

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN, CONDUCENTES A OPTAR TÍTULOS PROFESIONALES Y GRADOS ACADÉMICOS EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL.

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres: _____

Código de alumno: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ DNI o Extranjería: _____

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Tipo de trabajo de investigación:

Tesis

Trabajo de Suficiencia Profesional

Trabajo Académico

Trabajo de Investigación

Tesinas (presentadas antes de la publicación de la Nueva Ley Universitaria 30220 – 2014)

3. Título Profesional o Grado obtenido:

4. Título del trabajo de investigación:

5. Facultad de: _____

6. Escuela, Carrera o Programa: _____

7. Asesor:

Apellidos y nombres _____ Correo electrónico: _____

Teléfono: _____ N° de DNI o Extranjería: _____ ORCID: _____

8. Tipo de acceso al Documento

Acceso público* al contenido completo.

Acceso restringido** al contenido completo

Si el autor eligió el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Santiago Antúnez de Mayolo una licencia no exclusiva, para que se pueda hacer arreglos de forma en la obra y difundirlo en el Repositorio Institucional, respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso de que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

10. Originalidad del archivo digital

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.



Firma del autor

11. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para las investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica.



El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12º del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Recolector Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".

12. Para ser llenado por la Dirección del Repositorio Institucional

Fecha de recepción del documento por el Repositorio Institucional:

Firma:



Verónica Wilmar Edgardo
CORRESPONSABLE
- UNASAM -

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

**** Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.



UNIVERSIDAD NACIONAL “SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”

ESCUELA DE POSTGRADO

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS RELACIONADAS A LA DEPRESIÓN EN PERSONAS ADULTAS, PERÚ, 2017

Tesis para optar el grado de maestro
en Salud Pública
Mención en Servicios de Salud

RUMULA EDI ONOFRE DAMIAN

Asesora: **Dra. CONSUELO TERESA VALENCIA VERA**

Huaraz - Ancash - Perú

2021

Nº de Registro: T0755

MIEMBROS DEL JURADO

Doctora

Magna Guzmán Avalos

Presidenta

Doctora

Ursula Lezameta Blas

Secretaria

Doctor

Marcelo Ido Arotoma Oré

Vocal

ASESORA

Doctora Consuelo Teresa Valencia Vera

AGRADECIMIENTO

- A Dios por guiar mis pasos, permitiendo que mis aspiraciones se cumplan.
- A mis hijas Jhoselyn y Fátima quienes fueron mi motivación para continuar con este propósito.
- A mi esposo Jorge por su apoyo constante para hacer realidad este sueño.
- A todos y cada una de las personas: familiares, amigos, compañeros y especialistas que confiaron en mí y me brindaron su apoyo incondicional.
- A mi asesora Dra. Teresa Valencia por su valioso y constante apoyo para la concretización de este estudio.
- A los miembros del jurado, por sus aportes de calidad para validar este estudio.

A Dios mi redentor, ante todo

A mis maravillosas hijas Fátima y Jhoselyn

A la memoria de mi amado padre Pedro Pelayo

Al recuerdo de mi hermano Manuel y hermana Nancy

INDICE

	Página
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
Objetivos.....	4
Hipótesis.....	4
Variables.....	5
II. MARCO TEÓRICO.....	8
2.1. Antecedentes.....	8
2.2. Bases teóricas.....	18
2.3. Definición de términos.....	24
III. METODOLOGÍA.....	30
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	30
3.2. Plan de recolección de la información y/o diseño estadístico.....	32
. Población.....	32
. Muestra.....	33
3.3. Instrumento de recolección de la información.....	34
3.4. Plan de procesamiento y análisis estadístico de la información.....	38
IV. RESULTADOS.....	40
V. DISCUSIÓN.....	52
VI. CONCLUSIONES.....	58
VII. RECOMENDACIONES.....	60
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
ANEXO.....	73

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la relación de las características epidemiológicas con la depresión en personas adultas, en el Perú durante el año 2017. Metodología: Estudio de tipo observacional, correlacional-analítico y retrospectivo. Diseño no experimental de corte transversal. Se analizó la información recolectada por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, durante el año 2017, siendo la muestra 16 789 personas adultas entre 30 a 59 años de edad. El análisis descriptivo, bivariado y multivariado se realizó mediante el uso del software estadístico STATA 14. Para calcular la depresión se utilizó la Escala PHQ-9 y para la obesidad, el Índice de Masa Corporal (IMC). La contrastación de la hipótesis se realizó utilizando la prueba Chi cuadrado y la estimación de la Razón de Prevalencia (RP) mediante el modelo de regresión de Poisson. Resultados: El 54,8% de las personas fueron mujeres, el 49,7% tuvieron entre 30 y 39 años de edad, y el 38,9% manifestaron tener el grado de instrucción secundario. Las prevalencias de las características epidemiológicas fueron: hipertensión arterial 6,7%, diabetes 2,8%, obesidad 26,1%, consumo excesivo de alcohol 22,4% y consumo diario de tabaco 1,9%; la prevalencia de la depresión en las personas adultas fue de 6,8%. Conclusión: la hipertensión arterial, la diabetes y el consumo excesivo de alcohol se relacionan significativamente con la depresión en personas adultas. Además, la hipertensión arterial y la diabetes incrementan la probabilidad de sufrir depresión RP: 2,28 y 2,05 respectivamente.

Palabras clave: Depresión, PHQ-9, tabaco, alcohol, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, Razón de prevalencia.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the relationship of epidemiological characteristics with depression in adults, in Peru during the year 2017. Methodology: Observational, correlational-analytical and retrospective study. Non-experimental cross-sectional design. The information collected by the Demographic and Family Health Survey was analyzed during the year 2017, being the sample 16 789 adults between 30 and 59 years of age. . Descriptive, bivariate and multivariate analysis was performed using the STATA 14 statistical software. The PHQ-9 Scale was used to calculate depression and, for obesity, the Body Mass Index (IMC). Hypothesis testing was performed using the Chi square test and the estimation of the Prevalence Ratio (PR) using the Poisson regression model. Results: 54.8% of the people were women, 49.7% were between 30 and 39 years of age, and 38.9% stated that they had a secondary level of education. The prevalences of the epidemiological characteristics were: hypertension 6.7%, diabetes 2.8%, obesity 26.1%, excessive alcohol consumption 22.4% and daily tobacco consumption 1.9%; the prevalence of depression in adults was 6.8%. Conclusion: hypertension, diabetes, and excessive alcohol consumption are significantly related to depression in adults. In addition, high blood pressure and diabetes increase the probability of depression RP: 2, 28 and 2.05 respectively.

Key Words : Depression, PHQ-9, tobacco, alcohol, hypertension, diabetes, obesity, Prevalence ratio.

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales son prevalentes en todo el mundo y considerados como importantes factores que contribuyen a la morbilidad y mortalidad (Organización Mundial de la Salud, 2008). Se le atribuye US\$ 16,3 billones de pérdidas económicas entre 2011 y 2030 (OMS, 2013); y el 15% de la carga mundial de morbilidad, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) para el año 2020 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

En la Región de las Américas, alcanzó casi la quinta parte (19%) del total de AVAD (Organización Panamericana de Salud, 2018). En el Perú, las enfermedades neuropsiquiátricas representan el 17,5% del total de carga de enfermedad, medida según AVAD (Ministerio de Salud, 2018).

Rodríguez J., Kohn, R., y Aguilar W, (2009). Refieren que, en muchos países de la región de las Américas, el presupuesto que dedican a la salud mental aún no excede el 1% y de ello más del 90% se les asigna a hospitales psiquiátricos.

En el Perú, uno de los elementos que obstaculiza la atención de salud mental a nivel nacional, es el escaso presupuesto que se asigna, siendo el 3% del presupuesto total del sector salud y el 98% de estos recursos son asignados a las tres instituciones psiquiátricas ubicadas en la ciudad de Lima. (Diez-Canseco et al., 2014).

Tal es así, que la depresión es uno de los trastornos mentales que constituye un problema importante de salud pública, se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo (Berenzon, S., Lara, M., Robles, R., y Medina-Mora, M., 2013).

A nivel mundial, esta enfermedad representa el 4,3% de la carga de morbilidad (OMS, 2013). En la Región de las Américas, es la principal causa de discapacidad, el cual representa el 3,4% del total de AVAD (OPS, 2018). A nivel nacional el MINSA (2018), precisa que la depresión en el Perú representa el 3,9% del total de AVAD.

La depresión, es la tercera entre las principales causas de morbilidad y según predicciones para el año 2030 será la principal causa de morbilidad a nivel mundial (OMS, 2011). Es un importante predictor de discapacidad funcional y mortalidad por la comorbilidad con otras condiciones médicas e intentos de suicidios. Contribuye en la disminución de la calidad de vida e incremento en la utilización de los servicios de salud (Mori, N., y Caballero, J, 2010).

Al respecto, Arregui (2010), refiere que esta enfermedad afecta el curso y los resultados del tratamiento de muchas condiciones crónicas como: la diabetes, el cáncer, las artritis y las enfermedades cardiovasculares. Y, Diez-Canseco et al. (2014), afirma que la depresión afecta la adherencia al tratamiento de la persona con diabetes, alterando su calidad de vida y generando mayor gasto en servicios médicos.

Por otro lado, el MINSA (2008), manifiesta que cualquier enfermedad crónica incrementa el riesgo de depresión, precisando que la correlación con

la diabetes es particularmente fuerte debido a las numerosas complicaciones que presenta la enfermedad y el cambio que amerita en el estilo de vida. Las personas con diabetes tienen dos veces más riesgo de desarrollar depresión en comparación a las personas que no la padecen (Escobar, J. y Escobar, M, 2016).

Del mismo modo, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014) menciona que las enfermedades crónicas, entre ellas las enfermedades cardíacas y la diabetes son factor de riesgo para la depresión, además hace mención de la asociación entre la depresión y el abuso de sustancias, entre ellos el consumo de alcohol y el tabaco.

Bajo este contexto, a fin de entender mejor el comportamiento de la depresión, a nivel internacional existen estudios que buscan determinar la asociación de las características epidemiológicas: Tales como, la diabetes, hipertensión arterial, consumo de tabaco, consumo del alcohol, entre otros, con la depresión. Estudios que a nivel nacional aún no se ha realizado a profundidad.

Finalmente, debido al impacto económico y social que genera la depresión y ante la falta de evidencias científicas actualizadas que permitan formular políticas de salud dirigidas a reducir la prevalencia y/o las consecuencias de esta enfermedad, despertó el interés de formular la siguiente interrogante de investigación.

¿Cuáles son las características epidemiológicas relacionadas a la depresión en personas adultas, en el Perú durante el año 2017?

Objetivos

Con el propósito de dar respuesta a la interrogante formulada en el presente estudio se plantearon, un objetivo general y cinco objetivos específicos que a continuación se detalla.

Objetivo general.

Determinar cómo se relacionan las características epidemiológicas con la depresión, en personas adultas en el Perú durante el año 2017.

Objetivos específicos.

- a. Identificar las características demográficas de las personas adultas.
- b. Identificar la prevalencia de las características epidemiológicas de las personas adultas.
- c. Identificar la prevalencia de la depresión de las personas adultas, según edad y sexo.
- d. Establecer la relación de las enfermedades metabólicas con la depresión en personas adultas.
- e. Analizar la relación del consumo de sustancias psicoactivas con la depresión en personas adultas.

Hipótesis

Las características epidemiológicas se relacionan significativamente con la depresión en personas adultas en el Perú durante el año 2017.

Variables

Variable independiente

- Características epidemiológicas

Variable Independientes.

- Características epidemiológicas

Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALA
Variable Independiente Características Epidemiológicas	Son factores específicos que presenta una población en estudio que padece de un problema u enfermedad, ya que identificarlos favorece la eficacia del control y la prevención (Alarcón, 2009)	Enfermedades metabólicas	- Hipertensión	- Con hipertensión - Sin hipertensión	Nominal
			- Diabetes	- Con diabetes - Sin diabetes	Nominal
			- Índice de Masa Corporal (IMC) kg/m^2 según peso y talla	- Con obesidad - Sin obesidad	Nominal
		Consumo de sustancias psicoactivas	- Consumo diario de tabaco en los últimos 30 días	- Consumió diariamente - No consumió diariamente	Nominal

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALA
			<ul style="list-style-type: none"> - Consumo excesivo de alcohol en los últimos 30 días 	<ul style="list-style-type: none"> - Consumió en exceso - No consumió en exceso 	Nominal
<p>Variable Dependiente</p> <p>Depresión</p>	<p>La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia), cansancio o fatiga, que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren (MINSA 2008)</p>	<p>Síntomas depresivos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pocas ganas o interés en hacer las cosas. - Desanimado/ triste - Problemas para dormir/dormir mucho - Cansado sin motivo que lo justifique - Poco apetito/comer en exceso - Dificultad para concentrarse - Moverse lento o sentirse más inquieto - Pensamientos de que sería mejor estar muerto - Sentirse mal acerca de si mismo 	<ul style="list-style-type: none"> - Con depresión: - Sin depresión: 	Nominal

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Jiménez, L., et al. (2019) *Factores asociados al consumo de tabaco en pacientes con depresión*. España. El estudio tuvo como objetivo principal profundizar en la relación entre tabaquismo y depresión. Se estudió una muestra de 201 pacientes, mayores de 18 años [edad media (DE) = 53,76 (10,36)], con historia de episodio depresivo o distimia (criterios CIE 10). La prevalencia de tabaquismo actual fue 43,2% y la prevalencia vida 61,2%, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ($X^2 = 3,896$; $p = 0,143$). Se observó tendencia a asociación lineal entre el número de cigarrillos/día consumidos y gravedad de la depresión según la Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS) en los consumidores actuales de tabaco (R de Pearson = 0,298; $p = 0,050$). El análisis de regresión logística multinomial puso de manifiesto que el consumo actual de tabaco se asocia con puntuaciones más elevadas en la HDRS, de modo que, con cada incremento de un punto en dicha escala, la posibilidad de fumar aumenta en 0,062 [$p = 0,032$; OR (95% CI) = 1,064 (1,005-1,125)]. Conclusión. Los pacientes deprimidos presentan mayor prevalencia de consumo actual de tabaco que la población general, sugiriendo además una relación entre gravedad de consumo y gravedad de los síntomas de depresión.

