



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

SÍNDROME DEPRESIVO EN POBLACIÓN DE 15 AÑOS A MÁS
EN PERÚ EN EL AÑO 2023: FRECUENCIA, FACTORES
SOCIODEMOGRÁFICOS Y DISTRIBUCIÓN GEOESPACIAL

DEPRESSIVE SYNDROME IN THE POPULATION AGED 15
YEARS AND OLDER IN PERU IN THE YEAR 2023:
FREQUENCY, SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS AND
GEOESPATIAL DISTRIBUTION

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

AUTORES

IRVIN ELIO ALTAMIRANO MOLINA

HANNA BRIGITH ARIAS RIVEROS

ASESOR

PAULO JORGE MARTIN RUIZ GROSSO

LIMA - PERÚ

2024

JURADO

Presidente: Dr. Johann Martin Vega Dienstmaier

Vocal: Dra. Ybeth Luna Solis

Secretario: Dr. Jorge Martin Arevalo Flores

Fecha de Sustentación: 16 de diciembre de 2024

Calificación: Aprobado

ASESOR DE TESIS

ASESOR

Dr. Paulo Jorge Martin Ruiz Grosso

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”

ORCID: 0000-0001-8003-5171

DEDICATORIA

A nuestros padres Amanda y Marcial que nos apoyaron en todo momento, nos impulsaron a seguir adelante y nunca rendirnos.

AGRADECIMIENTOS

A nuestro asesor y a nuestras familias por su constante apoyo y guía durante la elaboración del proyecto.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El presente estudio fue autofinanciado.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

Similitud **15%** Marcas de alerta



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA | Facultad de
MEDICINA

SÍNDROME DEPRESIVO EN POBLACIÓN DE 15 AÑOS A MÁS EN PERÚ EN EL AÑO 2023: FRECUENCIA, FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y DISTRIBUCIÓN GEOESPACIAL

DEPRESSIVE SYNDROME IN THE POPULATION AGED 15 YEARS AND OLDER IN PERU IN THE YEAR 2023: FREQUENCY, SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS AND GEOSPATIAL DISTRIBUTION

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORES
IRVIN ELIO ALTAMIRANO MOLINA
HANNA BRIGITH ARIAS RIVEROS

ASESOR
PAULO JORGE MARTIN RUIZ GROSSO

LIMA – PERÚ
2024

Informe estándar ⓘ
Informe en inglés no disponible [Más información](#)

15% Similitud estándar

Fuentes

Mostrar las fuentes solapadas ⓘ

- 1 Internet
- hdl.handle.net 3%
43 bloques de texto 444 palabra que coinciden
- 2 Internet
- cybertesis.unmsm.edu.pe 3%
28 bloques de texto 342 palabra que coinciden
- 3 Internet

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
I. Resumen	
II. Abstract	
III. Introducción	1
IV. Objetivos	7
V. Materiales y Métodos	8
VI. Resultados	15
VII. Discusión	19
VIII. Conclusiones	33
IX. Referencias Bibliográficas	34
X. Tablas, gráficos y figuras	51
Anexos	

RESUMEN

Antecedentes: La depresión es un problema global creciente. El Perú ocupa el tercer lugar en la clasificación de discapacidad por depresión en América.

Objetivo: Estimar la frecuencia de síndrome depresivo en personas de 15 años a más durante el 2023 en Perú, factores asociados y distribución geoespacial.

Métodos y Materiales: Estudio secundario, descriptivo, y correlacional de la ENDES 2023 en una muestra de 34 536 personas (15-97 años). Se realizó ajuste para muestras complejas, análisis univariado para las características de la población, bivariado entre la presencia de síndrome depresivo y variables escogidas; y multivariado utilizando regresión de Poisson.

Resultados: La prevalencia de síndrome depresivo en los últimos 14 días fue de 7,85% (IC95% 7,36-8,38) y 11,95% (IC95% 11,34-12,59) en los últimos 12 meses. Los 3 departamentos con mayor prevalencia en los últimos 14 días fueron Huancavelica (13,35%), Puno (11,23%) y Junín (10,79%). Las variables relacionadas fueron sexo femenino (RPa: 2,39), adulto mayor (RPa: 1,43), ser casado (RPa: 0,65), conviviente (RPa: 0,52) o viudo (RPa: 0,73), no haber asistido a la escuela (RPa: 1,65), haber culminado la primaria (RPa: 1,45), superior universitario (RPa: 0,64) o posgrado (RPa: 0,4), rural (RPa: 0,77), resto de la Costa (RPa: 0,80) o la Selva (RPa: 0,63), no haber consumido cigarrillo en el último año (RPa: 0,71) y violencia doméstica (RPa: 2,49)..

Conclusión: No encontramos evidencia que sugiera que haya diferencia en las prevalencias con respecto al 2022. Existe mayor probabilidad de padecer síntomas depresivos en mujeres, personas que no han asistido al colegio o culminaron solo primaria, han sufrido violencia doméstica y adultos mayores.

Palabras claves: Síndrome depresivo, PHQ-9, prevalencia, Perú.

ABSTRACT

Background: Depression is a growing global problem. Peru ranks third in disability due to depression in the Americas. **Objective:** To estimate the frequency of depressive syndrome in people aged 15 years and older during 2023 in Peru, associated factors, and geospatial distribution. **Methods and Materials:** Secondary, descriptive, and correlational study of the ENDES 2023 in a sample of 34,536 people (15-97 years). Adjustment was performed for complex samples, univariate analysis for population characteristics, bivariate analysis between the presence of depressive syndrome and selected variables; and multivariate analysis using Poisson regression. **Results:** The prevalence of depressive syndrome in the last 14 days was 7.85% (95% CI 7.36-8.38) and 11.95% (95% CI 11.34-12.59) in the last 12 months. The 3 departments with the highest prevalence in the last 14 days were Huancavelica (13.35%), Puno (11.23%) and Junín (10.79%). The related variables were female sex (RPa: 2.39), older adult (RPa: 1.43), being married (RPa: 0.65), cohabiting (RPa: 0.52) or widowed (RPa: 0.73), not having attended school (RPa: 1.65), having completed primary school (RPa: 1.45), university (RPa: 0.64) or postgraduate (RPa: 0.4), rural (RPa: 0.77), rest of the Coast (RPa: 0.80) or the Jungle (RPa: 0.63), not having smoked cigarettes in the last year (RPa: 0.71) and domestic violence (RPa: 2.49). **Conclusion:** We did not find evidence to suggest that there is a difference in prevalence with respect to 2022. There is a greater probability of suffering from depressive symptoms in women, people who have not attended school or have only finished primary school, have suffered domestic violence and older adults.

Keywords: Depressive syndrome, PHQ-9, prevalence, Peru.

I.INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental caracterizado por un estado de ánimo decaído y/o pérdida de interés que afecta a las actividades cotidianas de las personas (1). El desarrollo y/o mantenimiento de la depresión es multifactorial, incluyendo factores individuales y ambientales. Dentro de los factores individuales, se incluyen a los biológicos y psicológicos, y los factores ambientales incluyen a los familiares y sociales (2).

La mayoría de personas que padecen depresión suelen acudir a consulta en busca de apoyo o ayuda; sin embargo, no siempre son diagnosticadas, y, por ende, no reciben un tratamiento adecuado. Esto puede llevar a efectos negativos como una disminución en la calidad de vida, la persistencia de problemas emocionales, un aumento en la utilización de servicios de salud o un mayor riesgo de suicidio (3).

Se reportan dos problemas primordiales en el diagnóstico de la depresión: la falta de reconocimiento de esta en personas que la padecen, es decir, el infradiagnóstico; y el sobrediagnóstico, que sucede cuando se diagnostica depresión a personas que realmente no padecen depresión (3). En un meta análisis se encontró que sólo 47,3% de médicos de atención primaria identificaron correctamente la depresión, y tan sólo 33,6% registraron la depresión en el historial médico de los pacientes (4).

Esta patología es prevalente a nivel mundial, llegando a afectar a 3,8% de la población en general, a 5% de los adultos y a 5,7% de los adultos mayores de 60 años (5). Además, dentro de la clasificación de discapacidad por depresión, el Perú

se colocó en el tercer lugar en América con un porcentaje de 8,6%, superando la media regional que fue de 7,8% (6).

Durante el 2018, se encontró que en todos los departamentos del país, la depresión estaba dentro de los 10 primeros problemas de salud, siendo Tacna, San Martín, Lima y Moquegua, los que tuvieron los valores más altos (4,1%, 4,0%, 3,6% y 3,5% del total de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), respectivamente) (2). Esta tendencia ya se venía observando desde el reporte de cargas de enfermedades del 2016, donde los trastornos mentales ocupan el primer lugar y la depresión seguía produciendo la mayor cantidad de AVAD (2); de igual forma, en ese mismo año se publicaron los lineamientos de política sectorial en salud mental, donde se reportó la frecuencia de depresión de 7,6% en personas mayores de 12 años (7). Asimismo, se ha realizado una vigilancia centinela de episodio depresivo por departamentos desde el año 2016 hasta el 2022, y se observó un aumento gradual del número de estos episodios entre dichos años, sin contar la disminución de los registros en el 2020 por la coyuntura de la COVID-19 (8).

Se han realizado diversos estudios sobre depresión a partir de la base de datos ENDES (Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar) y con la escala Patient Health Questionnaire (PHQ-9), siendo el más reciente del 2022, donde se reportó un promedio de 8% en la población de 15 años a más, evidenciándose un aumento de la prevalencia a pesar de la diferencia de edades con respecto al valor encontrado en el 2018 (9). A su vez, se han realizado estos estudios en distintas subpoblaciones, y se encontró una prevalencia del 6% en mujeres de 19-49 años a

partir del ENDES 2020 (10), y 13,2% en adultos mayores a partir del ENDES 2019 (6).

Una de las herramientas más utilizadas para el tamizaje de depresión es el PHQ-9 (11), que ha sido validada en la población peruana mayor de 18 años a partir de los datos de ENDES 2017, donde se concluyó que permite comparaciones confiables entre sexo, grupos de edad, nivel educativo, estatus socioeconómico, estado civil y área de residencia, y se recomendó su uso dentro del territorio peruano (12). Este cuestionario está basado en los criterios diagnósticos de la cuarta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) y se emplea para realizar un diagnóstico preliminar de depresión mayor (13), y puede evaluar la gravedad de los síntomas depresivos, puesto que es de fácil uso y no demora mucho tiempo el realizarla (11). Además de tamizaje, también puede usarse para monitorear a grupos específicos, lo que podría aumentar los índices de detección de la depresión (11).

Nazar et al. (2021) emplearon la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 para evaluar la prevalencia de depresión y sus factores asociados en una muestra representativa de la población chilena adulta. Utilizando el instrumento CIDI-SF, los autores identificaron una prevalencia de depresión del 13.6% y establecieron asociaciones significativas entre la depresión y variables sociodemográficas y de salud, destacando el género femenino, la fragilidad, el dolor crónico, la multimorbilidad, la percepción de estrés y una baja percepción de salud (14).

Cerecero-García et al. (2020) llevó a cabo un estudio secundario de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) de 2006, 2012, 2018-19 y 100k teniendo en total una población de 143 874 adultos mexicanos de 20 años o más y a través de un modelo de regresión logística, investigaron las variables sociodemográficas asociados a detección y tratamiento de depresión usando la escala breve del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-7), dentro de las variables que consideraron encontramos: sexo, edad, escolaridad, grado de marginación, región geográfica, área de residencia, afiliación a seguridad. En dicho estudio reportaron que la prevalencia del síndrome depresivo (SD) mostró una relación inversa con el nivel educativo, siendo más alta entre los individuos sin estudios y la residencia en municipios con altos índices de marginación se relacionó significativamente con una menor probabilidad de recibir diagnóstico y tratamiento para la depresión (15).

