

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ANTROPOMÉTRICOS
EN PERSONAS JÓVENES ENTRE 18 Y 29 AÑOS CON
DEPRESIÓN MAYOR SEGÚN ENDES, DURANTE EL
PERIODO 2016 – 2022 EN EL PERÚ

TESIS

Presentada por:

Bach. Amanda Juditt Portales Ayquipa

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA-PERÚ

2024

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

**FACTORES SOCIODEMÓGRAFICOS Y ANTROPOMÈTRICOS EN
PERSONAS JÓVENES ENTRE 18 Y 29 AÑOS CON DEPRESIÓN MAYOR
SEGÚN ENDES, DURANTE EL PERIODO 2016 – 2022 EN EL PERÚ**

TESIS

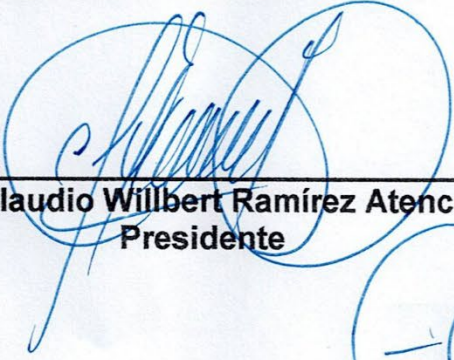
Presentada por:

Bach. AMANDA JUDITT PORTALES AYQUIPA

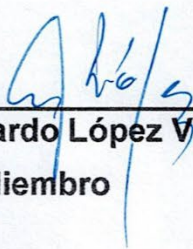
Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

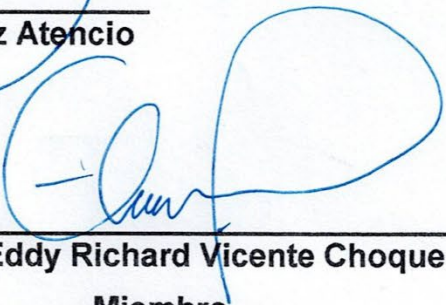
Aprobada por UNSNIMCOM, ante el siguiente jurado:



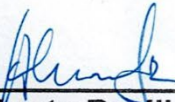
Dr. Claudio Willbert Ramírez Atencio
Presidente



Dr. Eduardo López Villanueva
Miembro



Mgr. Eddy Richard Vicente Choque
Miembro



M.C. José Alberto Revilla Urquiza
Asesor

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, José Alberto Revilla Urquizo, en mi condición de asesor acreditado por la Resolución de Facultad N° 12703-2024-FACS-UNJBG, de la tesis de investigación titulada: **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ANTROPOMÉTRICOS EN PERSONAS JÓVENES ENTRE 18 Y 29 AÑOS CON DEPRESIÓN MAYOR SEGÚN ENDES, DURANTE EL PERIODO 2016-2022 EN EL PERÚ.**

Presentado por la Bachiller Amanda Juditt Portales Ayquipa para optar por el Título profesional de Médico cirujano.

DECLARO BAJO JURAMENTO

Que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 3%. Por lo que la tesis está de acuerdo al nivel PERMITIDO, para continuar con los trámites correspondientes. Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para su obtención del permiso para acceso a la información.

Tacna, 19 de junio 2024.



NOMBRE Y APELLIDOS: AMANDA JUDITT PORTALES AYQUIPA

DNI: 72946632



NOMBRE Y APELLIDOS: MGR. JOSE ALBERTO REVILLA URQUIZO

ASESOR DE TESIS

DEDICATORIA

Esta investigación está dedicada a todos los jóvenes que enfrentan la depresión en silencio, con la esperanza de que este sea un paso más hacia la comprensión y el apoyo que merecen.

A Hermelinda y Henry, mis padres, por ser la inspiración de mi fuerza y amor incondicional a la vida.

A Gerardo, por su constante apoyo emocional y motivación, impulsando a fortalecer mi determinación.

A todos aquellos que me brindaron fortaleza con sus palabras de aliento a lo largo de mi trayectoria por este camino llamado vida.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer en primer lugar a Dios, por su compañía infinita y amor incondicional.

A mi madre, agradezco profundamente por sus enseñanzas, han forjado mi carácter y me han enseñado que incluso lo imposible es posible.

Y a mi padre, agradezco su protección y sacrificio a lo largo de este viaje académico.

A Sandra, Marleny y Henry , mis hermanos , les agradezco por los momentos inolvidables que compartimos juntos porque fortalecen mi desarrollo espiritual.

A Gerardo, agradezco profundamente tu inquebrantable apoyo y comprensión a lo largo de esta travesía.

A Geovanna, Justo y Lucero por abrirme las puertas de su hogar, su generosidad y comprensión me han hecho sentir que son mi segunda familia.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xii
RESUMEN.....	xiv
ABSTRACT	xvi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.3 JUSTIFICACIÓN	7
1.4 OBJETIVOS	9
1.4.1 Objetivo general.....	9
1.4.2 Objetivos específicos	9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	11
2.1 ANTECEDENTES	11
2.1.1 Antecedentes internacionales	11

2.1.2	Antecedentes nacionales	17
2.1.3	Antecedentes locales	23
2.2	BASES TEÓRICAS	23
2.2.1	Etiología	24
2.2.2	Fisiopatología	24
2.2.3	Epidemiología	26
2.2.4	Clasificación.....	27
2.2.5	Factores de riesgo	28
2.2.6	Factores protectores	30
2.2.7	Síntomas depresivos	30
2.2.8	Diagnóstico	31
2.2.9	Complicaciones	37
2.2.10	ENDES Y PHQ-9	37
2.2.11	Salud mental postpandemia.....	37
2.3	DEFINICIONES OPERACIONALES.....	38
2.3.1	Síntoma	38
2.3.2	Trastorno de depresión mayor	38
2.3.3	Factores sociodemográficos	39
2.3.4	DSM - 5	39
2.3.5	Antropometría	39

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	40
3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	40
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	40
3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN	43
3.3.1 Criterios de inclusión.....	43
3.3.2 Criterios de exclusión.....	43
3.3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	44
3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO	46
3.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	46
3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	47
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	49
CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS	50
4.1 RESULTADOS.....	50
DISCUSIÓN.....	89
CONCLUSIONES	103
RECOMENDACIONES.....	104
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	105
ANEXOS	116

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Resumen de las variables sociodemográficas en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 -2022.....	51
Tabla 2 Resumen de las variables antropométricas en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 -2022.....	53
Tabla 3 Resumen de los síntomas depresivos en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 -2022	54
Tabla 4 Frecuencia de depresión mayor en personas jóvenes de 18 a 29 años según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 - 2022, por año.....	55
Tabla 5 Porcentaje de sexo en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 -2022, por año	57
Tabla 6 Porcentaje de lengua materna en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2017 -2022	60
Tabla 7 Porcentaje de etnias en personas jóvenes de 18 a 29 años con	

depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2017 -2022	63
Tabla 8 Porcentaje de grado de instrucción en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 -2022	66
Tabla 9 Porcentaje de tipo de seguro de salud en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 -2022	69
Tabla 10 Porcentaje de las regiones de Perú en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 -2022	72
Tabla 11 Porcentaje del área de residencia en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 -2022	75
Tabla 12 Porcentaje del lugar de residencia en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 -2022	77
Tabla 13 Porcentaje de perímetro abdominal en personas jóvenes varones de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2018 -2022.....	79
Tabla 14 Porcentaje de perímetro abdominal en personas jóvenes	

mujeres de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2018 -2022.....	81
Tabla 15 Porcentaje de índice de masa corporal en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 - 2022	83
Tabla 16 Porcentaje de síntomas en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 - 2022	86

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Frecuencia de depresión mayor en personas jóvenes de 18 a 29 años según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 -2022, por año.....	55
Figura 2 Porcentaje de sexo en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 -2022.....	58
Figura 3 Porcentaje de lengua materna en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2017 -2022	61
Figura 4 Porcentaje de etnias en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2017 -2022.....	64
Figura 5 Porcentaje de grado de instrucción en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 -2022.....	67
Figura 6 Porcentaje de tipo de seguro de salud en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 -2022.....	70
Figura 7 Porcentaje de las regiones de Perú en personas jóvenes de	

18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 -2022	73
Figura 8 Porcentaje del área de residencia en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 -2022	75
Figura 9 Porcentaje del lugar de residencia en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 -2022	77
Figura 10 Porcentaje de perímetro abdominal en personas jóvenes varones de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2018 -2022	79
Figura 11 Porcentaje de perímetro abdominal en personas jóvenes mujeres de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2018 -2022	81
Figura 12 Porcentaje de índice de masa corporal en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 - 2022	84
Figura 13 Porcentaje de síntomas en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 - 2022	87

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores sociodemográficos y antropométricos en personas jóvenes entre 18 y 29 años con depresión mayor según ENDES, durante el período 2016 – 2022 en el Perú.

Materiales y métodos: Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal y retrospectiva. Se incluyó a todos participantes jóvenes de 18 a 29 años que participaron en Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES) durante el año 2016 y 2022, se accedió al sistema de datos de la encuesta elaborado por INEI. Con un resultado mayor igual a 15 en PHQ-9, se consideró la presencia de depresión mayor. Posteriormente se trabajó con el total de la población

Resultados: De un total de 163 924 personas que participaron en la encuesta, 603 personas jóvenes presentaron depresión mayor por PHQ-9 (1.5%). Del 2016 al 2022 se encontró un crecimiento de 1,2% en la frecuencia de personas con depresión mayor, los factores sociodemográficos más frecuentes fueron el sexo femenino (65.7%), lengua castellana (83.9%), etnia mestiza (39.7%), el grado de instrucción secundario (55.2%), seguro SIS (60.7%), región Lima (14.9%), área de residencia urbano (76.8%) y lugar de residencia en pequeña ciudad

(33.2%). De los factores antropométricos más comunes fueron Índice de Masa Corporal normal normopeso (46.1%), el perímetro abdominal normal en el caso de los hombres (69%), mientras que en las mujeres fue un perímetro abdominal elevado (73.9%). El síntoma depresivo con mayor frecuencia fue la tristeza patológica (98%).

Conclusión: La característica más frecuente en la población peruana joven con depresión mayor, fue el sexo femenino. Los síntomas más frecuentes fueron la tristeza patológica, anhedonia e insomnio.

Palabras clave: Depresión o depresión mayor, ENDES, PHQ-9, factores sociodemográficos, factores antropométricos.

ABSTRACT

Objective: To determine the sociodemographic and anthropometric factors in young people aged 18 to 29 with major depression according to ENDES, during the period 2016 – 2022 in Peru.

Materials and methods: Quantitative, observational, descriptive, cross-sectional, and retrospective study. All young participants aged 18 to 29 who participated in the Demographic and Family Health Survey (ENDES) during 2016 and 2022 were included. Access to the survey data system was provided by INEI. A PHQ-9 score of 15 or higher was considered indicative of major depression. Subsequently, the total population was analyzed.

Results: Out of a total of 163,924 people who participated in the survey, 603 young people had major depression according to PHQ-9 (1.5%). From 2016 to 2022, there was a 1.2% increase in the frequency of people with major depression. The most common sociodemographic factors were female gender (65.7%), Spanish language (83.9%), mestizo ethnicity (39.7%), secondary education level (55.2%), SIS insurance (60.7%), Lima region (14.9%), urban area of residence (76.8%), and residence in a small city (33.2%). The most common anthropometric factors were normal BMI (46.1%), normal abdominal circumference in men (69%), and elevated

abdominal circumference in women (73.9%). The most frequent depressive symptom was pathological sadness (98%).

Conclusion: The most common characteristic in the young Peruvian population with major depression was female gender. The most frequent symptoms were pathological sadness, anhedonia, and insomnia.

Keywords: Depression or major depression, ENDES, PHQ-9, sociodemographic factors, anthropometric factors

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial el trastorno depresivo mayor se encuentra entre las principales causas de discapacidad funcional, es recurrente y muy perjudicial (1,2), el 10% de la población en general se ve afectada, mientras que entornos hospitalarios puede alcanzar hasta un 20% (3). Además, impacta a más de 300 millones de toda la población en general en el mundo. Para el año 2030 este trastorno se estimó como la primera causa de carga de morbilidad según la información brindada por la Organización Mundial de Salud (4–6). Así mismo es la tercera causa más importante de discapacidad entre mujeres y la quinta en hombres (7). Cuando la intensidad de la depresión es moderada a grave y es de larga duración, puede impactar en actividades de familiares, laborales y escolares (1,2).

En Latinoamérica esta patología contribuye con la tercera parte de todos los años de vida perdidos debido a discapacidad que esta misma produce. En un estudio sobre la severidad de los síntomas esta patología, las personas con depresión, están expuestos considerablemente a suicidio, siendo los más jóvenes y con antecedente de abuso infantil los más vulnerables. El 13% intento suicidarse durante el curso de la enfermedad. En las distintos entornos de la vida como laboral, económico, familiar y social, genera un impacto significativo al ocasionar gastos extras en el

sistema de salud debido a consultas médicas que no son necesarias y diagnósticos erróneos (6,7). Perú se sitúa como el tercer país con mayor índice de suicidios en comparación con otros países latinoamericanos (8). Aproximadamente el 25% de la población peruana sufre depresión, con alrededor del 15% considerado en riesgo suicida (9).

Desde el 2016, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), lleva realizando la vigilancia centinela del episodio depresivo a través de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), la cual comenzó de manera gradual y luego se vio interrumpida en su notificación regular debido a la pandemia COVID 19 (1).

Estudios previos indican que algunas características clínicas (psicosis, disfunción cognitiva e ideación suicida) y factores sociodemográficos (desempleo y la edad) están vinculados con la gravedad de la depresión (3). Adicionalmente se ha descrito una relación entre la depresión y el estado nutricional inadecuado, tanto en los pacientes con desnutrición, como en los pacientes con obesidad (10).

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En todo el mundo la depresión es considerada como un problema para la salud pública, debido a su alta prevalencia y en sus repercusiones a nivel físico, social, psicológico y económico, constituye uno de los trastornos mentales más frecuentes y devastadores en la población general (11). Además disminuye la calidad de vida de quienes la padecen, la depresión genera altos niveles de morbilidad, y en casos más graves puede provocar incremento de la mortalidad y disminución de la expectativa de vida, evidenciando su impacto global (7,12).

Con una prevalencia del 11,2% a lo largo de la vida, y con cifras aún más alarmantes en países en vías de desarrollo, como Pakistán, donde la prevalencia reportada fue 45,9%, esta enfermedad mental encuentra su epicentro en diversos contextos de atención primaria, presentando una variabilidad significativa en sus cifras, que oscilan entre el 4,5% y el 47,8% (12). El incremento constante en la prevalencia de la depresión confirma su posición como una de las principales causas de carga mundial de enfermedad, extendiendo sus consecuencias más allá del ámbito personal,

afectando también lo social y lo ocupacional, y contribuyendo significativamente a la discapacidad global, representando el 7,5% de todos los años vividos con discapacidad en 2018 (13).

La frecuencia de depresión en un año es similar en países desarrollados (5.5%) y países medianamente desarrollados/subdesarrollados (5.9%), por lo tanto, la etiología tiende a ser más compleja y multifactorial debido a que no se atribuye únicamente a un estilo de vida en países desarrollados, ni en países en situación de pobreza (7). Antes de la pandemia, la situación de la salud mental en países latinoamericanos y caribe no era favorable, ya que los trastornos mentales representaron el 22% de la carga de morbilidad. Entre los trastornos más comunes fueron la depresión (5%) y ansiedad (3.4%), resultado de múltiples razones que incluye la falta de servicios apropiados, escasez de profesionales de salud mental insuficiente inversión en salud mental y el estigma ligado a los trastornos mentales. Durante la pandemia, los factores de riesgo se agravaron y factores protectores se deterioraron (14).

A nivel nacional, las notificaciones de casos de depresión muestran una tendencia generalmente creciente en los últimos años, pasando de 1002 episodios depresivos notificados en el año 2016, a 3190 en el año 2021 (1). Este incremento en los casos notificados, es preocupante y debe

ser estudiado con el fin de contribuir al abordaje de estos pacientes y ayudar en la prevención de otros nuevos casos. El Perú como país en vías de desarrollo, no se ha organizado ni prestado de manera coordinada y efectiva, y carece de las condiciones apropiadas para promover la salud mental (15).

Según el INEI en la encuesta ENDES 2016 al 2022 realizada en una población de 15 a 49 años de edad, la etapa de vida joven (18 a 29 años) es la segunda más frecuente que presenta depresión (2).

Durante la etapa del “adulto emergente” (en bibliografías internacionales se considera desde 18 y 25 años) existe un alto riesgo de experimentar problemas de salud mental debido a numerosos desafíos y dificultades que enfrentan en este período. Dentro de la etapa de la juventud, que abarca desde 18 hasta 30 años, se enfrentan a cambios constantes en sus redes sociales, presiones laborales, búsqueda de la pareja y la búsqueda de un empleo gratificante (9,16). Adicionalmente a la edad de 18 años, marca el término de la pubertad e inicio de la separación gradual de la familia, sin embargo la falta de autonomía se extiende debido a las dificultades para ingresar al mundo laboral, lo que puede estancar el desarrollo personal del joven o incluso provocar una regresión en áreas como lo afectivo, emocional, sociocultural y espiritual (16). Los países

latinoamericanos externos a Perú, la edad promedio de independizarse va desde 25 a 28 años, sin embargo, en Perú el promedio es a los 29 años (17,18). Es relevante resaltar que en esta etapa la depresión se relaciona con pensamientos e intentos de suicidios, una tendencia que ocurre con frecuencia (19). Se estima que cada año, alrededor de 800 000 personas se suicidan, siendo los adultos jóvenes, especialmente aquellos de entre 18 y 25 años, el grupo más afectado (16). De acuerdo a los datos en 2021 del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, los intentos de suicidio en mujeres fueron más frecuentes (69%), además la etapa de vida de mayor incidencia fue la juventud (47.3%). Adicionalmente edad mediana del primer intento de suicidio es 22 años (18).

Finalmente es importante aclarar que diferentes estudios han denominado a los hallazgos del instrumento PHQ-9, de tres formas, una de ellas es el de “síntomas depresivos de importancia clínica” (13), la otra es la de “síndrome depresivo” (20), y también directamente es el de “depresión o depresión mayor” (21). En la presente investigación, se considerará la tercera opción, sin embargo, al ser los resultados de los test proporcionados por el instrumento PHQ-9 con la administración de los aplicadores de la encuesta y no por médicos especialistas, se tratarán a los puntajes y resultados como de referencia, además de denominar a los

casos positivos con el término de “depresión mayor por PHQ-9”.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores sociodemográficos y antropométricos en personas jóvenes entre 18 y 29 años con depresión mayor del ENDES en el periodo de 2016 – 2022, en el Perú?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Actualmente, existe gran variedad de estudios que se centran en el trastorno depresivo, sin embargo, persiste la imperiosa necesidad de profundizar en la comprensión de los factores sociodemográficos que pueden influir en la presencia y la intensidad de los síntomas depresivos en la población joven. La salud mental, un componente esencial del bienestar humano, requiere una atención específica a las variables sociodemográficas dada su intrincada conexión con la expresión de condiciones depresivas. Este estudio se alinea con la demanda de conocimiento teórico que trascienda la mera descripción de la prevalencia de la depresión, adentrándose en las complejidades de cómo la edad, el género, el grado de instrucción, entre otros, pueden modular la experiencia de los síntomas depresivos.

Esta investigación pretende llenar un vacío en la comprensión de los

determinantes sociodemográficos de la depresión en adultos jóvenes. Los resultados derivados de este estudio tendrán implicaciones directas en la práctica clínica al proporcionar a los profesionales de la salud información valiosa para la identificación temprana y la intervención efectiva en casos de síntomas depresivos, además que dichos resultados contribuirán y promoverán la realización de nuevas investigaciones acerca de la depresión en la población joven. Asimismo, la información generada contribuirá al diseño de políticas de salud mental que contribuyan con la intervención de manera específicamente en esta población.

La elección de un enfoque metodológico riguroso es esencial para asegurar la validez y la generalización de los resultados. Se implementó un diseño de investigación cualitativo, permitiendo la recopilación de datos estructurados que posibiliten análisis estadísticos robustos. La utilización de cuestionarios estandarizados PHQ-9 (Patient Health Questionnaire), proporciona mediciones cuantificables y comparables. Además, se realizaron análisis multivariados para evaluar la interacción entre los diversos factores sociodemográficos y su impacto en la sintomatología depresiva. Esta metodología contribuye a la generación de evidencia sólida que oriente intervenciones específicas y personalizadas.

En última instancia, esta tesis contribuye significativamente al

conocimiento científico sobre los factores sociodemográficos y antropométricos en personas jóvenes con depresión, se sientan las bases para intervenciones más precisas y políticas de salud mental mejor informadas. La relevancia de este estudio se destaca en su capacidad para que, a nivel clínico y de políticas públicas, mejore la toma de decisiones abogando por un enfoque integral y equitativo en la promoción de la salud mental.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general

- Determinar los factores sociodemográficos y antropométricos en personas jóvenes entre 18 y 29 años con depresión mayor del ENDES, durante el período 2016 – 2022 en el Perú.