Porras (2019). *Prevalencia y factores asociados a la depresión mayor en Andalucía*. España. (Tesis doctoral). Objetivo principal: Explorar la prevalencia y los factores asociados a la depresión mayor en la población adulta (18 a 80 años de edad) Andalucía. Metodología: El estudio presenta un

diseño longitudinal retrospectivo de casos y controles, con una muestra de 1,176 y una tasa de respuesta del 69%. El recojo de información fue realizado mediante una encuesta poblacional por profesionales previamente capacitados; el análisis estadístico fue realizado mediante la utilización del programa estadístico SPSS versión 24 y STATA versión 13; la asociación de cada una de las variables a la depresión mayor fue evaluada mediante la medida de asociación Odd Ratio. Resultados: Prevalencia actual de depresión 6,5%, de estos solo el 21,4% recibían tratamiento antidepressivo. Los factores asociados a la depresión con fuerte nivel de significancia fueron: Historia familiar de salud mental, sexo femenino, desempleo, dependencia de tabaco y/o alcohol, y la presencia de las enfermedades crónicas: diabetes OR: (IC:95%) 2,10 (1,40 – 3,16) y las enfermedades cardiovasculares OR: (IC:95%) 1,93 (1,43 – 3,61) entre ellos la hipertensión arterial.

Pinto, G., et al. (2017). *Depression among smokers of a web-based intervention to quit smoking: a cross-sectional study*. México. Objetivo: Evaluar la prevalencia de depresión entre usuarios de una intervención en línea para dejar de fumar. Método. Estudio de tipo transversal retrospectivo, fueron invitados 1 433 personas de una encuesta por internet. Los criterios de inclusión fueron tener 18 años o más y ser fumador; los criterios de exclusión fueron no haber marcado dos preguntas del cuestionario de detección de depresión PHQ-2 y haber realizado múltiples accesos dentro de un lapso de tiempo limitado, lo que se caracterizó como un acceso no válido. Los participantes (N = 461) respondieron a preguntas relacionadas con características sociodemográficas, historia del tabaco, depresión (PHQ-2 y

PHQ-9), uso de alcohol. Resultados. De la muestra total, el 36.4% de los participantes presentaron depresión de acuerdo con el PHQ-2. La depresión se asoció con la dependencia del tabaco (OR = 1.10; 95% IC = 1.00, 1.20) y asociada con no tener un empleo (OR = .53; 95% IC = .29, .97). Discusión y conclusión. La depresión es un factor que se debe considerar en los programas que ofrecen apoyo para dejar de fumar a través de Internet para hablantes de portugués.

Salazar, D., Castillo, T., Pastor, M., Tejada-Tayabas, L. y Palos, A. (2016). *Ansiedad, depresión y actividad física asociados a sobrepeso/obesidad en estudiantes de dos universidades mexicanas*. México. Estudio que tuvo como objetivo: Determinar la asociación entre los trastornos afectivos (ansiedad, depresión), la actividad física y la prevalencia combinada de sobrepeso/obesidad en un grupo de estudiantes universitarios. Estudio descriptivo transversal realizado de mayo de 2013 a noviembre de 2014 en una muestra aleatoria de 450 estudiantes de dos universidades mexicanas. Se aplicó un cuestionario estructurado sobre actividad física, síntomas presuntivos de ansiedad y depresión, se midieron peso y talla para calcular el índice de masa corporal (IMC). Los datos obtenidos se procesaron y analizaron en el software estadístico SPSS. Resultados: No existe suficiente evidencia estadística en los datos para establecer asociación entre sobrepeso-obesidad y la realización de actividad física, se encontró asociación estadísticamente significativa ($P < 0,05$) entre la ansiedad y el sobrepeso-obesidad, pero, no se encontró asociación significativa del sobrepeso-obesidad con la depresión ($P = 0,725$). Por otro lado, se encontró asociación

significativa ($P < 0,05$) entre sobrepeso/obesidad y aumento del apetito ante el estrés, ansiedad y tristeza.

Arshad, A. y Alvi, K. (2016). *Frecuencia de depresión en diabetes mellitus tipo 2 y análisis de factores predictivos*. Pakistán. Estudio observacional realizado en 133 pacientes que acudieron a un establecimiento de salud de Pakistán, durante el periodo de junio de 2013 y mayo de 2014, con el objetivo de determinar la frecuencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus e identificar factores predictivos. Se utilizó la escala PHQ-9 para determinar la depresión. Resultados: El 38,35% presentaron depresión, en la regresión logística binaria univariante el sexo femenino, menor nivel educativo y menor duración de la diabetes se asociaron significativamente con la depresión. Sin embargo, solo la duración más corta de la diabetes (razón de posibilidades = 0,90; intervalo de confianza del 95% = 0,82, 0,99) siguió siendo significativa después del ajuste por factores de confusión. Conclusión: Una proporción significativa de diabéticos estaba deprimida. La duración más corta de la diabetes predijo de forma fiable la depresión en estos pacientes.

Duran-Badillo, T., Martínez, Ma., Gutiérrez, G., Aguilar, R., y Guevara-Valtíer, M. (2015). *Peso corporal y depresión en adultos mayores de comunidad urbano marginal en México – Tamaulipas*. México. El objetivo fue identificar la asociación existente entre peso corporal y depresión en el adulto mayor. Material y Métodos: Estudio descriptivo y correlacional donde participaron 252 adultos mayores de 60 años. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Para evaluar el peso corporal se calculó Índice de Masa Corporal y para conocer el estado depresivo se utilizó la

Escala de Depresión Geriátrica en su versión completa (GDS-30). El procesamiento y análisis de datos se realizó en SPSS mediante correlación de Spearman. Resultados: bajo peso (1,6%), peso normal (61,5%), sobre peso (32,9%) y obesidad (4,0%). Sin depresión 40,1%, depresión leve 34,1% y depresión establecida 25,0%. Conclusiones: Escasa asociación entre ambas variables ($r_s=0,246$; $P<0,001$). Casi la mitad de los adultos mayores en estudio tenían un problema de malnutrición y más de la mitad depresión.

García (2014). *Factores que se asocian a la relación entre el trastorno depresivo y la hipertensión arterial sistémica*. México (Tesis de Postgrado). Estudio realizado con el objetivo de determinar los factores asociados a la relación entre el trastorno depresivo y la hipertensión arterial sistémica. Estudio de casos y controles en 180 pacientes mayores de 20 años de edad de ambos sexos con diagnóstico de hipertensión (casos) y pacientes al azar que acudieron a consulta externa (controles). Se aplicó la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung y un cuestionario para evaluar las variables a estudiar. Análisis: Se realizó el análisis univariado y bivariado, medidas de tendencia central y dispersión (Chi cuadrada) de Mantel y Haenszel, T de Student y Odds Ratio para determinar la asociación entre las variables. Resultados: Del total de entrevistados el 73.3% fueron mujeres y 26.7% hombres. El 9.4% presentaron síntomas depresivos y 6.6% hipertensión arterial. Conclusión: entre otros hallazgos determinaron la asociación entre la depresión e hipertensión con un OR de 4.34 IC 95% (1.33 – 14.97).

Valladares, M., Soriano, A., Rodrigo, P., Moncada, E., Pacheco, J. y Toro, C. (2020). *Depresión en adultos peruanos con hipertensión y diabetes: análisis de una encuesta nacional*. Perú. Este estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia y los factores asociados a la depresión en adultos peruanos con hipertensión y diabetes. Métodos: Se realizó un análisis secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar de Perú 2017, utilizando datos de 10,566 adultos de 40 años o más. El resultado principal fue la depresión evaluada con el Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9). Otras variables importantes fueron el diagnóstico de hipertensión o diabetes, sexo, edad, nivel educativo, región geográfica, índice de riqueza, tabaquismo diario, consumo nocivo de alcohol y discapacidad física. Resultados: La prevalencia global de depresión fue del 23,15% (IC 95%: 21,42% -24,88%) y entre los adultos con hipertensión y diabetes fue del 34,96% (IC 95%: 29,33% -40,59%) y 35,56% (IC 95%: 24,49 % -46,63%), respectivamente. Mientras que la prevalencia de depresión entre adultos con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) fue mayor en el grupo de discapacidad física (PRa: 1,28; IC 95%: 1,12-1,45), la prevalencia de depresión entre adultos con hipertensión fue mayor en el grupo de mujeres (PRa: 1,36; IC 95%: 1,20-1,54) y entre aquellos con consumo nocivo de alcohol (PRa: 1,50; IC 95%: 1,01-2,24). Conclusión: El Perú tiene una carga considerable de depresión en las poblaciones hipertensas y diabéticas. Mientras que las variables asociadas positivamente con la depresión en adultos hipertensos fueron el sexo femenino y el consumo nocivo de alcohol; en los adultos con diabetes fue la presencia de discapacidad física.

Bautista, L. (2019). *Factores sociodemográficos determinantes de la depresión en mujeres de 15 a 49 años – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015*. Perú. El objetivo fue determinar los factores sociodemográficos que inducen a la depresión en la población de mujeres peruanas de 19 a 45 años, tomando como base la Encuesta Demográfica de Salud Familiar. Método: Estudio de tipo cuantitativo, correlacional, diseño no experimental de corte transversal. Se trabajó con la información de 13 763 mujeres de 15 a 49 años de edad residentes habituales de las viviendas seleccionadas de la ENDES. Para calcular la depresión se utilizó la escala PHQ-9. Resultados: El porcentaje más alto de nivel de instrucción de las informantes y de sus respectivas parejas fue el nivel secundario con 43.8% y 58.3% respectivamente, la prevalencia de depresión fue de 23.3%. Conclusión: Existe una relación significativa entre la diabetes, hipertensión, consumo de alcohol y tabaco con la depresión en la población en estudio.

Estrada, P. y Salinas, C. (2019). *Consumo de alcohol como factor asociado a la depresión en estudiantes de medicina humana varones de la Universidad Ricardo Palma del ciclo II-2018*. Perú. Estudio realizado con el objetivo de determinar si el consumo de alcohol es un factor asociado a la depresión en estudiantes varones de medicina de la Universidad Privada Ricardo Palma del Ciclo II (agosto-diciembre) del año 2018. Material y método: Estudio de tipo no experimental, analítico, transversal, descriptivo y relacional. Ejecutada en 200 estudiantes. Se aplicó una encuesta y un test validado, luego de su consentimiento informado: El test validado de auto-evaluación de rasgos depresivos de Zung, para determinar el estado depresivo según los criterios

diagnósticos CIE-10 y DSM IV. Resultados: El 70% de los estudiantes rara vez consumió alcohol y el 9% consumían alcohol 2 a 6 veces por semana. El 48.5% de los estudiantes presentó depresión leve y el 3% depresión grave, de este último el 50% consume alcohol 2 veces a la semana. En la prueba de Chi Cuadrado el valor p ($p= 0.009$) indicó que existe relación significativa entre el consumo de alcohol y la depresión. Finalmente se encontró que el Odd Ratio (OR=9.4) para el consumo de alcohol el cual establece que los estudiantes varones que consumen alcohol más de una vez por semana tienen 9.444 mayor riesgo de presentar depresión que los estudiantes varones que consumen alcohol una vez a la semana o menos. Conclusiones: El consumo de alcohol es un factor de riesgo asociado a la depresión.

Martina Chávez, M. (2018). *Depresión, alcoholismo y violencia conyugal en el adulto mayor según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2015*. Perú. (Tesis doctoral). Objetivo: Estimar la prevalencia y los factores asociados al síndrome depresivo, consumo problemático de alcohol y violencia conyugal en la población adulta mayor peruana en base a la ENDES 2014 y 2015. Estudio transversal y comparativo en base al estudio de dos submuestras de dos ENDES. Muestra probabilística ponderada de 5270 adultos mayores (ENDES 2014) y 6141 adultos mayores (ENDES 2015). Se utilizó el análisis de regresión logística para investigar la asociación entre las variables seleccionadas y el síndrome depresivo, Se calcularon Odds Ratios (OR) ajustados con intervalos de confianza del 95%. Para el análisis de los datos se empleó el programa SPSS vs 20. Resultados: La población adulta mayor estudiada presentó una prevalencia de síndrome depresivo mayor de

6,7% y 8,1% (ENDES 2014 y 2015), consumo problemático de alcohol de 0,8% y 0,6% (ENDES 2014 y 2015). El análisis de regresión logística reveló que los adultos mayores mujeres de ambas ENDES tuvieron mayor probabilidad de presentar síndrome depresivo. Conclusión: El problema de salud mental más frecuente del adulto mayor fue el síndrome depresivo mayor, cuya prevalencia se incrementó de 6,7% (2014) a 8,1% (2015). El riesgo de sufrir síndrome depresivo mayor fue estadísticamente significativo en las mujeres, en los adultos mayores sin instrucción y en los que se encuentran en situación de pobreza. Adicionalmente, el síndrome depresivo estuvo asociado al consumo problemático de alcohol y a la violencia conyugal.