Martina (2018) realizó un estudio transversal de 2 bases de datos consecutivas (ENDES 2014 y 2015) usando el PHQ-9 en la población de adultos mayores que reveló una prevalencia de síndrome depresivo mayor de 6,7% y 8,1% (ENDES 2014 y 2015), además evidenció que la población más vulnerable presentaba las siguientes características: género femenino, no contar con instrucción y en condiciones de pobreza. Adicionalmente estudió la relación entre el síndrome depresivo, el consumo problemático de alcohol y la violencia conyugal en adultos mayores peruanos y se comprobó una relación significativa entre el síndrome depresivo mayor y la violencia conyugal en adultos mayores peruanos (OR=4,0), una relación que se atenuó en el 2015 (OR=1,8). Asimismo, se encontró una fuerte asociación entre la violencia conyugal y el consumo problemático de alcohol en el

2014 (OR=9,01), indicando que los adultos mayores que experimentan violencia conyugal tienen nueve veces más probabilidades de presentar consumo problemático de alcohol; sin embargo los cálculos de la relación entre síndrome depresivo y consumo problemático del alcohol fueron estadísticamente no significativo (16), aspecto que varía con un estudio previo (Segura -Cardona, 2013) donde encontraron que la probabilidad de presentar depresión se asoció con la edad, estado civil, nivel educativo, consumo de alcohol y cigarrillo y entre otras en una población de 4248 adultos mayores de un departamento de Colombia como lo mencionan en su trabajo. En este estudio también se estudió la relación del síndrome depresivo medido a través de la escala de valoración geriátrica de depresión de Yesavage con otras variables sociodemográficas encontrando asociación estadísticamente significativa con las siguientes: el género femenino, bajo nivel educativo, pobreza, no tener pareja y presencia de discapacidad (17).

Por lo mencionado en los párrafos anteriores, hemos seleccionado las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad, grado de instrucción, índice de riqueza, estado civil, área de residencia, región natural, seguro de salud, consumo de alcohol, consumo de cigarrillo y violencia domestica; puesto que han sido relacionadas con el síndrome depresivo en diferentes subpoblaciones. Cabe añadir que en la guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años desde el primer nivel de atención publicada por el MINSA en el 2023 menciona a sexo, edad, grado de instrucción, índice de riqueza y violencia como factores de vulnerabilidad asociados a la depresión (2).

Por todo ello, en el ámbito de la salud pública se considera a la depresión un grave problema que precisa de óptimo diagnóstico y terapéutica. En consecuencia, es fundamental abordar y tratar la depresión en cualquier nivel de atención en salud y restaurar el bienestar de las personas que lo padecen, para disminuir el impacto social y económico negativo que trae consigo dicha enfermedad.

El propósito de este estudio es determinar la frecuencia de síndrome depresivo, su distribución geoespacial y los factores sociodemográficos asociados, asimismo buscamos explorar esta prevalencia en diferentes puntos de corte y la consistencia interna de la escala PHQ-9, aspectos que no han sido estudiados por regiones naturales en estudios con población peruana. Esta información nos permitirá establecer la situación actual del Perú con el fin de plantear estrategias más adecuadas en su tamizaje, diagnóstico y tratamiento priorizando las regiones más afectadas de nuestro país.

II. OBJETIVOS

Objetivo general:

- ❖ Estimar la frecuencia de síndrome depresivo en personas mayores o igual de 15 años en el año 2023 en Perú, sus factores asociados y su distribución geoespacial.

Objetivos específicos:

- ❖ Estimar el porcentaje de personas mayores o igual de 15 años que son clasificados con síndrome depresivo según puntos de corte comúnmente utilizados en la PHQ-9, utilizando datos de la ENDES 2023.
- ❖ Estimar la frecuencia de depresión moderada, moderadamente severa y severa.
- ❖ Describir la distribución geoespacial del síndrome depresivo en costa, sierra y selva.
- ❖ Determinar la relación entre el síndrome depresivo y variables sociodemográficas contenidas en la ENDES 2023.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

1. Diseño del estudio

Estudio secundario, descriptivo y correlacional de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar (ENDES) del 2023.

2. Muestra

El diseño muestral estuvo caracterizado por ser bietápico, probabilístico de tipo equilibrado, estratificado e independiente, a nivel departamental, por área urbana y rural. La unidad de muestreo en el área urbana fue el conglomerado y la vivienda particular, mientras que, en el área rural fue el área de empadronamiento rural y la vivienda particular (18).

3. Población

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) desarrolla la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de manera anual y en todo el territorio nacional de forma que sus resultados puedan tener tanto capacidad de extrapolación a nivel regional como nacional, siendo la última base de datos publicada la del año 2023; la cual recogió información de un total de 36 760 viviendas, entrevistando a 34 536 individuos.

Nuestra población son personas mayores o iguales a 15 años que como sabemos abarca una parte de la etapa adolescente y la escala PHQ-9 ha sido estudiada y demostró ser fiable y poder ser utilizada como herramienta de detección temprana en adolescentes (19-21). De acuerdo con las recomendaciones de Richardson L. et al., se estableció un punto de corte de 11 puntos para maximizar la sensibilidad y especificidad en este grupo

etario (19). Sin embargo, debido a estas discrepancias, hicimos la descripción de la prevalencia en este grupo etario.

4. Criterios de inclusión:

- a. Persona mayor o igual a 15 años de edad, participante de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del 2023 que haya formado parte del Cuestionario de Salud.

5. Criterios de exclusión:

- a. Participante que no haya respondido el cuestionario de salud completo.

6. Instrumento de medición:

Para determinar la existencia de síndrome depresivo y la severidad se utilizó el cuestionario de salud del paciente (PHQ-9, por sus siglas en inglés). En un estudio de validación realizado en Perú a partir de las bases de datos de ENDES, con la finalidad de evaluar la invarianza de medición del PHQ-9 en diversos grupos por características demográficas seleccionadas, se identificó la estructura factorial más apropiada (modelo unidimensional o bidimensional) mediante un análisis factorial confirmatorio estandarizado. El modelo unidimensional (el cual fue el más adecuado) fue utilizado para medir la invarianza de medición mediante un análisis factorial confirmatorio multigrupo, así como la confiabilidad mediante los coeficientes de consistencia interna. Los resultados fueron que la invarianza de medición fue adecuada ($\Delta CFI < 0.01$) en los grupos de edad, sexo, nivel educativo, estatus socioeconómico, área de residencia y estado marital; y la

confiabilidad fue alta por los coeficientes de consistencia interna $\alpha = 0.870$ y $\omega = 0.873$ (12).

En otro estudio, donde evaluaron la sensibilidad y especificidad del PHQ-9 en 1347 pacientes hospitalizados en un hospital peruano, comparándolo con el gold estándar (entrevista psiquiátrica clínica) seguido de un diagnóstico clínico a partir de los criterios del ICD-10 para el diagnóstico de depresión, se utilizó el punto de corte de 10 (el cual es el punto de corte estandarizado para reportar la posibilidad de padecer síndrome depresivo) y hallaron una sensibilidad del 54,2% y una especificidad del 87,4% así como un valor positivo predictivo de 58,6% y un valor predictivo negativo de 85,3% (22).

7. Definiciones:

Síndrome depresivo: Constelación de síntomas y signos que pueden incluir un ánimo deprimido. Esto es indicado por sentimientos de tristeza, desesperación, ansiedad, vacío, desánimo o desesperanza, no tener sentimientos, o parecer lloroso (23). En nuestro estudio ello será objetivado con un resultado positivo de prueba de tamizaje de depresión (PHQ-9) con un puntaje obtenido de 10 o más (24). Las preguntas, extraídas directamente del cuestionario de salud se encuentran en el Anexo 1. Se analizará la presencia de este síndrome usando otros puntos de corte (7 al 13).

A cada pregunta se le asigna un puntaje según el número de días que se haya presentado algunas de las molestias mencionadas anteriormente:

1. Para nada = 0
2. Varios días (de 1 a 6 días) = 1
3. La mayoría de días (de 7 a 11 días) = 2

4. Casi todos los días (de 12 a más días) = 3

Posterior a ello se realiza una sumatoria del puntaje obtenido para cada pregunta y se considerará positivo cuando dicha sumatoria sea mayor o igual a 10 (24).

Severidad de síndrome depresivo: Grados según sumatoria de los puntajes obtenidos en la encuesta PHQ-9 (24):

1. Negativo = sumatoria da como resultados entre 0-9
2. Moderada = sumatoria da como resultados entre 10-14
3. Moderadamente severa = sumatoria da como resultados entre 15-19
4. Severa = sumatoria da como resultados ≥ 20

8. Definición operativa de Variables

La descripción operativa detallada de nuestras variables se encuentra en el Anexo 2.

9. Procedimiento del estudio

a. Obtención del banco de datos

Se obtuvo el banco de datos en STATA (formato .dta) proveniente de la plataforma nacional de datos abiertos. Luego, se analizaron los indicadores contemplados en el formulario de salud del Módulo 1640, en el formulario de hogar del módulo 1629 y 1630 de la ENDES 2023, que se encuentra en el siguiente link: <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-demogr%C3%A1fica-y-de-salud-familiar-endes-2023-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e>.

b. Almacenamiento y limpieza de datos

El banco de datos final se consolidó con la unión de las bases de datos de los formularios antes mencionados. Esto se hizo a partir del código de identificación asignado a cada persona en la encuesta ENDES y es almacenado en STATA (formato .dta). Se utilizaron las variables pertinentes para lograr los objetivos del estudio. Además, se utilizaron estrategias como la fusión de información encontrada en distintas variables que tenían relación entre ellas para generar una nueva variable o agregar información a una determinada variable de interés para el estudio. Asimismo, para evitar la duplicación de información se mantuvo a cada entrevistado con su código de identificación. Por último, se excluyó del análisis estadístico a los participantes que no cumplieron con los criterios de selección.

c. Análisis de datos

Obtenido el banco de datos final se realizó el análisis estadístico mediante el ajuste para muestras complejas utilizando el comando `svy` del paquete estadístico STATA SE versión 18.5 considerando la unidad de muestreo, el estrato y los factores de ponderación para personas de 15 años a más. Posteriormente, realizamos un análisis univariado para describir las características de la población estudiada, presentándose como su valor absoluto, porcentajes y con un intervalo de confianza al 95%. Además, para esto se utilizó el comando `subpop` para el análisis de prevalencia de síndrome depresivo por puntos de corte, regiones y grupo etario

Con la finalidad de evaluar asociación estadística (análisis bivariados) se realizó la prueba de asociación chi cuadrado (χ^2); y, para evaluar la magnitud de dicha asociación, se realizó regresión logística binomial entre cada una de nuestras variables de interés y la variable “Síndrome depresivo”.

Se realizó un análisis de regresión utilizando un modelo lineal generalizado (GLM) con una distribución de Poisson y función de enlace logarítmico, para estimar las razones de prevalencia (RP) y sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%). La ventaja de utilizar regresión logística con distribución de Poisson es que nos brinda las Razones de Prevalencia en lugar de Odds Ratio que puede verse inflado cuando la prevalencia o incidencia de la enfermedad no es baja. Además, se usó el modelo de regresión por Poisson para evitar problemas de convergencia al utilizar un modelo log binomial (25,26)

Las variables fueron presencia de síntomas depresivos, sexo, estado civil, grupo etario, violencia doméstica, consumo de alcohol y tabaco, el nivel socioeconómico, la región y área de residencia, el grado de instrucción, y tener seguro de salud. Los resultados se reportaron como exponenciales de los coeficientes (eform). Estos análisis se realizaron utilizando el programa estadístico STATA SE

versión 18.5. Se utilizó el programa estadístico R con los paquetes ggplot, geofacet y sf para la elaboración de los mapas de calor.

10. Aspectos éticos

En primera instancia, el estudio se basa en una evaluación secundaria de datos recolectados en la ENDES 2023. Este fue llevado a cabo por el INEI, con todas las consideraciones éticas cumplidas, puesto que se mantuvieron ocultos los datos personales como nombres, apellidos, teléfono, entre otros, de los entrevistados y se aplicó el consentimiento informado antes del llenado de cualquier cuestionario.

Asimismo, al ser un estudio secundario y no hubo contacto directo con los participantes, no se requirió de un consentimiento informado. Además, el protocolo de este estudio fue evaluado y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) – Humanos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

IV. RESULTADOS

Características de la población

A partir de las respuestas al cuestionario de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023, se analizaron datos de 36,375 personas. Se observó un leve predominio de mujeres (51.85%) y una mayor proporción de individuos en el grupo etario adulto, comprendido entre los 30 y 59 años (50.95%). El porcentaje de personas en los distintos niveles del índice de riqueza estuvo equilibrado (18.56%-21%), con una mayor concentración en la categoría "rico".