1.4.2 Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia de depresión mayor en personas jóvenes entre 18 y 29 años según ENDES, durante el periodo 2016 – 2022 en el Perú.
- Describir los factores sociodemográficos en personas jóvenes entre 18 y 29 años con depresión mayor según ENDES, durante el periodo 2016 – 2022 en el Perú.

- Describir los factores antropométricos en personas jóvenes entre 18 y 29 años con depresión mayor según ENDES, durante el periodo 2016 – 2022 en el Perú.
- Determinar la frecuencia de los síntomas depresivos en personas jóvenes entre 18 y 29 años con depresión mayor según ENDES, durante el periodo 2016 – 2022 en el Perú.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 Antecedentes internacionales

Carlos Hermosa et al. (22), en el año 2021, llevaron a cabo una investigación, la cual fue de tipo descriptivo, además, no experimental, cuantitativo y transversal realizado en Ecuador, realizaron una encuesta usando la escala DASS - 21 con el objetivo central de describir y caracterizar el estado en que se encontraba la salud mental de los adultos de nacionalidad ecuatoriana mayores de los 18 años. Se consideraron en este estudio a 766 personas mayores de 18 años de edad. En cuanto a los resultados, se obtuvo que para el sexo no hubo diferencia significativa ($F: 2.14$ y $p: 0.14$) en los niveles de depresión entre hombres y mujeres. Por otro lado, en la característica sociodemográfica de grupo etario presentó una diferencia significativa con $F: 27.21$ y $p:<0.001$ en los niveles de depresión mayor entre los diferentes grupos de edad. Los jóvenes (18 y 29 años) reportaron niveles más altos de forma significativa, de depresión mayor en comparación con los grupos de edad mayores. La interacción entre el sexo y grupo etario no fue significativa para los niveles de depresión

(F: 2.03 y p: 0.13). Los resultados que obtuvieron los atribuyen a la frustración inherente vital de los adultos jóvenes, caracterizada por cambios laborales, interacciones sociales constantes y planificación del futuro. La investigación sugiere investigar las razones detrás de la mayor severidad de los síntomas en las poblaciones afectadas.

Harriet Affran et al. (23), durante el año 2019, realizaron un trabajo de investigación transversal, analítico a gran escala realizado en Accra, Ghana, con el objetivo principal de medir la frecuencia y prevalencia de los síntomas de la depresión mayor y correlacionarlo con factores sociodemográficos entre mujeres sanas de 18 años o más. El estudio incluyó a 3138 mujeres desde los 18 años. En los resultados obtenidos se observó que la prevalencia de síntomas depresivos en los 30 días previos a la encuesta fue de 26,5%. También se encontró que la prevalencia de dichos síntomas aumenta a medida que lo hace también la edad. Además, las mujeres con trabajo reportaron síntomas depresivos en menor frecuencia con respecto a las mujeres desempleadas. Entre el nivel socioeconómico y los síntomas de depresión, no se encontró relación alguna. Los investigadores hallaron relación entre los síntomas de la depresión y un bajo grado de instrucción. Finalmente, los autores sugieren que se realicen más investigaciones sobre grupos de alto riesgo como son los desempleados, los ancianos, aquellos con un bajo grado de instrucción.

Pedro Trujillo et al. (24), en el año 2021, llevaron a cabo una investigación de naturaleza correlacional predictiva, con el propósito de examinar la relación entre variables sociodemográficas y la manifestación de síntomas depresivos, niveles de estrés y ansiedad durante la pandemia de COVID-19. El estudio se centró en la población residente en la ciudad de Saltillo, Coahuila, México, y contó con la participación de 501 individuos, quienes completaron una encuesta en línea entre el 5 y el 24 de octubre de 2020. En cuanto a los resultados el 12.8% de la muestra presentó síntomas depresivos leves, el 11.4% y 11.2% presentaron síntomas depresivos moderados y severos respectivamente. Además, se encontró que estar sin pareja, estar desempleado, haber perdido algún familiar durante la pandemia y el ser una persona joven, aumentan la probabilidad de padecer síntomas depresivos severos. El sexo y el distanciamiento social no estuvieron relacionadas con los síntomas depresivos.

Aikaterini Kanellopoulou et al. (25), en 2022, realizaron revisión sistemática que surge de estudios observacionales y sistemáticos, con el objetivo de revisar sistemáticamente la evidencia de la asociación entre la obesidad infantil y depresión, y examinar el papel que juega el entorno familiar en la asociación mencionada. Los participantes fueron niños y adolescentes desde 1 hasta los 18 años de edad de Basilea. En los resultados dos estudios de casos y controles sugirieron que niños con

sobrepeso/obesidad experimentan más depresión. Mientras dos tercios de estudios transversales no encontraron asociación, un estudio vinculó síntomas depresivos con variaciones en el IMC. Seis estudios longitudinales respaldaron la relación positiva entre síntomas depresivos e IMC. Sin embargo, un metaanálisis reciente contradice esta asociación, omitiendo factores sociales y de salud, y presentando heterogeneidad en la evaluación de depresión y obesidad. La revisión incluyó tres estudios de casos y controles que mostraron diferencias significativas en la depresión entre grupos obesos y de control. Cuatro de cinco estudios transversales identificaron asociación positiva entre obesidad y depresión. Dos estudios longitudinales concluyeron que la obesidad era factor de riesgo de depresión, especialmente para mujeres. Cinco revisiones sistemáticas y metaanálisis respaldaron que el exceso de peso era un factor de riesgo de depresión, con la asociación persistente en niñas según un metaanálisis específico. Sin embargo, la revisión sugiere que la relación entre obesidad y depresión no es clara y se necesitan más estudios, especialmente prospectivos, para determinar la causalidad y explorar vías biológicas. Contrasta con otras revisiones que no encuentran asociación sistemática entre obesidad infantil y psicopatología, señalando que la relación es compleja y requiere más investigación. La revisión sistemática reveló una asociación entre obesidad y depresión, aunque la dirección de la relación

sigue siendo incierta. Destaca la importancia de abordar estos problemas de salud pública y la necesidad de investigar las vías biológicas y la influencia del entorno familiar.

Gloria P. et al. (26), en el año 2022, realizaron una investigación sobre el trastorno depresivo en pacientes adolescentes y jóvenes de todo el mundo, con el objetivo de identificar predictores para una futura aparición de depresión y así desarrollar intervenciones preventivas de forma eficaz. Se utilizó revisión sistemática y metaanálisis para identificar factores de riesgo que aparecían por primera vez, en pacientes adolescentes y jóvenes. Las bases de datos utilizadas fueron PsycINFO, MEDLINE (Ovid), Web of Science, Cochrane Database, Lilacs, African Journals Online y Global Health; en un periodo de julio de 2009 a diciembre de 2020. Las investigaciones incluidas fueron longitudinales y con participantes con edades entre los 10 a 25 años. Los resultados mencionan que los jóvenes que tenían otros problemas de salud mental al inicio tenían más de tres veces las probabilidades de desarrollar depresión que aquellos jóvenes sin dichos problemas de salud mental. No se encontraron asociaciones significativas entre un ambiente familiar negativo o la depresión de los padres y el desarrollo de la depresión en los jóvenes.

Sousan H. et al. (27) realizaron una investigación con el objetivo de encontrar una posible influencia del dominio del idioma del país de acogida en la frecuencia de síntomas depresivos posparto (PPD) en mujeres inmigrantes comparándolas con mujeres nativas; como parte de la respuesta a la problemática identificada sobre la mayor probabilidad de padecer PPD en inmigrantes. En el estudio, recopilaron datos en el marco de “Salud perinatal en migrantes; barreras, incentivos y resultados”, que fue un estudio de cohorte prospectivo de Portugal, que se encargó de reunir e investigar las experiencias y resultados maternos en mujeres migrantes, entre esos resultados se analiza también la salud mental. Se analizaron a 2890 participantes, de las cuales el 49% eran nativas, y el 51% eran inmigrantes, entre los años 2017 y 2019. Los resultados mostraron que 7.2% de las mujeres nativas y el 12.4% de las mujeres inmigrantes experimentaron síntomas depresivos posparto. Además, se observó una tendencia significativa de aumento de las proporciones de dichos síntomas a medida que disminuía el nivel de dominio del idioma portugués entre las mujeres inmigrantes, siendo del 11% para aquellas con dominio completo, 13% para las de nivel intermedio y 18% para las que tenían competencia limitada (tendencia $p < 0,001$). Los autores llegaron a la conclusión de que las mujeres migrantes tienen una probabilidad aumentada de experimentar síntomas depresivos después del parto en contraste con las mujeres que

son originarias del país donde residen.

Sanchez et al. (28), en el año 2012, realizaron una investigación con el objetivo de determinar la frecuencia de la sintomatología de la depresión mayor entre pacientes ancianos de la Ciudad de México, por medio de la escala de depresión de Yesavage de 30 ítems. Los participantes en total fueron de 7449 para la primera fase, y de 2923 para la segunda fase, con una presencia de síntomas depresivos de 21.7%. En cuanto a los resultados, el síntoma más frecuente fue la tristeza patológica, con 52.9%, seguido de la culpa excesiva o inapropiada, con 79.9%. La anhedonia ocupa el tercer lugar en frecuencia, con 43.6% del total. La fatiga, el retardo o agitación psicomotor, los cambios de apetito y las alteraciones del sueño, tienen un porcentaje de, 18.9%, 16.2%, 15.1% y 15.8%, respectivamente. Finalmente, los menos frecuentes fueron, el pensamiento lento y la ideación suicida, con 8.9% y 3%, respectivamente.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Daniel Escalante y Víctor Jauregui (10), en el año 2018, realizaron un estudio de tipo observacional, transversal y analítico en Perú. Utilizaron datos obtenidos del ENDES 2015, donde se estableció un punto de corte mayor a 10 en la escala PHQ-9. El objetivo del estudio fue investigar la relación entre el estado nutricional y la presencia de síntomas depresivos

en la población adulta peruana. Registraron en el estudio 26 463 participantes entre 18 y 60 años. En cuanto a los hallazgos, se encontró una asociación significativa ($p < 0.001$) entre el grado de instrucción y la prevalencia de depresión. Se observó que las personas con grado de instrucción más bajo presentaban una mayor incidencia de depresión, tanto en hombres como en mujeres. Los hombres sin educación/ inicial el 7.9% (6 participantes) presentó depresión en relación al menor porcentaje que fueron los hombres con estudios superiores 2.7% (96 participantes). En el caso de las mujeres sin educación/inicial fueron 17.5% (76 participantes), en comparación con el menor porcentaje que fueron las mujeres con estudios secundarios 7.7% (486 participantes) y con estudios superiores 7.2% (267 participantes). Además, se observa que la obesidad tanto de grado 1A como 1B se asocia con una mayor incidencia de síntomas depresivos especialmente en mujeres, con un porcentaje de 21% (345 participantes) y con un valor $p:0.002$. Los investigadores identificaron una asociación entre el estado nutricional y la depresión en mujeres adultas peruanas, observando que aquellas con obesidad grado IB ($IMC \geq 32.50$) tenían la mayor prevalencia de depresión. Sin embargo, no encontraron una asociación similar en hombres.

Paola Baldeón et al. (29), llevaron a cabo una investigación de tipo observacional, correlacional y de corte transversal, con el propósito de identificar las variables sociodemográficas vinculadas a la depresión en adultos mayores peruanos, utilizando datos de la ENDES del año 2017. La muestra consistió en 4917 adultos mayores de 60 años en adelante. Los resultados revelaron una prevalencia de depresión del 14.2% en esta población. Se encontró que la falta de educación, residir en áreas rurales, ser mujer, tener más de 75 años y vivir en condiciones de pobreza estaban asociados con la depresión en este grupo. No se encontró una relación entre la presencia de depresión y la discapacidad.

Juan Torres y José Torres (30), llevaron a cabo una investigación de tipo observacional, analítico y transversal mediante un análisis secundario de la Encuesta Nacional de Hogares (ENDES) del año 2019, con el propósito de determinar la prevalencia y los factores asociados con el trastorno depresivo en adultos peruanos mayores de 60 años. La población de estudio comprendió a 4174 adultos mayores. Según los resultados obtenidos, la prevalencia del trastorno depresivo fue del 13.18%. Se encontró relación entre el sexo femenino, edad mayor a 85 años, bajos quintiles de riqueza, bajo grado de instrucción y padecer alguna discapacidad, con el trastorno depresivo. No se encontró relación con el área de residencia, cobertura de salud, consumo de alcohol y hábito de

fumar.

Ingrid Efecto (31), llevó a cabo una tesis de tipo observacional, prospectivo y transversal, que involucró a 88 médicos que trabajaban en Lima en el año 2020. El objetivo fue determinar la asociación entre factores sociodemográficos y síntomas de ansiedad y depresión en el personal de salud durante la pandemia. Para este fin, se utilizó el cuestionario PHQ-9 y el GAD-7. Los resultados revelaron una prevalencia de depresión del 59.1% en la muestra estudiada. Factores como ser residente, la alta carga laboral y trabajar en el primer nivel de atención se relacionaron con el trastorno depresivo.

Mashiel Leiva et al. (32), llevaron a cabo un estudio de tipo observacional, analítico, transversal y cuantitativo en la Universidad Ricardo Palma de Lima durante el año 2021. El estudio incluyó a un total de 110 estudiantes de medicina, desde el primer hasta el séptimo año de carrera. El objetivo fue determinar la asociación entre la ansiedad y la depresión en estudiantes de medicina durante el ciclo académico 2021 II. El estudio encontró la mayoría presento algún grado de ansiedad y secundariamente la mitad del total presento algún grado de depresión, los porcentajes fueron 85.36% y 50% respectivamente. Además, se identificaron factores asociados con mayor frecuencia, como el sexo

femenino, un nivel socioeconómico bajo y aquellos estudiantes que cursaban asignaturas clínicas. El estudio también encontró una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y la depresión (p: 0.038), así como entre un nivel socioeconómico bajo y la depresión (p: 0.004), mientras que la relación de la depresión con el sexo femenino y los estudiantes matriculados en materias clínicas no fueron estadísticamente significativos.

Lictania Romero (15) en “Variables sociodemográficas asociadas a la depresión asociadas a la depresión en mujeres de 19 a 49 años de zonas rurales y urbanas, según ENDES 2020”, publicado en 2023, llevo a cabo un estudio de tipo correlacional, no experimental y transversal en mujeres de 19 y 49 años de zonas rurales y urbanas de Perú. Este estudio mencionado informo que los factores sociodemográficos como estado civil (69.6%), la edad de 30 a 49 años (61.2%) y la ubicación geográfica (predominaron zonas urbanas 67.7%) están estrechamente vinculados con la depresión, mientras que el grado de instrucción y el nivel de riqueza no mostraron una asociación significativa. Concluyeron que los factores asociados a la depresión en las edades ya mencionadas son tener pareja, ser adulta, vivir en áreas urbanas.

Martha Martina et al. (20), en el año 2022 realizaron una investigación titulada “Depresión en adultos mayores en el Perú: distribución geoespacial y factores asociados según ENDES 2018 – 2020”, con el objetivo de describir dichas variables de interés en ese periodo de tiempo. El estudio fue de corte transversal, tipo analítico, con datos extraídos de la ENDES con el uso del PHQ-9. La muestra de la investigación estuvo constituida por 5544, 6929 y 6445 adultos mayores de los años 2018 a 2020 respectivamente. En cuanto a los resultados se encontró que, la menor prevalencia de depresión se encontró en Lima metropolitana, en relación a las regiones del Perú, con un 8.5%. En cuanto al área de residencia, el rural fue la que tuvo la mayor prevalencia de depresión, con 20.7%, en comparación con el urbano, constituyendo un 9.5%. En el lugar de residencia, las ciudades pequeñas tuvieron la menor prevalencia de depresión, con 7.9%, seguido de la capital y ciudades grandes, con 8.5%, luego los pueblos con 13% y finalmente el lugar con mayor prevalencia de depresión fue el campo, con 20.7%. En cuanto a las regiones de Perú, las que poseen las mayores prevalencias, entre 16 y 37%, de depresión en 2020, son La Libertad, Áncash, Huancavelica y Puno. Seguidamente los que tienen una prevalencia menor, con 10.5 a 15%, son Cajamarca, San Martín, Pasco, Junín, Cusco, Madre de Dios, Tacna, Apurímac y Ayacucho. Finalmente, las menores prevalencias de depresión,

entre el 2 y 10%, son Arequipa, Moquegua, Ica, Lima, Huánuco, Ucayali, Loreto, Amazonas, Piura y Tumbes.

2.1.3 Antecedentes locales

No se han registrado trabajos de investigación relacionados al tema del presente trabajo, a nivel local.

2.2 BASES TEÓRICAS

La depresión, también conocida como trastorno depresivo mayor, es una enfermedad mental caracterizada por la persistencia de un estado de ánimo bajo o triste, la pérdida de interés o placer en actividades antes disfrutadas y la disminución de la energía (33). Este trastorno afecta la manera en que una persona piensa, siente y maneja las actividades diarias. Se considera un trastorno complejo con múltiples factores contribuyentes, que van desde aspectos biológicos hasta experiencias de vida y factores sociodemográficos (34).

Según DSM - 5 al menos debe haber como mínimo 5 a más síntomas durante al menos 2 semanas, además debe incluir el principal síntoma: anhedonia (pérdida de placer) o estado de ánimo deprimido, el resto de los síntomas son secundarios conformados por alteración del sueño, falta de energía, culpabilidad excesiva, pensamientos suicidas y deterioro de la

ejecución psicomotora (3).

2.2.1 Etiología

La aparición de la depresión es multifactorial, lo que hace que sea un proceso complejo. A pesar de los esfuerzos, aún no se ha logrado la comprensión de todos los múltiples factores, ni las interacciones entre ellos (5).

2.2.2 Fisiopatología

La depresión tiene una base biológica que involucra neurotransmisores, la noradrenalina y la serotonina ejercen poderosa influencia en comportamientos y procesos mentales, a diferencia de la dopamina que desempeña un papel crucial en la función motora. Esos tres neurotransmisores son esenciales para un adecuado funcionamiento cerebral (35). A continuación, se describe el papel de cada neurotransmisor en la fisiopatología de la depresión:

- La serotonina, principal neurotransmisor en la depresión, su alteración afecta en el talante, conducta, la actividad motora, regulación del sueño, percepción sensorial, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas y funciones cardiacas (35,36). Se ha descrito una disminución en sus niveles y receptores;

específicamente en personas con pensamientos suicidas se encontró una disminución muy marcada (36).

- La noradrenalina está vinculada con la motivación, el apetito, estado de ánimo y alerta, y el aprendizaje. Su regulación negativa en la depresión provoca menor afinidad en los receptores beta adrenérgicos (36).
- La dopamina, principal neurotransmisor inhibitorio. Está asociada con el placer, mantenimiento del estado de alerta y gratificación positiva, su alteración provoca anhedonia (incapacidad para sentir placer) (35,36). El consumo prolongado de tabaco inhibe la actividad de la enzima monoamino-oxidasa B, juega un papel en la degradación de la dopamina y monoamino-oxidasa A, contribuyendo parcialmente al efecto antidepresivo de la nicotina. Además, la disminución de los receptores nicotínicos de acetilcolina (nAChRs) se asocia con trastornos neuropsiquiátricos como alzheimer y parkinson, lo que sugiere que el tabaquismo podría ser utilizado como una forma de automedicación en trastornos psiquiátricos. Sin embargo, su efecto se encuentra restringido debido a sus efectos secundarios como problemas cardiovasculares y riesgo de cáncer (35).
- Se ha descrito en estudios el papel importante en otros

neurotransmisores como GABA, glutamato y glicina en la depresión. Se han observado niveles reducidos de GABA en líquido cefalorraquídeo, plasma y cerebro. La capacidad antidepresiva del GABA se evidencia al inhibir las vías ascendentes de las monoaminas, incluyendo el sistema mesolímbico y mesocortical (5). Una liberación excesiva de glutamato está vinculada con lesiones cerebrales por excitotoxicidad (4).

2.2.3 Epidemiología

Globalmente, más de 300 millones de personas fueron afectadas por el trastorno depresivo (4).

En el 2016, ENDES implementó la vigilancia del episodio depresivo, los 4 primeros años el comportamiento de las notificaciones fue gradual debido al creciente aumento en el número de centros de salud centinelas; sin embargo, experimentó una reducción en los dos años siguientes debido a la pandemia COVID 19. Entre los años 2016 – 2021, los factores frecuentemente relacionados con depresión fueron las mujeres (76.5%) , etapa adulta (43.1%) y joven (27.8%). Además, el 2.8% ocurrieron durante la gestación y el 1.1% fue durante el puerperio. Se encontraron antecedentes familiares de trastornos mentales o depresivos en el 11.8% de los casos. De los casos positivos para depresión, el episodio depresivo

moderado fue el más frecuente con 85.4% y el 12.1% pertenece a los de tipo grave. Se identificó un factor estresante social en 46,6%, de estos casos, principalmente la violencia familiar (30%) y el duelo (11,8%) (1).