Villarreal, D. (2018). *Asociación entre hipertensión arterial y síntomas depresivos: Resultados de una encuesta poblacional en Perú*. (Tesis para optar el grado de maestro en salud pública y salud global). Objetivo: Identificar la asociación entre la hipertensión arterial y la sintomatología depresiva en la población general. Método: Se realizó un análisis secundario de datos utilizando el Cuestionario de Salud de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDES) desde 2014 hasta 2016. La sintomatología depresiva se definió como un puntaje ≥ 15 en el Patient Health Questionnaire (PHQ -9); mientras que la hipertensión arterial fue definida como el diagnóstico autoinformado de hipertensión arterial. Además, se consideró el tiempo autoinformado desde el diagnóstico de hipertensión arterial. Se generaron modelos de regresión de Poisson para evaluar la asociación de interés, informando las razones de prevalencia (RP) e intervalos de confianza del

95%. Resultados: Se analizaron los datos de 87,253 participantes, con una edad media de 41,3 (DE= 16.7), el 55.6% eran mujeres y el 64.7% eran de zonas urbanas. Un total de 2,633 (3.0%, IC 95%: 2.8%-3.2%) individuos tenían síntomas depresivos, mientras que la hipertensión arterial estaba presente en 15,681 (19.6%, IC 95%: 19.1% -20.1%) sujetos. En el modelo multivariable, y en comparación con aquellos sin diagnóstico de hipertensión arterial, los recién diagnosticados tenían una probabilidad similar de tener síntomas depresivos (RP = 0.93, IC 95% 0.77-1.12); sin embargo, las personas que conocían de su hipertensión arterial tenían más probabilidades de tener síntomas depresivos. Asimismo, las personas con menos de un año de diagnóstico tenían más del doble de probabilidades de tener síntomas depresivos (RP = 2.08, IC 95% 1.65-2.63), y esta probabilidad disminuyó en individuos con 1 a 4 años de diagnóstico (RP = 1.42, IC 95% 1.13-1.80) y en personas con más de 5 años de diagnóstico (RP = 1.29, IC 95% 1.01-1.64). Conclusiones: Existe una asociación entre la hipertensión arterial y los síntomas depresivos, la prevalencia de los síntomas depresivos varía según el tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

Martínez, Martha et al. (2017). *Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015*. Perú. Estudio que tuvo como objetivo, estimar la prevalencia y los factores asociados a la depresión en la población peruana adulta mayor, siendo el diseño de investigación de tipo observacional, transversal y analítico, donde obtuvieron los siguientes resultados: Prevalencia nacional de depresión del 14%, donde concluyen que los factores de riesgo para sufrir de depresión fueron la

condición de mujer, ser mayor de 75 años, la carencia de instrucción, el vivir sin pareja, vivir en área rural, la pobreza y la discapacidad física.

Miranda, K. (2017). *Diabetes Mellitus tipo 2 como factor asociado a depresión en adultos mayores*. Perú. (Tesis para optar el grado de Médico Cirujano). Objetivo: Demostrar si la diabetes mellitus tipo 2 es un factor asociado a depresión en adultos mayores. Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo, observacional, prospectivo y trasversal. La población de estudio estuvo constituida por 384 pacientes adultos mayores con diagnóstico diabetes mellitus tipo 2 atendidos en consultorio externo de endocrinología en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray durante el periodo noviembre 2016 – febrero 2017. Resultados: La prevalencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 fue de 90.6%. Se encontró mayor prevalencia en personas de sexo femenino 57.3%. y en adultos mayores casados 56.5%. Conclusión: La diabetes mellitus tipo 2 es un factor asociado a la depresión en adultos mayores, mediante el resultado de p-valor <0.05 en la prueba de Chi cuadrado.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Características epidemiológicas.

2.2.1.1. Enfermedades metabólicas.

– Hipertensión arterial.

Los cambios en los estados psíquicos que se dan en el paciente con hipertensión denota una gran importancia no solo para proporcionarle una atención integral en el

tratamiento de la enfermedad, sino para desarrollar estrategias preventivas (Molerio et al., 2004).

La hipertensión arterial es una enfermedad cardiovascular que persiste silenciosamente durante muchos años hasta deteriorar el estado de salud y producir la muerte. Sin embargo, la actuación oportuna de las personas y los profesionales de la salud a favor de la adherencia terapéutica reduce el riesgo de sufrir un evento cerebrovascular si se logra controlar y modificar los factores. Entre los principales factores que dificultan la adherencia están: el deterioro cognoscitivo, los estados alterados de ánimo, el deterioro sensorial y la pérdida de visión o audición y otras menos conocidas como vinculación con el medio ambiente. También, menciona que las personas diagnosticadas con alguna enfermedad crónica, tienden a pasar por una serie de reacciones emocionales que incluyen síntomas depresivos, ansiedad, enojo o estrés, que causan desequilibrios metabólicos (Urbina, V., 2017).

– *Diabetes.*

El Ministerio de Salud (2008) refiere: “Si bien cualquier enfermedad crónica incrementa el riesgo de depresión, la correlación con la diabetes es particularmente fuerte debido a las numerosas complicaciones que presenta la enfermedad y el cambio que amerita en el estilo de vida” (p.16).

Las personas al ser diagnosticadas de diabetes experimentan reacciones y sentimientos de frustración, coraje y pérdida de valor por la vida. Estas reacciones y sentimientos pueden llevar a estas personas a asumir una actitud de descuido para con su condición, generando una diabetes descontrolada, cambios en el estado de ánimo, como irritabilidad, depresión, ansiedad y euforia. La presencia de la depresión en estas personas ha demostrado que impacta significativamente la adherencia al tratamiento (Rivas et al., 2011).

Nicolau, J. y Masmiquel (2013), entre otros aspectos consideran que: “los diversos cambios bioquímicos secundarios a la diabetes serían la base de la hipótesis biológica que permitiría explicar el mayor riesgo a la depresión” (p.584)

Las personas con diabetes tienen dos veces más riesgo de desarrollar depresión en comparación con la población general, Son varias las hipótesis que unen a las dos enfermedades, tales como la carga psicológica de una enfermedad crónica, los cambios hormonales relacionados con el estrés y los efectos de la inflamación, entre otros (Escobar, J. y Escobar, M, 2016).

La diabetes y la depresión son enfermedades comórbidas. Ciertas alteraciones neuroendocrinas como la activación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) y el

sistema nervioso simpático (SNS) podrían contribuir a la asociación. Además, la presencia de un estado proinflamatorio tanto en diabetes como en depresión también puede contribuir a esto. (Champaneri, S., Wand, G., Malhotra, S., Casagrande, S. y Golden, S., 2010).

– *Obesidad.*

La depresión y la obesidad son problemas comunes que afectan a la población a nivel mundial, siendo unas de las principales preocupaciones de la salud pública, debido a que ambas enfermedades se asocian con una mayor morbilidad y mortalidad que impacta de manera significativa en la economía de las personas que la padecen, debido al deterioro funcional que conlleva a mayores gastos en atención médica. Los factores que contribuye tanto en la obesidad como en la depresión es el trastorno del sueño y el déficit de la vitamina D. Las personas que refieren fatiga diurna debido a las alteraciones del sueño son la que manifiestan mayores síntomas depresivos. Tanto la depresión y la obesidad son trastornos con desregulación del sistema de estrés (Alonso, R. y Olivos, C., 2020).

2.2.1.2. Consumo de sustancias psicoactivas.

– *Consumo de Tabaco.*

El tabaco es una de las sustancias cuyo consumo es lícito en nuestro país. Para Moreno y Medina-Mora, (2008). El

consumo de tabaco y la depresión son dos importantes problemas de salud pública tanto en el mundo como en nuestro país. A pesar de la evidencia que se tiene hasta ahora sobre la alta comorbilidad entre la depresión y el tabaquismo, su tratamiento por lo general se aplica de forma independiente, por lo que se reconoce la urgente necesidad de integrar su atención. (p.410)

– *Consumo de alcohol.*

Al igual que el tabaco, el alcohol es una de las sustancias psicoactivas que su consumo es lícito en el Perú. Al respecto, Arias (2005) refiere que la acción tanto psicofisiológica como la farmacodinamia del alcohol es fundamentalmente depresiva, debido a la reducción de la transmisión sináptica en el sistema nervioso central del ser humano. Es un hecho conocido que el consumo excesivo de alcohol causa una disfunción aguda y crónica del cerebro, produciendo trastornos en el sistema nervioso central, presentando alteraciones en la memoria y en las funciones intelectuales como cálculo, comprensión y aprendizaje. (p.138)

2.2.2. Depresión.

La depresión es una enfermedad común en todo el mundo, la cual va en aumento, provocando que la persona afectada sufra mucho y no se desenvuelva bien en el entorno social, en el peor de los casos puede

llevar al suicidio. Aunque existen tratamientos conocidos y efectivos para esta enfermedad, menos de la mitad de los afectados en el mundo (en muchos países, menos del 10%) reciben tratamiento.

Las barreras para la atención efectiva incluyen la falta de profesionales capacitados y el estigma social ante la enfermedad. Otra barrera para la atención efectiva es la evaluación incorrecta, en países de todos los niveles de ingresos, las personas que están deprimidas a menudo no son diagnosticadas correctamente (World Health Organization, 2018). Es más frecuente entre mujeres (5.1%) que en hombres (3,6%), su prevalencia en la región de las américas es del 15% y varía según la edad, alcanzando el máximo en la edad adulta. (World Health Organization, 2017).

La Organización Mundial de la Salud (2014), afirma: “En términos de carga y prevalencia, la depresión continúa ocupando la principal posición entre los trastornos mentales y es dos veces más frecuente en mujeres que hombres” (p. 3).

Respecto a la complejidad que encierra el origen de la depresión Sánchez. F. y Sánchez, G. (2017), afirman que la depresión sería un estado de tristeza patológica que surge del entrecruzamiento de factores predisponentes y precipitantes. Los primeros presentarían la vulnerabilidad psicológica y genética, mientras que los precipitantes harían referencia a las circunstancias del medio ambiente que serían capaces de activar las vulnerabilidades del individuo. Para la mayor parte de los estudiosos está claro que en la depresión intervienen

variables de origen diverso (ambientales, bioquímicas, genéticas), aunque no todos los autores dan igual importancia a las variables que influyen en la génesis de la depresión, de ahí que surjan diferentes teorías explicativas.

Desde el punto de vista bioquímico, la depresión se produce cuando el cerebro no dispone de suficientes neurotransmisores o cuando estos, por alguna razón, no pueden ligarse con los receptores (García, H., 2012).

2.3. Definición de términos

2.3.1. Depresión.

La depresión es el trastorno mental más frecuente que se caracteriza por presentar tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración. Puede hacerse crónica o recurrente, y dificultar el desempeño laboral, académica y la capacidad para afrontar la vida diaria. (OMS, 2017)

2.3.2. PHQ-9 (Patient Health Questionnaire).

Existen una serie de instrumentos de evaluación para determinar la depresión, según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad entre las más reconocidas tenemos a: Hamilton Rating Scale for Depression, El Inventario de Depresión de Beck (BDI), Zung Self-Rating Depression Scale y el Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

En tal sentido, el Patient Health Questionnaire (PHQ-9) es un instrumento que en español se denomina Cuestionario de Salud de los Pacientes, este instrumento consta de 9 preguntas que evalúan la presencia de síntomas depresivos en los últimos 14 días. Debido a sus propiedades psicométricas es recomendada para la identificación de la depresión (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Es un instrumento atractivo y de doble propósito para realizar diagnósticos y evaluar la gravedad de los trastornos depresivos (Kroenke y Spitzer, 2002).

2.3.3. Epidemiología.

La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes (OMS, 2019).

En el enfoque biomédico, se sostiene que los problemas de salud se propagan debido a ciertas características de quienes padecen el problema (enfermedad) y que no se encuentran entre los que no lo padecen. Estas características son esencialmente individuales, aunque también pueden ser grupales o ambientales. La tarea de la

epidemiología, según este enfoque, es encontrar factores específicos, pues de ello va depender la eficacia del control y la prevención (Alarcón, 2009). En tal sentido, se puede deducir que las características epidemiológicas, son factores específicos que presenta una población en estudio que padece de un problema u enfermedad, ya que identificarlos favorece la eficacia del control y la prevención.

2.3.4. Sustancias psicoactivas.

Las sustancias psicoactivas son aquellas cuyo consumo tienen la capacidad de generar un efecto directo sobre el sistema nervioso central, ocasionando cambios específicos a sus funciones; pueden alterar los estados de conciencia, de ánimo, de pensamiento, percepciones e incluso son capaces de inhibir el dolor. Estas sustancias pueden ser de origen natural o sintético.

Un psicoactivo, es cualquier sustancia, de origen natural o sintético que al introducirse por cualquier vía al organismo ejerce un efecto directo sobre el sistema nervioso central (SNC), ocasionando cambios específicos en su funcionamiento. Estas sustancias pueden ser lícitas (Alcohol o Cigarrillo) o ilícitas (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, heroína, LSD, hongos, entre otras). (INS-Colombia, 2017). El consumo de estas sustancias, ya sea por placer o para aliviar el dolor, puede dañar la salud y acarrear problemas sociales a corto y largo plazo (Greenfacts.org. (2018).

2.3.5. Tabaco.

La OMS (2019) define al tabaco de la siguiente manera: “Se denominan productos del tabaco a los que están elaborados total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, masticar o esnifar. Todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo”.

2.3.6. Consumo de tabaco.

El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. A pesar de ello, su consumo está muy extendido en todo el mundo (OMS, 2019).

2.3.7. Enfermedades metabólicas.

Las enfermedades metabólicas son patologías causadas por anomalías enzimáticas implicadas en el metabolismo intermediario, pudiendo ser congénitas o adquiridas. Las congénitas son producidas por alteraciones genéticas que dan lugar a enzimas defectuosas (errores congénitos del metabolismo), mientras que las adquiridas son debido a enfermedades de los órganos endocrinos o a la falla durante el proceso metabólico, siendo las más frecuentes la obesidad, hipertensión y diabetes (Zaragoza y Angosto, 2006).