La mayoría de los participantes reportaron ser convivientes (35.34%), residir en zonas urbanas (81.71%) y pertenecer a Lima Metropolitana (37.44%). En cuanto al nivel educativo, el 46.56% había culminado la secundaria, y el 85.61% contaba con algún tipo de seguro de salud.

Respecto a hábitos y experiencias recientes, en los últimos 12 meses, el 71.15% de los encuestados consumió alcohol, el 16.71% consumió tabaco, por último, el 2.51% reportó haber sufrido violencia doméstica. Las frecuencias detalladas se presentan en la Tabla 1.

Frecuencia de síndrome depresivo

La prevalencia de síndrome depresivo en los últimos 14 días fue de 7,85% (IC95% 7,36-8,38); mientras que en los últimos 12 meses fue del 11,95% (IC95% 11,34-12,59). En ambos grupos se encontró que la mayoría de personas presentaba una severidad moderada, 4,57% (IC95% 4,19-4,98) y 5,09% (IC95% 4,71-5,5) respectivamente, como se observa en la Tabla 2.

Descripción por distintos puntos de corte del PHQ-9 y por regiones naturales

Podemos observar que entre un punto de corte y el siguiente la diferencia es de menos del 4%, también observamos que la prevalencia tiende a aumentar conforme el punto de corte sea menor y viceversa. Por otro lado, se evidencia que con el punto de corte 10 la región con menor porcentaje de personas con síndrome depresivo es la selva (5,54%), seguido del resto de la costa (6,97%); y siendo la mayor prevalencia en la sierra (9,13%), seguido de Lima Metropolitana (8,45%). Ver Tabla 3.

Análisis de asociación estadística por prueba de chi cuadrado (χ^2)

Solo 2 variables no se asociaron significativamente: el área de residencia ($p = 0,5907$) y consumo de cigarrillo en los últimos 12 meses ($p = 0,4352$). El resto de variables obtuvo $p < 0,05$. Se denota la preponderancia de síndrome depresivo en el sexo femenino (5,67%), en aquellos que culminaron hasta la secundaria (3,55%), en los que cuentan con seguro de salud (6,92%), consumen alcohol (5,28%), son adultos (3,31%), viven en Lima Metropolitana (3,16%) y no sufren violencia doméstica (7,42%). Mientras que, en la variable índice de riqueza la prevalencia se mantiene equilibrado (1,22-1,81%) y la variable estado civil también (0,89-1,97%) a excepción de los divorciados que son una cantidad reducida de personas. Para más detalles ver Tabla 4.

Factores asociados a la prevalencia de síndrome depresivo (análisis múltiple)

Se calcularon las Razones de Prevalencias crudas (RPc) y ajustadas (RPa) utilizando el modelo de regresión logística generalizado de familia binomial y Poisson respectivamente. Las variables que mostraron estar relacionadas a la prevalencia de síndrome depresivo en el modelo ajustado fueron las siguientes: sexo

femenino (RPa: 2,39; IC95% 2-2,86), ser casado (RPa: 0,65; IC95% 0,51-0,83), conviviente (RPa: 0,52; IC95% 0,42-0,64) o viudo (RPa: 0,73; IC95% 0,54-0,99), no haber asistido a la escuela (RPa: 1,65; IC95% 1,24-2,20), haber culminado la primaria (RPa: 1,45; IC95% 1,2-1,75), superior universitario (RPa: 0,64; IC95% 0,47-0,86) o el posgrado (RPa: 0,4; IC95% 0,2-0,81), vivir en zona rural (RPa: 0,77; IC95% 0,63-0,93), en el resto de la Costa (RPa: 0,80; IC95% 0,67-0,95) o en la Selva (RPa: 0,63; IC95% 0,51-0,78), no haber consumido cigarrillo en el último año (RPa: 0,71; IC95% 0,58-0,86), haber sufrido violencia doméstica (RPa: 2,49; IC95% 2,01-3,08), y ser adulto mayor (RPa: 1,43; IC95% 1,16-1,76). En el modelo ajustado no hubo asociación significativa con las variables índice de riqueza, seguro de salud ni consumo de alcohol. La información se detalla en la Tabla 5.

Prevalencia de síndrome depresivo por departamentos (mapa de calor)

Los 5 departamentos con mayor prevalencia de síndrome depresivo en los últimos 14 días fueron Huancavelica (13,35%), Puno (11,23%), Junín (10,79%), Arequipa (9,94%) y Ayacucho (9,65%). Mientras que, los 5 departamentos con menor prevalencia fueron Ucayali (0,9%), Tacna (1,97%), Loreto (4,29%), San Martín (4,57%) y Piura (5,48%). Se observa con mayor detalle en el Gráfico 1.

Análisis de consistencia interna

Se estimó la consistencia interna de la PHQ-9 a través del cálculo del alpha de Cronbach, obteniéndose que en todos los casos resultó mayor de 0,8 lo que indica un valor adecuado (27). Más detalle según cada región e ítem individuales del PHQ-9 en la Tabla 6 y Tabla 7 respectivamente.

Frecuencia en el grupo etario de 15-17 años

La prevalencia de síndrome depresivo en los últimos 14 días según el punto de corte estándar de 10 fue de 9,86% (IC 95% 7,91–12,22) y en el punto de corte 11 fue de 8,53% (IC95% 6,70–10,80), como se observa en la Tabla 8.

Frecuencia en el grupo etario de 18-97 años

La prevalencia de síndrome depresivo en los últimos 14 días fue de 7,69% (IC 95% 7,18–8,24) como se observa en la Tabla 9.

V. DISCUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio sugieren que la frecuencia de síndrome depresivo en los últimos 14 días previos a la encuesta estuvo presente en un 7,85% (IC 95% 7,36% - 8,38%), siendo similar a lo encontrado por Gonzalez D. , quién reportó un valor de 8.01% (IC 95% 7,48 - 8,57%) en una población de 15 años o más obtenidas a partir de la ENDES 2022 utilizando también el PHQ-9 (9) puesto que los intervalos de confianza se cruzan no podemos afirmar de que haya diferencia; a su vez este parecería ser menor a lo obtenido por *Villareal-Zegarra et al.*,(28) estudio cuya población tuvo el mismo corte de edad y obtenido de las ENDES 2014 hasta el 2021 y reportó los siguientes valores respectivamente 8.9% (2021), 8.0% (2020), 9.0% (2019), 8.2% (2018) y 8.5% (2017), no obstante al no tener los intervalos de confianza no podríamos interpretarlo. Adicionalmente se han realizado estudios similares en base a la ENDES de años anteriores a la pandemia como el de *Vasquez A. et al* (2019) mostrando un valor de 6.8% (29) y *Hernández-Vásquez A. et al* (2018) reportó 6.4% (30), cabe añadir que estos 2 estudios últimos tuvieron como punto de corte de edad 18 años mostrando que también los valores de la prevalencia pueden variar según el corte de edad que se maneja.

Además, durante la etapa de transmisión comunitaria de la pandemia (específicamente, entre el 4 y el 11 de mayo de 2020), *Antiporta D.* desarrolló una investigación basada en un cuestionario virtual que estuvo disponible para los participantes durante una semana que incluía preguntas basadas en el PHQ-9 y halló una prevalencia de 34.9% pero cabe añadir que por su diseño mismo del estudio este requería de que la población tenga acceso a internet , aspecto que no comparten

todos en el territorio peruano y también al ser encuestas en internet podría ser que haya sido contestado más por personas deprimidas, aparte otra diferencia fue el punto de corte que fue a partir de los 18 años (31).

A nivel de Latinoamérica encontramos resultados similares como el de *Faisal-Cury A. et al* que notificó una prevalencia de 11,20% en la población brasileña con el mismo corte de edad y escala usada (32).

Asimismo, se evaluó la presencia de estos síntomas en el último año encontrándose una prevalencia del 11.95%, que concuerda con la prevalencia reportada por Gonzales D. a partir de la ENDES 2022 cuyo valor fue de 12,17% (IC 95% 11,55-12,82) (9); sin embargo discrepa con otros estudios como el *Villarreal-Zegarra D. et al* donde reportó valores en el rango de 5,9% (IC 95% 5,5%-6,3%) a 6,8% (IC95% 6,4%-7,2%) para los años del intervalo 2014-2018 siendo el valor del último año 6.2% (IC 5.8%-6,6%), esto puede deberse a su diferente punto de corte para el PHQ-9 (33). Con respecto a otros países en Chile reportaron el valor de 13,6% para el intervalo de 2016-2017 (14), Argentina reportó 3.8% de los datos obtenidos de una encuesta realizada entre diciembre 2014 a marzo 2015 a personas de 18 años a más (34).

Con respecto a la prevalencia en el grupo etario de 15-17 años en sus 2 puntos de corte explorados y de 18-97 años pudimos observar que los intervalos de confianza se cruzan por lo que no podríamos afirmar que haya diferencia. Además, la prevalencia obtenida en el grupo etario de 15-17 años es similar a los hallazgos

reportados en un metanálisis de 2022, el cual estimó una prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adolescentes de un 8% (IC 95%: 0.02-0.13) (35).

En cuanto a su clasificación la mayoría fueron moderadas tanto en el tiempo de 14 días (58.22%) como en el de 12 meses (42,60%) seguido de moderadamente severo y severo respectivamente. Esta distribución es congruente con otros estudios realizados (9,36), en el caso de lo reportado por *Zegarra A. et al* él lo hace con 5 niveles de severidad en el cual maneja los mismos puntos de corte con respecto a los niveles de moderado, moderadamente severo y severo siendo estos valores diferentes de los nuestros pero en el mismo orden de frecuencia (36).

El primer estudio de validación realizado por Kroenke et. al (37) recomendó un punto de corte mayor o igual a 10 para el diagnóstico de desorden depresivo mayor por tener un buen balance de sensibilidad y especificidad evidenciado al evaluarse con un área bajo la curva ROC de 95%.

Sin embargo, a lo largo del tiempo, diversos estudios han buscado validar la misma escala en sus poblaciones y por ello decidieron buscar distintos puntos de corte que se acomoden mejor a su realidad (38,39). Por ejemplo, en un estudio en Malasia hallaron que el mejor punto límite para detectar depresión era de 5 con un área bajo la curva de 0.399 (38) donde se comparan con el estudio original de Kroenke y concluyen que la variación en el puntaje de depresión se debe a características socioculturales.

Esto es importante ya que el idioma del PHQ-9 original fue en inglés y la traducción puede llevar a muchos errores en la comprensión local de distintas comunidades de habla no inglesa. Puede suceder que al leer o escuchar una traducción de un ítem del PHQ-9 se entienda algo completamente diferente.

Manea et. al realizó un metanálisis con la finalidad de hallar el punto límite más óptimo (40) y sus resultados indicaron que los estudios con puntos de corte entre 8 y 11 no presentaban diferencias significativas en relación a su sensibilidad y especificidad combinadas. Además, concluyeron que es importante tener en cuenta las características de la población y el entorno (hospitalario o de atención primaria) donde se realiza el cuestionario para así escoger el mejor punto de corte.

En un estudio realizado en nuestro país, *Villarreal-Zegarra et. al* identificó que el mejor punto de corte para el PHQ-9 era de 7 al tener el índice de Youden más alto entre los puntos probados, siendo este de 0.481. El índice de Youden mide la capacidad de una prueba diagnóstica para ayudar a tomar decisiones clínicas acertadas. Este índice evalúa si el punto de corte seleccionado permite distinguir de manera confiable entre pacientes enfermos y sanos, en lugar de proporcionar un resultado arbitrario, donde valores más cercanos a 1 indican una prueba más precisa (22).

Sin embargo, el estudio previo fue realizado en pacientes hospitalizados que es una población distinta a la que es evaluada en la encuesta demográfica nacional ENDES. Por ello, nuestra decisión de evaluar puntos de corte (+ o - 3 puntos) al

estándar para el diagnóstico de depresión mayor (10 puntos) y evaluar la prevalencia de acuerdo a estos distintos puntos de corte en las diferentes regiones del país.

A lo largo de los años se han realizado estudios epidemiológicos por el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM). Sus resultados son diferentes a los nuestros comparando la prevalencia actual de los estudios de hace un poco más de una década con la prevalencia de síndrome depresivo en los últimos 14 días.