El trastorno depresivo mayor asociado con otros trastornos psiquiátricos (trastorno obsesivo- compulsivo, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social y trastorno por consumo de sustancias) incrementan el riesgo de suicidio (1,2).

Los adultos jóvenes durante la pandemia experimentaron cambios significativos en su bienestar, estos incluyen: alteraciones en sus rutinas, pérdida de conexiones sociales, y relaciones personales, y cambio a educación virtual; provocando limitaciones en la variedad de estrategias de afrontamiento. En este período las relaciones sociales desempeñan un papel crucial para afrontar y regular sus emociones, estas incluyeron actividades como escuchar música, jugar en línea y utilizar redes sociales, el Instagram fue una las plataformas de redes sociales más utilizada (37).

2.2.4 Clasificación

Según el número y la gravedad de los síntomas, se puede clasificar en leves, moderados y graves (2).

Según el impacto en el funcionamiento del individuo: trastorno

depresivo de un solo episodio (primer y único episodio), trastorno depresivo recurrente (2 síntomas depresivos) y trastorno bipolar (se alternan episodios depresivos y maníacos, algunos de las síntomas que presentan son: irritabilidad, mayor aumento de autoestima, incremento de energía, pensamiento acelerado, disminución del sueño, conductas impulsivas y distracciones (2).

Según el tipo de síntomas se dividen en somático y no somático. En el primero mencionado, abarcan las alteraciones en el apetito, problemas para conciliar el sueño, dificultad para concentrarse y retraso psicomotor. Por otro lado, el componente no somático incluye los aspectos afectivos tales como anhedonia (falta de placer), estado de ánimo deprimido, sentimientos de inutilidad y pensamientos suicidas (3).

2.2.5 Factores de riesgo

- La prevalencia en el sexo femenino duplica al sexo masculino (2,4,5).
- Los síntomas varían según la edad. En los niños, la irritabilidad, quejas físicas y distanciamiento social son más comunes; a diferencia de los adolescentes donde la depresión está vinculada a trastornos como trastorno de la conducta alimentaria., trastorno de conducta y abuso de sustancias (2).

- En adolescente la historia familiar de violencia física, conflictos o separación de los padres (2).
- Antecedente familiar de uno o más parientes de primer o segundo grado con depresión (2).
- El estrés temprano tiene un impacto significativo en la alteración de respuestas neuroendocrinas y conductuales, ocasionando cambios a nivel de la corteza cerebral e incrementando el riesgo de depresión severa en la etapa adulta (5).
- Los gemelos monocigotos tienen mayor susceptibilidad a la depresión (5).
- Los trastornos alimentarios relacionados como la bulimia, anorexia nerviosa y trastorno por atracones suelen desarrollarse en la adolescencia y la juventud (2).
- Estudios previos asocian la gravedad de la depresión con la edad, desempleo, disfunción cognitiva, psicosis e ideación suicida; sin embargo (3).
- Es desconocido el factor más determinante en el desarrollo de la depresión debido a la complejidad de estos, pueden interactuar de diversas formas y ser tanto como causas y consecuencias (2).

2.2.6 Factores protectores

Se han documentado factores protectores para la depresión, acciones o situaciones que disminuyen el riesgo de desarrollar dicha patología. En el caso de personas adultas jóvenes, la familia desempeña un papel crucial como apoyo, la conversación con sus padres reduce el riesgo de padecer síntomas depresivos (16,25). Además, que ellos desarrollen intereses personales y pasatiempos también ayuda a disminuir ese riesgo. Otro factor protector identificado en pacientes jóvenes es la práctica de deportes (37).

Por otro lado, en personas jóvenes de 18 a 25 años, el empleo puede tener un impacto positivo en la prevención de la depresión, ya que proporciona seguridad económica, integridad social y oportunidad de establecer redes de apoyo social. Una base económica estable podría acercar a la posibilidad de la creación de una familia y beneficios económicos, sociales y emocionales (16).

2.2.7 Síntomas depresivos

Los síntomas depresivos son manifestaciones específicas que caracterizan la presencia de depresión (38). Según los síntomas se dividen en somático y no somático. Estos pueden incluir cambios en el apetito, alteración en el ciclo del sueño, culpa o inutilidad, problemas para

concentrarse, ideación recurrente de muerte, pensamientos de desesperanza, y fatiga, provocando por al menos 2 semanas disminución de la participación personal, laboral y/o social (36,38). Pueden interactuar con otros trastornos psiquiátricos y somáticos (Trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por consumo de sustancias, trastorno de ansiedad social y trastornos alimentarios entre otros), incrementando el riesgo de suicidio (1,2,36). En el primero mencionado, abarcan las alteraciones en el apetito, problemas para conciliar el sueño, dificultad para concentrarse y retraso psicomotor. Por otro lado, el componente no somático incluye los aspectos afectivos tales como anhedonia (falta de placer), estado de ánimo deprimido, sentimientos de inutilidad y pensamientos suicidas (3). La duración y la intensidad de estos síntomas son cruciales para determinar la gravedad del trastorno depresivo (38).

2.2.8 Diagnóstico

- **Depresión mayor según manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM - 5)**

De acuerdo con los criterios, se contempla a la depresión como un aspecto de una sola dimensión; debido a que los signos o síntomas en conjunto determinan su diagnóstico (3). A continuación, se describen los síntomas mencionados por DSM 5:

A. Cinco (o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas. (Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días
5. Agitación o enlentecimiento psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo o morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha salido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Fuente: Extraído de guiasalud.es (39)

Para el diagnóstico requiere al menos cinco síntomas, además debe cumplir los siguientes requisitos: duración de al menos 2 semanas, reflejar una alteración a nivel del funcionamiento previo. Además, al

menos debe incluir la anhedonia o el estado de ánimo deprimido (3,40).

La presencia del duelo no impide el diagnóstico de depresión, debido a su variabilidad individual y cultural en su afrontamiento puede resultar en la administración innecesaria y contribuir a la estigmatización (41).

- **Depresión mayor según CIE-10**

El CIE-10 incluye a la depresión mayor en los trastornos afectivos o del humor. A su vez dicha categoría tiene dentro al trastorno depresivo recurrente y al episodio depresivo. En ambos casos, y al igual que pasaba en el DSM-5, se requieren de por lo menos dos semanas como criterio de tiempo. En este caso, se añade un síntoma más dentro de los considerados como típicos, y este es el aumento de la fatigabilidad, además, se requieren dos de esos tres para el diagnóstico. Para los demás síntomas se requiere de por lo menos uno. A continuación, se presentan los criterios diagnósticos según la CIE-10.

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico
<p>C. Síndrome somático: algunos de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras. - Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta. - Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual. - Empeoramiento matutino del humor depresivo. - Presencia de enlentecimiento motor o agitación. - Pérdida marcada del apetito. - Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes. - Notable disminución del interés sexual.

Fuente: Extraído de guiasalud.es (39)

- **Depresión mayor según CIE-11**

Para el CIE-11, en cambio, la persona debe tener tristeza patológica persistente y al menos dos de los siguientes síntomas presentados a continuación:

- Energía disminuida o fatiga
- Cambios en el apetito o el peso
- Dificultades para concentrarse o tomar decisiones
- Alteraciones del sueño

- Agitación o retraso psicomotor
 - Sentimientos de inutilidad o culpa
 - Pérdida de interés o placer en actividades cotidianas
 - Pensamientos de muerte o suicidio.
- **Depresión mayor según PHQ-9**

Hay una variedad de herramientas disponibles para la identificación de depresión, pero aún no se ha determinado completamente sus beneficios y se han registrado discrepancias en los hallazgos de la literatura sobre este tema. Sin embargo, un estudio de metaanálisis ha sugerido que, entre estas herramientas de detección, solo la encuesta del PHQ-9 identifica casos con depresión con exactitud en un nivel óptimo (13).

El PHQ-9 es un instrumento considerado como el mejor, debido a su precisión, brevedad, capacidad de ser de uso público, versátil para distintos propósitos, se puede utilizar en varios países y contextos, sencilla de interpretar y usar. Cuenta con una sensibilidad entre 71 - 84% y una especificidad 90 - 97%, es decir que posee una destacable capacidad para detectar a los pacientes verdaderamente sanos (13).

Adicionalmente se suele usar el instrumento con varios puntos de corte para dividir la gravedad de los síntomas depresivos en grados, sin embargo en este estudio se ha considerado la clasificación dicotómica para diferenciar a los pacientes con depresión mayor por PHQ-9 de los que no lo tienen (13).

El instrumento evalúa la presencia de los nueve indicadores de depresión delineados en el DSM-5, observados por lo menos durante un periodo de dos semanas (13,20). La evaluación asigna una puntuación de 0 a 3 basada en la frecuencia de estos síntomas, categorizada como "nunca", "algunos días", "más de la mitad de los días", y "casi todos los días". La puntuación final va del 0 al 27 (20). Un estudio hecho en Perú, en donde se comparaban las frecuencias de diagnóstico de depresión entre la obtenida por el DSM-5, CIE-10 y el PHQ-9. Entre las conclusiones obtenidas se encontró que usando un punto de corte de 15 en el PHQ-9 se encontraba la mejor relación con los otros criterios diagnósticos de referencia, y que un punto de corte de 10 sobrediagnosticaba (42).

2.2.9 Complicaciones

Mayor riesgo de enfermedad cardiovascular en pacientes con depresión moderada sin tratamiento (3).

Los episodios depresivos representan un factor de riesgo para el suicidio, incrementando la probabilidad de este hasta 20 veces (2).

2.2.10 ENDES Y PHQ-9

Desde hace 14 años el Instituto Nacional de Estadística e Informática se encarga de llevar a cabo la encuesta ENDES, con el objetivo de recolectar datos demográficos y condición de salud en personas peruanas mayores a 15 años de edad. El apartado de la salud mental fue integrado a partir del año 2016, con la incorporación del cuestionario Patient Health Questionnaire (PHQ), validado también en Perú, esto último es una herramienta de auto aplicación recopila datos de forma rápida y eficiente sobre la salud mental (17,36).

2.2.11 Salud mental postpandemia

Los adultos jóvenes durante la pandemia experimentaron cambios significativos en su bienestar, estos incluyen: alteraciones en sus rutinas, pérdida de conexiones sociales, y relaciones personales, y cambio a educación virtual; provocando limitaciones en la variedad de estrategias de

afrontamiento. En este período las relaciones sociales desempeñan un papel crucial para afrontar y regular sus emociones, estas incluyeron actividades como escuchar música, jugar en línea y utilizar redes sociales, el Instagram fue una las plataformas de redes sociales más utilizada (37).

2.3 DEFINICIONES OPERACIONALES

2.3.1 Síntoma

Percepción de una persona que posiblemente indica una patología o afección. Solamente son identificados por la persona que los presenta, mas no por el proveedor de la atención de salud, ni tampoco por exámenes (43).

2.3.2 Trastorno de depresión mayor

Es un trastorno emocional que provoca una pérdida del interés en realizar actividades, además de causar un sentimiento de tristeza persistente. Afecta los pensamientos, comportamientos y sentimientos del paciente, además de generar variados trastornos emocionales y físicos (44).

2.3.3 Factores sociodemográficos

Criterios empleados para caracterizar a las personas en aspectos como sexo, edad, grado de instrucción en el idioma principal, raza/etnia, género, situación laboral, estado civil, ingresos, profesión, número total de residentes en el hogar y condiciones de vida, así como factores afines (45).

2.3.4 DSM - 5

Manual de Diagnóstico Psiquiátrico publicado por la Asociación Psiquiátrica Americana en 2013, con el fin de facilitar la actualización sobre la información más importante con respecto a ciencias cognitivas, neurociencia, genética (41).

2.3.5 Antropometría

La metodología utilizada para evaluar las dimensiones, masa y relación entre diferentes partes del cuerpo humano (46).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

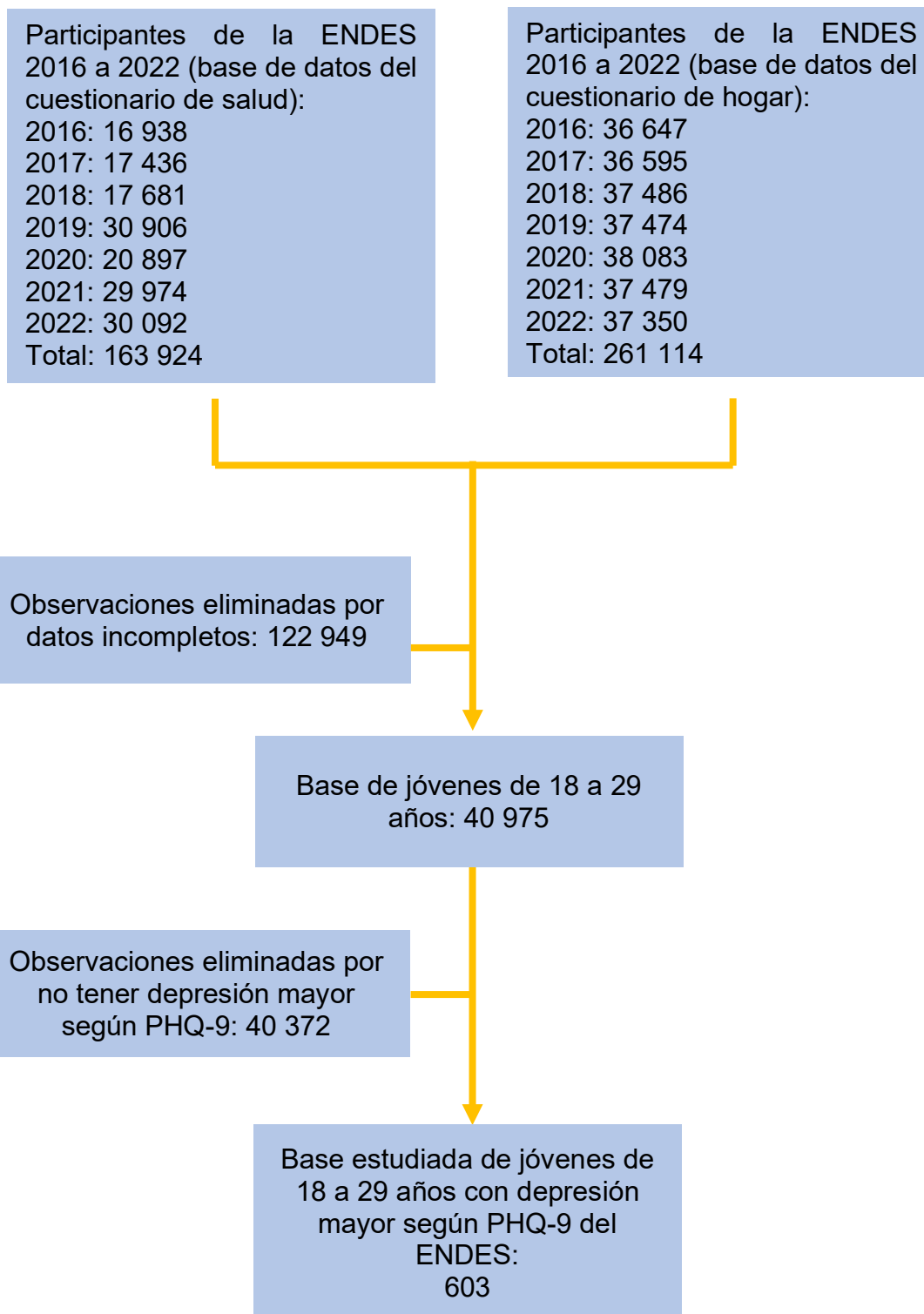
La tesis propuesta sigue un enfoque cuantitativo de diseño no experimental, de corte transversal y de nivel descriptiva. La presente investigación utilizó la base de datos del ENDES de los años 2016 al 2022, elaborada por el organismo encargado de censos nacionales, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Además, se trata de un análisis de base de datos, secundario.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población muestral en estudio estuvo conformada por 163 924 personas de ambos sexos mayores de 15 años, que participaron del “cuestionario de salud mental” y del “cuestionario del hogar” en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar durante el periodo de 2016 a 2022.

Desde el año 2015 se propuso un nuevo diseño muestral en el ENDES, utilizando el método del cubo, que tiene la particularidad de obtener un muestreo con estimaciones de totales que se asemejan a las características de la población objetivo de la encuesta. (47,48).

Para el presente estudio se utilizaron las bases de datos del cuestionario de salud y del cuestionario del hogar del año 2016 a 2022, tomando como base a los participantes del cuestionario de salud y agregando los datos faltantes, encontrados en el cuestionario del hogar, que en total fueron, 163 924 y 261 114, respectivamente. De acuerdo a los datos requeridos en la investigación, se eliminaron 122 949 participantes, quedando una base de datos de participantes jóvenes de 40 975, de los cuales se eliminaron 40 372 individuos sin trastorno de depresión mayor según PHQ-9, quedando finalmente 603 participantes.



3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.3.1 Criterios de inclusión

- Personas entre 18 y 29 años.
- Personas con depresión según resultados PH9 mayor a 15
- Personas que respondieron la encuesta con datos requeridos completos

3.3.2 Criterios de exclusión

- Individuos con datos requeridos en la investigación, incompletos.
- Personas que no tienen depresión mayor por PHQ-9 menor a 15.

Después de aplicar los criterios de selección descritos, se recopiló una muestra total de 603 personas jóvenes entre los años 2016 a 2022.

3.3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
Factores sociodemográficas	Edad	18 – 29 años	Cuantitativa continua
	Sexo	Masculino Femenino	Cualitativa nominal
	Lengua materna	Quechua Aimara Ashaninka Awajun/Aguaruna Shipibo/Konibo Shawi/Chayahuita Matsigenka/Machiguenga Achuar Otra lengua nativa u originaria Castellano Portugués Otra lengua extranjera	Cualitativa nominal
	Etnia	Quechua Aimara Nativo o indígena de la amazonia Perteneiente o parte de otro pueblo originario Negro/moreno/zambo/mulato/pueblo afroperuano o afrodescendiente Blanco Mestizo Otro No sabe/No responde	Cualitativa nominal
	Grado de instrucción	Inicial, preescolar Primaria Secundaria Superior universitaria Superior no universitaria Postgrado	Cualitativa nominal
	Tipo de seguro de salud	Seguro integral de salud ESSALUD/IPSS Fuerzas armadas o policiales Entidad prestadora de salud Seguro privado Otro Sin seguro	Cualitativa nominal
	Región	Amazonas Ancash Apurímac Arequipa Ayacucho Cajamarca Callao Cusco Huancavelica Huánuco Ica	Cualitativa nominal

		Junín La Libertad Lambayeque Lima Loreto Madre de Dios Moquegua Pasco Piura Puno San Martín Tacna Tumbes Ucayali	
	Área de residencia	Urbano Rural	Cualitativo nominal
	Lugar de residencia	Capital, gran ciudad Pequeña ciudad Pueblo Campo	Cualitativo nominal
Factores antropométricos	Perímetro abdominal	Varones: Normal: < 94 cm Elevado: ≥ 94 cm Mujeres: Normal: < 80 cm Elevado: ≥ 80 cm	Cualitativa ordinal
	IMC	Bajo peso: menor a 18.5 kg/m ² Normopeso: 18.5 – 24.9 kg/m ² Sobrepeso: 25 – 29.9 kg/m ² Obesidad: ≥30 kg/m ²	Cualitativa ordinal
Síntomas depresivos	Tristeza patológica	Sin depresión: 0 – 14 puntos Con depresión: ≥ 15 puntos	Cualitativa ordinal
	Anhedonia		
	Pérdida o ganancia de peso o apetito		
	Alteración del sueño		
	Alteración psicomotora		
	Fatiga		
	Sensación de fracaso		
	Problemas para concentrarse		
Pensamientos de muerte			

Nota: Elaboración propia

3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO

La recolección de los datos se realizó a través de la encuesta del ENDES 2022, sobre salud mental, por medio de un dispositivo móvil, en este caso, una tablet (47).

Adicionalmente, dentro de dicha encuesta, en el apartado de salud mental se encuentra el test PHQ-9 desde el cual se extrajeron los datos para calcular la presencia o el nivel de depresión de cada participante.

Diferentes estudios han denominado a los hallazgos del instrumento PHQ-9, de dos formas, una de ellas es el de “síntomas depresivos de importancia clínica” (13), y la otra directamente es el de “depresión mayor” (21).

3.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El INEI empleó el método de entrevista directa (presencial), que fue llevada a cabo por personal debidamente capacitado encargado de recopilar la información de los individuos de las viviendas seleccionadas. Este personal visita las viviendas seleccionadas con el propósito de completar los cuestionarios de la encuesta (47).