2.3.8. Hipertensión arterial.

La hipertensión se define como una tensión sistólica igual o superior a 140 mm Hg y una tensión diastólica igual o superior a 90 mm Hg. Los

niveles normales de ambas, sistólica y diastólica, son particularmente importantes para el funcionamiento eficiente de órganos vitales como el corazón, el cerebro o los riñones y para la salud y el bienestar en general (Organización Mundial de la Salud 2013, p.17).

2.3.9. Obesidad.

La OMS (2018) refiere que el sobrepeso y la obesidad es la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador de la relación entre la talla y el peso de la persona el cual se utiliza para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de la persona, el cual debe estar determinada en kilos entre el cuadrado de la talla determinada en metros (kg/m^2). Por tanto, se define sobrepesos al IMC igual o superior a 25 y obesidad al IMC igual o superior a 30.

2.3.10. Diabetes.

La diabetes es una enfermedad crónica que se presenta cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo pese a producir la insulina no la utiliza eficazmente. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos (OMS, 2018).

Esta enfermedad es diagnosticada por un médico, basado en los resultados obtenidos a la prueba de glucosa en sangre, examen clínico y otros factores de riesgo

2.3.11. Edad Adulta.

El rango de edad 30 a 59 años 11 meses y 29 días considerado para las personas adultas se sustenta en la Resolución Ministerial 538-2009/MINSA, documento donde el MINSA establece las edades para la etapa de vida de la persona adulta (MINSA, 2009).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo de investigación

– **Observacional.**

El estudio fue de tipo Observacional, debido a que se observó el comportamiento de las variables en un tiempo específico sin tener la oportunidad de intervenir.

Con relación al tema, Argimón y Jiménez (2013) considera a un estudio de tipo observacional, cuando el factor de estudio no es controlado por los investigadores, ya que solo se limitan a observar, medir y analizar determinadas variables en los sujetos de estudio. Que la exposición puede venir impuesta, tales como la raza o el sexo, haber sido elegida por las propias personas como pueden ser el consumo de tabaco y el alcohol o en defecto, inducidos como un proceso habitual de una atención médica, pero no de forma premeditada como parte del proceso de la investigación (p.30).

– **Correlacional.**

Hernández, R. (2018), sobre los estudios correlacionales refiere que: “tiene como propósito conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, variables, categorías o fenómenos

en un contexto en particular. Permite cierto grado de predicción (p.104).

- **Analítico.**

Por su finalidad el estudio fue de tipo analítico. Bonita, Beaglehole y Kjellstrom (2008) refieren: “Un estudio analítico va más allá y analiza las relaciones entre el estado de salud y otras variables” (p.49).

Por otro lado, Argimón y Jiménez (2013) menciona que el estudio es analítico cuando su finalidad es evaluar una presunta relación causal entre un factor (enfermedad o un tratamiento) y un efecto, respuesta o resultado (p.29).

- **Transversal.**

De acuerdo a la secuencia temporal fue de tipo transversal. Al respecto, Bonita, Beaglehole y Kjellstrom (2008), refieren: “En un estudio transversal la exposición y el efecto que se miden corresponden al mismo periodo temporal” (p.55).

- **Retrospectivo.**

Por el inicio del estudio en relación a la cronología de los hechos fue retrospectivo. Al respecto, Argimón y Jiménez, (2013) refieren: “Se consideran retrospectivos los estudios cuyo diseño es posterior a los hechos estudiados, de modo que los datos se obtienen de archivos o registros, o de lo que los sujetos o los médicos refieren” (p.30).

En el presente estudio se utilizó los datos obtenidos por la ENDES, durante el año 2017 y el estudio se realizó posterior al año 2017.

3.1.2. Diseño de investigación

- No experimental.

Hernández, R. (2018), definen a este diseño como una investigación que se realiza sin manipular deliberadamente las variables del estudio. En tal sentido el investigador, observa o mide los fenómenos y variables tal como se dan en su contexto natural, para luego analizarlas.

- Transaccional o transversal.

Se denomina diseño transversal cuando los datos se recolectan en un solo momento, describe la relación entre dos o más variables en un solo momento y por única vez (Hernández, R., 2018).

3.2. Plan de recolección de la información y/o diseño estadístico

3.2.1. Población.

La población de estudio estuvo conformada por 17, 039 personas de 30 a 59 años de edad residentes habituales de las viviendas seleccionadas para la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar durante el año 2017

• Criterios de inclusión.

- Ser residente habitual de las viviendas seleccionadas para la ENDES 2017
- Personas adultas varones y mujeres de 30 a 59 años de edad.

- ***Criterios de exclusión.***

- Personas con discapacidad física o mental que no pueda brindar información.
- Personas adultas que no respondieron la encuesta.
- Personas adultas que respondieron la encuesta de manera parcial
- Personas adultas gestantes.

- ***Tipo de muestreo.***

El muestreo realizado por la ENDES fue de tipo probabilístico, estratificado y bietápico el cual contó con dos unidades de muestreo (conglomerado y vivienda) bajo el siguiente orden:

- i. Selección de conglomerados haciendo un total de 3175 conglomerados distribuidos a nivel nacional para el año 2017.
- ii. Selección de viviendas donde se obtuvo un total de 35,910 viviendas distribuidas a nivel nacional. (INEI, 2017).

3.2.2. Muestra.

La muestra estuvo conformada por 16, 798 personas adultas de 30 a 59 años 11 meses y 29 días, aquellas personas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

El rango de edad de 30 a 59 años de edad considerado para las personas adultas se sustenta en la Resolución Ministerial 538-2009/MINSA, documento donde el MINSA establece las edades para la etapa de vida de la persona adulta (MINSA, 2009).

- *Unidad de análisis*

Persona adulta de 30 a 59 años.

3.3. Instrumento de recolección de la información

En el estudio se hizo uso de información proveniente de fuentes secundarias recopilada por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar durante el año 2017, esta encuesta es una de las investigaciones estadísticas más importantes que el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) ejecuta de manera continua, la cual cuenta con una muestra representativa que permite realizar inferencias a nivel nacional, además la información se encuentra disponible al público en general. En tal sentido, es preciso detallar la técnica e instrumento que utilizó para la recolección de información consignada en la base de datos que corresponde al año 2017.

- La técnica de recojo de información correspondió a una entrevista directa realizada a cada una de las personas debidamente seleccionadas para responder las preguntas relacionadas al Cuestionario de Salud, quienes cumplieron la condición de ser residentes habituales de las viviendas seleccionada para la ENDES. El recojo de información estuvo a cargo de un equipo de trabajo conformado por profesionales de la salud debidamente capacitados.
- El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario estructurado y previamente validado, teniendo en cuenta el Código de Buenas Prácticas Estadísticas del Perú (INEI, 2012). El cuestionario está denominado como “Cuestionario de Salud”. Este instrumento fue

implementado en un dispositivo móvil (Tablets) mediante el uso del Software CSPro y sistema operativo Android, el cual permitió controlar la calidad y cobertura de los datos obtenidos. En este cuestionario se encontraron contenidas las variables de interés para el estudio (INEI, 2017).

▪ **Ficha de recolección de datos**

Con la finalidad de obtener la información de las variables de interés consignada en la Base de Datos de la ENDES 2017, se elaboró un instrumento denominado *Ficha de recolección de datos*, utilizando como referente el instrumento de recojo de información, Cuestionario de Salud. La ficha constó de tres capítulos: i) Datos del informante, ii) Características epidemiológicas: Hipertensión arterial, diabetes, obesidad, consumo excesivo de alcohol y consumo diario de tabaco y iii) Depresión (síntomas depresivos), el cual sirvió para consolidar la información necesaria para el análisis de datos, en el presente estudio.

▪ **Metodología de cálculo y validez de los instrumentos**

✓ ***Respecto a la depresión***

Para obtener la información de la depresión se utilizó el Patient Health Questionnaire (PHQ-9). Este instrumento estuvo conformado por 9 preguntas relacionadas a síntomas depresivos: i) pocas ganas o interés en hacer las cosas, ii) desanimado/triste, iii) problemas para dormir/dormir mucho, iv) cansado sin motivo que lo justifique, v) poco apetito/comer en exceso, vi) dificultad para concentrarse, vii)

moverse lento o sentirse más inquieto, viii) pensamientos de que sería mejor estar muerto y ix) sentirse mal acerca de sí mismo. Estos síntomas fueron recolectados en un periodo de referencia de los últimos 14 días. Cada pregunta contó con cuatro categorías de respuesta, las cuales puntuaron entre 0 y 3: 0 cuando la persona informante respondió “*para nada*”; 1 punto cuando respondió “*varios días*” (1 a 6 días); 2 puntos cuando respondió “*la mayoría de los días*” (7 a 11 días) y 3 puntos cuando respondió “*casi todos los días*” (12 a más días), en el tiempo de referencia mencionado.

Para determinar la depresión se realizó la sumatoria de los puntajes obtenidos en cada una de las categorías mencionadas antes. Los puntajes varían entre 0 como mínimo y 27 puntos como máximo.

Finalmente, en base a puntaje total se determinó la presencia o ausencia de la depresión: i) puntaje de 0 a 9, sin depresión, ii) puntaje de 10 a 27 con depresión (Kroenke y Spitzer, 2002), (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

Este instrumento, ha sido validado en diferentes países del mundo, entre ellos en Chile (Baader et al., 2012). En nuestro país fue validado mediante juicio de expertos, con la participación de 23 psiquiatras, 3 psicólogos y 1 enfermera, donde recomiendan su uso como medio de diagnóstico de la depresión (Calderón et al. (2012). En cuanto a su confiabilidad, se validó el año 2019, donde fue considerado como óptimo ($\alpha = \omega = 0.87$) el grado de confiabilidad, por lo que recomiendan

su aplicación en la población peruana (Villarreal, D., Copez, A., Bernabé, A., Meléndez, G. y Bazo, J. (2019).

✓ *Respecto a las características epidemiológicas*

Para calcular los datos de cada uno de los indicadores de la variable características epidemiológicas, la ENDES procedió de la siguiente manera:

- *Hipertensión arterial.*

Autoreportada por la persona informante, ante la pregunta formulada ¿Alguna vez en su vida un médico le ha diagnosticado hipertensión arterial o presión alta?

- *Diabetes.*

Autoreportada por la persona informante ante la pregunta formulada, ¿Alguna vez en su vida un médico le ha diagnosticado diabetes o azúcar alta en la sangre?

- *Obesidad*

Fue calculada mediante el Índice de Masa Corporal (IMC) (MINSA/INS/CENAN, 2012) utilizando la información de peso y talla de la persona informante.

- *Consumo diario de tabaco.*

Se obtuvo mediante las preguntas ¿En los últimos 30 días usted ha fumado cigarrillos? y la segunda pregunta ¿Fuma usted diariamente?

- *Consumo excesivo de alcohol.*

Esta variable fue calculada en base a la cantidad de bebidas alcohólicas consumidas en un evento de mayor consumo dentro de los últimos 30 días.

Para considerar que la persona informante consumió alcohol en exceso tuvo que haber consumido de cuatro a más copas/vasos en un evento de mayor consumo: i) de 4 a más copas/vasos para la mujer, ii) de 5 a más copas/vasos para los varones. Esta forma de cálculo presenta la ENDES 2017 en su informe Perú: Enfermedades No Transmisibles, 2017, el cual está sustentada en el Instrumento de la OMS aplicado para la vigilancia de los factores de riesgo de las Enfermedades Crónicas (STEPS) (OMS/OPS- 2009).

La validación de la metodología de recojo de información se realizaron mediante: i) la ejecución de pruebas pilotos, ii) juicio de expertos y iii) sustento metodológico de referentes internacionales, según establece el Código de Buenas Prácticas Estadísticas del Perú (INEI, 2012).

3.4. Plan de procesamiento y análisis estadístico de la información

3.4.1. Plan de procesamiento

Para el procesamiento de datos se utilizó la base de datos de la ENDES 2017, denominada Encuesta de Salud, en versión SPSS “CSALUD01.sav” publicada en la página web del INEI (<http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>), donde se encontró contenida las

variables de interés para el presente estudio: Datos del informante (edad, sexo y grado de instrucción), datos de las características epidemiológicas: Enfermedades metabólicas y consumo de sustancias psicoactivas, además los datos necesarios para el cálculo de la depresión. Para su mejor análisis se elaboró un *Ficha de recolección de datos* y en base a este documento se exportó la información con las variables de interés al paquete estadístico STATA versión 14.

3.4.2. Análisis de datos

Se realizó el análisis descriptivo a fin de caracterizar a la población en estudio según sexo, edad y grado de instrucción, se determinó la prevalencia de la depresión a nivel general, luego por sexo y edad. Se generó las tablas con las prevalencias de las variables independientes denominadas características epidemiológicas.

Para determinar la relación de las características epidemiológicas con la depresión se utilizó el análisis bivariado y multivariado. Las pruebas bivariadas fueron Chi cuadrado y el modelo de regresión de Poisson para estimar la Razón de Prevalencia (RPcrudo) para determinar la asociación entre cada uno de los indicadores de la variable características epidemiológicas con la depresión (Schiaffino et al., 2003). Para las variables que resultaron con una relación estadísticamente significativas, se aplicó el análisis multivariado (RP ajustado) con un nivel de confianza del 95%, con la finalidad de controlar los factores de confusión (Espelt et al., 2015).