En Lima metropolitana y el Callao se encontró que la prevalencia actual en población adulta en el 2002 y el del 2012 fue de 6,7% (5,6%-7,9%) y 2,8% (2,3%-3,5%) respectivamente (41,42). Ello quiere decir que comparado a nuestro estudio ahora nos encontramos en 8,45% (7,4%-9,62%), 3 veces la prevalencia de hace 10 años.

Además, en la sierra la prevalencia actual fue de 3,7% (3%-4,4%) en el 2003 (43) y de 1,4% (0,9%-2,1%) en el 2008 (44) y la nuestra fue de 9,13% (8,34%-9,98%). Esta gran diferencia puede deberse en primera instancia a que solo se tomó como referencia a algunas provincias de los departamentos de Ayacucho, Ancash y Cajamarca incluyendo a 3 ciudades de la sierra (Arequipa, Cajamarca y Huaraz), mientras que nuestro estudio toma a una muestra más representativa al usar la encuesta nacional ENDES.

Por último, en la selva peruana, la prevalencia actual en el 2004 y en el 2009 fueron de 2,5% (1,9%-3,4%) (45) y 0,7% (0,4%-1%) (46) respectivamente. Siendo en

nuestro estudio de 5,54% (4,82%-6,35%). Similar al estudio en la sierra en estos estudios se utilizaron como referencia solo a las ciudades de Iquitos, Pucallpa y Tarapoto.

Además, entre los estudios más recientes del INSM respecto a ciudades. En el 2019 la ciudad de Chiclayo registró una prevalencia actual de 2,6% (1,9%-3,6%) (47), mientras que en nuestro estudio en el departamento de Lambayeque fue de 6,79% (5,4%-8,5%). En el año 2018 la prevalencia actual de trastornos depresivos en general de Arequipa fue 4,3% (3,1%-5,9%), en Moquegua fue 2,4% (1,7%-3,5%) y en Puno fue 4,1% (2,9%-5,6%). Mientras que en nuestro estudio la prevalencia de depresión en los departamentos a los cuales representan fue de 9,94% (8,1%-12%), 7,34% (5,5%-9,4%) y 11,23% (8,8%-14%) respectivamente (48). Y en el año 2017 la prevalencia en la ciudad de Huaraz fue 2,6% (1,8%-3,8%), en Ayacucho 3,1% (2,3%-4,2%) y en Cajamarca 1,4% (0,8%-2,5%) (49); asimismo, en nuestro estudio la prevalencia fue de 8,47% (6,6%-11%) en Ancash, 9,65% (7,8%-12%) en Ayacucho y 7,29% (5,3%-9,9%) en Cajamarca.

Si bien es cierto en nuestro estudio la prevalencia es mucho más elevada a comparación de años anteriores, se puede deducir que es debido a diversos factores tales como la población estudiada y la herramientas que se utilizó para hallar si una persona padece de trastorno depresivo. Por ejemplo, en los estudios del INSM se utilizó el MINI: Entrevista neuropsiquiátrica Internacional versión Española CIE-10, mientras que nosotros utilizamos el punto de corte 10 del PHQ-9. Asimismo, esto puede ser resultado de una etapa difícil que le ha tocado vivir a nuestra

generación que fue el COVID-2019 (50) donde las dificultades fueron mayores para países de bajos y medios recursos como el nuestro que no se encontraba preparado para semejante amenaza.

El ministerio de salud reportó que los departamentos con mayor notificación por episodios depresivos fueron Ayacucho, Lima, Loreto, Cusco y Cajamarca (51). La discordancia con nuestros resultados, excepto por Ayacucho, es porque lo hallado por el MINSA es un diagnóstico, mientras que las preguntas del PHQ-9 son una herramienta de cribado. Es decir, puede que a pesar de que un gran número de personas presenten síntomas depresivos solo un pequeño porcentaje acudirá a los establecimientos de salud a pedir ayuda. Esto puede deberse a un estigma que todavía existe hacia los trastornos mentales donde uno mismo minimiza su valor debido a las interacciones negativas por prejuicios o estereotipos preformados por su comunidad (52). Adicional a ello, la pérdida de los pacientes, muchas veces por los largos tiempos de espera para adquirir una cita o el tiempo de derivación de un servicio a otro muchos deciden ausentarse a sus consultas (53). Además, nuestros resultados indican que la frecuencia de sintomatología depresiva no solo depende de la cantidad de casos positivos, sino también del tamaño total de la muestra. Es decir, el número de personas encuestadas influye en la proporción de casos detectados por departamento.

La prevalencia de síndrome depresivo en la mujer fue el doble comparado con el varón (5,67% vs 2,18%). Esto concuerda con información hallada en otros estudios de nuestro país donde 30,8% de mujeres reportaron sintomatología depresiva

durante la pandemia por COVID-19, mientras que en los hombres fue 23,4% (10,29,54).

Además, a pesar que en el análisis por chi cuadrado encontramos una posible relación con las variables índice de riqueza, seguro de salud y consumo de alcohol, el modelo multivariado del análisis ajustado identifica que no hay una asociación significativa con el resultado de presencia de síndrome depresivo en los últimos 14 días. Gonzáles (9) identificó una asociación con pobreza probablemente porque en su caso la variable tuvo un valor dicotómico (presencia o ausencia) comparado a nuestro análisis que incluye los distintos estratos encontrados en la ENDES y respecto al seguro de salud ella tampoco halló una relación significativa. Por otro lado, Vasquez-Chavesta *et al.* halló asociación entre síntomas depresivos y alcoholismo que fue definido a partir de las preguntas que corresponden a los ítems del CIDI 1.1 (Entrevista diagnóstica internacional compuesta) los cuales evalúan el abuso de alcohol de acuerdo a los criterios del DSM-IV (30), por el contrario, nosotros consideramos la exposición en los últimos 12 meses a alcohol; lo cual explica la discrepancia entre nuestros resultados.

El sexo femenino ha sido asociado en múltiples estudios a síntomas depresivos (14-16,31) lo que concuerda con lo hallado en nuestro estudio. Tras lo cual se han planteado hipótesis para su asociación dentro de las cuales encontramos la de los factores hormonales, estilos de socialización, acontecimiento vitales traumáticos, condición y rol en la sociedad (55).

Ser adulto mayor ha sido asociado a mayor probabilidad de tener síntomas depresivos (OR 1,43; $p < 0,05$), esto es consistente con estudios previos (31,36), esta población ha sido ampliamente estudiada en su relación con la depresión puesto que en los últimos años ha ido aumentando su prevalencia a nivel mundial y la vejez se caracteriza por una mayor incidencia de factores de riesgo como el duelo, la falta de interacción social, el deterioro físico y las enfermedades crónicas (56). Además la depresión en este grupo etario ha sido relacionada con mayor riesgo de mortalidad por todas las causas (57) por lo que es un aspecto a priorizar y a tener en cuenta en el manejo integral del adulto mayor.

En cuanto al estado civil, encontramos que ser casado, conviviente o viudo está asociado a menor riesgo de padecer síntomas depresivos. Con respecto a casado o conviviente se han encontrado estudios como el de *Zegarra-Lopez et al.* que menciona que estar casado o tener pareja son factores protectores para los síntomas depresivos debido al apoyo emocional y económico que la pareja puede brindar sin embargo hacen la aclaración que una mala relación de pareja puede favorecer a la aparición de esta sintomatología (36). Con respecto a ser viudo se ha encontrado literatura que menciona que la pérdida de un cónyuge desencadena una amplia gama de síntomas psicológicos, incluyendo insomnio, ansiedad, depresión, pérdida de apetito e incluso pensamientos suicidas (58,59) lo que podría dar positivo en las preguntas con respecto a la sintomatología depresiva pero corresponde al proceso llamado duelo, sin embargo en lo nuestro salió como factor protector que difiere con otras literaturas encontradas (60-62) las cuales son en adultos mayores puesto que en esta subpoblación es más frecuente la viudez en cambio la nuestra abarca

desde los 15 años, además que en nuestro estudio solo se limita a lo reportado en los últimos 14 días, por lo que podría ser una de las razones por las cuales nos salió distinto a lo anteriormente publicado.

Encontramos que el no haber asistido al colegio o solamente haber culminado la primaria son factores de riesgo (RPa 1,65 y 1,45) para sintomatología depresiva, en cambio los niveles superiores como universitarios y postgrados son factores protectores (RPa 0,64 y 0,40). Datos que son compatibles con lo reportado por estudios previos como el de *Hernández-Vásquez et al.*, el cual reveló que un mayor nivel educativo actúa como un factor de protección contra el desarrollo de síntomas depresivos o el de *Zegarra-Lopez et al.* donde indica que las personas con estudios superiores presentan tasas más bajas de depresión, asimismo ambos estudios fueron realizados en muestras representativas de la población peruana (31,36), esta relación se puede fundamentar en que la educación proporciona las herramientas necesarias para acceder a empleos mejor remunerados y por ende una mejor situación socio económicas (63).

Según la región vivir en la selva o en la costa a excepción de Lima metropolitana están asociados a menor riesgo de padecer sintomatología depresiva significativa y con respecto a la sierra se encontró un RPa de 1,03 pero no significativo ($p=0,793$) esto contrasta con lo reportado por *Hernández-Vásquez A. et al* que realizó un estudio a partir del ENDES 2018 y encontró que vivir en las regiones andinas si estaba relacionado a síntomas depresivos clínicamente significativos (30) asimismo *Zevallos- Bustamante E.* estudio la prevalencia de depresión en la población andina

peruana encontrando mayores valores en las zonas urbanas que los rurales además recalca que sus valores de tasa de prevalencia fueron superiores con respecto a otros estudios latinoamericanos (64). Además con respecto al área de residencia hay estudios de población peruana que no han encontrado una asociación significativa (9,36) e incluso otros que encuentra a vivir en zona rural como factor de riesgo en adultos mayores peruanos (65,66); no obstante en nuestro caso sí encontramos al rural con un RPa: 0,77 ($p < 0.05$) aspecto que en verdad ha sido reportado en otros países como India, Estados Unidos, Vietnam y Países Bajos (67-70). Esta discrepancia ha sido estudiada debido a la creciente urbanización que está sucediendo en el mundo y cuáles son sus efectos de esto a la salud mental de las personas en especial la depresión llegando a concluir que dicha relación entre la urbanización y depresión no tiene una respuesta única sino que va a variar según el contexto cultural, socioeconómico y ambiental, además se mencionan que otros factores como el envejecimiento, la migración, la contaminación del aire, el ruido y la cohesión social también pueden influir en la relación entre el entorno urbano y la salud mental (71).

Con respecto al consumo de cigarrillo encontramos que el no haber consumido cigarrillo está asociado a menor riesgo de padecer síntomas depresivos, esta variable fue estudiada en la población peruana en el estudio de *Hernandez- Vasquez et al.* donde no encontró asociación significativa (30) sin embargo hay un estudio realizado en muestras de Reino Unido donde revelaron que las personas fumadoras tienen casi el doble de probabilidades de sufrir depresión, en comparación con los no fumadores (OR 1,99; $p < 0.001$) e incluso de otras enfermedades psiquiátricas

como la esquizofrenia donde tienen más del doble de probabilidades de desarrollarla (72), asimismo en un estudio realizado en estados unidos a partir de una encuesta nacional respalda la asociación ya conocida de que fumar aumenta el riesgo de depresión puesto que los fumadores ya sean diarios, actuales o ex fumadores tienen mayor riesgo que los nunca han fumado en cuanto a la depresión, incluso analizaron el volumen de tabaquismo y se corroboró que guarda una correlación positiva y lineal con el riesgo de depresión, por último estudiaron la duración del abandono del hábito de fumar y este reveló una asociación negativa significativa entre la duración del cese tabáquico y la prevalencia de depresión (73), lo que apoya la hipótesis de que el tabaquismo es un factor de riesgo de este trastorno. Existe una teoría alternativa que plantea que la depresión y el tabaquismo podrían estar relacionados de forma diferente a lo que se pensaba, esta teoría es conocida como la automedicación donde menciona que las personas deprimidas buscan en el tabaco una manera de aliviar sus síntomas (74).