Se accedió a la base de datos del ENDES desde el año 2016 al 2022, y se identificó las encuestas de salud mental y cuestionario del hogar,

desde donde se obtuvieron las variables de interés, que están descritas anteriormente en la operacionalización de variables.

3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó la base de datos de ENDES 2016 a 2022. Los resultados se encontraron en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/documentos.asp> desde la cual se descargaron dichas bases de datos en formato de SPSS. Se trabajó con las bases de datos individuales de cada año, procesando cada uno de la misma forma. Primero se eliminaron todas las personas que no tenían observaciones en alguna de las siguientes variables: sexo, grado de instrucción, etnia, lengua materna, tipo de seguro de salud o síntomas depresivos; para lo cual se creó una nueva variable para cada una de las antes mencionadas, en la que se recodificó las observaciones vacías, con la herramienta de “recodificar en distintas variables”, de tal manera que se pudieran eliminar con la herramienta “seleccionar casos”. En cuanto al peso, talla y perímetro abdominal se utilizó el ítem del cuestionario que correspondía con la pregunta de si se había tomado la medida o no, para excluir a los participantes que no tenían alguna medición antropométrica, de la misma forma que las anteriores variables. Para calcular el IMC, se convirtió la talla de centímetros a metros en todos los participantes, y posteriormente con el peso en kilogramos se obtuvo el IMC y se clasificó

en las 4 categorías. Para el perímetro abdominal se agrupó en 2 niveles a la medición en centímetros de esa variable, tanto en hombres, como en mujeres. Finalmente, para obtener la presencia de depresión mayor por el PHQ-9 de la ENDES, se sumó el puntaje obtenido en los nueve ítems del cuestionario en la base de datos, pudiendo estar en el rango de 0 a 27 puntos, y posteriormente dicho puntaje se agrupó entre aquellos sin depresión mayor, es decir con puntaje desde el 0 a 14, y los que sí tuvieron depresión mayor según PHQ-9, desde 15 puntos. Con los datos obtenidos y la ayuda del programa IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Statistics, en su versión 25; se realizó la estadística descriptiva, con las frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas y con las medidas de tendencia central, dispersión y forma de distribución en las variables cuantitativas.

Se tomará como punto de corte 15 en el PHQ-9, debido que, a partir de este, se considera a los pacientes con el diagnóstico de depresión mayor, ya que menor a este punto de corte podría incluir a pacientes sobrediagnosticadas con depresión, comparando los resultados con test de referencia como son el DSM-5 y el CIE-10.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

El estudio actual se basó en los datos recopilados en la encuesta ENDES 2016 - 2022, los cuales fueron obtenidos previamente, garantizando así que no hubiera riesgos para los participantes. Los microdatos se encuentran disponibles para el público en general a través del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), como parte de sus esfuerzos para promover y compartir sus investigaciones estadísticas.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

A continuación, se muestran los resultados de la estadística descriptiva de los factores sociodemográficos y antropométricos en jóvenes con depresión mayor de acuerdo con el instrumento PHQ-9 extraído de la ENDES 2016 - 2022.

De acuerdo con lo revisado y explicado en bases teóricas anteriormente, se utilizó PHQ-9, a partir del punto de corte de 15 puntos que da como resultado depresión mayor.

Tabla 1

Resumen de las variables sociodemográficas en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 -2022

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	N = 603	%
EDAD (AÑOS)*	24	21-27
SEXO		
-MASCULINO	207	34.3
-FEMENINO	396	65.7
LENGUA MATERNA		
-QUECHUA	70	12.1%
-AIMARA	14	2.4%
-ASHANINKA	3	0.5%
-AWAJUN/AGUARUNA	1	0.2%
-SHIPIBO/KONIBO	3	0.5%
-SHAWI/CHAYAHUITA	0	0%
-MATSIGENKA/MACHIGUENGA	0	0%
-ACHUAR	0	0%
-OTRA LENGUA NATIVA U ORIGINARIA	1	0.2%
-CASTELLANO	484	83.9%
-PORTUGUÉS	1	0.2%
-OTRA LENGUA EXTRANJERA	0	0%
ETNIA		
-QUECHUA	171	29.6%
-AIMARA	24	4.2%
-NATIVO O INDÍGENA DE LA AMAZONIA	11	1.9%
-PERTENECIENTE O PARTE DE OTRO PUEBLO ORIGINARIO	4	0.7%
-NEGRO/MORENO/ZAMBO /MULATO/PUEBLO AFROPERUANO	60	10.4%
-AFRODESCENDIENTE	31	5.4%
-BLANCO	229	39.7%
-MESTIZO	10	1.7%
-OTRO	37	6.4%
-NO SABE/NO RESPONDE		
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
-INICIAL	0	0.0%
-PRIMARIA	72	11.9%
-SECUNDARIA	333	55.2%
-SUPERIOR NO U	90	14.9%

-SUPERIOR U	102	16.9%
-POSTGRADO	6	1.0%
TIPO DE SEGURO DE SALUD		
-SEGURO INTEGRAL DE SALUD	366	60.7%
-ESSALUD/IPSS	58	9.6%
-FUERZAS ARMADAS O POLICIALES	2	0.3%
-ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD	2	0.3%
-SEGURO PRIVADO	2	0.3%
-OTRO	0	0.0%
-SIN SEGURO	173	28.7%
REGIÓN		
-AMAZONAS	20	3.3%
-ANCASH	22	3.6%
-APURÍMAC	14	2.3%
-AREQUIPA	43	7.1%
-AYACUCHO	22	3.6%
-CAJAMARCA	15	2.5%
-CALLAO	30	5.0%
-CUSCO	21	3.5%
-HUANCAVELICA	20	3.3%
-HUÁNUCO	27	4.5%
-ICA	25	4.1%
-JUNÍN	30	5.0%
-LA LIBERTAD	25	4.1%
-LAMBAYEQUE	16	2.7%
-LIMA	90	14.9%
-LORETO	7	1.2%
-MADRE DE DIOS	27	4.5%
-MOQUEGUA	17	2.8%
-PASCO	23	3.8%
-PIURA	21	3.5%
-PUNO	23	3.8%
-SAN MARTIN	15	2.5%
-TACNA	24	4.0%
-TUMBES	17	2.8%
-UCAYALI	9	1.5%
ÁREA		
-URBANO	463	76.8%
-RURAL	140	23.2%
LUGAR DE RESIDENCIA		
-CAPITAL, GRAN CIUDAD	96	15.9%
-PEQUEÑA CIUDAD	200	33.2%
-PUEBLO	167	27.7%
-CAMPO	140	23.2%

*: Mediana y rango intercuartílico

Fuente: Repositorio de información de ENDES, durante el período 2016 - 2022.

Tabla 2

Resumen de las variables antropométricas en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 -2022

VARIABLES ANTRÓPOMÉTRICAS	N = 603	%
PERÍMETRO ABDOMINAL (CM)*	85.8	78.8 - 95.2
MUJERES		
- NORMAL	141	23.4%
- ELEVADO	399	66.2%
VARONES		
- NORMAL	373	61.9%
- ELEVADO	167	27.7%
PESO (KG)*	62.8	54.9 - 72.7
TALLA (M)*	1.5	1.5-1.6
IMC (KG/M2) *	25.0	22.6 - 29.1
BAJO PESO	10	1.7%
NORMAL	278	46.1%
SOBREPESO	188	31.2%
OBESIDAD	127	21.1%

*: Mediana y rango intercuartílico

Fuente: Repositorio de información de ENDES, durante el período 2016 - 2022.

Tabla 3

Resumen de los síntomas depresivos en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 -2022

SÍNTOMAS	N = 603	%
ANHEDONIA	575	95.4%
TRISTEZA	591	98.0%
INSOMNIO	561	93.0%
CANSANCIO	547	90.7%
CAMBIOS DE APETITO	528	87.6%
DESCONCENTRACIÓN	504	83.6%
ABULIA	485	80.4%
IDEAS DE AUTOLESIÓN	301	49.9%
AUTODESPRECIO	454	75.3%
PUNTAJE PHQ9*	18	16-21

*: Mediana y rango intercuartílico

Fuente: Repositorio de información de ENDES, durante el período 2016 - 2022.

Tabla 4

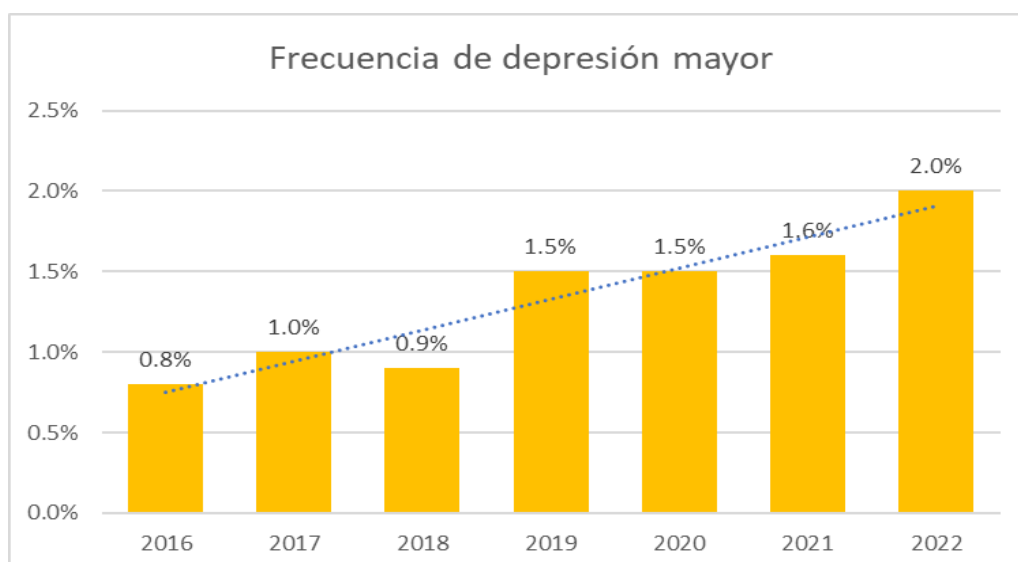
Frecuencia de depresión mayor en personas jóvenes de 18 a 29 años según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 -2022, por año

AÑO	DEPRESIÓN POR PHQ-9				TOTAL	
	SI		NO		N	%
	N	%	N	%		
2016	26	0.8%	3435	99.2%	3461	100%
2017	37	1%	3554	1%	3591	100%
2018	29	0.9%	3298	99.1%	3327	100%
2019	127	1.5%	8279	98.5%	8406	100%
2020	80	1.5%	5310	98.5%	5390	100%
2021	135	1.6%	8314	98.4%	8449	100%
2022	169	2%	8182	98%	8351	100%
TOTAL	603	1.5%	40372	98.5%	40975	100%

Fuente: Repositorio de información de ENDES, durante el período 2016 - 2022.

Figura 1

Frecuencia de depresión mayor en personas jóvenes de 18 a 29 años según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 -2022, por año



Fuente: Repositorio de información de ENDES, durante el período 2016 - 2022.

INTERPRETACIÓN

En la tabla 4 y figura 1, en relación a la frecuencia de depresión mayor en personas jóvenes de 18 a 29 años, encontrada con el instrumento PHQ-9, según la ENDES, durante el periodo de 2016 - 2022; se encontró que la frecuencia más baja es la observada en el año 2016, con 0.8% de pacientes con depresión mayor. El año 2022 se encontró la mayor frecuencia de depresión, con un 2% de los participantes jóvenes. Adicionalmente se aprecia una tendencia al incremento de la depresión mayor en este grupo etario en Perú.

Tabla 5

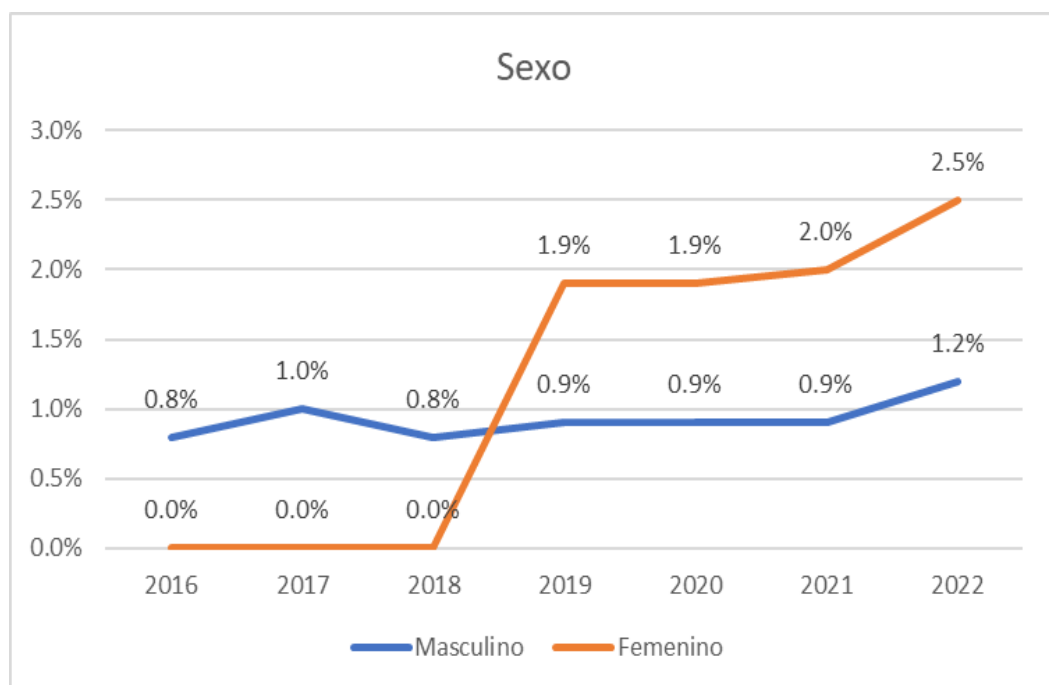
Porcentaje de sexo en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 -2022, por año

AÑO	DEPRESIÓN POR PHQ-9				TOTAL	
	SEXO					
	MASCULINO		FEMENINO		n	%
	n	%	n	%	n	%
2016	26	0.8%	0	0%	26	100%
2017	37	1%	0	0%	37	100%
2018	29	0.8%	0	0%	29	100%
2019	30	0.9%	97	1.9%	127	100%
2020	19	0.9%	61	1.9%	80	100%
2021	28	0.9%	107	2%	135	100%
2022	38	1.2%	131	2.5%	169	100%
Total	207	34.3%	396	65.7%	603	100%

Fuente: Repositorio de información de ENDES, durante el período 2016 - 2022.

Figura 2

Porcentaje de sexo en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 -2022



Fuente: Repositorio de información de ENDES, durante el período 2016 - 2022.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 5 y figura 2, en relación a la frecuencia de depresión mayor en el sexo masculino y femenino en personas jóvenes de 18 a 29 años, encontrada con el instrumento PHQ-9, según la ENDES, durante el periodo de 2016 - 2022; se halló que, entre el sexo masculino, presenta una tendencia predominantemente estacionaria, pero con un ligero incremento,

a lo largo de los años, siendo la frecuencia de 0.8% en el año 2016 y finalmente de 1.2% en el año 2022.

En contraste con lo mencionado, el sexo femenino presenta una tendencia al incremento en los casos de depresión mayor, con un 1.9% en el año 2019, seguido del mismo porcentaje en el año 2020, luego un incremento a 2% en el 2021 y en el año 2022, un porcentaje de 2.5%. Tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión utilizados en la presente investigación, durante los años 2016 a 2018, las mujeres incluidas son de grupos etarios diferentes al joven de 18 a 29 años, ese es el motivo de que no haya ninguna persona de dicho sexo registrada.

Tabla 6

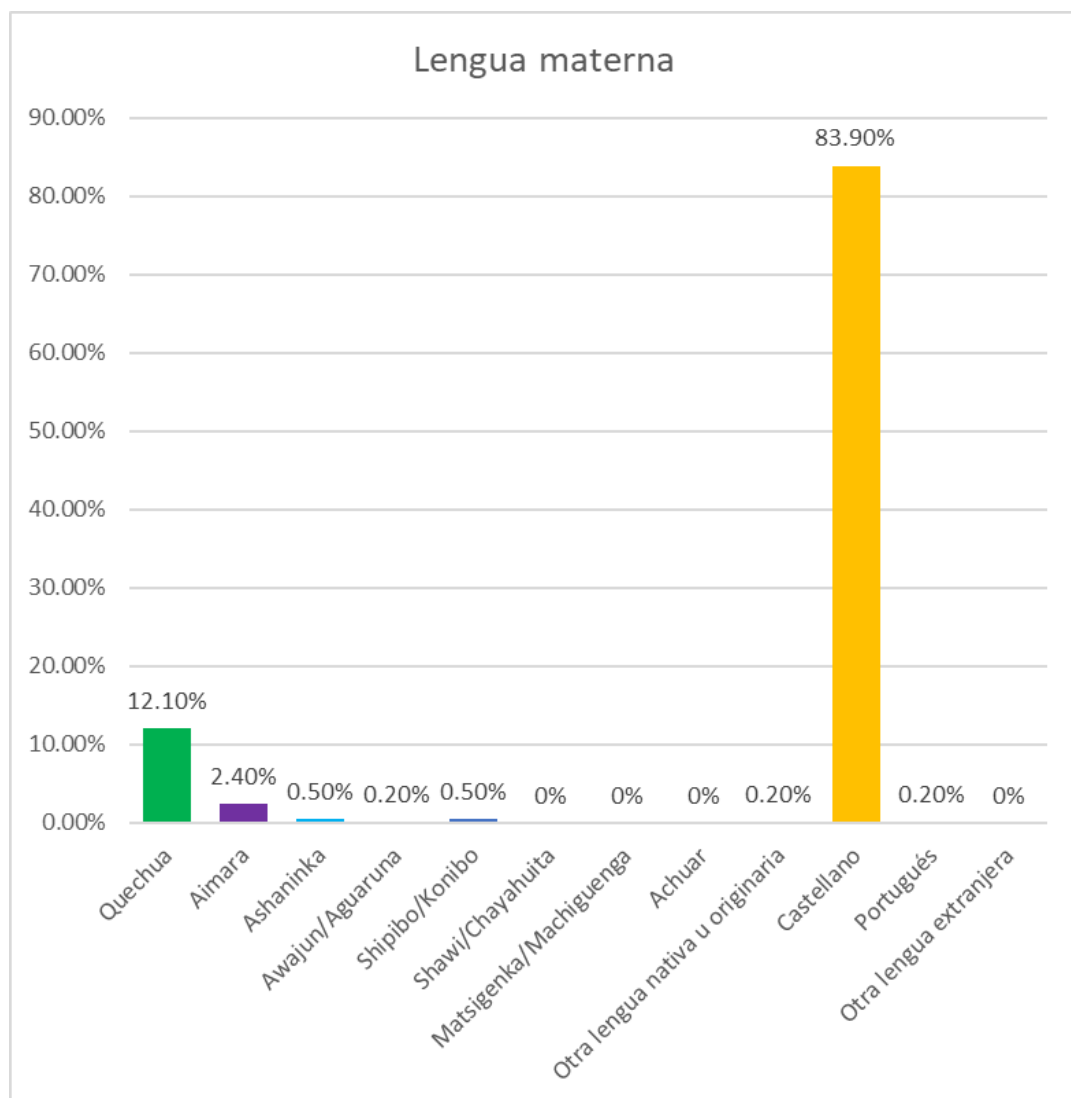
Porcentaje de lengua materna en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2017 - 2022

Lengua materna	Depresión por PHQ-9	
	N	%
QUECHUA	70	12.1%
AIMARA	14	2.4%
ASHANINKA	3	0.5%
AWAJUN/AGUARUNA	1	0.2%
SHIPIBO/KONIBO	3	0.5%
SHAWI/CHAYAHUITA	0	0%
MATSIGENKA/MACHIGUENG A	0	0%
ACHUAR	0	0%
OTRA LENGUA NATIVA U ORIGINARIA	1	0.2%
CASTELLANO	484	83.9%
PORTUGUÉS	1	0.2%
OTRA LENGUA EXTRANJERA	0	0%
TOTAL	577	100%

Fuente: Repositorio de información de ENDES, durante el período 2016 - 2022

Figura 3

Porcentaje de lengua materna en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2017 - 2022



Fuente: Repositorio de información de ENDES, durante el período 2016 - 2022.

INTERPRETACIÓN:

La tabla 6 y figura 3 muestran la prevalencia de la depresión mayor identificada con el instrumento PHQ-9 entre hablantes de diferentes lenguas maternas del grupo de edad joven de 18 a 29 años, durante el periodo 2017 a 2022. Se observa que la mayor proporción de casos de depresión corresponde a hablantes de castellano, representando el 83.9% del total de casos evaluados, lo que indica una predominancia en comparación con las otras lenguas. La lengua quechua muestra la segunda mayor frecuencia de depresión con un 12.1%, seguido por el aimara con un 2.4%.