IV. RESULTADOS

Tabla 1. *Características demográficas de la población adulta, Perú, 2017*

Características demográficas	N°	%
Sexo		
Varón	7 590	45,2
Mujer	9 208	54,8
Edad		
30 – 39	8 346	49,7
40 – 49	5 031	29,9
50 – 59	3 421	20,4
Grado de instrucción		
Sin nivel	478	2,8
Inicial	237	1,4
Primaria	4 487	26,7
Secundaria	6 537	38,9
Superior	5 059	30,1
Total	16 798	100,0

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2017

Según evidencia la tabla, la mayor población corresponde a las mujeres con el 54,8%, superando en un 9,6% a la población de varones. Con relación a la edad, el mayor porcentaje corresponde a las personas entre 30 a 39 años de edad con un 49,7% el cual representa casi a la mitad de la población, siendo el grupo de edad entre 50 a 59 años de edad con menor porcentaje (20,4%).

Respecto al grado de instrucción, del total de la población de personas adultas el mayor porcentaje pertenece al nivel secundario con un 38,9%, seguida del nivel superior con en 30,1%. Así mismo, solo el 1,4% de la población manifestó tener estudios de nivel inicial (preescolar).

Tabla 2. Prevalencia de enfermedades metabólicas de la población adulta, Perú, 2017

Enfermedades Metabólicas	N	%
Diagnóstico de hipertensión arterial		
Si	1 119	6,7
No	15 679	93,3
Total	16 798	100,0
Diagnóstico de diabetes		
Si	464	2,8
No	16 334	97,2
Total	16 798	100,0
Obesidad		
Si	4 392	26,1
No	15 727	93,6
Total	16 798	100,0

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2017

* Obesidad: IMC ≥ 30

La tabla muestra tres enfermedades metabólicas, donde se visualiza la prevalencia general de cada una de ellas, siendo la obesidad la que presenta mayor prevalencia con un 26,1%, de lejos le sigue la hipertensión arterial con un 6,7% y finalmente tenemos a la diabetes con una prevalencia de 2,8%, mucho menor en comparación a la Obesidad.

**Tabla 3. Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas de la población
Adulta, Perú, 2017**

Consumo de sustancias psicoactivas	N	%
Consumo excesivo de alcohol		
Si	4 062	24,2
No	12 736	75,8
Total	16 798	100,0
Consumo diario de tabaco		
Si	319	1,9
No	16 684	99,3
Total	16 798	100,0

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2017

* Consumo excesivo de alcohol: Consumo como mínimo de cinco vasos, copa o unidad similar, para varones y cuatro vasos, copa o unidad similar para mujeres

**Consumo diario de tabaco: consumo de al menos un cigarrillo diario en los últimos 30 días.

Sobre el consumo de sustancias psicoactivas, tenemos una prevalencia general de 24,2% de consumo excesivo de alcohol, y un 1,9% de personas adultas que consumieron tabaco de manera diaria, evidenciando que el consumo excesivo de alcohol es más prevalente en la población en estudio comparando con la prevalencia de consumo diario de tabaco.

Tabla 4. Prevalencia de la depresión en personas adultas, según sexo, Perú 2017

Depresión	General		Sexo			
	N	%	Varón	%	Mujer	%
Si	1 144	6,8	261	3,4	883	9,6
No	15 654	93,2	7329	96,6	8325	90,4
Total	16 798	100,0	7590	100,0	9208	100,0

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2017

*Depresión: Puntaje de PHQ ≥ 9

Tabla 5. Prevalencia de la depresión en personas adultas, según rangos de edad, Perú 2017

Depresión	General		Edad (años)					
	N	%	30 - 39	%	40 - 49	%	50 - 59	%
Si	1 144	6,8	437	5,8	328	3,6	379	4,1
No	15 654	93,2	7329	96,6	8325	90,4	8325	90,4
Total	16 798	100,0	7590	100,0	9208	100,0	9208	100,0

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2017

*Depresión: Puntaje de PHQ ≥ 9

La prevalencia general de la depresión durante el año 2017 fue de 6,8%. Si observamos la tabla 4, podemos ver una prevalencia mayor en las mujeres (9,6%), en comparación a los varones que es tres veces menor (3,4%).

Respecto a la edad, la tabla 5 nos muestra que la prevalencia más alta de depresión corresponde a las personas entre 30 a 39 años de edad, seguida por el grupo etario de 50 a 59 años de edad con un 4,1% y el grupo de 40 a 49 años alcanzó solo el 3,6%.

Tabla 6. Depresión según sexo y edad en personas adultas, Perú 2017

Características del informante	Depresión	
	N	%
Según sexo		
Varones	261	22,8
Mujeres	883	77,2
Total	1 144	100,0
Según edad		
30 a 39	437	38,2
40 a 49	328	28,7
50 a 59	379	33,1
Total	1 144	100,0

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2017

*Depresión: Puntaje de PHQ ≥ 9

La tabla muestra que de un total de 1 144 personas con depresión el 77,2% corresponde a las mujeres adultas y solo el 22,8% corresponde a los varones adultos, siendo el porcentaje tres veces mayor en el grupo de mujeres adultas.

En cuanto al grupo de edad, de un total de 1 144 el 38,2% corresponde al grupo de edad de 30 a 39 años, seguida por el 33,1% que corresponde al grupo de edad de 50 a 59 años de edad, finalmente el 28,7% corresponde al grupo de edad de 40 a 49 años de edad.

Tabla 7. Hipertensión arterial y su relación con la depresión en personas adultas en el Perú durante el año 2017

Hipertensión arterial	Depresión					
	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N	%	N	%	N	%
Si	160	14,0	959	6,1	1 119	6,7
No	984	86,0	14 695	93,9	15 679	93,3
TOTAL	1 144	100,0	15 654	100,0	16 798	100,0

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2017

$\chi^2 = 105,921$

g. l. = 1

P = 0.0000

En la presente tabla, se evidencia que del total de personas adultas con depresión el 86,0% no presentaron hipertensión arterial y solo el 14,0% presentaron esta enfermedad. Por otro lado, el 93,9% de las personas no tuvieron el diagnóstico de hipertensión arterial y tampoco presentaron depresión.

Si comparamos los porcentajes del total de personas con depresión y aquellas sin depresión que manifestaron tener el diagnóstico de hipertensión arterial se confirma las diferencias porcentuales, siendo el 14,0% de personas hipertensas deprimidas frente a un menor porcentaje de 6,1% de personas hipertensas no deprimidas.

La prueba estadística Chi cuadrado, demuestra que existe una relación significativa entre la hipertensión arterial y la depresión en personas adultas, Perú 2017, siendo el valor de $P < 0,05$.

Tabla N° 8. Diabetes y su relación con la depresión en personas adultas en el Perú durante el año 2017

Diabetes	Depresión					
	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N	%	N	%	N	%
Si	63	5,5	401	2,6	464	2,8
No	1 081	94,5	15 253	97,4	16 334	97,2
Total	1 144	100,0	15 654	100,0	16,798	100,0

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2017

$$X^2 = 34,433$$

$$g. l. = 1$$

$$P = 0.0000$$

La tabla muestra, que del 100% de personas adultas con depresión, el 94,5% refirieron no tener el diagnóstico de diabetes y solo el 5,5% refirieron tener el diagnóstico de diabetes. Por otro lado, del total de personas sin depresión el 97,4% reportaron no tener el diagnóstico de diabetes.

Si comparamos los porcentajes del total de personas deprimidas y no deprimidas que manifestaron tener el diagnóstico de diabetes, se confirma las diferencias porcentuales, siendo el 5,5% de personas deprimidas con diabetes frente a un 2,6% de personas deprimidas sin diabetes.

La prueba estadística Chi cuadrado, confirma que existe una relación estadísticamente significativa entre la diabetes y la depresión en personas adultas, siendo el valor de $P < 0,05$.

Tabla 9. *Obesidad y su relación con la depresión en personas adultas en el Perú durante el año 2017*

Obesidad	Depresión					
	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N	%	N	%	N	%
Si	326	28,5	4 066	26,0	4 392	26,1
No	818	71,5	11 588	74,0	12 406	73,9
Total	1 144	100,0	15 654	100,0	16 798	100,0

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2017

*IMC= ≥ 30

$X^2 = 3,512$

g.l = 1

P = 0.061

En la tabla se evidencia, que del 100% de personas adultas con depresión solo el 28,5% presentaron obesidad y el 71,5% no presentaron esta enfermedad metabólica. Por otro lado, del total de personas que no presentaron depresión el 74,0% tampoco presentaron obesidad.

Si observamos los porcentajes del total de personas con depresión y sin depresión el 28,5% de personas con obesidad presentaron depresión y 26,0% de personas con obesidad no presentaron depresión.

La prueba estadística Chi cuadrado demuestra que no existe una relación estadísticamente significativa entre la obesidad y la depresión en personas adultas, siendo el valor de $P > 0,05$.

Tabla 10. *Consumo excesivo de alcohol relacionado con la depresión en personas adultas en el Perú durante el año 2017*

Consumo excesivo de alcohol	Depresión					
	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N	%	N	%	N	%
Si	232	20,3	3 830	24,5	4 062	24,2
No	912	79,7	11 824	75,5	12 736	75,8
Total	1144	100,0	15 654	100,0	16 798	100,0

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2017

* Consumo excesivo de alcohol: consumo como mínimo de cinco vasos, copa o unidad similar, para varones y cuatro vasos, copa o unidad similar para mujeres

$$X^2 = 10,193$$

$$g. l. = 1$$

$$P = 0,001$$

En la tabla se visualiza, que del 100% de personas con depresión el 79,7% no presentan consumo excesivo de alcohol y solo el 20,3% presentan consumo excesivo de alcohol. Por otro lado, del total de personas sin depresión el 75,5% tampoco presentaron consumo excesivo de alcohol.

Observando los porcentajes de los totales tanto de personas con depresión y sin depresión que presentaron consumo excesivo de alcohol, tenemos al 20,3% que desarrollaron depresión y el 24,5% no desarrollaron esta enfermedad.

La prueba estadística Chi cuadrado, demuestra que existe una relación estadísticamente significativa entre el consumo excesivo de alcohol y la depresión, siendo el valor de $P < 0,05$.

Tabla 11. Consumo diario de tabaco relacionado con la depresión en personas adultas en el Perú durante el año 2017

Consumo diario de tabaco	Depresión					
	Con depresión		Sin depresión		Total	
	N	%	N	%	N	%
Si	19	1,7	300	1,9	319	1,9
No	1 125	98,3	15 354	98,1	16 479	98,1
Total	1 144	100,0	15 654	100,0	16,798	100,0

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2017

* Consumo diario de tabaco: consumo de al menos un cigarrillo diario en los últimos 30 días.

$X^2 = 0,374$

g. l. = 1

P = 0,541

La tabla muestra que, del 100% de personas adultas con depresión solo el 1,7% consumen tabaco diariamente y el 98,1% no reportan consumo diario de tabaco. En otro escenario, del total de personas que refirieron no consumir tabaco diariamente el 98,1% tampoco presentaron depresión.

Observando los porcentajes de los totales tanto de personas con depresión y sin depresión que refirieron haber consumido tabaco diariamente resulta que 1,7% llegó a desarrollar depresión y el 1,9% no presentaron depresión.

La prueba estadística Chi cuadrado demuestra que no existe una relación estadísticamente significativa entre el consumo diario de tabaco y la depresión en personas adultas, siendo el valor de $P > 0,05$.

Tabla 12. *Análisis de la estimación de Razón de Prevalencia entre las características epidemiológicas y depresión en personas adultas en el Perú*

Características epidemiológicas	RP crudo (IC95%)	RP ajustado (IC95%)
Hipertensión arterial	2.28 (1.93 – 2.69)	2.14 (1.80 – 2.54)
Diabetes	2.05 (1.59 – 2.65)	1.66 (1.28 – 2.15)
Consumo excesivo de alcohol	0.80 (0.69 – 0.92)	0.81 (0.70 – 0.93)

Para las variables independientes que presentaron una relación estadísticamente significativa con la depresión, según la prueba de Chi cuadrado, se estimó la medida de asociación Razón de Prevalencia (RP) mediante el modelo de regresión de Poisson, donde se encontró asociación de la hipertensión arterial y la diabetes con la depresión.

Tal es así que, en las personas con diagnóstico de hipertensión arterial existe un riesgo de desarrollar depresión 2,28 veces más, que en las personas que no tienen este diagnóstico. Por otro lado, las personas con diagnóstico de diabetes tienen el riesgo de desarrollar depresión 2,05 veces más, que las personas que no presentaron este diagnóstico. Al realizar el análisis Multivariado (RP ajustado) a fin de controlar los factores de confusión encontramos que el riesgo de desarrollar depresión disminuye en 14 % y 39% en los grupos con hipertensión arterial y diabetes respectivamente, en comparación al RP crudo. Aun así, continua significativa la asociación entre estas dos variables independientes y la depresión. Finalmente, las personas con consumo excesivo de alcohol presentan en un 20% menos riesgo de desarrollar depresión en comparación a aquellos que no consumen alcohol en exceso.

Tabla 13. Características epidemiológicas relacionadas a la depresión en personas adultas en el Perú durante el año 2017, según pruebas de hipótesis

Características epidemiológicas	X ²	P valor	RP crudo (IC95%)	RP ajustado (IC95%)
1. Hipertensión Arterial	105,921	*0,000	2.28 (1.93 – 2.69)	2.14 (1.80 – 2.54)
2. Diabetes	34,433	*0,000	2.05 (1.59 – 2.65)	1.66 (1.28 – 2.15)
3. Consumo excesivo de alcohol	10,193	*0,001	0.80 (0.69 – 0.92)	0.81 (0.70 – 0.93)
4. Obesidad	3,512	0,061	--	--
5. Consumo diarios de tabaco	0,374	0,541	--	--

*indica de relación estadísticamente significativa con la variable dependiente (depresión) P<0,05

La tabla muestra, que la hipertensión arterial, diabetes y consumo excesivo de alcohol presentaron una relación estadísticamente significativa con la depresión según los resultados de prueba Chi cuadrado ($p < 0,05$). Según la estimación de riesgo RP (Razón de prevalencia) la hipertensión arterial y diabetes resultaron ser un factor de riesgo para desarrollar depresión.