Al observar la tabla 4 podemos observar que dentro del subgrupo con síndrome depresivo hay más prevalencia de personas que no han sufrido violencia doméstica (7,42% comparado a 0,43%), no obstante al calcular la razón de prevalencia que es el que nos permite medir más correctamente la asociación nos salió que haber sufrido violencia doméstica aumenta en más que el doble el riesgo de depresión (RPa 2,49, $p=0,001$) esto se debe a que en la tabla 4 se maneja la proporción con respecto a la población total en cambio la tabla 5 es la razón de probabilidades calculado la razón de prevalencia.

Los resultados mencionados previamente se alinean con lo reportado en otro estudio realizado en el Perú en mujeres de 15 a 45 años donde evidencian una fuerte asociación entre la violencia de pareja y la depresión en las mujeres, con las víctimas teniendo una probabilidad significativamente más alta, 2.47 veces mayor, de desarrollar síntomas depresivos en comparación con aquellas que nunca habían experimentado violencia, adicionalmente en este estudio desglosan según el tipo de violencia encontrándose que las de violencia sexual llega a aumentar el riesgo en más de tres veces seguido de la física con un valor de OR de 2,83 y por último la psicológica con 2,37; este estudio utilizó el mismo instrumento que nosotros, PHQ-9, con el mismo punto de corte e incluso su base de datos fue obtenida de las encuestas ENDES y concluyeron una fuerte asociación entre la violencia de pareja y síntomas depresivos al igual que lo de nosotros (75), por otro lado si cabe añadir que en nuestro caso el rango de edad fue distinto e incluimos ambos sexos. Asimismo, hay otros estudios realizados en poblaciones de Europa donde concluyen que haber sufrido violencia de pareja aumenta el riesgo para padecer de síntomas depresivos (76,77).

Una de las principales fortalezas de este estudio es el gran tamaño de la muestra, lo cual, combinado con su diseño probabilístico, garantiza una alta representatividad de la población peruana. Por otro lado, una limitación del estudio es el trabajar con una base de datos y no directamente con las personas para hallar una prevalencia más ajustada a la realidad que requeriría de una entrevista psiquiátrica con un profesional de la salud para descartar otros trastornos (78). Otra limitación a tener en cuenta es la falta de la estandarización de un punto de corte adecuado aplicando

el PHQ-9 en población peruana y, sobre todo, en el primer nivel de atención que es donde este cuestionario puede ser aplicado con mayor prontitud por un profesional de salud entrenado, ya que existen diversos estudios que sugieren diversos puntos de corte (22,37-40).

VI. CONCLUSIONES

La prevalencia nacional de síndrome depresivo en los últimos 14 días fue de 7,85%; mientras que, en los últimos 12 meses fue del 11,95%; estos valores no muestran evidencia que sugiere diferencia con respecto al año 2022. La mayoría de los casos se clasificaron como gravedad moderada, tanto en el seguimiento a los 14 días (58.22%) como al de los 12 meses (42.60%), seguido de moderadamente severo y severo respectivamente.

La prevalencia de síndrome depresivo según región natural con el punto de corte estándar de mayor a menor frecuencia fue la Sierra, Lima metropolitana, Resto de Costa y Selva.

El análisis reveló que las personas que tienen mayor riesgo de síndrome depresivo son quienes tienen las siguientes características: sexo femenino, no haber asistido a la escuela, haber culminado solo la primaria, consumo de cigarrillo, haber sufrido violencia doméstica y ser adulto mayor. En cambio, ser casado, conviviente o viudo, tener estudios superior universitario o posgrado, vivir en zona rural, en el resto de la Costa o en la Selva y no haber consumido cigarrillo en el último año tienen menor riesgo.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Depresión [Internet]. (Citado 24 de mayo de 2024). Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
2. Ministerio de Salud. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para Tamizaje, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en Personas Mayores de 18 años desde el Primer Nivel de Atención. 1ra Edición. Lima, Perú. 2023. [citado 21 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/RM-136-2023-MINSA.pdf>
3. Cano Vindel A, Salguero JM, Mae Wood C, Dongil E, Latorre JM. La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. Papeles del Psicólogo [Internet]. 2012;33(1):2-11. Disponible en : <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77823404001>
4. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. Lancet. 2009 Aug 22;374(9690):609-19. doi: [10.1016/S0140-6736\(09\)60879-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60879-5).
5. Organización mundial de la salud (OMS). Depresión [Internet]. 2023. (citado 21 de marzo de 2024). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
6. Torres Mantilla JC, Torres Mantilla JD. Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos. Rev Horiz Med [Internet]. 2023 [citado 21 de marzo de 2024];23(3):47-57. Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/2220>

7. Ministerio de Salud. Lineamientos de política sectorial en salud mental Perú 2018 (RM N° 935 – 2018/ MINSA). Lima, Perú. 2018 (citado 24 de mayo del 2024). Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
8. Ministerio de Salud. Vigilancia epidemiológica de Problemas priorizados de salud mental. 2023. Perú. (citado 21 de marzo de 2024). Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2023/SE05/mental.pdf>
9. Gonzales D. Síndrome depresivo y factores asociados en población de 15 años a más según la ENDES 2022 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/21723>
10. Romero Velazco, L.I. Variables sociodemográficas asociadas a la depresión en mujeres de 19 a 49 años de zonas rurales y urbanas, según ENDES (2020). [Tesis de Pregrado]. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) ; 2023. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/14325>
11. Cjuno J, Moya A, Calderón-Pérez E, Quispe-Ilizarbe C, Mayon L, Livia J. Producción científica sobre validación y adaptación de instrumentos de tamizaje de la depresión en población peruana. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2022;39(3):357-61. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2022.v39n3/357-361/es>
12. Villarreal-Zegarra D, Copez-Lonzoy A, Bernabé-Ortiz A, Melendez-Torres GJ, Bazo-Alvarez JC (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): Disponible en:

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0221717>

13. Manea L, Gilbody S, McMillan D. A diagnostic meta-analysis of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) algorithm scoring method as a screen for depression. *Gen Hosp Psychiatry*. 2015 Jan-Feb;37(1):67-75. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25439733/>
14. Nazar G, Gatica-Saavedra M, Provoste A, Leiva A, Martorell M, Ulloa N et al . Factores asociados a depresión en población chilena. Resultados Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2021 Oct [citado 2024 Sep 25] ; 149(10): 1430-1439. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872021001001430&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021001001430>.
15. Cerecero-García D, Macías-González F, Arámburo-Muro T, Bautista-Arredondo S. Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2020 Dic [citado 2024 Sep 25] ; 62(6): 840-850. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342020000600840&lng=es. Epub 15-Ago-2022. <https://doi.org/10.21149/11558>.
16. Martina M. Depresión, alcoholismo y violencia conyugal en el adulto mayor según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014-2015 [Tesis de doctorado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de

- Medicina / Unidad de Posgrado; 2018. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/9210>
17. Segura-Cardona, A., Cardona-Arango, D., Ángela, S.-C., & GarzónDuque, M. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. Rev. Salud Pública [Internet]. 2015 [citado 2024 Sep 25]; 17(2), 184–194. Disponible en: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n2.41295>.
18. Instituto Nacional de Informática y Estadística. Ficha Técnica ENDES 2023. [Internet]. 2023 [citado 2 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta-demogr%C3%A1fica-y-de-salud-familiar-endes-2023-instituto-nacional-de-estad%C3%ADstica-e>.
19. Richardson, L. P., McCauley, E., Grossman, D. C., McCarty, C. A., Richards, J., Russo, J. E., Rockhill, C., & Katon, W. (2010). Evaluation of the Patient Health Questionnaire-9 Item for Detecting Major Depression Among Adolescents. *Pediatrics*, 126(6), 1117–1123. <https://doi.org/10.1542/PEDS.2010-0852>
20. Fonseca-Pedrero, E., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Al-Halabí, S., Lucas-Molina, B., & Debbané, M. (2023). Youth screening depression: Validation of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) in a representative sample of adolescents. *Psychiatry Research*, 328, 115486. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2023.115486>
21. Allgaier, A. K., Pietsch, K., Frühe, B., Sigl-Glöckner, J., & Schulte-Körne, G. (2012). SCREENING FOR DEPRESSION IN ADOLESCENTS:

VALIDITY OF THE PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE IN PEDIATRIC CARE. *Depression and Anxiety*, 29(10), 906–913. <https://doi.org/10.1002/DA.21971>

22. Villarreal-Zegarra D, Barrera-Begazo J, Otazú-Alfaro S, Mayo-Puchoc N, Bazo-Alvarez JC, Huarcaya-Victoria J. Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9, PHQ-8, PHQ-2) and General Anxiety Disorder scale (GAD-7, GAD-2) for depression and anxiety diagnosis: a cross-sectional study in a Peruvian hospital population. *BMJ Open*. 2023 Sep 15;13(9). Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/13/9/e076193.long>
23. Lyness J. Unipolar depression in adults: Assessment and diagnosis. In: UpToDate, Roy-Byrne PP (Ed), Wolters Kluwer. [Internet]. 2022 [citado 1 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-assessment-and-diagnosis?search=depression%20definition§ionRank=2&usage_type=default&anchor=H2&source=machineLearning&selectedTitle=1%7E150&display_rank=1#H2
24. Williams J, Nieuwsma J. Screening for depression in adults. In: UpToDate, Elmore JG, Roy-Byrne PP (Ed), Wolters Kluwer. [Internet]. 2023 [citado 23 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-depression-in-adults>
25. Gnardellis C, Notara V, Papadakaki M, Gialamas V, Chliaoutakis J. Overestimation of Relative Risk and Prevalence Ratio: Misuse of Logistic

- Modeling. Diagnostics [Internet]. 2022 Nov 1 [cited 2024 Dec 14];12(11):2851. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9689401/>
26. Espelt A, Marí-Dell'olmo M, Penelo E, Bosque-Prous M. Estimación de la Razón de Prevalencia con distintos modelos de Regresión: Ejemplo de un estudio internacional en investigación de las adicciones. *Adicciones* [Internet]. 2017 [cited 2024 Dec 14];29(2):105–12. Available from: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/823>
27. George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4thed.)*. Boston: Allyn & Bacon
28. Villarreal-Zegarra, D., Otazú-Alfaro, S., Segovia-Bacilio, P., García-Serna, J., Reategui-Rivera, C. M., & Melendez-Torres, G. J. (2023). Profiles of depressive symptoms in Peru: An 8-year analysis in population-based surveys. *Journal of Affective Disorders*, 333, 384–391. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2023.04.078>
29. Vasquez-Chavesta, A. Z., Caira-Chuquineyra, B., Fernandez-Guzman, D., Llamó-Vilcherrez, A. P., Barboza, J. J., & Toro-Huamanchumo, C. J. (2024). Health behaviors and depressive symptoms in Peruvian adults: A national survey analysis. *Journal of Affective Disorders Reports*, 16, 100733. <https://doi.org/10.1016/J.JADR.2024.100733>
30. Hernández-Vásquez, A., Vargas-Fernández, R., Bendezu-Quispe, G., & Grendas, L. N. (2020). Depression in the Peruvian population and its associated factors: analysis of a national health survey. *Journal of Affective Disorders*, 273, 291–297. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2020.03.100>

31. Antiporta, D. A., Cutipé, Y. L., Mendoza, M., Celentano, D. D., Stuart, E. A., & Bruni, A. (2021). Depressive symptoms among Peruvian adult residents amidst a National Lockdown during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03107-3>
Disponibile en:
<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-021-03107-3>
32. Faisal-Cury, A., Ziebold, C., Rodrigues, D. M. de O., & Matijasevich, A. (2022). Depression underdiagnosis: Prevalence and associated factors. A population-based study. *Journal of Psychiatric Research*, 151, 157–165. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.04.025>. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002239562200228X>
33. Villarreal-Zegarra, D., Cabrera-Alva, M., Carrillo-Larco, R. M., & Bernabe-Ortiz, A. (2020). Trends in the prevalence and treatment of depressive symptoms in Peru: a population-based study. *BMJ Open*, 10(7), e036777. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2020-036777>
34. Stagnaro, J. C., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., Sustas, S. E., Mora, M. E. M., Benjet, C., Aguilar-Gaxiola, S., & Kessler, R. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 29(142, nov.dic.), 275–299. <https://www.revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/256>