Los hablantes de Ashaninka, Awajun/Aguaruna, y Shipibo/Konibo presentan proporciones similares y muy bajas de depresión, cada uno con menos del 1%. Es importante resaltar que no se encontraron casos de depresión entre los hablantes de Shawi/Chayahuita, Matsigenka/Machiguenga, Achuar y “otra lengua extranjera”.

El caso único de depresión encontrado tanto en hablantes de portugués como en aquellos que hablan otra lengua nativa u originaria, con un 0.2% cada uno, muestra la diversidad lingüística en la población estudiada, pero con una incidencia muy baja de depresión detectada por el PHQ-9.

Tabla 7

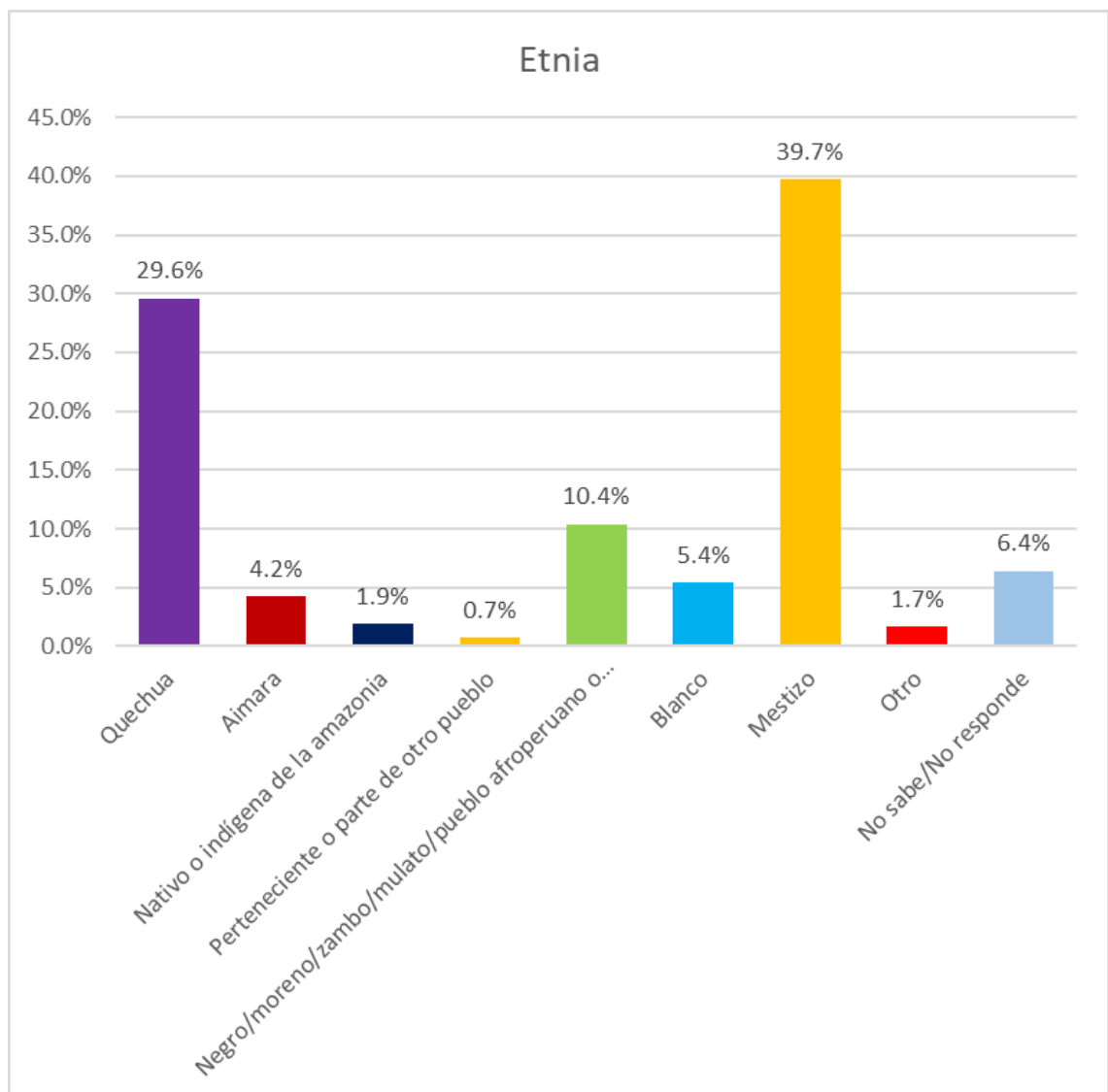
Porcentaje de etnias en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2017 -2022

ETNIA	DEPRESIÓN POR PHQ-9	
	N	%
QUECHUA	171	29.6%
AIMARA	24	4.2%
NATIVO O INDÍGENA DE LA AMAZONIA	11	1.9%
PERTENECIENTE O PARTE DE OTRO PUEBLO ORIGINARIO	4	0.7%
NEGRO/MORENO/ZAMBO /MULATO/PUEBLO AFROPERUANO O AFRODESCENDIENTE	60	10.4%
BLANCO	31	5.4%
MESTIZO	229	39.7%
OTRO	10	1.7%
NO SABE/NO RESPONDE	37	6.4%
TOTAL	577	100%

Fuente: Repositorio de información de ENDES, durante el período 2016 - 2022.

Figura 4

Porcentaje de etnias en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2017 -2022



Fuente: Repositorio de información de ENDES, durante el período 2016 - 2022.

INTERPRETACIÓN:

La tabla 7 y figura 4 ilustra la frecuencia de depresión mayor evaluada por el instrumento PHQ-9 en relación con la autoidentificación étnica de los participantes de edad joven entre 18 y 29 años, durante el periodo de 2017 a 2022. El grupo con la mayor frecuencia de casos reportados de depresión es el mestizo, representando el 39.7% del total. Le sigue la etnia quechua con un 29.6%, destacando como las dos principales etnias afectadas por la depresión según este estudio. En contraste, las etnias aimara y negro/moreno/zambo/mulato/pueblo afroperuano o afrodescendiente muestran una frecuencia menor, con 4.2% y 10.4%, respectivamente.

Los grupos “nativo o indígena de la amazonia” y “perteneciente o parte de otro pueblo originario” presentan aún menores porcentajes, con 1.9% y 0.7%, lo cual indica una menor frecuencia de depresión mayor detectada por el PHQ-9 entre estos grupos.

El grupo blanco tiene una proporción de 5.4%, colocándose en un punto intermedio en términos de frecuencia de depresión en comparación con los otros grupos. Finalmente, la categoría “otro” y aquellos que seleccionaron “no sabe/no responde” muestran porcentajes de 1.7% y 6.4%, respectivamente.

Tabla 8

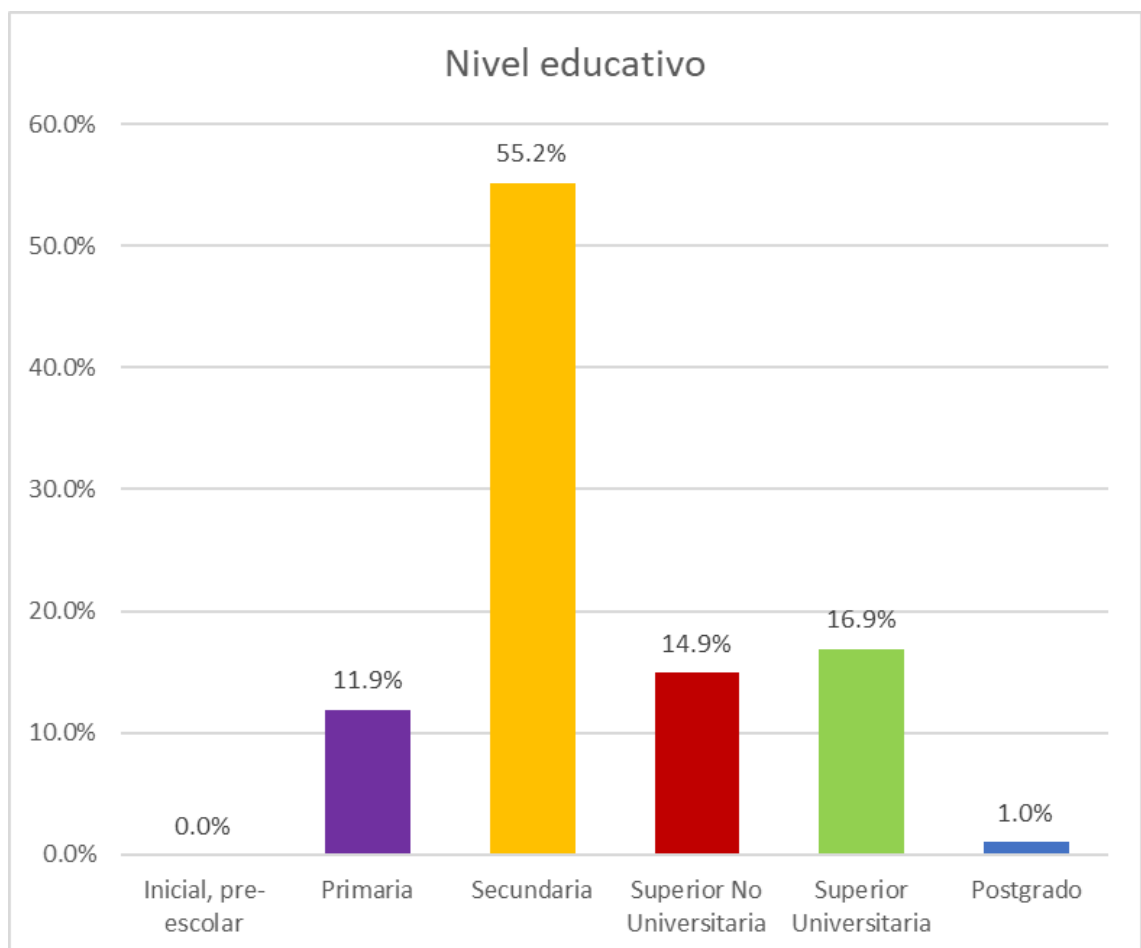
Porcentaje de grado de instrucción en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 - 2022

GRADO DE INSTRUCCIÓN	DEPRESIÓN POR PHQ-9	
	N	%
INICIAL, PREESCOLAR	0	0%
PRIMARIA	72	11.9%
SECUNDARIA	333	55.2%
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA	90	14.9%
SUPERIOR UNIVERSITARIA	102	16.9%
POSTGRADO	6	1%
TOTAL	603	100%

Fuente: Repositorio de información de ENDES, durante el periodo 2016 - 2022.

Figura 5

Porcentaje de grado de instrucción en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 - 2022



Fuente: Repositorio de información de ENDES, durante el período 2016 - 2022.

INTERPRETACIÓN:

La tabla 8 y figura 5 muestra la frecuencia de depresión mayor evaluada mediante el instrumento PHQ-9 según el grado de instrucción de los participantes jóvenes de 18 a 29 años, durante el periodo 2016 a 2022. Se observa que la mayoría de los casos de depresión se encuentran entre aquellos con educación secundaria, representando el 55.2% del total. Le siguen aquellos con educación superior no universitaria y superior universitaria, con un 14.9% y 16.9%, respectivamente.

En comparación, los participantes con educación primaria representan el 11.9% de los casos de depresión, mientras que aquellos con educación inicial o preescolar y postgrado muestran porcentajes mínimos, ambos con un 0%. Esto indica una menor prevalencia de depresión entre aquellos con grado de instrucción extremos, es decir, aquellos con menor y mayor nivel educativo.

Tabla 9

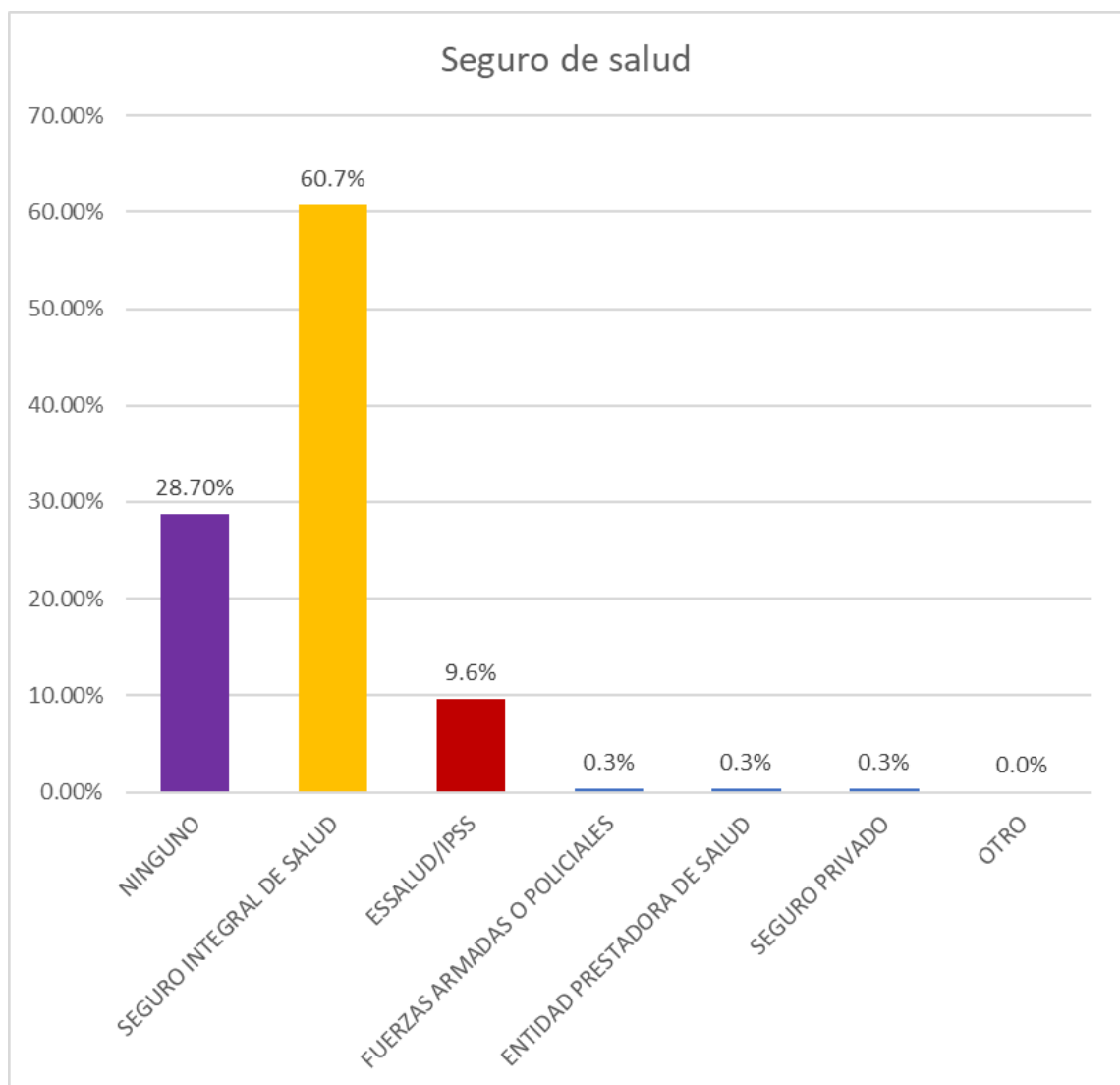
Porcentaje de tipo de seguro de salud en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 -2022

TIPOS DE SEGURO DE SALUD	DEPRESIÓN POR PHQ-9	
	N	%
NINGUNO	173	28.7%
SEGURO INTEGRAL DE SALUD	366	60.7%
ESSALUD/IPSS	58	9.6%
FUERZAS ARMADAS O POLICIALES	2	0.3%
ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD	2	0.3%
SEGURO PRIVADO	2	0.3%
OTROS	0	0%
TOTAL	603	100%

Fuente: Repositorio de información de ENDES, durante el período 2016 - 2022.

Figura 6

Porcentaje de tipo de seguro de salud en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 -2022



Fuente: Repositorio de información de ENDES, durante el período 2016 - 2022.

INTERPRETACIÓN:

La tabla 9 y figura 6 muestra la frecuencia de depresión mayor evaluada mediante el instrumento PHQ-9 según el tipo de seguro de salud de los participantes jóvenes entre 18 a 29 años que participaron de la ENDES durante el periodo de 2016 a 2022. Se observa que la mayoría de los casos de depresión se encuentran entre aquellos que pertenecen al Seguro Integral de Salud, con un 60.7%. Le sigue el de los casos de depresión reportados entre aquellos sin ningún tipo de seguro de salud, representando el 28.7% del total. Esto sugiere que la depresión es relativamente común entre aquellos con seguro de salud proporcionado por el estado.

En contraste, los participantes con ESSALUD/IPSS representan el 9.6% de los casos de depresión, mientras que aquellos con seguro privado, fuerzas armadas o policiales, y entidad prestadora de salud tienen porcentajes mínimos, todos con un 0.3%. Esto indica una prevalencia mucho más baja de depresión entre aquellos con seguros de salud privados o proporcionados por instituciones específicas como las Fuerzas Armadas o la Policía. Es interesante notar que no se reportaron casos de depresión entre los participantes clasificados en la categoría "Otros".

Tabla 10

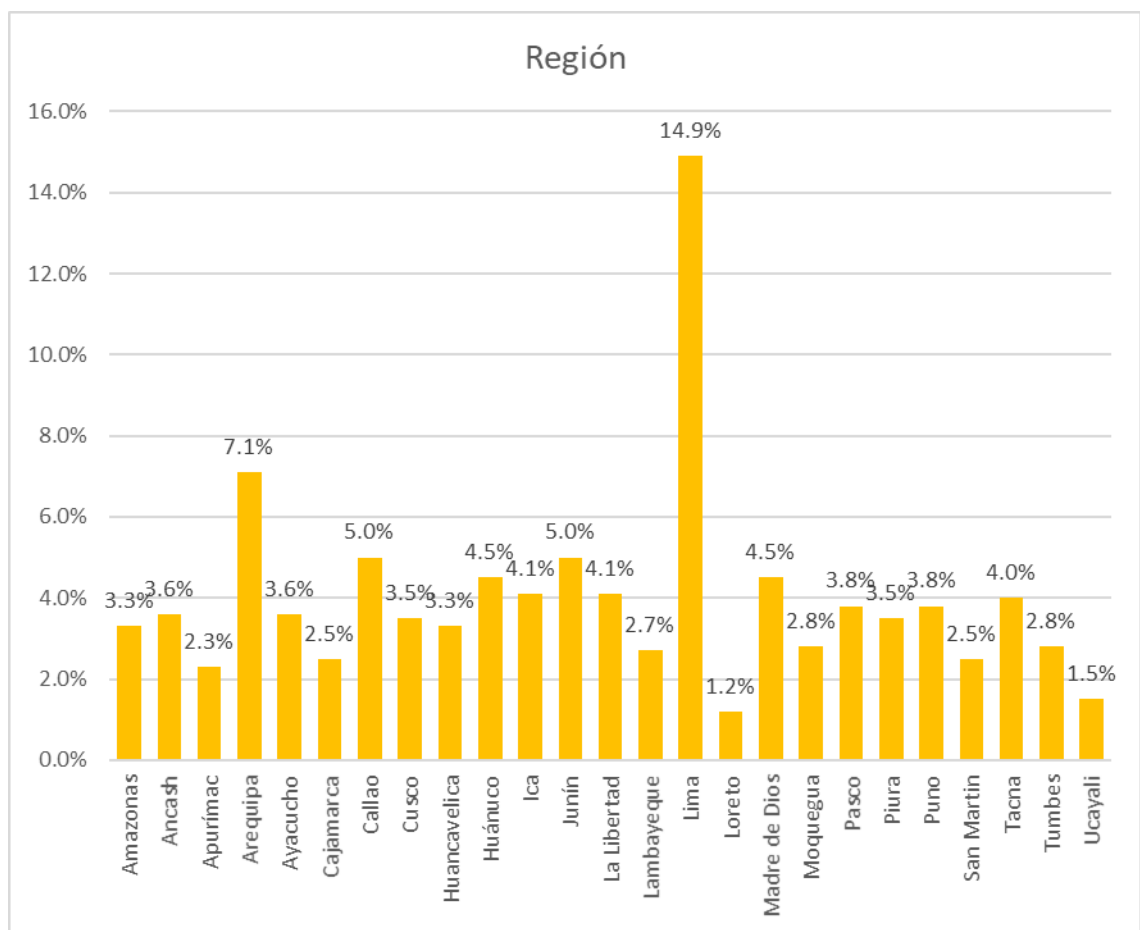
Porcentaje de las regiones de Perú en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 - 2022

REGIÓN	DEPRESIÓN POR PHQ-9	
	N	%
AMAZONAS	20	3.3%
ANCASH	22	3.6%
APURÍMAC	14	2.3%
AREQUIPA	43	7.1%
AYACUCHO	22	3.6%
CAJAMARCA	15	2.5%
CALLAO	30	5.0%
CUSCO	21	3.5%
HUANCAVELICA	20	3.3%
HUÁNUCO	27	4.5%
ICA	25	4.1%
JUNÍN	30	5.0%
LA LIBERTAD	25	4.1%
LAMBAYEQUE	16	2.7%
LIMA	90	14.9%
LORETO	7	1.2%
MADRE DE DIOS	27	4.5%
MOQUEGUA	17	2.8%
PASCO	23	3.8%
PIURA	21	3.5%
PUNO	23	3.8%
SAN MARTIN	15	2.5%
TACNA	24	4.0%
TUMBES	17	2.8%
UCAYALI	9	1.5%
TOTAL	603	100.0%

Fuente: Repositorio de información de ENDES, durante el período 2016 - 2022.