En tal sentido, respondiendo al objetivo general, de las cinco características epidemiológicas, la hipertensión arterial, diabetes y el consumo excesivo de alcohol tienen relación significativa con la depresión. Además, la hipertensión arterial y diabetes incrementan la probabilidad de sufrir depresión según: RP crudo: 2,28 para la hipertensión arterial y 2,05 para la diabetes. Aplicando el análisis multivariado RP ajustado tanto la hipertensión arterial y la diabetes continúan siendo estadísticamente significativas RP ajustado=2,14 y 1,66 respectivamente.

V. DISCUSIÓN

a) Características demográficas

Según muestra la tabla 1, en el estudio participaron 16 789 personas adultas, donde el 45,2% corresponde al sexo masculino y el 54,8% al sexo femenino. En cuanto a la edad el 49,7% corresponde a las personas de 30 a 39 años de edad, el 29,9% a las personas de 40 a 49 años de edad y el 20,4% a las personas de 50 a 59 años de edad. Asimismo, las personas con grado de instrucción secundario alcanzaron el mayor porcentaje con un 38,9% frente al 1,4% de personas que refirieron tener el grado de instrucción inicial, siendo el porcentaje más bajo.

Estos resultados representan una tendencia similar a los resultados encontrados por Martina, M. (2018), en cuanto a la distribución por el sexo, donde encontró una diferencia porcentual de 10% entre varones y mujeres. Según Bautista, L., el grado de instrucción de los informantes con mayor porcentaje fue el nivel secundario los cuales se asemejan a los encontrados en este estudio.

b) Características epidemiológicas

Según muestra la tabla 2, tenemos las prevalencias generales de las enfermedades metabólicas: i) 6,7% de la hipertensión arterial, ii) 2,8 %, de la diabetes y iii) 26,1 % de la obesidad.

Asimismo, la tabla 3 muestra las prevalencias del consumo de sustancias psicoactivas: i) 24,2% de consumo excesivo de alcohol y ii) 1,9% del consumo diario de tabaco.

Estos resultados con son coherentes con los resultados publicados por la ENDES en su informe principal correspondiente al año 2017 (INEI, 2017)

c) Prevalencia de la depresión

La prevalencia general de la depresión en personas adultas fue de 6,8% según muestra la tabla 4. Observando por sexo, la mayor prevalencia fue en las mujeres con un 9,6% el cual representa el 77,2% del total de personas adultas con depresión. La prevalencia en varones solo alcanzó el 3,4%, representando el 22,8% del total de personas adultas con depresión. Estos resultados nos demuestran que la prevalencia de depresión en mujeres es tres veces más que en los varones.

Al respecto, la OMS (2017) refiere que la depresión es mayor en mujeres en comparación a los varones (mujeres con el 5.1% y varones con un 3,6%). Por otro lado, estos resultados también muestran una tendencia porcentual similar a los encontrados por Martina, M. (2018), donde también precisa que la prevalencia de la depresión fue mayor en mujeres. Evidencias que nos permite validar los resultados obtenidos en el presente estudio.

d) Enfermedades metabólicas y su relación con la depresión

Se buscó contrastar la relación de las enfermedades metabólicas: i) hipertensión arterial, ii) diabetes y iii) obesidad con la depresión en personas adultas.

- En cuanto a la hipertensión arterial, la tabla 13 muestra los resultados de la prueba de independencia Chi cuadrado, el cual indica una relación

estadísticamente significativa con la depresión (valor $P < 0,05$). Con la estimación de riesgo Razón de Prevalencia (RP) bivariado y multivariado, también se encontró una fuerte asociación tanto en el RP (crudo): 2.28 (1.93-2.69) y RP (ajustado): 2.14(1.80-2.54).

Al respecto, se debe destacar que tres investigadores encontraron resultados similares a los encontrados en el presente estudio, siendo ellos: Porras con su estudio *Prevalencia y factores asociados a la depresión mayor en Andalucía*, García, en su estudio *Factores que se asocian a la relación entre el trastorno depresivo y la hipertensión arterial sistémica* y Villarreal, en su estudio *Asociación entre hipertensión arterial y síntomas depresivos*, quienes de manera contundente concluyen que existe una relación estadísticamente significativa entre la hipertensión arterial y la depresión. Estos resultados dan mayor sustento a los resultados del estudio.

- Con relación a la diabetes, la tabla 13 muestra los resultados de la prueba de independencia Chi cuadrado (valor $P < 0,05$), donde según evidencian los resultados, existe una relación estadísticamente significativa con la depresión. Al estimar la Razón de Prevalencia (RP) 1) bivariado y 2) Multivariado también se encontró una fuerte asociación entre estas dos variables, PR(crudo):2.05 (1.59-2.65); RP(ajustado):1.66 (1.28-2.15) respectivamente. Al respecto, los investigadores Porras en su estudio *Prevalencia y factores asociados a la depresión mayor en Andalucía*, Miranda, K. en su estudio *diabetes mellitus tipo 2 como factor asociado a depresión en adultos mayores* y Arshad, A. y Alvi, K. en su estudio *Frecuencia de depresión en diabetes mellitus tipo 2 y análisis de factores*

predictivos, concuerdan con los resultados obtenidos en el estudio, ya que los tres investigadores concluyen que la diabetes está asociada significativamente a la depresión.

Asimismo, el MINSA refiere que la correlación de la diabetes y la depresión es particularmente fuerte debido a las numerosas complicaciones que presenta la enfermedad y el cambio que amerita en el estilo de vida.

Por otro lado, también algunos expertos: Escobar, J. y Escobar, M; Nicolau, J. y Masmiquel, Ll., y Champanari, S. et al.) consideran que la carga psicológica de una enfermedad crónica, los cambios hormonales relacionados con el estrés, los efectos de la inflamación, las alteraciones neuroendocrinas y los diversos cambios bioquímicos secundarios provocados por la enfermedad, serían la base de la hipótesis biológica que permitiría explicar el mayor riesgo a sufrir de depresión. Sustentos teóricos que apoyan a los resultados del estudio.

- Respecto a la obesidad, en la tabla 9, los resultados de la prueba Chi cuadrado ($P > 0,05$) nos muestra que no existe relación significativa con la depresión. Según estos resultados, Salazar et al., en su estudio *Ansiedad, depresión y actividad física asociados a sobrepeso/obesidad en estudiantes de dos universidades mexicanas*”, concuerda con los resultados obtenidos en este estudio, debido a que manifiestan que no encontraron asociación entre el sobrepeso/obesidad y la depresión ($p = 0,725$).

Por otro lado, también tenemos los resultados del estudio realizado por Duran-Badillo, T. et al. En su estudio *Peso corporal y depresión en adultos*

mayores de la comunidad urbano marginal en México, quienes concluyen que existe una escasa relación entre ambas variables. Cabe mencionar que, en este estudio, la muestra fue seleccionada por conveniencia, la limitación de no haber sido un estudio de tipo probabilístico, denominado así por los autores, pudo haber interferido en el resultado, ya que no concluyen de manera categórica la existencia o no de una relación estadísticamente significativa.

Es preciso enfatizar, que en el presente estudio se analizó una muestra probabilística con un diseño muestral que permite realizar inferencias a nivel nacional, (ENDES 2017), por lo que se concluye que no existe relación estadísticamente significativa entre la obesidad y la depresión.

e) Consumo de sustancias psicoactivas y su relación con la depresión

Se analizó la relación del consumo de sustancias psicoactivas: i) consumo excesivo de alcohol y ii) consumo diario de tabaco, con la depresión.

- Respecto al consumo excesivo de alcohol, según resultados de la prueba de Chi cuadrado que muestra la tabla 13, se encuentra una relación estadísticamente significativa con la depresión (valor $P < 0,05$).

Estos resultados concuerdan con los obtenidos por los investigadores: i) Porras en su estudio *“Prevalencia y factores asociados a la depresión mayor en Andalucía”*, ii) Estrada y Salinas en su estudio *Consumo de alcohol como factor asociado a la depresión en estudiantes de medicina humana varones de la Universidad Ricardo Palma del ciclo II-2018*” y iii) Martina, M., en su estudio *“Depresión, alcoholismo y violencia conyugal en el adulto mayor según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*

2014-2015”, debido a que también concluyen que existe asociación entre el consumo excesivo de alcohol y la depresión. De manera adicional, Estrada y Salinas, precisan que el consumo de alcohol por más de una vez en una semana es un factor de riesgo para la depresión.

- Con relación al consumo diario de tabaco, la tabla 13 muestra los resultados de la prueba de Chi cuadrado, (valor $P > 0,05$), donde no se encuentra una relación estadísticamente significativa con la depresión. Estos resultados, discrepan con lo encontrado por Jiménez, L., et al., en su estudio, *Factores asociados con consumo de tabaco en pacientes con depresión* quienes refieren que existe una relación entre la gravedad de consumo de tabaco y la gravedad de los síntomas de depresión. En esa misma línea, Porras, en su estudio *Prevalencia y factores asociados a la depresión mayor en Andalucía* y Pinto, G., et al. *Depression among smokers of a web-based intervention to quit smoking: a cross-sectional study*, también apoyan los resultados obtenidos por Jiménez, L., et al., discrepando con los resultados del presente estudio.

Cabe precisar, que los autores mencionados, dentro de la metodología contemplan mayores elementos para determinar la historia de consumo de tabaco tales como: grado de adicción, edad de inicio de consumo de tabaco, intención de dejar de fumar y tiempo de exposición, factores que permitieron determinar su relación con la depresión. En conclusión, el solo fumar de manera diaria sin considerar el tiempo de exposición y el grado de adicción no se relaciona significativamente con la depresión.

VI. CONCLUSIONES

1. La población en estudio presentó las siguientes características demográficas: El 54,8% corresponde al sexo femenino; el 49,7% tuvo entre 30 y 39 años de edad, seguido del grupo etario de 40 a 49 años con un 29,9%; el mayor porcentaje de la población tuvo educación secundaria con un 38,9% frente a un bajo porcentaje de personas que refieren tener nivel inicial con el 1,4%.
2. Las prevalencias de las características epidemiológicas fueron: hipertensión arterial 6,7%, diabetes 2,8%, obesidad de 26,1%, consumo excesivo de alcohol 22,4% y consumo diario de tabaco 1,9%.
3. La prevalencia de la depresión en personas adultas fue de 6,8%, en los varones fue de 3,4% y 9,6% en mujeres, el cual representa el 77,2% del total de personas con depresión.
4. Al relacionar las enfermedades metabólicas con la depresión se concluye que la hipertensión arterial y la diabetes tienen una relación estadísticamente significativa con la depresión, según los resultados de la prueba de independencia Chi cuadrado. Según la estimación de la Razón de Prevalencia (RP) se encuentra que la probabilidad de desarrollar depresión es de 2,28 veces más en personas con diagnóstico de hipertensión arterial en comparación a las personas que no tienen el diagnóstico. En las personas con diagnóstico de diabetes la probabilidad de desarrollar depresión es de 2,05 veces.
5. Sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la depresión se concluye que el consumo excesivo de alcohol tiene una relación estadísticamente significativa

con la depresión, con un valor de $P < 0,05$, luego de aplicar la prueba de independencia de Chi cuadrado.

6. En resumen, respecto a las características epidemiológicas relacionadas a la depresión se comprobó que la hipertensión arterial, diabetes y el consumo excesivo de alcohol se relacionan significativamente con la depresión, mientras que la obesidad y el consumo diario de tabaco no guardan relación con este padecimiento.