35. Shorey, S., Ng, E. D., & Wong, C. H. J. (2022). Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 287–305. <https://doi.org/10.1111/BJC.12333>
36. Zegarra-López, A. C., Florentino-Santisteban, B., Flores-Romero, J., Delgado-Tenorio, A., & Cernades-Ames, A. (2022). A Cross-Sectional Study on the Prevalence of Depressive Symptoms and Its Associated Sociodemographic Factors in Peru during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 14240. <https://doi.org/10.3390/IJERPH192114240/S1>. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9654240/>
37. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/J.1525-1497.2001.016009606.X>
38. Azah, M. N. N., Shah, M. E. M., Juwita, S., Bahri, I. S., Rushidi, W. M. W. M., & Jamil, Y. M. (2005). Validation of the Malay Version Brief Patient Health Questionnaire (PHQ-9) among Adult Attending Family Medicine Clinics. *International Medical Journal*, 12(4), 259–263. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/293506943_Validation_of_the_Malay_version_brief_Patient_Health_Questionnaire_PHQ-9_among_adult_attending_family_medicine_clinics
39. Adewuya, A. O., Ola, B. A., & Afolabi, O. O. (2006). Validity of the patient health questionnaire (PHQ-9) as a screening tool for depression amongst

- Nigerian university students. *Journal of Affective Disorders*, 96(1–2), 89–93. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2006.05.021>
40. Manea, L., Gilbody, S., & McMillan, D. (2012). Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A meta-analysis. *CMAJ. Canadian Medical Association Journal*, 184(3), E191–E196. <https://doi.org/10.1503/CMAJ.110829/-/DC1>. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22184363/>
41. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. *Anales de Salud Mental Vol. XXIX. Año 2013, Suplemento 1*. Lima. Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/7/164>
42. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico metropolitano en salud mental 2002. Informe general. *Anales de Salud Mental Vol. XVIII. Año 2002. Número 1 y 2*. Lima. Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/1>
43. Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003. Informe General. *Anales de Salud Mental Vol. XIX. Año 2003, Número 1 y 2*. Lima. Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/3>
44. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural 2008. Informe General. *Anales de Salud Mental*

- Vol. XXV. Año 2009, Número 1 y 2. Lima. Disponible en:
<https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/30>
45. Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXI. Año 2005, Número 1 y 2. Lima. Disponible en:
<https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/10>
46. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Rural 2009. Informe General. Anales de Salud Mental Año 2012; Vol. XXVIII, Suplemento 2. Lima. Disponible en:
<https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/4>
47. Castillo JES, Arana YR, Schaeffer VP, Pineda JH, Solís YL, Murga HV, et al. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Ciudad de Chiclayo 2019: Publicado: 29 de diciembre de 2023. Anales de Salud Mental [Internet]. 2023 [cited 2024 Dec 15];39(1):ginas: 1-281. Available from:
<https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/490>
48. Castillo JES, Arana YR, Schaeffer VP, Pineda JH, Solís YL, Martell HC, et al. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Arequipa, Moquegua y Puno 2018: Publicado: 2 de agosto de 2022. Anales de Salud Mental [Internet]. 2022 [cited 2024 Dec 14];38(1):ginas: 1-459. Available from:
<https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/24>
49. Castillo JES, Arana YR, Schaeffer VP, Pineda JH, Solís YL, Soto AS, et al. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2017: Publicado: 4 de enero de 2021. Anales de Salud Mental

- [Internet]. 2020 [cited 2024 Dec 15];36(1 y 2): páginas: 1-449. Available from: <https://openjournal.inism.gob.pe/revistasm/asm/article/view/19>
50. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo [Internet]. (Citado 25 de noviembre del 2024). Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>
51. Ministerio de Salud. Vigilancia epidemiológica de Problemas priorizados de salud mental. 2024. Perú. (citado 29 de noviembre de 2024). Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2024/SE09/mental.pdf>
52. Mascayano Tapia Franco, Lips Castro Walter, Mena Poblete Carlos, Manchego Soza Cristóbal. Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. Salud Ment [revista en la Internet]. 2015 Feb [citado 2024 Nov 29] ; 38(1): 53-58. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100008&lng=es.
53. García Moratalla Beatriz, Ortiz Lobo Alberto. Ausencias en las primeras consultas de un centro de salud mental: un estudio controlado. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2002 Sep [citado 2024 Nov 29] ; (83): 27-36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352002000300003&lng=es.

54. Ministerio de salud. Plan de salud mental Perú, 2020 - 2021 (En el contexto covid-19). Lima, Perú. Gobierno del Perú; 2020. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/2130661-plan-de-salud-mental-peru-2020-2021-en-el-contexto-covid-19>
55. Gaviria Arbeláez, S. L. (2009). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(2), 316–324. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=es
56. Maier, A., Riedel-Heller, S. G., Pabst, A., & Luppá, M. (2021). Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. *PLoS ONE*, 16(5), e0251326. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0251326>
57. Meng, R., Yu, C., Liu, N., He, M., Lv, J., Guo, Y., Bian, Z., Yang, L., Chen, Y., Zhang, X., Chen, Z., Wu, T., Pan, A., & Li, L. (2020). Association of Depression With All-Cause and Cardiovascular Disease Mortality Among Adults in China. *JAMA Network Open*, 3(2). <https://doi.org/10.1001/JAMANETWORKOPEN.2019.21043>
58. Castells Salvador, M., Sáez Álvarez, E. J., Alapont Asíns, C., Medrano Abalos, P., & Samudio Bejarano, P. (2021). ¿Qué ocurre tras la pérdida conyugal? Evaluación de la repercusión en la dimensionalidad humana. *Therapeía: Estudios y Propuestas En Ciencias de La Salud*, ISSN 1889-6111, ISSN-e 2660-4264, No. 15, 2021, Págs. 89-105, 15, 89–105. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8263042&info=resumen&idioma=ENG>

59. Pérez García R, Pérez García M. El duelo por viudedad: un problema silente en atención primaria [Bereavement for widowhood: A silent problem in primary care]. *Aten Primaria*. 2023;55(11):102754. doi:10.1016/j.aprim.2023.102754. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10507046/>
60. Serra Taylor, J. A., & Irizarry-Robles, C. Y. (2015). Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: autoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 125–134. <https://doi.org/10.14718/ACP.2015.18.1.12>
61. Benavides Gamiotea TL, Ávila Perdomo D, Valdés Méndez J. Factores asociados a la depresión en adultos mayores en un consultorio médico. Policlínico Wajay, 2016. Convención Internacional de Salud, Cuba Salud 2018 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2018. Disponible en: <http://www.convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/view/1828/1061>
62. Rodríguez-Vargas Malvin, Pérez-Sánchez Lisandra, Marrero-Pérez Yanela, Rodríguez-Ricardo Annalié, Pérez-Solís Dayana, Peña-Castillo Yuliet. Depresión en la tercera edad. *AMC* [Internet]. 2022 [citado 2024 Nov 26]; 26: . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552022000100024

63. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). COVID-19 and Well-being: Life in the Pandemic, OECD Publishing. 2021. Paris. <https://doi.org/10.1787/1e1ecb53-en>.
64. Zevallos Bustamante S. Prevalencia de Depresión en Poblaciones Andinas. Anales de Salud Mental [Internet]. 2016 [citado el 2024 Nov. 26]; 31(2):Páginas: 9-22. Disponible en : <https://openjournal.inism.gob.pe/revistasm/asm/article/view/89>
65. Martina Martha, Ara Miguel Angel, Gutiérrez César, Nolberto Violeta, Piscoya Julia. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. An. Fac. med. [Internet]. 2017 Oct [citado 2024 Nov 26] ; 78(4): 393-397. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000400004&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14259>
66. Baldeón P. Variables sociodemográficas asociadas a la depresión del adulto mayor peruano en el año 2017 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2019. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1727>
67. Arvind, B. A., Gururaj, G., Loganathan, S., Amudhan, S., Varghese, M., Benegal, V., Rao, G. N., Kokane, A. M., Chavan, B. S., Dalal, P. K., Ram, D., Pathak, K., Lenin Singh, R. K., Singh, L. K., Sharma, P., Saha, P. K., Ramasubramanian, C. R., Mehta, R. Y., & Shibukumar, T. M. (2019). Prevalence and socioeconomic impact of depressive disorders in India:

- multisite population-based cross-sectional study. *BMJ Open*, 9(6), e027250.
<https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2018-027250>
68. Pun, V. C., Manjourides, J., & Suh, H. H. (2018). Close proximity to roadway and urbanicity associated with mental ill-health in older adults. *The Science of the Total Environment*, 658, 854.
<https://doi.org/10.1016/J.SCITOTENV.2018.12.221>
69. Bui, Q. T. T., Vu, L. T. H., & Tran, D. M. (2018). Trajectories of depression in adolescents and young adults in Vietnam during rapid urbanisation: evidence from a longitudinal study. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 30(1), 51–59. <https://doi.org/10.2989/17280583.2018.1478299>
70. Generaal, E., Hoogendijk, E. O., Stam, M., Henke, C. E., Rutters, F., Oosterman, M., Huisman, M., Kramer, S. E., Elders, P. J. M., Timmermans, E. J., Lakerveld, J., Koomen, E., ten Have, M., de Graaf, R., Snijder, M. B., Stronks, K., Willemsen, G., Boomsma, D. I., Smit, J. H., & Penninx, B. W. J. H. (2019). Neighbourhood characteristics and prevalence and severity of depression: pooled analysis of eight Dutch cohort studies. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 215(2), 468–475.
<https://doi.org/10.1192/BJP.2019.100>
71. Sampson L, Ettman CK, Galea S. Urbanization, urbanicity, and depression: A review of the recent global literature. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2020 ;33(3):233–44. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32040041/>
72. Wootton, R. E., Richmond, R. C., Stuijtzand, B. G., Lawn, R. B., Sallis, H. M., Taylor, G. M. J., Hemani, G., Jones, H. J., Zammit, S., Davey Smith,

- G., & Munafò, M. R. (2019). Evidence for causal effects of lifetime smoking on risk for depression and schizophrenia: a Mendelian randomisation study. *Psychological Medicine*, 50(14), 2435. <https://doi.org/10.1017/S0033291719002678>
73. Wu, Z., Yue, Q., Zhao, Z., Wen, J., Tang, L., Zhong, Z., Yang, J., Yuan, Y., & Zhang, X. (2023). A cross-sectional study of smoking and depression among US adults: NHANES (2005-2018). *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/FPUBH.2023.1081706>
74. Markou, A., Kosten, T. R., & Koob, G. F. (1998). Neurobiological Similarities in Depression and Drug Dependence: A Self-Medication Hypothesis. *Neuropsychopharmacology* 1998 18:3, 18(3), 135–174. [https://doi.org/10.1016/s0893-133x\(97\)00113-9](https://doi.org/10.1016/s0893-133x(97)00113-9)
75. Silva Burga, A. Asociación entre violencia de pareja y síntomas depresivos en mujeres de 15-45 años en el Perú. Un Sub-análisis de la ENDES 2014-2016 [Tesis de pregrado]. Lima, Perú: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC); 2020. Disponible en: <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/648828>
76. Lövestad, S., Löve, J., Vaez, M., & Krantz, G. (2017). Prevalence of intimate partner violence and its association with symptoms of depression; a cross-sectional study based on a female population sample in Sweden. *BMC Public Health*, 17(1), 335. <https://doi.org/10.1186/S12889-017-4222-Y>.
77. Ouellet-Morin, I., Fisher, H. L., York-Smith, M., Fincham-Campbell, S., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2015). Intimate partner violence and new-

onset depression: A longitudinal study of women's childhood and adult histories of abuse. *Depression and Anxiety*, 32(5), 316.
<https://doi.org/10.1002/DA.22347>

78. Garrido-Elustondo, S., Reneses, B., Navalón, A., Martín, O., Ramos, I., & Fuentes, M. (2016). Capacidad de detección de patología psiquiátrica por el médico de familia. *Atención Primaria*, 48(7), 449.
<https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2015.09.009>

VIII. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

Tabla 1. Características generales de la población a partir de los 15 años. ENDES

