación al Perú: Dennys Vanessa Barreda Sánchez-Pachas (2019).
- Tiempo de aplicación: 15 a 20 minutos.
- Administración: Individual y colectiva.
- Ámbito de aplicación: Población en general y clínica.
- Edad de aplicación: 13 años en adelante.
- Ítems: 21.

## **Inventario de Depresión de Beck – II**

**Autores: Aaron T. Beck, Robert A. Steers y Gregory K. Brown.**

### **Instrucciones:**

Este cuestionario incluye 21 ítems. Leer detenidamente cada una de ellas y seleccione una de cada grupo que describa de forma excepcional cómo se ha sentido en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo la alternativa correspondiente al anuncio que ha seleccionado. Si varios de los enunciados del mismo grupo le parecen adecuadas usted deberá marcar con un círculo el número más alto. Compruebe que no ha seleccionado más de dos en un solo grupo, incluyendo el ítem dieciséis (Cambio en la conducta del sueño) y el ítem 18 (Cambio en el apetito).

#### **1. Tristeza**

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo.
- 3 Estoy tan triste y tan infeliz que no puedo soportarlo.

#### **2. Pesimismo**

- 0 No me siento desanimado respecto a mi futuro.
- 1 Me siento más desanimado respecto a mi futuro que antes.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mí en el futuro y que las cosas van a empeorar.

#### **3. Fracaso**

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

#### **4. Pérdida de placer**

- 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como antes.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas.

## **5. Sentimientos de culpa**

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

## **6. Sentimientos de castigo**

- 0 No siento que esté siendo castigado.
- 1 Creo que tal vez estoy siendo castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

## **7. Disconformidad con uno mismo**

- 0 Siento acerca de mí, lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado de mí mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

## **8. Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo que antes.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

## **9. Pensamientos o deseos suicidas**

- 0 No pienso en matarme.
- 1 He pensado en matarme, pero no lo haría.
- 2 Desearía matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

## **10. Llanto**

- 0 No lloro más de lo usual.
- 1 Lloro más que antes.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

## **11. Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que antes.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que antes.

- 2 Estoy tan inquieto que me es difícil quedarme tranquilo.
- 3 Estoy tan inquieto que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

#### **12. Pérdida de interés**

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

#### **13. Indecisión**

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

#### **14. Desvalorización**

- 0 Siento que soy valioso.
- 1 No me considero tan valioso y útil como antes.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con los demás.
- 3 Siento que no valgo nada.

#### **15. Pérdida de energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que antes.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer algunas cosas.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

#### **16. Cambios en los hábitos de sueño**

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

#### **17. Irritabilidad**

- 0 No estoy más irritable que antes.
- 1 Estoy más irritable que antes.

- 2 Estoy mucho más irritable que antes.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

### **18. Cambios en el apetito**

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

### **19. Dificultad de concentración**

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

### **20. Cansancio o fatiga**

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que antes.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que antes solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

### **21. Pérdida de interés en el sexo**

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo que antes.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

### **Anexo 3: Escala de Ansiedad por Coronavirus**

#### **Ficha técnica:**

- Nombre: Escala Ansiedad por Coronavirus.
- Nombre original: Coronavirus Anxiety - Scale.
- Autores: Sherman A. Lee (2020).
- Año: 2020.
- Objetivo: Evaluar la sintomatología fisiológica de la ansiedad ante el COVID-19.
- Adaptación al Perú: Rulman Andrei Franco-Jimenez (2020).
- Tiempo de aplicación: 8 a 10 minutos.
- Administración: Colectiva e individual.
- Ámbito de aplicación: A toda población en general y clínica.
- Edad de aplicación: Mayores a 12 años
- Ítems: 05

## ESCALA DE ANSIEDAD POR CORONAVIRUS

Autor: Sherman A. Lee

### Instrucciones:

Esta escala presenta 5 ítems. Leer detenidamente cada una de ellas y seleccione una de cada grupo, marque con una x la alternativa correspondiente al anuncio que ha seleccionado, donde describa con qué frecuencia ha experimentado las siguientes actividades en las últimas 2 semanas

1. Me sentí mareado, aturdido débil cuando leí o escuché noticias sobre el COVID-19.

De ninguna manera	Rara vez, menos de un día o dos	Varios días	Mas de 7 días	Casi todos los días en las últimas 2 semanas
0	1	2	3	4

2. Tuve problemas para quedarme dormido porque estaba pensando en el COVID-19.

De ninguna manera	Rara vez, menos de un día o dos	Varios días	Mas de 7 días	Casi todos los días en las últimas 2 semanas
0	1	2	3	4

3. Me sentí paralizado o congelado cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el COVID-19.

De ninguna manera	Rara vez, menos de un día o dos	Varios días	Mas de 7 días	Casi todos los días en las últimas 2 semanas
0	1	2	3	4

4. Perdí interés en comer cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el COVID-19.

De ninguna manera	Rara vez, menos de un día o dos	Varios días	Mas de 7 días	Casi todos los días en las últimas 2 semanas
0	1	2	3	4

5. Sentí náuseas o problemas estomacales cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el COVID-19.

De ninguna manera	Rara vez, menos de un día o dos	Varios días	Mas de 7 días	Casi todos los días en las últimas 2 semanas
0	1	2	3	4



## ANEXO 4: Consentimiento informado

Sección 1 de 5

### Investigación Científica



#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACION

Le saludo cordialmente. Mi nombre es Carlos Cruz y soy Bachiller en Psicología por la Universidad Autónoma del Perú, mi correo es carlos\_cruz7@live.com para cualquier duda sobre el desarrollo del cuestionario.

Estoy realizando una investigación científica, para la cual solicito su colaboración, que consiste en contestar todas las preguntas, sin dejar alguna en blanco.

No existen respuestas correctas ni incorrectas, siéntase libre de contestar con total sinceridad ya que este cuestionario es anonimo, los datos entregados serán tratados confidencialmente, tampoco tiene fines de diagnostico individual. Las preguntas ayudaran a identificar como afecta la pandemia en nuestra población de San Fernando. Solo te tomara unos pocos minutos. Siendo necesario para este estudio:

- Tener entre 18 y 50 años de edad.

-

Acepto participar voluntariamente en esta investigacion

\*

Si

No