Figura 7

Porcentaje de las regiones de Perú en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 - 2022



Fuente: Repositorio de información de ENDES, durante el período 2016 - 2022.

INTERPRETACIÓN:

La tabla 10 y figura 7, sobre las frecuencias de las regiones de residencia de los participantes jóvenes entre 18 y 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES en el periodo de 2016 a 2022; muestran que la región con la mayor proporción de participantes con depresión mayor por PHQ-9, es Lima con 14.9%, seguido de Arequipa con 7.1%. A continuación, con 5%, se encuentra Callao y Junín, con 4.5% Huánuco y Madre de Dios. Seguidamente se presentan Ica y La Libertad con 4.1%, Tacna con 4%, Pasco y Puno con 3.8%, Ancash y Ayacucho con 3.6%, Cusco y Piura con 3.5%, Amazonas y Huancavelica con 3.3%, Moquegua y Tumbes con 2.8%, Lambayeque con 2.7%, Cajamarca y San Martín con 2.5% cada uno, Apurímac con 2.3%, Ucayali con 1.5% y finalmente Loreto con 1.2%.

Tabla 11

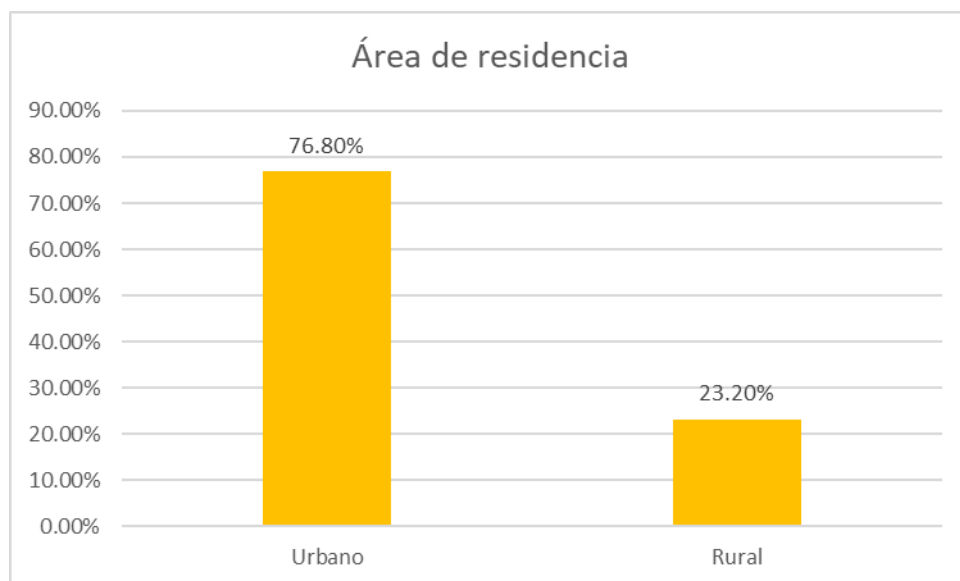
Porcentaje del área de residencia en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 - 2022

ÁREA DE RESIDENCIA	DEPRESIÓN MAYOR POR PHQ-9	
	N	%
URBANO	463	76.8%
RURAL	140	23.2%
TOTAL	603	100%

Fuente: Repositorio de información de ENDES, durante el período 2016 - 2022.

Figura 8

Porcentaje del área de residencia en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 - 2022



Fuente: Repositorio de información de ENDES, durante el período 2016 - 2022.

INTERPRETACIÓN:

La tabla 11 y figura 8 muestran las frecuencias del área de residencia en las que viven los varones jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor evaluada mediante el instrumento PHQ-9 del ENDES durante el periodo de 2016 a 2022. Se observa que la mayoría de los participantes viven en áreas urbanas, constituyendo el 76.8%, mientras que sólo el 23.2% vive en áreas rurales.

Tabla 12

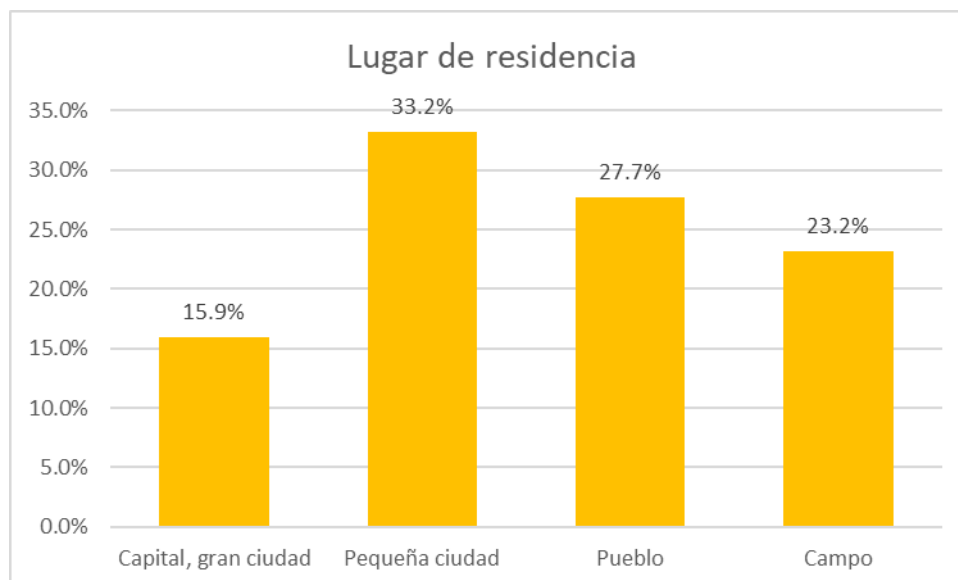
Porcentaje del lugar de residencia en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 - 2022

LUGAR DE RESIDENCIA	DEPRESIÓN POR PHQ-9	
	N	%
CAPITAL, GRAN CIUDAD	96	15.9%
PEQUEÑA CIUDAD	200	33.2%
PUEBLO	167	27.7%
CAMPO	140	23.2%
TOTAL	603	100%

Fuente: Repositorio de información de ENDES, durante el período 2016 - 2022.

Figura 9

Porcentaje del lugar de residencia en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 - 2022



Fuente: Repositorio de información de ENDES, durante el período 2016 - 2022.

INTERPRETACIÓN:

La tabla 12 y figura 9 muestra la frecuencia de los lugares de residencia de las personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor evaluada mediante el instrumento PHQ-9 del ENDES en el periodo de 2016 a 2022, en. Se observa que la mayor proporción de participantes que ubican en pequeñas ciudades del Perú, con 33.2%, seguido de las personas que viven en pueblos, con un 27.7%. A continuación, se presentan las personas que viven en el campo, constituyendo el 23.2% del total, y finalmente las personas que viven en la capital del país y en las grandes ciudades conformando un 15.9%.

Tabla 13

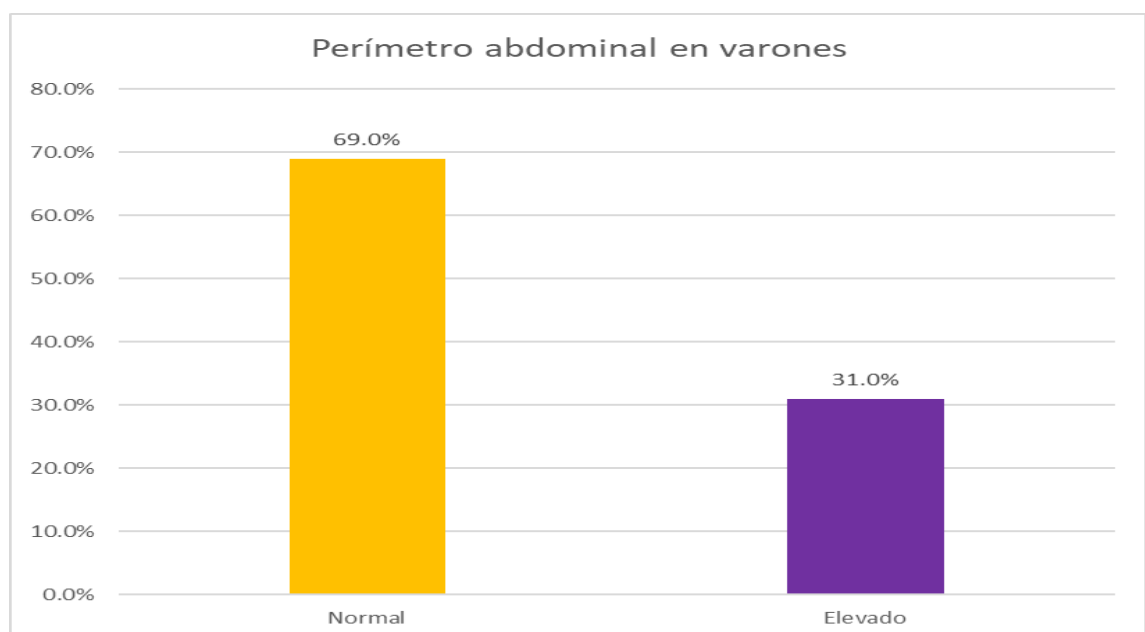
Porcentaje de perímetro abdominal en personas jóvenes varones de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2018 -2022

PERÍMETRO ABDOMINAL EN VARONES	DEPRESIÓN MAYOR POR PHQ-9	
	N	%
NORMAL	373	69.0%
ELEVADO	167	31.0%
TOTAL	540	100%

Fuente: Repositorio de información de ENDES, durante el período 2016 - 2022.

Figura 10

Porcentaje de perímetro abdominal en personas jóvenes varones de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2018 -2022



Fuente: Repositorio de información de ENDES, durante el período 2016 - 2022.

INTERPRETACIÓN:

La tabla 13 y figura 10 muestra la frecuencia de depresión mayor evaluada mediante el instrumento PHQ-9 según el perímetro abdominal en varones jóvenes de 18 a 29 años, durante el periodo de 2018 a 2022. Se observa que la mayoría de los casos de depresión se encuentran entre aquellos con perímetro abdominal normal, representando el 69.1% del total. Esto indica que la depresión es relativamente común entre los varones con un perímetro abdominal dentro del rango considerado normal.

En contraste, los varones con un nivel de perímetro abdominal elevado, tienen una frecuencia del 31% del total de los jóvenes con depresión.

Tabla 14

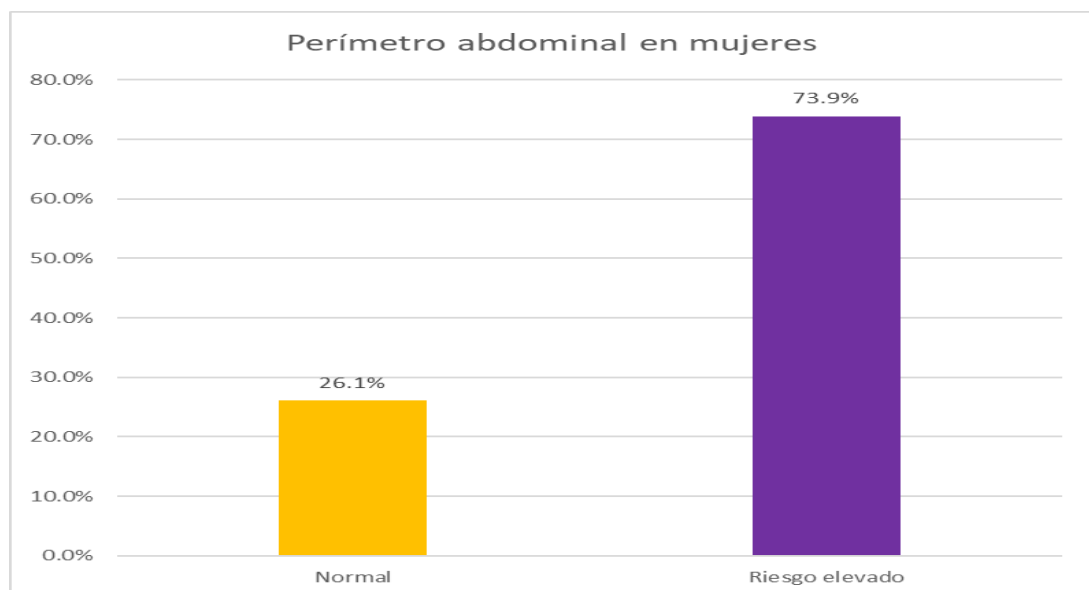
Porcentaje de perímetro abdominal en personas jóvenes mujeres de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2018 -2022

PERÍMETRO ABDOMINAL EN MUJERES	DEPRESIÓN MAYOR POR PHQ-9	
	N	%
NORMAL	141	26.1%
ELEVADO	399	73.9%
TOTAL	540	100%

Fuente: Repositorio de información de ENDES, durante el período 2016 - 2022.

Figura 11

Porcentaje de perímetro abdominal en personas jóvenes mujeres de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2018 -2022



Fuente: Repositorio de información de ENDES, durante el período 2016 - 2022.

INTERPRETACIÓN:

La tabla 14 y figura 11 muestra la frecuencia de depresión mayor evaluada mediante el instrumento PHQ-9 según el perímetro abdominal en mujeres jóvenes de 18 a 29 años, durante el periodo de 2018 a 2022. Se observa que la mayoría de los casos de depresión se encuentran entre aquellas con perímetro abdominal en nivel elevado, con 73.9% del total. Esto indica que la depresión es relativamente común entre las mujeres con un perímetro abdominal dentro del rango elevado.

En contraste, las mujeres con un nivel de perímetro abdominal normal constituyen solamente el 26.1% del total de las jóvenes de sexo femenino.

Tabla 15

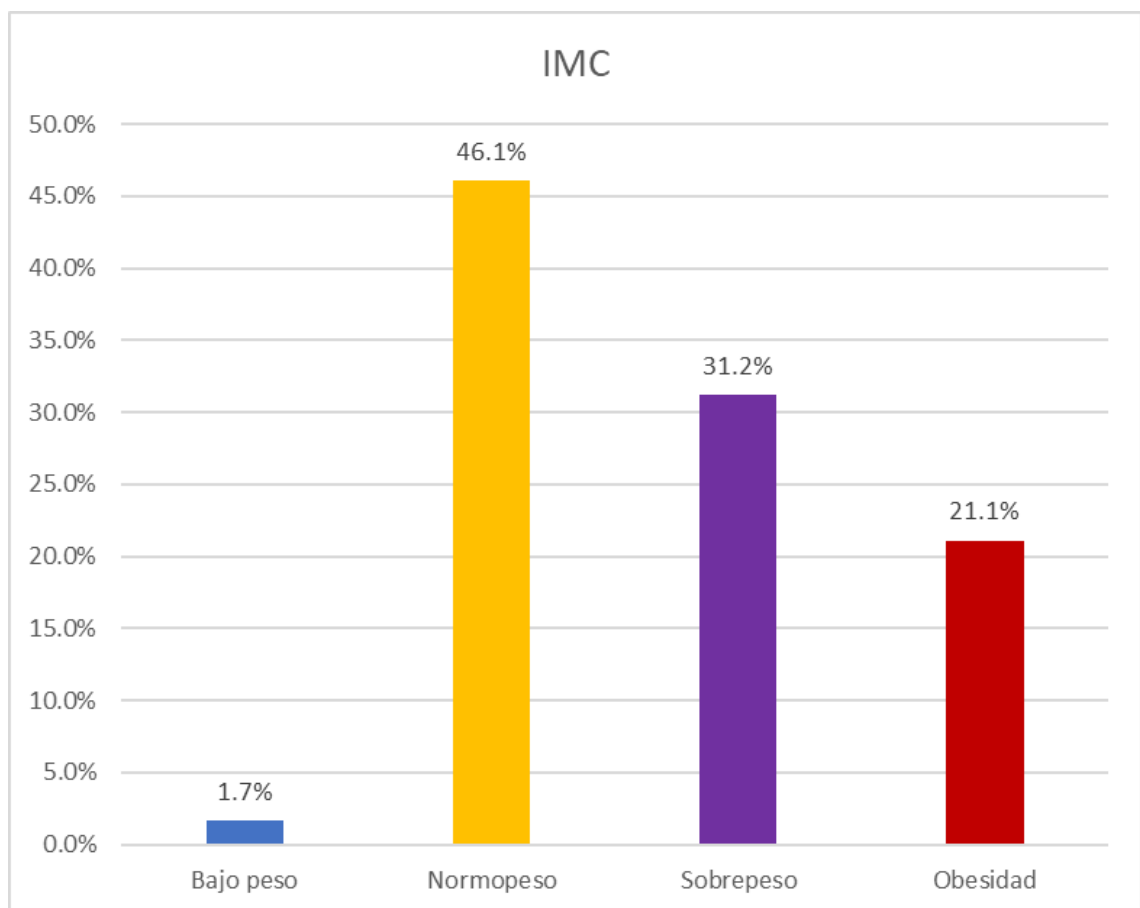
Porcentaje de índice de masa corporal en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 - 2022

ÍNDICE DE MASA CORPORAL	DEPRESIÓN POR PHQ-9	
	N	%
BAJO PESO	10	1.7%
NORMOPESO	278	46.1%
SOBREPESO	188	31.2%
OBESIDAD	127	21.1%
TOTAL	603	100%

Fuente: Repositorio de información de ENDES, durante el período 2016 - 2022.

Figura 12

Porcentaje de índice de masa corporal en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 - 2022



Fuente: Repositorio de información de ENDES, durante el período 2016 - 2022.

INTERPRETACIÓN:

La tabla 15 y figura 12 muestra la frecuencia de depresión mayor evaluada mediante el instrumento PHQ-9 según el IMC de los participantes jóvenes de 18 a 29 años, durante el periodo de 2016 a 2022. Se observa que la mayoría de los casos de depresión se encuentran entre aquellos con un IMC dentro del rango de normopeso, representando el 46.1% del total. Esto indica que la depresión es relativamente común entre las personas con un IMC considerado normal. En comparación, los participantes con sobrepeso constituyen el 31.2% de los casos de depresión reportados, mientras que aquellos con obesidad representan el 21.1%.

Es importante destacar que, aunque el bajo peso tiene el menor porcentaje de casos de depresión (1.7%), aun así, muestra una proporción no despreciable de casos.

Tabla 16

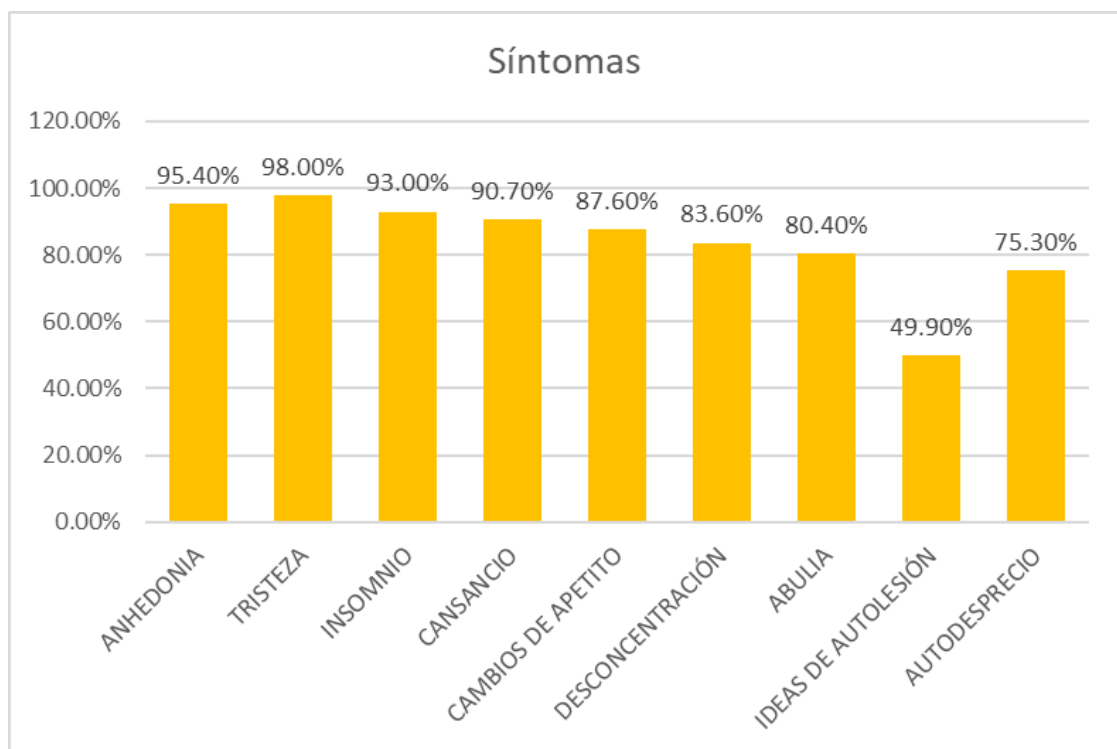
Porcentaje de síntomas en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 - 2022

SÍNTOMAS	DEPRESIÓN POR PHQ-9	
	N	%
ANHEDONIA	575	95.4%
TRISTEZA	591	98.0%
INSOMNIO	561	93.0%
CANSANCIO	547	90.7%
CAMBIOS DE APETITO	528	87.6%
DESCONCENTRACIÓN	504	83.6%
ABULIA	485	80.4%
IDEAS DE AUTOLESIÓN	301	49.9%
AUTODESPRECIO	454	75.3%
TOTAL	603	100%

Fuente: Repositorio de información de ENDES, durante el período 2016 - 2022.