2023

Variables	Total (n)	Porcentaje (%)	IC 95%
Sexo			
Hombre	17515	48,15	47,23%-49,08%
Mujer	18860	51,85	50,92%-52,77%
Índice de riqueza			
Los más pobres	6750	18,56	17,28%-19,91%
Pobre	7220	19,85	18,87%-20,86%
Medio	7547	20,75	19,87%-21,66%
Rico	7638	21	20,02%-21,25%
Más rico	7220	19,85	18,51%-21,25%
Estado civil			
Soltero(a)	7952	21,86	21,06%-22,68%
Casado(a)	8323	22,88	22,06%-23,73%
Conviviente	12855	35,34	34,43%-36,26%
Viudo(a)	2408	6,62	6,1%-7,19%
Divorciado(a)	327	0,9	0,7%-1,16%
Separado(a)	4510	12,4	11,82%-13%
Área de residencia			
Urbano	29722	81,71	80,15%-83,17%
Rural	6653	18,29	16,83%-19,85%
Grado de instrucción			
Iltrado	1070	2,94	2,64%-3,27%
Inicial/ Pre- escolar	55	0,15	0,097%-0,22%
Primaria	6420	17,65	16,84%-18,5%
Secundaria	16936	46,56	45,61%-47,51%
Superior no universitaria	6209	17,07	16,35%-17,81%
Superior universitaria	5107	14,04	13,21%-14,92%
Postgrado	578	1,59	1,35%-1,88%
Seguro de salud			
Sí	31141	85,61	84,87%-86,32%
No	5234	14,39	13,68%-15-13%
Región			
Lima metropolitana	13619	37,44	34,75%-40,21%
Resto de la Costa	9370	25,76	23,85%-27,77%
Selva	8668	23,83	22,15%-25,6%
Sierra	4718	12,97	11,84%-14,17%

Consumo de alcohol			
Sí	25881	71,15	70,23%-72,06%
No	10486	28,829	27,91%-29,75%
No sabe /no recuerda	8	0,021	0,01%-0,042%
Consumo de cigarrillo			
Sí	6078	16,71	16,06%-17,37%
No	30297	83,29	82,61%-83,93%
Violencia doméstica			
Sí	913	2,51	2,28%-2,76%
No	35462	97,49	97,24%-97,72%
Edad			
Adolescentes (15-17a)	2612	7,18	6,71%-7,69%
Adultos jóvenes (18-29a)	8715	23,96	23,19%-24,74%
Adultos (30-59a)	18533	50,95	50,06%-51,84%
Adultos mayores (60 a más)	6515	17,91	17,17%-18,68%
Población total	36375	100	

❖ Algunos valores fueron aproximados para que se ajusten al número total.

Tabla 2: Frecuencia del síndrome depresivo en personas a partir de los 15 años.

ENDES 2023

Síndrome depresivo	Total (n)	Porcentaje (%)	IC 95%
En los últimos 14 días			
Negativo	33520	92,15	91,62%-92,64%
Positivo	2855	7,85	7,36%-8,38%
Moderada	1662	4,57	4,19%-4,98%
Moderadamente severa	753	2,07	1,81%-2,37%
Severa	440	1,21	1%-1,46%
En los últimos 12 meses			
Negativo	32028	88,05	87,41%-88,66%
Positivo	4347	11,95	11,34%-12,59%
Moderada	1851	5,09	4,71%-5,5%
Moderadamente severa	1299	3,57	3,23%-3,95%
Severa	1197	3,29	2,98%-3,62%
Total	36375	100	

❖ Algunos valores fueron aproximados para que se ajusten al número total.

Tabla 3: Prevalencia de síndrome depresivo según diferentes puntos de corte del PHQ-9 y región.

Puntos de cortes	Todas las regiones				Región					
	Nacional		Lima metropolitana		Resto de la costa		Sierra		Selva	
	Total (%)	IC 95%	Total (%)	IC 95%	Total (%)	IC 95%	Total (%)	IC 95%	Total (%)	IC 95%
PHQ ≥7										
No	30697	83,67 %-	11483	82,75 %-	7998	84,14 %-	7061	80,28 %-	4155	87,01 %-
	(84,39)	85,09	(84,32)	85,76	(85,34)	86,47	(81,45)	82,55	(88,12)	89,14
		%		%		%		%		%
Si	5678	14,91 %-	2135	14,24 %-	1373	13,53 %-	1609	17,45 %-	560	10,86 %-
	(15,61)	16,33	(15,68)	17,25	(14,66)	15,86	(18,55)	19,71	(11,88)	12,99
		%		%		%		%		%
PHQ ≥8										
No	31832	86,88 %-	11891	85,95 %-	8271	87,17 %-	7385	84,13 %-	4286	89,90 %-
	(87,51)	88,12	(87,31)	88,56	(88,26)	89,27	(85,17)	86,16	(90,9)	91,80
		%		%		%		%		%
Si	4543	11,88 %-	1727	11,44 %-	1100	10,73 %-	1285	13,84 %-	429	8,2 %-
	(12,49)	13,12	(12,69)	14,05	(11,74)	12,83	(14,83)	15,87	(9,1)	10,09
		%		%		%		%		%
PHQ ≥9										
No	32719	89,37 %-	12199	88,31 %-	8498	89,72 %-	7639	87,15 %-	4382	91,99 %-
	(89,95)	90,51	(89,58)	90,73	(90,69)	91,57	(88,11)	89%	(92,94)	93,79
		%		%		%		%		%
Si	3656	9,49 %-	1419	9,27 %-	873	8,42 %-	1031	10,99 %-	333	6,21 %-
	(10,05)	10,63	(10,42)	11,7	(9,31)	10,28	(11,89)	12,84	(7,06)	8,01
		%		%		%		%		%
PHQ ≥10										
No	33520	91,62 %-	12468	90,38 %-	8718	92,24 %-	7878	90,01 %-	4454	93,65 %-
	(92,15)	%	(91,55)	%	(93,03)	%	(90,87)	%	(94,46)	%

		92,64		92,6)	93,75		91,66)	95,18
		%		%		%		%		%
		7,36		7,4%-		6,25		8,34%		4,82
Si	2855	%-	1150	9,62	653	%-	792	-	261	%-
	(7,85)	8,38	(8,45)	%	(6,97)	7,76	(9,13)	9,98%	(5,54)	6,35
		%				%				%
PHQ ≥11										
		92,99		91,89		93,44		91,66		94,61
		%-		%-		%-		%-		%-
No	34000	(93,47)	12659	93,89	8827	(94,19	8016	93,18	4497	(95,36
		%	(92,96)	%)	%	(92,46)	%)	96,01
		6,08		6,1%-		5,14				3,99
Si	2375	%-	959	8,11	544	%-	654	6,82%	218	%-
	(6,53)	7,01	(7,04)	%	(5,81)	6,56	(7,54)	-8,34	(4,64)	5,38
		%				%				%
PHQ ≥12										
		94,02		92,95		94,35		93,08		95,27
		%-		%-		%-		%-		%-
No	34363	(94,47)	12799	94,87	8907	(95,04	8132	94,43	4525	(95,97
		%	(93,99)	%)	%	(93,79)	%)	96,57
		5,11		5,12		4,34		5,56%		3,42
Si	2012	%-	819	7,05	464	%-	538	-	190	%-
	(5,53)	5,98	(6,01)	(4,96)	(4,96)	5,65	(6,21)	6,92%	(4,03)	4,73
		%		%		%				%
PHQ ≥13										
		95,01		94,07		95,26		94,21		96,07
		%-		%-		%-		%-		%-
No	34713	(95,43)	12941	95,84	8986	(95,89	8225	95,45	4560	(96,71
		%	(95,03)	%)	%	(94,86)	%)	97,25
		4,19		4,16		3,56		4,55%		2,75
Si	1662	%-	677	5,93	385	%-	445	-	155	%-
	(4,57)	4,99	(4,97)	(4,11)	(4,11)	4,74	(5,14)	5,79%	(3,29)	3,93
		%		%		%				%

❖ Algunos valores fueron aproximados para que se ajusten al número total.

Tabla 4: Análisis bivariado entre las características sociodemográficas de los participantes y la presencia del síndrome depresivo en el período de los últimos 14 días

Variables	Sin síndrome depresivo		Con síndrome depresivo		Valor p
	Total (n)	%	Total (n)	%	
Sexo					
Hombre	16722	45,97	793	2,18	<0,001
Mujer	16798	46,18	2062	5,67	
Índice de riqueza					
Los más pobres	6180	16,99	568	1,56	0,0324
Pobre	6656	18,30	564	1,55	
Medio	6928	19,05	619	1,70	
Rico	6980	19,19	659	1,81	
Más rico	6776	18,63	445	1,22	
Estado civil					
Soltero(a)	7235	19,89	716	1,97	<0,001
Casado(a)	7733	21,26	593	1,63	
Conviviente	12167	33,45	687	1,89	
Viudo(a)	2087	5,74	324	0,89	
Divorciado(a)	301	0,83	26	0,07	
Separado(a)	3997	10,99	509	1,40	
Área de residencia					
Urbano	27372	75,25	2346	6,45	0,5907
Rural	6148	16,90	509	1,40	
Grado de instrucción					
Iltrado	888	2,44	182	0,50	<0,001
Inicial/ Pre- escolar	47	0,13	6	0,02	
Primaria	5707	15,69	713	1,96	
Secundaria	15641	43,00	1291	3,55	
Superior no universitaria	5813	15,98	396	1,09	
Superior universitaria	4860	13,36	251	0,69	
Postgrado	564	1,55	16	0,04	
Seguro de salud					
Sí	28627	78,70	2515	6,92	0,0386
No	4893	13,45	340	0,94	
Región					
Lima metropolitana	12468	34,28	1149	3,16	<0,001
Resto de la costa	8719	23,97	651	1,79	

Sierra	7878	21,66	793	2,18	
Selva	4455	12,25	262	0,72	
Consumo de alcohol					
Sí	23960	65,87	1920	5,28	
No	9552	26,26	935	2,57	<0,001
No sabe/ no recuerda	8	0,02	0	0,00	
Consumo de cigarrillo					
Sí	5635	15,49	441	1,21	
No	27879	76,64	2412	6,63	0,4352
No sabe/ no recuerda	6	0,013	2	0,002	
Violencia doméstica					
Sí	757	2,08	156	0,43	
No	32763	90,07	2699	7,42	<0,001
Edad					
Adolescente (15-17a)	2357	6,48	258	0,71	
Adulto joven (18-29a)	8061	22,16	655	1,80	
Adulto (30-59a)	17326	47,63	1204	3,31	<0,001
Adulto mayor (60 a más)	5776	15,88	738	2,03	
Población total (n)	33520	92,15	2855	7,85	

❖ Algunos valores fueron aproximados para que se ajusten al número total.

Tabla 5: Análisis multivariado entre las variables sociodemográficas y la presencia de síndrome depresivo en los últimos 14 días.