VII. RECOMENDACIONES

1. Al Ministerio de Salud y otras instituciones prestadoras de servicios de salud del sector privado:
 - Considerar dentro de la Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de las Enfermedades hipertensivas el tamizaje de la depresión, con la finalidad de brindar una atención integral y oportuna que implique la atención tanto de la salud física como de salud mental.
 - Considerar dentro de los procedimientos que establece en la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de diabetes, el tamizaje de la depresión incorporando la escala PHQ-9 u otro cuestionario validado para identificar los casos de depresión con el propósito de brindar el tratamiento integral y oportuno de los pacientes.
2. A la comunidad estudiantil de la escuela de postgrado e investigadores en general, continuar investigando el problema de la depresión desde otra perspectiva, con el objetivo de continuar brindando aportes científicos actualizados que permita la toma de decisiones basada a evidencias científicas, con el propósito de reducir la morbimortalidad causada por este padecimiento.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, J. (2009) Epidemiology: concept, uses and perspectives *Rev. peru. epidemiol.* 13 (1), 1-3. Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12008/2176>
- Alonso, R. y Olivios, C. (2020). La relación entre la obesidad y estados depresivos. *Revista médica clínica las condes*, 31(2), 130-138. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.02.004>
- Argimón Pallás, J. y Jimenez Villa, J. (2013). *Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica* (4th ed.). Barcelona-España. Recuperado de https://www.academia.edu/24421999/M%C3%A9todos_de_investigacion_clinica_y_epidemiologica_4_ed._Josep_Argimon_Pall%C3%A1s
- Arias Duque, R. (2005). Reacciones fisiológica y neuroquímica del alcoholismo. *Diversitas*, 1(2), 138–147. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1794-99982005000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=es.
- Arregui, Alberto (2010). La depresión y su contexto. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 73 (3), 75-76. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036931001>
- Arshad, A. y Alvi, K. (2016). Frequency of depression in type 2 diabetes mellitus and an analysis of predictive factors. *JPMA. The Journal of the*

Pakistan Medical Association, 66(4), 425–429. Recuperado de
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27122269/>

Baader, T., Molina, J., Venezian, S., Rojas, C., Farías, R., Fierro-Freixenet, C. y Mundt, C. (2012). Validity and utility of PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) in the diagnosis of depression in user patients of primary care in Chile. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 50(1), 10–22.
<https://doi.org/10.4067/S0717-92272012000100002>

Bautista, L. (2019). *Factores sociodemográficos determinantes de la depresión en mujeres de 15 a 49 años – Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015* (Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Bioestadística). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.
Recuperado de
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11739/Bautista_II.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Berenzon, S., Lara, M., Robles, R., y Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74–80. Recuperado de
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342013000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Bonita, R Beaglehele, R., Kjellstrom, T. Organización Panamericana de la Salud (2008). *Publicación científica N°629 Epidemiología Básica*. (2º ed), 1-269. URI: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3153>

- Calderón, M., Gálvez-Buccollini, J., Cueva, G., Ordoñez, C., Bromley, C. y Fiestas, F. (2012). Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(4), 578–579.
Doi:<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2012.294.409>
- Cerda, J., Vera, C. y Rada, G., (2013). Odds ratio: Theoretical and practical issues. *Rev Med Chile* 2013; 141 (10): 1329-1335.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001000014>
- Champaneri, S., Wand, G., Malhotra, S., Casagrande, S. y Golden, S. H. (2010). Biological basis of depression in adults with diabetes. *Current diabetes reports*, 10(6), 396–405. <https://doi.org/10.1007/s11892-010-0148-9>
- Diez-Canseco, F., Ipince, A., Toyama, M., Benate-Galvez, Y., Galán-Rodas, E., Medina-Verástegui, J.,...Miranda, J. (2014). Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 31(1), 131-136. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000100019&lng=es&tlng=es
- Duran-Badillo, T., Martinez, Ma., Gutierrez, G., Aguilar, R., y Guevara-Valtier, M. (2015). Peso corporal y depresión en adultos mayores de comunidad urbano marginal en México - Tamaulipas. Mexico. *Revista Enfermía Herediana*, 8(2), 142-148. DOI: <https://doi.org/10.20453/renh.v8i2.2695>

- Escobar, J. y Escobar, M. (2016). Diabetes y depresión. *Acta Médica Colombiana*, 41(2), 0120-2448. Recuperado de :
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1631/163147315002>
- Espelt, A., Marí-Dell, M., Penelo, E., Bosque-Prous, M. (2015). Estimación de la Razón de Prevalencia con distintos modelos de Regresión: Ejemplo de un estudio internacional en investigación de las adicciones. *Adicciones* 29(2), 105-112. Recuperado de
<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/823/776>
- Estrada, P. y Salinas, C. (2019). Consumo de alcohol como factor asociado a la depresión en estudiantes de medicina humana varones de la Universidad Ricardo Palma del ciclo II-2018. *Revista de la Facultad de medicina Humana*. 19(1), 112-120. DOI 10.25176/RFMH.v19.n1.1801
- García, A. (2014). *Factores que se asocian a la relación entre el trastorno depresivo y la hipertensión arterial sistémica* (Tesis de Postgrado). Universidad Veracruzana. México. Recuperado de
<https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Tesis-Arturo.pdf>
- García, H. (2012). Depression: etiology and treatment. *Ciencia y sociedad*. 37 (2), 183-197. Recuperado de
<https://www.redalyc.org/pdf/870/87024179002.pdf>
- Greenfacts.org. (2018). Consenso Científico sobre Sustancias psicoactivas tabaco, alcohol y sustancias ilegales. Recuperado de
<https://www.greenfacts.org/es/sustancias-psicoactivas/index.htm>

Hernández, R. (2018) *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. [versión PDF]*. Recuperado de https://books.google.com.pe/books/about/METODOLOGÍA_DE_LA_INVESTIGACIÓN.html?id=jly9vQEACAAJ&redir_esc=y

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), (2017), Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015- 2017 - Ficha Técnica. Recuperado de <http://iinei.inei.gob.pe/microdatos/>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2012). Código de Buenas Prácticas Estadísticas del Perú. URL: <http://escale.minedu.gob.pe/documents/10156/a27baa0e-1f2c-498c-ad94-c0a9a099168a>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), (2017), Perú: Peru: Enfermedades No Transmisibles, 2017, Recuperado de <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/salud.asp>

Instituto Nacional de Salud. (2017). Consumo de sustancias psicoactivas con énfasis en sustancias inyectables. Colombia. Recuperado de https://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/saludpublica/vigilancia/protocolos/p2018/pro_consumo_psicoactivas_2018.pdf

Jiménez, L., Velasco, A., Rodríguez, J., Abad, I., De La Fuente, L., Gonzáles, L., García, L., ...Bobes, J. (2019). Factores asociados con consumo de tabaco en pacientes con depresión. *Adicciones*, 31 (4), 298-308. Doi:<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1191>

- Kroenke, K., Spitzer, R. (2002). The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure. *Psychiatric Annals*. 32(9), 1-7.
<https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06>
- Martina, M. (2018) *Depresión, alcoholismo y violencia conyugal en el adulto mayor según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2015* (Tesis para optar el grado académico de Doctor en Ciencias de la Salud). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. URI:
<https://hdl.handle.net/20.500.12672/9210>
- Ministerio de Salud. (2008). *Guías de práctica clínica en salud mental y psiquiatría*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1756.pdf>
- Ministerio de Salud (2009). *Resolución Ministerial 538-2009/MINSA*. Perú. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/246361-538-2009-minsa>
- Ministerio de Salud /Instituto Nacional de Salud/Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (2012) . *Tabla de Valoración Nutricional según IMC Adultas/os*. Perú. Recuperado de https://bvs.ins.gob.pe/insprint/CENAN/Tabla_valor_nutricional_según_IMC_adultos.pdf
- Ministerio de Salud. (2018.). *Anexo 2: Contenidos mínimos Programa presupuestal Control y prevención de salud mental*. Perú. Recuperado de <https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/doc2018/pp/anexo/9/ANEXO2.pdf>

- Ministerio de Salud (2018). *Lineamientos de política sectorial en salud mental*: Perú. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/279661-lineamientos-de-politica-sectorial-en-salud-mental-peru-2018>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto*. España: Tórculo Comunicación Gráfica S. A. Recuperado de <https://avaliat.sergas.gal/Paxinas/web.aspx?tipo=paxtxt&idLista=4&idContido=61&mitab=61&idTax=12031&idioma=es>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015) Encuesta Nacional de Salud Mental – Colombia. Tomo 1. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
- Miranda K. (2017). *Diabetes Mellitus tipo 2 como factor asociado a depresión en adultos mayores*. (Tesis para optar el grado de médico cirujano). Universidad Nacional Antenor Orrego. Perú. Recuperado 20 de mayo de 2019, en <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2600>
- Moreno, Ana, y Medina-Mora, M. (2008). Tabaquismo y depresión. *Salud mental*, 31(5), 409-415. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000500009&lng=es&tlng=es.

- Mori, N., y Caballero, J. (2010). Historia natural de la depresión. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(2), 86–90. Recuperado de www.redalyc.org/articulo.oa?id=203119666002
- Nicolau, J. y Masmiquel, Ll (2013). Diabetes mellitus y trastorno depresivo, un mal binomio. *Endocrinol Nutr.*;60(10):583-589.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2013.01.011>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Programa de acción para superar las brechas en salud mental- Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/publications/9789242596205/es/
- Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (2009). *El método STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1929:2009-panamerican-steps-instrument-supporting-material&Itemid=1668&showall=1&lang=es
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país: informe de la Secretaría*. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/85966>

Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Información general sobre la hipertensión en el mundo*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud - Oficina Regional para las Américas. (2014). *Plan de acción sobre salud mental*. Washington. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD53-8-s.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Diabetes. ¿Qué es la Diabetes?. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018*. Washington, D.C. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49578>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Obesidad y Sobrepeso*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Epidemiología*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/>

- Organización Mundial de la Salud. (2019). Tabaquismo. Recuperado de <http://www.who.int/topics/tobacco/es/>
- Pinto, G., Rodrigues, C., Menezes, M., Oliveira, I., Furtado R., Duque, R., ...Ervilha, R. (2017). Depression among smokers of a web-based intervention to quit smoking: a cross-sectional study. *Salud mental*, 40(6), 271-277. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2017.035>
- Porras, A. (2019). *Prevalencia y factores asociados a la depresión mayor en Andalucía*. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, España. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10481/56340>
- Rivas-Acuña, V., García-Barjau, H., Cruz-León, A., Morales-Ramón, F., Enríquez-Martínez, R. M., y Román-Alvarez, J. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco*, 17(1-2), 30-35. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48721182005>
- Rodríguez J., Kohn, R., y Aguilar W. (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 28(2), 183 -184. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v28n2/v28n2a11.pdf>
- Sánchez. F. y Sánchez, G. (2017). *Depresión y funcionalidad familiar en adolescentes de instituciones educativas públicas secundaria de menores N° 60027 y N° 6010227. San Juan Bautista 2016*. Universidad Científica del Perú, Facultad de ciencias de la Salud. Perú. Recuperado de

https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCPI_2a91640df171a018d376e529d1dc4c3b

Schiaffino, A., Rodríguez, M., Pasarín, M.I., Regidor, E., Borrell, C., y Fernández, E. (2003). ¿Odds ratio o razón de proporciones?: Su utilización en estudios transversales. *Gaceta Sanitaria*, 17(1), 70-4. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112003000100012&lng=es&tlng=es

Urbina, V. (2017) *Depresión como Factor Asociado a no Adherencia Terapéutica en pacientes con hipertensión Arterial en un Hospital Público del Perú 2017* (Tesis de grado) Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana. Perú.
URI:<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2675>

Valladares, M., Soriano, A., Rodrigo, P., Moncada, E., Pacheco, J. y Toro, C. (2020). Depresión en adultos peruanos con hipertensión y diabetes: análisis de una encuesta nacional. *Elsevier*, 14 (2), 141-146.
<https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.02.001>

Villarreal, D. (2018). *Asociación entre hipertensión arterial y síntomas depresivos: Resultados de una encuesta poblacional en Perú*. (Tesis de Postgrado). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú. Recuperado de <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/4375>

Villarreal, D., Copez, A., Bernabé, A., Meléndez, G. y Bazo, J. (2019). Valid group comparisons can be made with the Patient Health Questionnaire

(PHQ-9): A measurement invariance study across groups by demographic characteristics. *PLOS ONE* 14(9), 1-15. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221717>

World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/

ANEXO

Anexo 01: Matriz de consistencia

TÍTULO: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS RELACIONADAS A LA DEPRESIÓN, PERU 2017

AUTOR: Rumula Edi Onofre Damián

FORMULA- CION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE INDEPENDIENTE (ENFERMEDADES METABÓLICAS)			
			Dimensión	Indicador	Categorías	Instrumento
¿Cuáles son las características epidemiológicas relacionadas a la depresión en personas adultas, en el Perú durante el año 2017?	<p>Objetivo General: Determinar cómo se relacionan las características epidemiológicas, con la depresión, en personas adultas en el Perú durante el año 2017</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Describir las características demográficas de las personas adultas. 2. Identificar la prevalencia de las características epidemiológicas de las personas adultas 3. Identificar la prevalencia de la depresión en las personas adultas, según edad y sexo 4. Establecer la relación de las enfermedades metabólicas con la depresión en personas adultas. 5. Analizar la relación del consumo de sustancias psicoactivas con la depresión en personas adultas. 	Las características epidemiológicas están relacionadas a la depresión en personas adultas en el Perú durante el año 2017	1. Enfermedades metabólicas	Hipertensión arterial	- Con hipertensión arterial - Sin hipertensión arterial	Ficha de Recolección de Datos
				Diabetes	- Con diabetes - Sin diabetes	Ficha de Recolección de Datos
				Índice de Masa Corporal (IMC) =Peso/ estatura (metros) ²	- Con obesidad - Sin obesidad	Ficha de Recolección de Datos

FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE INDEPENDIENTE (CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS)			
			Dimensión	Indicador	Categorías	Instrumento
		Las características epidemiológicas están relacionadas a la depresión en personas adultas en el Perú durante el año 2017	2. Consumo de sustancias psicoactivas	Consumo excesivo de alcohol ocurrido dentro de los últimos 30 días	- Consumió en exceso - No consumió en exceso	Ficha de Recolección de Datos
				Consumo diario de tabaco últimos 30 días	- Consumió diariamente - No consumió diariamente	Ficha de Recolección de Datos

FORMULA- CION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE DEPENDIENTE (DEPRESIÓN)			
			Dimensión	Indicador	Categorías	Instrumento
			Síntomas depresivos	<ul style="list-style-type: none"> - Pocas ganas o interés en hacer las cosas. - Desanimado/ triste - Problemas para dormir/dormir mucho - Cansado sin motivo que lo justifique - Poco apetito/comer en exceso - Dificultad para concentrarse - Moverse lento o sentirse más inquieto - Pensamientos de que sería mejor estar muerto - Sentirse mal acerca de si mismo 	<ul style="list-style-type: none"> - Con depresión: - Sin depresión: 	Ficha de Recolección de Datos

Anexo 02: Ficha de Recolección de Datos

ANEXO N° 02

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS RELACIONADAS A LA DEPRESION EN PERSONAS ADULTAS PERU 2017

I. DATOS DEL INFORMANTE

1.1.GRUPO DE EDAD	De 30 a 39 años	<input type="text"/>
	De 40 a 49 años	<input type="text"/>
	De 50 a 59 años	<input type="text"/>
1.2.SEXO	Hombre	<input type="text"/>
	Mujer	<input type="text"/>
1.3.GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin Nivel	<input type="text"/>
	Primaria	<input type="text"/>
	Secundaria	<input type="text"/>
	Superior no Universitario	<input type="text"/>
	Superior Universitario	<input type="text"/>

II. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

2.1. ENFERMEDADES METABÓLICAS:

2.1.1. Hipertensión Arterial	Con hipertensión	<input type="text"/>
	Sin hipertensión	<input type="text"/>
2.1.2. Diabetes	Con diabetes	<input type="text"/>
	Sin diabetes	<input type="text"/>
2.1.3. Obesidad según Índice de masa corporal (IMC)	Con obesidad IMC ≥ 30	<input type="text"/>
	Sin obesidad IMC < 30	<input type="text"/>

2.2. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

2.2.1. Consumo excesivo de alcohol	Consume en exceso	<input type="text"/>
	No consume en exceso	<input type="text"/>

2.2.2. Consumo diario de tabaco

Consumo
diariamente

No consume
diariamente

III. DEPRESION

3.1 Síntomas depresivos

Síntomas depresivos en los últimos 14 días	Puntaje			
	Para nada (0)	1 a 6 días (1 punto)	7 a 11 días (2 puntos)	12 a 14 días (3 puntos)
1. Pocas ganas o interés en hacer las cosas				
2. Desanimado/triste				
3. Problemas para dormir/dormir mucho				
4. Cansado sin motivo que lo justifique				
5. Poco apetito/comer en exceso				
6. Dificultad para concentrarse				
7. Moverse lento o sentirse más inquieto				
8. Pensamientos de que sería mejor estar muerto				
9. Sentirse mal acerca de sí mismo				
Puntaje total		+	+	+

Puntaje > de 9 puntos

Con depresión

Puntaje ≤ de 9 puntos

Sin depresión

Anexo 03: Instrumento de recojo de información

INSTRUMENTO DE RECOJO DE INFORMACIÓN																															
DATOS DEL INFORMANTE																															
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																												
1	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																													
2	ANOTE LA HORA DE INICIO	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>																													
3	¿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																													
4	¿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																													
5	¿Alguna vez asistió a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2 → 7																													
6	¿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 UNIVERSITARIO.....</td> <td>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>SUPERIOR UNIVERSITARIO.....</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 UNIVERSITARIO.....	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR UNIVERSITARIO.....	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 UNIVERSITARIO.....	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
SUPERIOR UNIVERSITARIO.....	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
POSTGRADO.....	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												

INSTRUMENTO DE RECOJO DE INFORMACION

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
<p>A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre su salud, información importante que ayudará a entender la situación de salud de nuestro país. Permítame asegurarle que sus respuestas serán estrictamente confidenciales.</p>			
7	<p>¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, algún médico u otro personal de salud le ha medido la presión arterial?</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8</p>	<p>9</p>
8	<p>¿Dónde le midieron a usted la presión arterial la última vez?</p>	<p>SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRA DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MINSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS 42 (ESPECIFIQUE) OTRO 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98</p>	
9	<p>¿Alguna vez en su vida un médico le ha diagnosticado "hipertensión arterial" o "presión alta"?</p> <p>NO CONSIDERE LA HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO (GESTACIONAL)</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8</p>	<p>11</p>
10	<p>¿Hace cuánto tiempo le dijeron a usted que tiene hipertensión arterial o "presión alta"?</p> <p>REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS</p>	<p>MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE/ NO RECUERDA..... 8</p>	
11	<p>¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha recibido y/o comprado medicamentos para controlar su presión arterial?</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8</p>	<p>12</p>

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
12	<p>¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, algún médico u otro personal de salud le ha medido la glucosa o el "azúcar" en la sangre?</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8</p>	14
13	<p>¿Dónde le midieron la glucosa o el "azúcar" en la sangre la última vez?</p> <p>CONSIDERE EL LUGAR DONDE LE "MIDIERON" LA GLUCOSA Y NO EL LUGAR DONDE LE "INDICARON" LA PRUEBA</p>	<p>SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MNSA..... 10 ESSALUD..... 11 FFAA Y PNP..... 12 HOSPITAL/ OTRO MUNICIPAL..... 13 CENTRO/ PUESTO DEL MNSA..... 14 POLICLÍNICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP..... 15 SECTOR PRIVADO CLÍNICA / CONSULTORIO PARTICULAR..... 20 ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... 30 HOSPITAL/ OTRA DE IGLESIA..... 31 CAMPAÑA DE SALUD CAMPAÑA DEL MNSA..... 40 CAMPAÑA DE ESSALUD..... 41 OTRAS CAMPAÑAS..... 42 (ESPECIFIQUE) OTRO..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE / NO RECUERDA..... 98</p>	
14	<p>¿Alguna vez en su vida un médico le ha diagnosticado diabetes o "azúcar alta" en la sangre?</p> <p>NO CONSIDERE DIABETES EN EL EMBARAZO (GESTACIONAL)</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8</p>	17
15	<p>¿Hace cuánto tiempo le dijeron a usted que tiene diabetes o "azúcar alta" en la sangre?</p> <p>REGISTRE: EN "MESES", SI ES < DE 2 AÑOS EN "AÑOS", SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS</p>	<p>MESES (SI ES < DE 2 AÑOS)..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AÑOS (SI ES DE 2 Ó MÁS AÑOS)..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NO SABE/ NO RECUERDA..... 8</p>	
16	<p>¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha recibido y/o comprado medicamentos para controlar su "diabetes" o "azúcar alta" en la sangre?</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8</p>	17

INSTRUMENTO DE RECOJO DE INFORMACION

CONSUMO DE CIGARRILLOS Y BEBIDAS ALCOHOLICAS

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
<p>A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre consumo de cigarrillos y bebidas alcohólicas, como cerveza, vino, chicha de jora fermentada, cañazo, pisco, ron o alguna otra bebida alcohólica.</p>			
17	<p>¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha fumado cigarrillos?</p> <p>CONSIDERAR COMO "SI" CUANDO EL ENTREVISTADO MANIFIESTA HABER FUMADO TODO EL CIGARRILLO. CONSIDERAR COMO "NO" CUANDO MANIFIESTA HABER DADO SOLAMENTE UNA O UNAS "PITADAS" Ó "FUMADAS".</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8</p>	} → 23
18	<p>¿En los últimos 30 días, es decir desde el _____ hasta el día de ayer, usted ha fumado cigarrillos?</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8</p>	} → 23
19	<p>¿Fuma usted diariamente?</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2</p>	→ 23
20	<p>¿Qué edad tenía usted cuando empezó a fumar diariamente?</p>	<p>EDAD EN AÑOS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 8</p>	} → 22
21	<p>¿Hace cuántos años, usted empezó a fumar diariamente?</p>	<p>NÚMERO DE AÑOS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 8</p>	
22	<p>Normalmente, ¿Cuántos cigarrillos fuma usted a diario?</p>	<p>NÚMERO DE CIGARRILLOS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 8</p>	
23	<p>¿Alguna vez en su vida usted ha consumido alguna bebida alcohólica o licor?</p> <p>SI RESPONDE "SI" INDAGUE SI CONSUMIÓ AL MENOS UN VASO / COPA O UNIDAD SIMILAR COMPLETA. CONSIDERE "NO" CUANDO CONSUMIÓ UNO O DOS "SORBOS" ("BOCADOS")</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8</p>	} → 29
24	<p>¿Qué edad tenía usted la primera vez que tomó alguna bebida alcohólica o licor?</p>	<p>EDAD EN AÑOS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 8</p>	
25	<p>¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha consumido alguna bebida alcohólica o licor?</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8</p>	} → 29
26	<p>¿En los últimos 12 meses, usted tomó bebidas alcohólicas o licor 12 veces o más?</p> <p>CONSIDERE TODAS LAS VECES A LO LARGO DE LOS 12 MESES</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8</p>	
27	<p>¿En los últimos 30 días, es decir, desde el _____ hasta el día de ayer usted ha consumido alguna bebida alcohólica o licor?</p>	<p>SI..... 1 NO..... 2 NO SABE / NO RECUERDA..... 8</p>	} → 29
28	<p>Durante los últimos 30 días, ¿Cuántas veces tomó usted alguna bebida alcohólica o licor?</p>	<p>NÚMERO DE VECES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NO SABE / NO RECUERDA..... 8</p>	} → 29

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																								
29	<p>SI TOMÓ MÁS DE 1 VEZ: De esas _____ veces que tomó, piense en la vez que consumió más, y dígame ¿Que bebidas alcohólicas tomó?</p> <p>SI TOMÓ 1 VEZ: En esa vez, ¿Qué bebidas alcohólicas tomó?</p> <p>¿Alguna otra bebida más?</p> <p>REGISTRE EN LOS 4 CASILLEROS PARA CADA BEBIDA ALCOHÓLICA CONSUMIDA (VASOS/ COPAS; BOTELLAS)</p> <p>SI TOMÓ ALGUNA BEBIDA ALCOHÓLICA, A CONTINUACIÓN PREGUNTE POR LA CANTIDAD (VASOS/ COPAS O BOTELLAS), SEGUIDAMENTE SIGA SONDEANDO SI TOMÓ ALGUNA OTRA BEBIDA MÁS</p> <p>SI MENCIONA BOTELLA DE CERVEZA, MUESTRE LA CARTILLA. PARA EL CASO DE LA CERVEZA, SI FUE BOTELLA PERSONAL O UNA LATA DE CERVEZA, CONSIDERE COMO UN VASO</p>	<p>¿Cuántos vasos, copas o botellas tomó?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>VASOS/ COPAS</th> <th>BOTELLAS</th> <th>NS/NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CERVEZA</td> <td>A <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>VINO/ CACHINA/ CHAMPAGNE</td> <td>B <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>CHICHA DE JORA FERMENTADA</td> <td>C <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>MASATO FERMENTADO</td> <td>D <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>YONQUE/ CAÑAZO</td> <td>E <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ANISADO</td> <td>F <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>WHISKY/ PISCO/ RON</td> <td>G <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OTRA _____ (ESPECIFIQUE)</td> <td>X <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>NO SABE / NO RECUERDA.....</td> <td></td> <td></td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		VASOS/ COPAS	BOTELLAS	NS/NR	CERVEZA	A <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8	VINO/ CACHINA/ CHAMPAGNE	B <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8	CHICHA DE JORA FERMENTADA	C <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8	MASATO FERMENTADO	D <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8	YONQUE/ CAÑAZO	E <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8	ANISADO	F <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8	WHISKY/ PISCO/ RON	G <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8	OTRA _____ (ESPECIFIQUE)	X <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8	NO SABE / NO RECUERDA.....			8	
	VASOS/ COPAS	BOTELLAS	NS/NR																																								
CERVEZA	A <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8																																								
VINO/ CACHINA/ CHAMPAGNE	B <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8																																								
CHICHA DE JORA FERMENTADA	C <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8																																								
MASATO FERMENTADO	D <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8																																								
YONQUE/ CAÑAZO	E <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8																																								
ANISADO	F <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8																																								
WHISKY/ PISCO/ RON	G <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8																																								
OTRA _____ (ESPECIFIQUE)	X <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	8																																								
NO SABE / NO RECUERDA.....			8																																								

INSTRUMENTO DE RECOJO DE INFORMACION

DEPRESION SEGUN PHQ-9

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A																																																		
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																																																					
30	<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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">PARA NADA</th> <th style="width: 10%;">VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)</th> <th style="width: 10%;">LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)</th> <th style="width: 10%;">CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. POCO INTERES.....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>B. DEPRIMIDA(O).....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>C. DORMIR.....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>D. CANSADA(O).....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>E. APETITO.....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>F. PONER ATENCIÓN.....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>G. MOVERSE.....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>H. MORIR.....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>I. SENTIRSE MAL.....</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </tbody> </table>		PARA NADA	VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)	LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)	CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)	A. POCO INTERES.....	0	1	2	3	B. DEPRIMIDA(O).....	0	1	2	3	C. DORMIR.....	0	1	2	3	D. CANSADA(O).....	0	1	2	3	E. APETITO.....	0	1	2	3	F. PONER ATENCIÓN.....	0	1	2	3	G. MOVERSE.....	0	1	2	3	H. MORIR.....	0	1	2	3	I. SENTIRSE MAL.....	0	1	2	3	
	PARA NADA	VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)	LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)	CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)																																																	
A. POCO INTERES.....	0	1	2	3																																																	
B. DEPRIMIDA(O).....	0	1	2	3																																																	
C. DORMIR.....	0	1	2	3																																																	
D. CANSADA(O).....	0	1	2	3																																																	
E. APETITO.....	0	1	2	3																																																	
F. PONER ATENCIÓN.....	0	1	2	3																																																	
G. MOVERSE.....	0	1	2	3																																																	
H. MORIR.....	0	1	2	3																																																	
I. SENTIRSE MAL.....	0	1	2	3																																																	
31	<p>VERIFIQUE PREGUNTA 30</p> <p>CIRCULÓ 1, 2 Ó 3 EN ALGUNA DE LAS ALTERNATIVAS <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/></p>	<p>CIRCULÓ "0" EN TODAS LAS ALTERNATIVAS <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/></p>	<p>FIN</p>																																																		
32	<p>¿Estas molestias o problema cuánto le han dificultado para realizar su trabajo, sus actividades en la casa o llevarse bien con otras personas, mucho, poco o nada?</p>	<p>MUCHO..... 1</p> <p>POCO..... 2</p> <p>NADA..... 3</p>																																																			

REGISTRO DE PESO Y TALLA

REGISTRO DE PESO Y TALLA			
PREG	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
33	PESO (KILOGRAMOS)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
34	TALLA (CENTÍMETROS)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
35	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 (ESPECIFIQUE)	

Fuente: INEI- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - 2017