Figura 13

Porcentaje de síntomas en personas jóvenes de 18 a 29 años con depresión mayor según PHQ-9 del ENDES, durante el periodo 2016 - 2022



Fuente: Repositorio de información de ENDES, durante el período 2016 - 2022.

INTERPRETACIÓN:

La tabla 16 y figura 13 muestra la frecuencia de los síntomas depresivos, medidos por el PHQ-9 de la ENDES, de los participantes jóvenes de 18 a 29 años, durante el periodo de 2016 a 2022. Se observa que los dos síntomas más frecuentes son la anhedonia y la tristeza patológica, con 95.4% y 98% respectivamente. Los siguientes en frecuencia son el insomnio con 93%, el cansancio, con 90.7%, cambios de apetito, desconcentración y abulia, con 87.6%, 83.6% y 80.4% respectivamente. Finalmente, los síntomas menos frecuentes fueron el autodesprecio y las ideas de autolesión, con 75.3% y 49.9% respectivamente.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se caracterizaron los factores sociodemográficos, como el sexo, la lengua materna, la etnia, grado de instrucción y, tipo de seguro de salud; y también los factores antropométricos, como perímetro abdominal e índice de masa corporal; en personas jóvenes entre los 18 y 29 años con depresión diagnosticada por los criterios del PHQ-9, que participaron de la encuesta demográfica y de salud familiar en las ediciones del 2016 a 2022, realizada en Perú. Los resultados revelan una serie de hallazgos que pueden contribuir a mejorar la comprensión de los determinantes de la salud mental y guiar futuras investigaciones e intervenciones.

En primer lugar, se analizó el sexo de los participantes, encontrándose una diferencia en la frecuencia entre ambos grupos poblacionales diagnosticados con depresión mayor, el cual se traduce en un mayor porcentaje de mujeres que presentan depresión con respecto al sexo masculino en los 7 años considerados en la presente investigación, incluso llegando a duplicar el porcentaje. Este resultado coincide con los obtenidos por Carlos Hermosa (22) en el año 2021, en donde estudió la prevalencia de depresión mayor en personas de 18 a 29 años, usando el instrumento DASS-21; en dicha investigación encontró que el sexo

femenino presentó la mayor frecuencia de depresión, sin embargo, esto no se tradujo en una relación estadísticamente significativa. Paola Baldeón et al. (29) realizó un estudio en adultos mayores peruanos, en donde encontró que el sexo femenino presentó una mayor prevalencia de depresión (67.6% vs 32.4% del sexo masculino), llegando incluso a identificarse una relación estadísticamente significativa entre el sexo femenino y la depresión. Por otro lado, los autores de este estudio indican que esta coincidencia puede ser debida a mayor vulnerabilidad de sexo femenino frente al maltrato físico, sexual o psicológico.

Juan Torres y José Torres (30), en su investigación, también encontraron una mayor prevalencia de mujeres con depresión con respecto a los varones, el 16% de ellas padecían de dicha enfermedad, mientras que de los varones, solamente un 10.7% y adicionalmente este último grupo tuvo 40% menos probabilidades de tener depresión, estos autores plantean que esta concordancia podría deberse al rol de género, que llevan a las mujeres a expresar sus sentimientos de una manera más abierta, también podría deberse a la menor educación e ingresos, curso profesional interrumpido y dificultad económicas. Como en la investigación anterior, esta diferencia se tradujo en significatividad entre la patología de estudio y el sexo femenino. Mashiel Leiva et al. (32) en 2022 realizó una investigación en estudiantes de medicina, en donde encontró que de todos los

participantes que padecían depresión, 19 (34.55 %) de ellos eran varones, y 36 (65.45 %) eran de sexo femenino, coincidiendo con los resultados obtenidos en la presente investigación, . Las coincidencias encontradas en los estudios revisados y la presente investigación, sobre las prevalencias con respecto al sexo, en pacientes con depresión, son constantes, eso llamó la atención de Albert Paul (49) quien concluyó que, determinar las causas exactas de dicha diferencia, es complejo y con múltiples niveles que aclarar, sin embargo, posiblemente parte de los factores impulsados por la sociedad, tengan un origen biológico, como por ejemplo los rasgos de personalidad o la fuerza física; y si bien los factores biológicos no son modificables como los sociales, la evidencia sugiere que en países occidentales en donde las diferencias entre ambos sexos se han reducido en los últimos años, las proporciones entre las prevalencias no han cambiado significativamente. El papel de las variaciones en los niveles de estrógenos, también podría estar contribuyendo en este patrón.

En cuanto a la prevalencia de las diferentes lenguas maternas, con la depresión, encontramos que las mayores frecuencias de depresión se encuentran entre las personas que hablan castellano con un 83.9%, y los que hablan quechua con un 12.1%. A continuación, se presenta el aimara con 2.4% de prevalencia de depresión, el ashaninka y el shipibo/konibo, ambos con 0.5% y finalmente el awajun/aguaruna y el portugués, con 0.2%

en los dos casos. Llama la atención la proporción elevada de depresión mayor en las personas que tienen como lengua materna al castellano, en comparación con las demás lenguas, seguida de la proporción de hablantes del quechua y luego aimara. Dichas diferencias se deben probablemente a la proporción de personas que hablan esas lenguas maternas en Perú. Por otro lado, la nula presencia de depresión entre otras lenguas maternas, se debe probablemente también, al reducido número de personas con esas características. Isabela G. et al. (50) en el año 2018, realizó una investigación sobre los fenómenos de la adaptación de la atención de salud mental por la lengua materna, en inmigrantes de Europa. Encontró que esta población tenía una tendencia a utilizar en menor medida, los servicios de salud mental a comparación con sus pares nativos. Factores como el lenguaje, las creencias culturales sobre la salud mental, y las expectativas hacia los profesionales de salud, fueron atribuidas como causantes de la problemática identificada. Adicionalmente, destaca los esfuerzos de varios países europeos al momento de intervenir en la disminución de la brecha de atención de salud mental brindada a los inmigrantes, con el uso de intérpretes y la formación intercultural en los servicios de salud mental. Los hallazgos descritos anteriormente podrían transportarse a una probable problemática presente en nuestro país, debido a la alta variedad de lenguas y dialectos, originarios o extranjeros, a lo largo del territorio, y evidenciados

en los datos proporcionados por la ENDES durante el periodo de 2016 a 2022, enfocándonos en quienes a pesar de tener una proporción pequeña entre el total de participantes, poseen un porcentaje no despreciable de depresión mayor, como en el caso de ashaninka, shipibo o hablantes del portugués. En el año 2021, Sousan H. (27) halló resultados similares con respecto a los síntomas depresivos postparto en inmigrantes, al analizar y relacionar a estos últimos en pacientes nativas de Portugal e inmigrantes de dicho país. Finalmente se concluye que las mujeres inmigrantes tienen una mayor probabilidad de experimentar síntomas depresivos postparto en comparación con las mujeres que son nativas del país anfitrión y, además, que existía una tendencia significativa de aumento de las proporciones de dichos síntomas a medida que disminuye el nivel de dominio del idioma portugués entre las mujeres inmigrantes. Además, según ENDES el idioma más frecuente en el Perú fue el castellano, lo cual podría influir en la alta prevalencia de depresión observada en hablantes de castellano.

Con respecto al grado de instrucción, el que presentó la frecuencia más alta de depresión, fue el nivel secundario, con un 55.2%, seguido del nivel superior universitario con un 16.9%, superior no universitaria con 14.9%, primaria con 11.9%, y finalmente el nivel postgrado, con un 1%, no habiendo ningún participante en el nivel inicial, preescolar. Harriet A. et al. (23) en el año 2019, en su estudio realizado a 3138 mujeres, encontraron

que los síntomas depresivos se relacionaron con un bajo nivel educativo, resultado que contrasta con lo obtenido en la presente investigación, que, si bien el nivel secundario obtuvo la mayor proporción, a él le sigue el nivel superior universitario como no universitario. Paola B. et al. (29) realizó una investigación con el objetivo de determinar las variables sociodemográficas relacionadas con la depresión en adultos mayores, usando la base de datos de la ENDES edición 2017. Con respecto al nivel educativo, encontraron que nuevamente quienes tenían un menor nivel educativo, también tenían una mayor prevalencia de depresión, llegando a ser esta relación estadísticamente significativa, concordando con la investigación anterior, pero siendo contraria con lo obtenido en los resultados presentados. Asimismo, los autores de esta investigación refieren que podría deberse a la autopercepción de la salud según el grado instructivo. Juan Torres y José Torres (30), también hicieron una investigación enfocada en la ENDES edición 2019, con el objetivo de determinar factores asociados a la depresión en adultos mayores, y nuevamente se concluyó en que un bajo grado de instrucción se acompañaba de una mayor prevalencia de depresión entre los participantes. Finalmente, Lictania R. (15), en su investigación sobre las variables sociodemográficas y su relación con la depresión en mujeres participantes de la ENDES edición 2020, encuentra que, comparando los tres niveles de grado de instrucción que consideró, el

nivel secundario fue el que presentó la mayor prevalencia de depresión con un 3% del total de participantes del estudio, seguido por el nivel superior con 1.7% y el nivel primario con 1.3%. Estos valores concuerdan parcialmente de lo obtenido en los resultados de nuestra investigación, puesto que la mayor prevalencia la encontraron en el nivel secundario al igual que nosotros. Por otro lado, los autores de este estudio mencionan podría deberse a la predominancia del trabajo informal en personas de con bajos niveles educativos en el Perú.

En relación al tipo de seguro de salud, se encontró que, la mayor prevalencia de depresión fue encontrada en los participantes que eran usuarios del seguro integral de salud con un 60.7%, seguido de aquellos que no tenía seguro con 28.7%, luego aquellos que tenían ESSALUD/IPSS, con un 9.6% y posteriormente los usuarios del seguro de las fuerzas armadas o policiales, seguro privado y otras entidades de seguro privado con 0.3%. Juan Torres y José Torres (30), hallaron que aquellos participantes que contaban con un seguro de salud tenían una prevalencia de depresión ligeramente mayor con respecto a aquellos que no tenían seguro (13.77 % vs 10.1 %), no traduciéndose esto una relación significativa, sin embargo, esta diferencia de prevalencias coincide con la obtenida en la presente investigación, al también haber un mayor número de personas con depresión y que tenían cobertura de salud. Según estos

autores, los afiliados a un seguro de salud no representan un factor protector para la depresión, debido a que la mayoría de la población peruana cuenta con cobertura sanitaria.

En cuanto a la región, en el estudio presentado fue Lima la que tuvo la mayor proporción de participantes jóvenes con depresión mayor por PHQ-9, con 14.9%, seguido de Arequipa con 7.1% y, Callao y Junín, con 5.0% cada una. Por otro lado, las regiones con las menores frecuencias de depresión fueron Loreto con 1.2% como la menor de todas, luego Ucayali con 1.5% y Apurímac con 2.3%. Martha Martina et al. (20) en su estudio sobre depresión en adultos mayores en Perú, encontró que en el año 2020, La Libertad, Ancash, Huancavelica y Puno presentaron las frecuencias más elevadas de “síndrome depresivo” con porcentajes que van de 16 a 37%. Asimismo, según dicha investigación, entre las regiones con menores frecuencias de depresión se encuentra Lima, Arequipa, Moquegua, Ica, Ucayali, Huánuco, Loreto, Tumbes Piura, Amazonas, con 2 a 10% del total. Cabe mencionar que el término que usan Martha Martina et al. (20) es el de “síndrome depresivo” para definir a la presencia de un puntaje del instrumento PHQ-9, de 10 o más, siendo este el punto de corte considerado para su investigación, basado en una investigación previa que tomaron de referencia. Según los datos obtenidos en CPI (51), la mayor población se encuentra concentrada en Lima, Piura, La libertad , Arequipa Cajamarca y

Junin. Los resultados obtenidos no representan un factor protector para la depresión, ya que la mayoría de los peruanos se encuentran concentrados en respectivas ciudades.

Con respecto al área de residencia, se encontró que el urbano es el que tuvo la mayor proporción con respecto al rural, entre los pacientes jóvenes de 18 a 20 años con depresión mayor por PHQ-9, el porcentaje del primero fue de 78.6% y del segundo fue de 21.4%. Paola Baldeón et al. (29) obtuvo resultados similares, encontrando que 42.6% de los pacientes con depresión mayor, vivían en el área rural, mientras que el 57.6% de los pacientes vivían en el área urbana, siendo esta última la predominante. Martha Martina et al. (20), en su investigación sobre la depresión mayor y su distribución geoespacial, en adultos mayores en el Perú; contrasta con los hallazgos, al encontrar que en los años 2018 al 2020, el área de residencia más frecuente entre los pacientes con “síndrome depresivo”, fue la rural con 20.7%, 21.7% y 15.2%, respectivamente, frente a los 9.5%, 10.1% y 9.5%, del área urbana. Adicionalmente se aprecia un aumento en las frecuencias de ambas áreas de residencia en el año 2019. Lictania Romero (15), en su tesis sobre las variables sociodemográficas relacionadas con depresión en mujeres en edad fértil según ENDES 2020, encontró resultados similares a los hallados en la presente investigación, con el área de residencia urbano siendo más frecuente que el rural, entre

los pacientes con depresión mayor por PHQ-9, con valores de 4.4% y 1.6% del total, respectivamente. En este estudio mencionan que podría deberse a que los residentes en zonas urbanas en tiempo de pandemia lidiaron con diferentes problemáticas como la pérdida de trabajos, distanciamiento social y limitación en el acceso para actividades de recreación en lugares públicos.

Sin embargo, según resultados CPI (51), 80% de la población peruana en general pertenece al área urbana, no siendo un factor preventivo para depresión, ya que el resultado podría deberse a la mayor concentración esperada.

En cuanto al lugar de residencia, se encontró que entre los pacientes jóvenes entre 18 a 29 años, con depresión mayor por PHQ-9 identificados en el estudio, el 33.2% vivía en pequeñas ciudades del Perú, siendo la mayor frecuencia entre las cuatro alternativas. A continuación, la frecuencia de las personas con depresión mayor por PHQ-9 que viven en pueblos es de 27.7% del total, 23.2% para las personas que viven en el campo, y finalmente 15.9% de los participantes viven en la capital del Perú o en las grandes ciudades. Martha Martina et al. (20), halló resultados diferentes a los obtenidos en el presente estudio. El porcentaje de síndrome depresivo encontrado en los participantes fue mayor en aquellos que vivían en el

campo, con 20.7% en el año 2018, 21.7% en el año 2019, y 15.2% en el año 2020. El lugar de residencia que ocupa el siguiente puesto en frecuencia cambió con los años, siendo que en 2018 fue el pueblo con una frecuencia del 13%, mientras que el año siguiente hubo un resultado igualado entre el pueblo y las ciudades pequeñas, con 11.4% cada una; finalmente el 2020, las ciudades pequeñas fueron las que tuvieron el segundo lugar en frecuencia, con 11.6%. Las frecuencias más bajas de síndrome depresivo se encontraron en las ciudades pequeñas, durante el 2018, con 7.9%, pero en 2019 y 2020 estuvieron en la capital y las grandes ciudades, con 8.7% y 7.7%, respectivamente.

En relación a las frecuencias de los riesgos con respecto al perímetro abdominal entre hombres y mujeres, se encontraron diferencias importantes, puesto que entre los varones el nivel con mayor frecuencia es aquel en la categoría de normal, con un 69.0%, luego el nivel elevado con 31%; mientras que en las mujeres el nivel más frecuente fue el elevado con 73.9% y luego el nivel normal con 26.1%. Lo descrito anteriormente coincide con lo hallado por Escalante (10) en una investigación realizada en 26463 personas peruanas de ambos sexos entre 18 y 60 años, encontró que, entre los varones, la mayor prevalencia de depresión mayor era de aquellos que estaban con su peso normal (4.6%), mientras que en las mujeres, la mayor frecuencia estaba entre aquellas con obesidad (12%).

Esta diferencia se ha presentado en otras investigaciones, y ha llamado la atención puesto que en ambos sexos hay un excedente de tejido adiposo. La explicación propuesta es que las mujeres presentan niveles más altos de leptina en sangre que los varones con obesidad, y dicha hormona además de su rol para disminuir el apetito, es también una adipoquina proinflamatoria. Se ha propuesto, además, que las concentraciones elevadas de leptina podrían provocar una resistencia a dicha hormona que provocaría mayor sensación de hambre, con el tiempo, y además de un aumento en la inflamación, factores que promoverían la aparición y persistencia de síntomas depresivos (10).

En cuanto al IMC, destaca el normopeso que ocupa el 46.1% de los participantes con depresión mayor, seguido del sobrepeso con 31.2%, luego la obesidad con 21.1%, y finalmente el bajo peso con 1.7%. Las mayores frecuencias de depresión se encontraron entre el normopeso y el sobrepeso de nuestro estudio, siendo casi nula en los participantes con bajo peso. Aikaterini Kanellopoulou et al. (25), en 2022 realizaron una investigación con el fin de identificar una relación entre la obesidad y la depresión, sin embargo, a pesar de haber encontrado dicha relación, no queda claro todavía, si es que efectivamente la obesidad conduce a la depresión. Los autores sugieren ampliar el número y la calidad de los estudios con respecto a esta problemática.

Finalmente, con respecto a los síntomas depresivos, se observó que los dos síntomas más frecuentes son la anhedonia y la tristeza patológica, con 95.4% y 98% respectivamente. Los siguientes en frecuencia son el insomnio con 93%, el cansancio, con 90.7%, cambios de apetito, desconcentración y abulia, con 87.6%, 83.6% y 80.4% respectivamente. Los síntomas menos frecuentes fueron el autodesprecio y las ideas de autolesión, con 75.3% y 49.9% respectivamente. Un estudio realizado por Sanchez et al. (28), en adultos mayores encontró que el síntoma más frecuente fue la tristeza patológica, con 52.9%, seguido de la culpa excesiva o inapropiada con 47.9%, luego la anhedonia con 43.6%; 18.9% la fatiga, alteraciones del sueño con 15.8%, agitación o retardo psicomotor con 16.2%, cambios de apetito con 15.1% y finalmente el pensamiento lento con 8.9% e ideación suicida con 3%. Estos resultados coinciden parcialmente con los obtenidos en la presente investigación, puesto que en ambos casos la tristeza patológica es el síntoma más frecuente, sin embargo, el siguiente en frecuencia en el estudio de México, es la culpa excesiva o inapropiada, mientras que, en nuestro estudio, el autodesprecio es el segundo menos frecuente. En el caso de la anhedonia, en ambos casos resultó ser muy frecuente entre los participantes. El insomnio ocupa el tercer lugar en frecuencia en la presente investigación, sin embargo, fue poco frecuente en el estudio de Sanchez et al. (28). Finalmente, la ideación

suicida en dicho estudio, fue el síntoma menos frecuente, con 3%, resultado que coincide con lo obtenido, puesto que, las ideas de autolesión también fueron el síntoma menos frecuente, con tan solo 49.9%.