Variables	Modelo crudo			Modelo ajustado		
	RP	IC 95%	Valor p	RP	IC 95%	Valor p
Sexo						
Hombre	Ref.			Ref.		
Mujer	2,41	2,06-2,83	<0,001	2,39	2,0-2,86	<0,001
Índice de riqueza						
Los más pobres	Ref.			Ref.		
Pobre	0,93	0,8-1,08	0,354	0,90	0,73-1,11	0,325
Medio	0,98	0,81-1,17	0,787	0,92	0,71-1,2	0,541
Rico	1,03	0,85-1,23	0,787	0,95	0,71-1,26	0,714
Más rico	0,73	0,57-0,93	0,011	0,75	0,54-1,04	0,09
Estado civil						
Soltero(a)	Ref.			Ref.		
Casado(a)	0,79	0,64-0,97	0,026	0,65	0,51-0,83	0,001
Conviviente	0,59	0,50-0,71	<0,001	0,52	0,42-0,64	<0,001
Viudo(a)	1,48	1,17-1,88	0,001	0,73	0,54-0,99	0,043
Divorciado(a)	0,88	0,4-1,92	0,743	0,82	0,37-1,81	0,624
Separado(a)	1,26	1,03-1,52	0,021	0,86	0,69-1,07	0,172
Área de residencia						
Urbano	Ref.			Ref.		
Rural	0,97	0,85-1,1	0,591	0,77	0,63-0,93	0,009
Grado de instrucción						
Secundaria	Ref.			Ref.		
Iletrado	2,23	1,79-2,77	<0,001	1,65	1,24-2,20	0,001
Inicial/ Pre-escolar	1,56	0,66-3,7	0,314	1,39	0,58-3,35	0,459
Primaria	1,45	1,24-1,7	<0,001	1,45	1,2-1,75	<0,001
Superior no universitaria	0,84	0,68-1,03	0,094	0,87	0,7-1,08	0,205
Superior universitaria	0,64	0,48-0,86	0,003	0,64	0,47-0,86	0,011
Postgrado	0,35	0,18-0,7	0,003	0,40	0,2-0,81	0,001
Seguro de salud						
Sí	Ref.			Ref.		
No	0,80	0,65-0,99	0,04	0,84	0,68-1,04	0,103

Región						
Lima metropolitana	Ref.			Ref.		
Resto de la Costa	0,82	0,7-0,98	0,026	0,80	0,67-0,95	0,014
Sierra	1,08	0,92-1,27	0,336	1,03	0,85-1,24	0,793
Selva	0,66	0,54-0,79	<0,001	0,63	0,51-0,78	<0,001
Consumo de alcohol						
Sí	Ref.			Ref.		
No	1,20	1,05-1,38	<0,001	0,93	0,79-1,09	0,362
No sabe/ no recuerda	0,24	0,03-1,89	0,177	0,15	0,02-1,08	0,06
Consumo de cigarrillo						
Sí	Ref.			Ref.		
No	1,10	0,91-1,32	0,334	0,71	0,58-0,86	0,001
No sabe/ no recuerda	1,40	0,12-16,59	0,787	2,54	0,23-28,08	0,447
Violencia doméstica						
No	Ref.			Ref.		
Sí	2,23	1,80-2,76	<0,001	2,49	2,01-3,08	<0,001
Edad						
Adulto (30-59a)	Ref.			Ref.		
Adolescente (15-17a)	1,52	1,19-1,93	0,001	1,12	0,82-1,52	0,491
Adulto joven (18-29a)	1,15	0,98-1,35	0,079	1,09	0,92-1,29	0,322
Adulto mayor (60 a más)	1,74	1,47-2,08	<0,001	1,43	1,16-1,07	0,001

❖ Algunos valores fueron aproximados para que se ajusten al número

total.

Tabla 6: Alpha de Cronbach según cada región del Perú

Región	Coficiente
Nacional	0,8699
Lima metropolitana	0,8554
Resto de Lima	0,8688
Sierra	0,8834
Selva	0,8463

Tabla 7: Alpha de Cronbach según cada ítem del PHQ-9.

PHQ-9 Item	Alpha
Poco interés o placer en hacer cosas	0,851
Sentirse con el ánimo bajo, deprimido o sin esperanza	0,8478
Dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o dormir demasiado	0,856
Sentirse cansado o tener poca energía	0,8494
Poco apetito o comer en exceso	0,8577
Sentirse mal consigo mismo o pensar que es un fracaso	0,8557
Dificultad para concentrarse en las cosas demasiado	0,8549
Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado	0,8671
Pensamiento de que estaría mejor muerto o de hacerse daño	0,8611

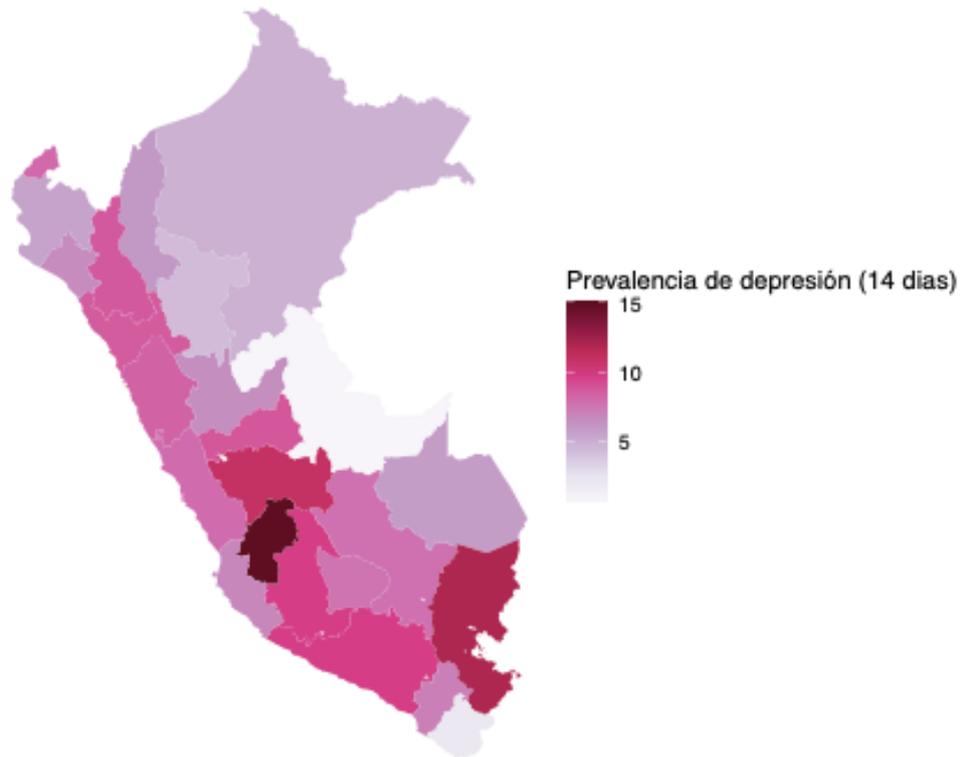
Tabla 8: Prevalencia en 15-17 años de edad

Puntos de Cortes Prevalencia IC 95%	
PHQ-10	9,86 7,91-12,22
PHQ-11	8,53 6,70-10,80

Tabla 9: Prevalencia de 18 a 97 años de edad

Punto de corte Prevalencia IC 95%	
PHQ-10	7,69 7,18-8,24

Gráfica 1. Mapa de calor de prevalencia de síndrome depresivo por departamentos



ANEXOS

Anexo 1: Preguntas relacionadas al PHQ-9 que se realizaron a los participantes del Cuestionario de Salud de la ENDES 2023.

En los últimos 14 días, es decir, entre el _____ y el día de ayer, usted ha sentido molestias o problemas como:

NO HACER INFERENCIAS DE CAUSALIDAD

SI RESPONDE "SÍ", PREGUNTE: ¿Cuántos días?

SI RESPONDE "NO", CIRCULE "0" (PARA NADA)

- A. ¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas? (DE SER NECESARIO LEA: Es decir, no disfruta sus actividades cotidianas)
- B. ¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?
- C. ¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?
- D. ¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique?
- E. ¿Poco apetito o comer en exceso?
- 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)
- G. ¿Moverse mas lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?
- H. ¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?
- I. ¿Sentirse mal acerca de si misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia?

Anexo 2: Definición operacional de las variables del estudio.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO	ESCALA	VALORES
Sexo	Sexo de la persona seleccionada	Sexo biológico de la persona encuestada.	Código de registro en ENDES: QSSEXO	Cualitativa	Nominal	Hombre Mujer

Edad	Años cumplidos de vida del encuestado.	Número de años de vida cumplidos desde el nacimiento.	Código de registro en ENDES: QS23	Cuantitativa	Discreta (Años)	18 - 97
Grado de instrucción	El grado de instrucción es el nivel educativo alcanzado por una persona a lo largo de su vida académica.	La persona encuestada asistió a la escuela. En caso sí haya asistido, se indicará hasta qué nivel educativo aprobó la participante.	Código de registro en ENDES: QS24, QS25N	Cualitativa	Nominal	-Iletrado -Inicial/ Pre- escolar - Primaria - Secundaria - Superior No Universitaria - Superior Universitaria - Postgrado
Seguro de salud	Un seguro de salud es un contrato o acuerdo entre una persona (el asegurado) y una compañía de seguros o con el gobierno de un país, en	La persona encuestada cuenta con un seguro de salud.	Código de registro en ENDES: QS26	Cualitativa	Nominal	Sí No

	donde estos se comprometen a cubrir los gastos médicos y de atención médica del asegurado.					
Consumo de cigarrillo	Consumo de pequeño rollo fabricado de hojas de tabaco, que se prende en un extremo y se inhala por el otro.	La persona encuestada ha consumido o cigarrillos en el último año.	Código de registro en ENDES: QS200	Cualitativa	Nominal	Si No
Consumo de alcohol	Consumo de una sustancia inflamable y miscible en agua, derivada de la fermentación de productos naturales con alto contenido de carbohidratos, es un elemento esencial en la composición	La persona encuestada ha consumido alcohol en el último año.	Código de registro en ENDES: QS206, QS208	Cualitativa	Nominal	Si No

	n de las bebidas alcohólicas.					
Síndrome depresivo	Constelación de signos y síntomas que se encuentran incluidos dentro del cuestionario PHQ-9. Este es un instrumento multipropósito para el tamizaje, diagnóstico, monitoreo y medida de la severidad de depresión que incorpora los estándares de diagnóstico para la depresión según el DSM-IV en una breve herramienta de autoinform	La persona encuestada obtiene una sumatoria de puntaje ≥ 10 .	Código de registro en ENDES: QS700A, QS700B, QS700C, QS700D, QS700E, QS700F, QS700G, QS700H, QS700I, QS703, QS704A, QS704B, QS704C, QS704D, QS704E, QS704F, QS704G, QS704H, QS704I	Cualitativa	Nominal	Positivo (≥ 10) Negativo (< 10)

	e.					
Severidad de síndrome depresivo	Estimación de afectación del síndrome depresivo al individuo afectado que puede ser moderado, moderadamente severo o severo según el resultado del PHQ-9. Este es un instrumento multipropósito para el tamizaje, diagnóstico, monitoreo y medida de la severidad de depresión que	La persona encuestada responde las preguntas indicando un aproximado de tiempo en los que se sentía mal. Con ello se obtiene un puntaje y su sumatoria estima un grado de depresión.	Código de registro en ENDES: QS700A, QS700B, QS700C, QS700D, QS700E, QS700F, QS700G, QS700H, QS700I, QS703, QS704A, QS704B, QS704C, QS704D, QS704E, QS704F, QS704G, QS704H, QS704I	Cualitativa	Ordinal	Negativo (sumatoria <10) Moderada (sumatoria = 10-14) Moderadamente severa (sumatoria = 15-19) Severa (sumatoria >=20)

	incorpora los estándares de diagnóstico para la depresión según el DSM-IV en una breve herramienta de autoinforme.					
Estado civil	Se refiere a la condición en la que se encuentra una persona con relación a su situación de pareja, familia o convivencia .	La persona encuestada responde esta pregunta indicando una de estas 6 posibilidades: soltero, casado, conviviente, viudo, divorciado, separado	Código de registro en ENDES: HV115	Cualitativa	Nominal	- Soltero(a) - Casado(a) - Conviviente - Viudo(a) - Divorciado(a) - Separado(a)
Área de residencia	Área geográfica donde vive la gente, que abarca barrios, comunidades o	La persona encuestada ha sido asignada dentro de un área rural o	Código de registro en ENDES: HV025	Cualitativa	Nominal	-Urbano -Rural

	asentamientos.	urbano.				
Índice de riqueza	Medida utilizada en la investigación social y económica para evaluar la riqueza relativa o el estatus socioeconómico de individuos dentro de una población.	La persona encuestada ha sido asignada dentro de una de las siguientes categorías: los más pobres, pobres, medio, rico, más rico.	Código de registro en ENDES: HV270	Cualitativa	Ordinal	-Los más pobres -Pobre -Medio -Rico -Más rico
Región natural	Ámbito geográfico correspondiente con la división política-administrativa más pequeña del país y comprende un conjunto de centros poblados urbanos y rurales.	Región natural donde se realizó la entrevista. Clasificada como Lima metropolitana, el resto de la Costa, Sierra o Selva.	Código de registro en ENDES: SHREGION	Cualitativa	Nominal	-Lima Metropolitana -Resto Costa -Sierra -Selva

Violencia doméstica	La violencia doméstica se refiere comúnmente a un tipo de maltrato que involucra a un esposo, esposa o pareja.	La persona interrogada ha sufrido agresiones por parte de su pareja. Puede ser con partes del cuerpo u objetos externos en los últimos 12 meses. Si la persona no ha tenido pareja en los últimos 12 meses se considera que no ha sufrido violencia doméstica.	Código de registro en ENDES: QS709, QS710, QS711	Cualitativa	Nominal	Sí No
---------------------	--	--	--	-------------	---------	----------