CONCLUSIONES

1. La frecuencia del trastorno depresivo mayor en jóvenes en el año 2016 es de 0.8%, mientras que en año 2022 es de 2%.
2. El sexo femenino es el más frecuente entre las personas con trastorno depresivo mayor en jóvenes.
3. Los síntomas más frecuentes en los participantes con depresión de este estudio fueron anhedonia, tristeza patológica e insomnio.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda estudios analíticos correlacionales que midan el grado de significancia en la tendencia al aumento de la depresión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguayo F. La depresión masculina y sus síntomas: Un estudio cualitativo con hombres adultos chilenos. *Salud Colect.* 2022 sep 16;18
2. Albert PR. Why is depression more prevalent in women? *J Psychiatry Neurosci JPN.* 2015 jul;40(4):219-21.
3. Alvarez EAC, Virú-Flores H, Alburqueque-Melgarejo J, Roque-Quezada JC, Valencia JG, Matta GAG, et al. Validación del cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9) en internos de medicina humana de una universidad de referencia del Perú durante la pandemia COVID-19. *Rev Fac Med Humana.* 2022 jul;22(3):540-6.
4. Alves B, Oliveira OM. DeCS [Internet]. [citado 2024 ene 29]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=59890>
5. Alves B, Oliveira OM. DeCS [Internet]. [citado 2024 abr 6]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=27937>
6. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 [Internet]. 5.a ed. England: American Psychiatric Publishing; 2014 [citado 2024 ene 29]. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm->

v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf

7. Bains N, Abdijadid S. Major Depressive Disorder. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 2024 mar 20]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559078/>
8. Baldeón-Martínez P, Luna-Muñoz C, Mendoza-Cernaqué S, Correa-López LE. Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. Rev Fac Med Humana. 2019 oct;19(4):47-52.
9. Bonful HA, Anum A. Sociodemographic correlates of depressive symptoms: a cross-sectional analytic study among healthy urban Ghanaian women. BMC Public Health. 2019 ene 10;19(1):50.
10. Calderón M, Gálvez-Buccollini JA, Cueva G, Ordoñez C, Bromley C, Fiestas F. Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2012 oct;29(4):578-578.
11. Cassiani-Miranda CA, Cuadros-Cruz AK, Torres-Pinzón H, Scoppetta O, Pinzón-Tarrazona JH, López-Fuentes WY, et al. Validez del Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) para cribado de depresión en adultos usuarios de Atención Primaria en

- Bucaramanga, Colombia. Rev Colomb Psiquiatr. 2021 mar;50(1):11-21.
12. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín epidemiológico Volumen 31-SE 03 Semana epidemiológica (Del 16 al 22 de enero del 2022) [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_20223_11_200035.pdf
 13. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Enfrentar los efectos cada vez mayores del COVID-19 para una reactivación con igualdad: nuevas proyecciones [Internet]. Santiago, Chile; 2020. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46687/S2000966_es.pdf
 14. CPI. Población 2022 [Internet]. Lima, Perú: CPI; 2022 [citado el 11 de junio de 2024]. Disponible en: <https://cpi.pe/images/upload/paginaweb/archivo/23/poblacion%202022.pdf>
 15. Diccionario de cáncer del NCI. Definición de síntoma [Internet]. 2011 [citado 2024 ene 29]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/dicciona>

rio-cancer/def/sintoma

16. Efecto I. Factores sociodemográficos asociados a la ansiedad y depresión en el personal de salud del centro materno infantil Daniel Alcides Carrión durante la pandemia de la COVID-19. Perú; 2022.
17. Errazuriz A, Crisostomo N. Prevalence of depression in Latin America and the Caribbean: protocol for a systematic review and meta-analysis. *JBIEvid Synth.* 2021 ene;19(1):201.
18. Escalante D, Jauregui V. Asociación entre el estado nutricional y la presencia de síntomas depresivos en una población adulta peruana. Un sub-análisis de la ENDES 2015 [Internet]. Perú: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC); 2018. Disponible en: https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/624966/Escalante%20_DJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Gawrych M, Cichoń E, Kiejna A. Depression among young adults – risks and protective factors in the COVID-19 pandemic. *Adv Psychiatry Neurol.* 2022 jun;31(2):52-61.
20. Giammusso I, Casadei F, Catania N, Foddai E, Monti MC, Savoja G, et al. Immigrants psychopathology: Emerging phenomena and adaptation of mental health care setting by native language. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2018 oct 30;14:312-22.
21. Grados P. Asociación entre síntomas depresivos y la hipertensión

- arterial en población peruana mayor o igual a 15 años según ENDES 2018-2021 [Internet]. Perú: Universidad Ricardo Palma; 2022 [citado 2024 ene 29]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/5546/MED-Grados%20Lozano%2c%20Piero%20Luis%20.pdf?sequence=5>
22. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión [Internet]. México; 2006 [citado 2024 ene 29]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2006/un062h.pdf>
23. GuíaSalud. Diagnóstico clínico y criterios diagnósticos [Internet]. 2020 [citado 2024 mar 25]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-infancia-diagnostico/>
24. Hamwi S, Lorthe E, Barros H. Language Proficiency and Migrant–Native Disparities in Postpartum Depressive Symptoms. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 may [citado 2024 mar 27];18(9). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8125143/>
25. Hermosa-Bosano C, Paz C, Hidalgo-Andrade P, García-Manglano J, Chalezquer CS, López-Madriral C, et al. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en la población general ecuatoriana durante la

- pandemia por COVID-19. Rev Ecuat Neurol. 2021 sep;30(2):40-7.
26. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Apéndice A: Diseño y Cobertura de la Muestra. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022 [Internet]. Lima, Perú; 2022. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1356/pdf/ApendiceA.pdf
 27. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022: ficha técnica [Internet]. Perú: INEI; 2022. Disponible en: https://proyectos.inei.gov.pe/endes/2022/DOCUMENTOS/FICHA_TECNICA_ENDES_2022.pdf
 28. Instituto Nacional de la Salud Mental. Depresión [Internet]. 2021 [citado 2024 ene 29]. Disponible en: https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/espanol/depression-sp/21-mh-8079s_depression_sp.pdf
 29. Kanellopoulou A, Antonogeorgos G, Douros K, Panagiotakos DB. The Association between Obesity and Depression among Children and the Role of Family: A Systematic Review. Children. 2022 ago 18;9(8):1244.
 30. Lancheros C. Prevalencia de depresión y caracterización sociodemográfica en población que consulta al servicio de urgencias

en el Hospital Militar Central durante el año 2019 [Internet]. Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada; 2021. Disponible en: <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/39967/LancherosSerranoCarlosJos%C3%A92021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

31. Lange MK, Just-Nørregaard V, Winding TN. How does subjective social status at school at the age of 15 affect the risk of depressive symptoms at the ages of 18, 21, and 28? A longitudinal study. PLOS ONE. 2023 dic 29;18(12)
32. Leiva-Nina M, Indacochea-Cáceda S, Cano LA, Medina Chinchon M. Asociación entre ansiedad y depresión en estudiantes de Medicina de la Universidad Ricardo Palma durante el año 2021. Rev Fac Med Humana. 2022 oct;22(4):735-42.
33. Manea L, Gilbody S, McMillan D. Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. CMAJ Can Med Assoc J. 2012 feb 21;184(3)
34. Mantilla JCT, Mantilla JDT. Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos. Horiz Méd Lima. 2023 sep 13;23(3)
35. Martina Chávez M, Amemiya Hoshi I, Sugimoto Watanabe SP, Arroyo Aguilar RS, Zeladita Huaman JA, Castillo Parra H, et al.

- Depresión en adultos mayores en el Perú: distribución geoespacial y factores asociados según ENDES 2018 - 2020. *An Fac Med.* 2022 jul;83(3):180-7.
36. Mayo Clinic. Depresión (trastorno depresivo mayor) - Síntomas y causas [Internet]. [citado 2024 ene 29]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>
 37. Montenegro M. Utilidad del PHQ-9 en el diagnóstico de trastorno depresivo en una sala de clínica médica [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.clinica-unr.com.ar/2015-web/Posgrado/Graduados/Maria-Belen-Montenegro.pdf>
 38. Mori Villalva P, Muriches Félix FS. Concordancia diagnóstica entre 4 diferentes formas de definir depresión (PHQ-2, PHQ-9, DSM-5 y CIE-10) en una población adulta basada en la ENDES 2019 - Perú [Internet]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2022 [citado 2024 ene 29]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11772/Concordancia_MoriVillalva_Pavel.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 39. Mosquera ELC, Rodríguez JPP, Parra PMP. Tendencias actuales sobre la depresión, factores de riesgo y abuso de sustancias. *J Am Health* [Internet]. 2022 feb 14 [citado 2024 ene 31];5(1). Disponible

en: <https://www.jah-journal.com/index.php/jah/article/view/114>

40. Muñoz LF, Jaramillo LE. DSM-5: ¿Cambios significativos? Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría. 2015 mar;35(125):111-21.
41. Onaolapo AY, Onaolapo OJ. Glutamate and depression: Reflecting a deepening knowledge of the gut and brain effects of a ubiquitous molecule. World J Psychiatry. 2021 jul 19;11(7):297-315.
42. Pedersen GA, Lam C, Hoffmann M, Zajkowska Z, Walsh A, Kieling C, et al. Psychological and contextual risk factors for first-onset depression among adolescents and young people around the globe: A systematic review and meta-analysis. Early Interv Psychiatry. 2023 ene;17(1):5-20.
43. Romero L. Variables sociodemográficas asociadas a la depresión en mujeres de 19 a 49 años de zonas rurales y urbanas, según ENDES (2020) [Internet]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2023. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/14325/VARIABLES_RomeroVelasco_Lictania.pdf?sequence=1
44. Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Gallo JJ, Wagner FA, García-Peña C. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. Salud Ment. 2012 feb;35(1):71-7.

45. Santana Aveiga JR, Del Hierro Santana JE, Cevallos Santana AM, Cevallos Santana KJ, Santana Aveiga JR, Del Hierro Santana JE, et al. Apoyo social en los trastornos depresivos de adultos jóvenes en edades entre 18-25 años. *Rev Cienc Humanísticas Soc ReHuSo*. 2023 abr;8(1):184-98.
46. Tang Z, Yang X, Tan W, Ke Y, Kou C, Zhang M, et al. Patterns of unhealthy lifestyle and their associations with depressive and anxiety symptoms among Chinese young adults: A latent class analysis. *J Affect Disord*. 2024 may 1;352:267-77.
47. Tolentino JC, Schmidt SL. DSM-5 Criteria and Depression Severity: Implications for Clinical Practice. *Front Psychiatry*. 2018 oct 2;9:450.
48. Trujillo-Hernández PE, Gómez-Melasio DA, Lara-Reyes BJ, Medina-Fernández IA, Hernández-Martínez EK, Trujillo-Hernández PE, et al. Asociación entre características sociodemográficas, síntomas depresivos, estrés y ansiedad en tiempos de la COVID-19. *Enferm Glob*. 2021;20(64):1-25.
49. Vasquez D. Ideación suicida, depresión y autoestima en escolares de la I.E. Nuestra Señora de Belen Calca 2017 [Internet]. Perú: Universidad Andina del Cusco; 2018. Disponible en: https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/1441/Deissy_Tesis_bachiller_2018.pdf?sequence=3

50. Vitório de Souza Júnior E, Pires Cruz D, dos Santos Silva C, Souza Rosa R, de Moura Peloso-Carvalho B, Okino Sawada N, et al. Implicaciones de la depresión en la calidad de vida del anciano: estudio seccional. *Enferm Glob.* 2022;21(65):433-72.
51. Wang G, Sabran K. Assessing depression and anxiety among young adults after epidemics and pandemics: a cross-sectional study in Anyang, China. *Sci Rep.* 2024 feb 2;14(1):2759.

ANEXOS

ANTECEDENTES DE LA PERSONA ENTREVISTADA

PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																												
20	REGISTRE DEL CUESTIONARIO DEL HOGAR (LISTADO DEL HOGAR) EL NOMBRE (PREGUNTA 2), NÚMERO DE ORDEN (PREGUNTA 1) Y CIRCULE EL SEXO (PREGUNTA 6) DE LA PERSONA SELECCIONADA PARA EL CUESTIONARIO DE SALUD	NOMBRE: _____ <input type="text"/> <input type="text"/> SEXO: HOMBRE..... 1 MUJER..... 2																													
21	ANOTE LA HORA DE INICIO	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>																													
SI LA PERSONA DE 15 AÑOS O MÁS ES INFORMANTE DEL CUESTIONARIO INDIVIDUAL, TRANSCRIBA LA PREGUNTA 106 DE TAL CUESTIONARIO A LA PREGUNTA 23, Y PASE A LA PREGUNTA 28																															
22	¿En qué día, mes y año nació Ud.?	DÍA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MES..... <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE EL AÑO..... 9998																													
23	¿Cuántos años cumplidos tiene? CONSISTENCIE PREGUNTA 22 CON PREGUNTA 23 Y CORRIJA DE SER NECESARIO	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS..... <input type="text"/> <input type="text"/> SI ES MEF PASE A LA PREGUNTA 28																													
24	¿Alguna vez asistió a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2 → 25A																													
25	¿Cuál fue el año o grado de estudios más alto que aprobó? - CIRCULE "0" SI NINGUNO - SI RESPONDE CICLO CONVIERTA A AÑOS - PARA "6" O MAS AÑOS DE ESTUDIO, ANOTE "6"	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>CIRCULE NIVEL</th> <th>ANOTE AÑO</th> <th>ANOTE GRADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>INICIAL / PRE-ESCOLAR.....</td> <td>0</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA.....</td> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA.....</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR NO UNIVERSITARIA.....</td> <td>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR UNIVERSITARIA.....</td> <td>4</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>POSTGRADO.....</td> <td>5</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		CIRCULE NIVEL	ANOTE AÑO	ANOTE GRADO	INICIAL / PRE-ESCOLAR.....	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PRIMARIA.....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SECUNDARIA.....	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR NO UNIVERSITARIA.....	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR UNIVERSITARIA.....	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	POSTGRADO.....	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	CIRCULE NIVEL	ANOTE AÑO	ANOTE GRADO																												
INICIAL / PRE-ESCOLAR.....	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
PRIMARIA.....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
SECUNDARIA.....	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA.....	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
SUPERIOR UNIVERSITARIA.....	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
POSTGRADO.....	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
25A	¿Cuál es el idioma o lengua materna con el que aprendió hablar en su niñez: 1. Quechua? 2. Aimara? 3. Ashaninka? 4. Awajún/Aguaruna? 5. Shipibo/Konibo? 6. Shawi/Chayahuita? 7. Matsigenka/ Machiguenga? 8. Achuar? 9. Otra lengua nativa u originaria? 10. Castellano? 11. Portugués? 12. Otra lengua extranjera?	QUECHUA..... 1 AIMARA..... 2 ASHANINKA..... 3 AWAJUN / AGUARUNA..... 4 SHIPIBO / KONIBO..... 5 SHAWI / CHAYAHUITA..... 6 MATSIGENKA / MACHIGUENGA..... 7 ACHUAR..... 8 OTRA LENGUA NATIVA U ORIGINARIA..... 9 _____ (ESPECIFIQUE) CASTELLANO 10 PORTUGUES..... 11 OTRA LENGUA EXTRANJERA 12 _____ (ESPECIFIQUE)																													

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CÓDIGOS	PASE A
25B	<p>Por sus costumbres y sus antepasados ¿Usted se siente o considera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quechua? 2. Aimara? 3. Nativo o Indígena de la Amazonía? 4. Perteneciente o parte de otro Pueblo indígena u originario? 5. Negro /Moreno/ Zambo/ Mulato /Pueblo Afroperuano o Afrodescendiente? 6. Blanco? 7. Mestizo? 8. ¿Otro? 	<p>QUECHUA..... 1</p> <p>AIMARA..... 2</p> <p>NATIVO O INDIGENA DE LA AMAZONIA..... 3</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>PERTENECIENTE O PARTE DE OTRO PUEBLO INDIGENA U ORIGINARIO..... 4</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NEGRO /MORENO/ ZAMBO/MULATO/PUEBLO AFROPERUANO O AFRODESCENDIENTE..... 5</p> <p>BLANCO..... 6</p> <p>MESTIZO..... 7</p> <p>OTRO..... 8</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE/ NO RESPONDE..... 98</p>	
25C	<p>A continuación le haré algunas preguntas para saber si Usted presenta alguna dificultad o limitación PERMANENTE, que le impida desarrollarse normalmente en sus actividades diarias,</p> <p>¿Tiene alguna dificultad o limitación permanente para:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ver, aún usando anteojos? 2. Oír, aún usando audifonos? 3. Hablar o comunicarse, aún usando la lengua de señas u otro? 4. Moverse o caminar para usar brazos y /o piernas? 5. Entender o aprender (concentrarse y recordar)? 6. Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas? 	<p>PARA VER SI.....1 NO.....2</p> <p>PARA OIR SI.....1 NO.....2</p> <p>PARA HABLAR SI.....1 NO.....2</p> <p>PARA MOVERSE SI.....1 NO.....2</p> <p>PARA ENTENDER SI.....1 NO.....2</p> <p>PARA RELACIONARSE SI.....1 NO.....2</p>	
26	<p>¿Tiene usted seguro de salud?</p>	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p>	<p>100</p>
27	<p>¿A que institución corresponde el seguro que usted tiene?</p> <p>SONDEE: ¿Alguno más?</p>	<p>SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)..... A</p> <p>ESSALUD / IPSS..... B</p> <p>FUERZAS ARMADAS O POLICIALES..... C</p> <p>ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD..... D</p> <p>SEGURO PRIVADO..... E</p> <p>OTRO..... X</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p>	<p>100</p>

SECCIÓN 7. SALUD MENTAL

PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
<p>A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre molestias o problemas en su estado de ánimo, los cuales se presentan con cierta frecuencia en la población</p>			

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

SECCIÓN 9. MEDICIONES DE ANTROPOMETRÍA Y PRESIÓN ARTERIAL

PARA PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A								
900A	REGISTRE FECHA Y HORA DEL INICIO DE LA MEDICIÓN DEL PESO Y TALLA CONSIDERAR EL INICIO DESDE LA EXPLICACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL PESO Y TALLA	DIA..... MES..... HORA..... MINUTOS.....	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
900	PESO (KILOGRAMOS)	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>									
901	TALLA (CENTÍMETROS)	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>									
902	RESULTADO DE LA MEDICIÓN ANTROPOMÉTRICA	MEDIDO(A)..... 1 NO PRESENTE..... 2 RECHAZO..... 3 FUE EVALUADA EN C. HOGAR..... 4 MEDIDO(A) PARCIALMENTE..... 5 OTRO..... 6 <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>									
902A	REGISTRE FECHA Y HORA DE TÉRMINO DE LA MEDICIÓN DEL PESO Y TALLA CONSIDERAR EL TÉRMINO DE LA MEDICIÓN HASTA EL REGISTRO DE LA PREGUNTA 902	DIA..... MES..... HORA..... MINUTOS.....	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								

907A	REGISTRE FECHA Y HORA DEL INICIO DE LA MEDICIÓN DEL PERÍMETRO ABDOMINAL CONSIDERAR EL INICIO DE LA MEDICIÓN DESDE LA EXPLICACIÓN PARA MEDIR EL PERÍMETRO ABDOMINAL	DIA..... MES..... HORA..... MINUTOS.....	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
907	PERÍMETRO ABDOMINAL (CENTÍMETROS)	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> . <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>									
908	RESULTADO DE LA MEDICIÓN DEL PERÍMETRO ABDOMINAL	MEDIDO(A)..... 1 NO PRESENTE..... 2 RECHAZO..... 3 OTRO..... 6 <p style="text-align: center;">(ESPECIFIQUE)</p>									
908A	REGISTRE FECHA Y HORA DEL TÉRMINO DE LA MEDICIÓN DEL PERÍMETRO ABDOMINAL CONSIDERAR EL TÉRMINO DE LA MEDICIÓN HASTA CULMINAR EL PROCEDIMIENTO (LA LIMPIEZA DE LAS MARCAS EN LA PIEL)	DIA..... MES..... HORA..... MINUTOS.....	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>¿Cuáles son los factores sociodemográficos y antropométricos en personas jóvenes entre 18 y 29 años con depresión mayor del ENDES en el periodo de 2016 – 2022, en el Perú?</p>	<p>GENERAL: Determinar los factores sociodemográficos y antropométricos en personas jóvenes entre 18 y 29 años con depresión mayor del ENDES, durante el período 2016 – 2022 en el Perú.</p> <p>ESPECIFICO: Determinar la frecuencia de depresión mayor en personas jóvenes entre 18 y 29 años según ENDES, durante el periodo 2016 – 2022 en el Perú. Describir los factores sociodemográficos en personas jóvenes entre 18 y 29 años con depresión mayor según ENDES, durante el periodo 2016 – 2022 en el Perú. Describir los factores antropométricos en personas jóvenes entre 18 y 29 años con depresión mayor según ENDES, durante el periodo 2016 – 2022 en el Perú. Determinar la frecuencia de los síntomas depresivos en personas jóvenes entre 18 y 29 años con depresión mayor según ENDES, durante el periodo 2016 – 2022 en el Perú.</p>	<p>Edad Sexo Lengua materna Etnia Grado de instrucción Tipo de seguro de salud Región Área de residencia Lugar de residencia Perímetro abdominal IMC Síntomas depresivos</p>	<p>DISEÑO: Cuantitativo, descriptivo, corte transversal, análisis secundario de datos del ENDES.</p> <p>POBLACIÓN Y MUESTRA: Toda la población que participaron del cuestionario “salud mental” en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar durante el período de 2016 – 2022.</p> <p>TÉCNICA: Revisión de base de datos de la encuesta ENDES 2016 - 2022.</p> <p>INSTRUMENTO: Revisión de base de datos de la encuesta de ENDES 2016-2022.</p> <p>ESTADÍSTICA: Frecuencias relativas y absolutas de las variables de estudio</p>