



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**ESTADO NUTRICIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES EN
ÁREAS RURALES SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE
SALUD FAMILIAR 2021 – 2022**

TESIS

Para optar el título profesional de Médica Cirujana

AUTORA

Salas Reyes, Mishell Angelica (0000-0002-5703-2463)

ASESORA

Indacochea Cáceda, Sonia Lucía (0000-0002-9802-6297)

Lima, Perú

2024

Metadatos Complementarios

Datos de autor

Salas Reyes, Mishell Angelica

Tipo de documento de identidad: DNI

Número de documento de identidad: 72938480

Datos de asesor

Indacochea Cáceda, Sonia Lucía

Tipo de documento de identidad: DNI

Número de documento de identidad: 23965331

Datos del jurado

PRESIDENTE: Salinas Salas, Cecilia Roxana

DNI: 29603219

ORCID: 0000-0002-0503-4213

MIEMBRO: Torres Malca, Jenny Raquel

DNI: 40602320

ORCID: 0000-0002-7199-8475

MIEMBRO: Quiñones Laveriano, Dante Manuel

DNI: 46174499

ORCID: 0000-0002-1129-1427

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.00.00

Código del Programa: 912016

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Mishell Angelica Salas Reyes con código de estudiante N° 201512486, con (DNI o Carné de Extranjería) N° 72938480, con domicilio en Avenida La Paz 981, distrito de San Miguel, provincia y departamento de Lima, en mi condición de bachiller en Medicina Humana, de la Facultad de Medicina Humana, declaro bajo juramento que:

La presente tesis titulada; “ESTADO NUTRICIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES EN ÁREAS RURALES SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2021-2022.”, es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente Indacochea Cáceda Sonia Lucía, y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc; la cual ha sido sometida al antiplagio Turnitin y tiene el 5 % de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en la tesis, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro de la tesis es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en la tesis y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 11 de marzo de 2024



Salas Reyes Mishell Angelica

DNI N° 72938480

INFORME DE SIMILITUD DEL PROGRAMA ANTIPLAGIO TURNITIN

ESTADO NUTRICIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES EN ÁREAS RURALES SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2021 – 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%

INDICE DE SIMILITUD

5%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

2%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

hdl.handle.net

Fuente de Internet

2%

2

repositorio.urp.edu.pe

Fuente de Internet

2%

3

dspace.ucuenca.edu.ec

Fuente de Internet

1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

DEDICATORIA

*A mis padres y a mi familia, por
todo su amor y apoyo incondicional*

RESUMEN

Introducción: Existe una elevada prevalencia de depresión en los adultos mayores; además, el aislamiento social y la falta de acceso a servicios de salud en las áreas rurales contribuyen a aumentar su vulnerabilidad. Los hábitos nutricionales podrían tener efecto en la salud mental de la población. **Objetivo:** Determinar la asociación entre el estado nutricional y la depresión en adultos mayores en áreas rurales según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021 – 2022. **Métodos:** El tamaño muestral ponderado fue de 3245 adultos mayores. Se recopiló información del Cuestionario de Salud del Paciente, y se utilizaron los valores del índice de masa corporal y perímetro abdominal. También se recopiló información sobre factores sociodemográficos. Se utilizaron los pesos de los factores de ponderación para muestras complejas. **Resultados:** El 16,7 % presentaba depresión clínicamente significativa, 82,8 % tenía un estado nutricional alterado. Tras ajustar el estado nutricional según los factores sociodemográficos, no se encontró asociación significativa con la depresión ($p > 0,05$). El grupo de sexo femenino exhibió una mayor prevalencia de depresión (RPa: 1,58; $p < 0,001$); así como el grupo de 75 a 84 años (RPa: 1,33; $p = 0,002$), mayores de 85 años (RPa: 1,96; $p < 0,001$), y aquellos con discapacidad física (RPa: 1,37; $p = 0,006$); mientras que aquellos con un nivel educativo superior (RPa: 0,40; $p = 0,036$) mostraron menor prevalencia. **Conclusiones:** El estado nutricional no se asoció a la depresión en adultos mayores de áreas rurales del Perú; sin embargo, si se evidenciaron factores sociodemográficos asociados.

Palabras clave: anciano; nutrición del anciano; salud mental; depresión; población rural

ABSTRACT

Introduction: There is a high prevalence of depression in older adults. Additionally, social isolation and lack of access to health services in rural communities contribute to increased vulnerability. Nutritional habits could impact the mental health of the population. **Objective:** To determine the association between nutritional status and depression in older adults in rural areas according to the Demographic and Family Health Survey 2021 – 2022. **Methods:** The weighted sample size was 3245 older adults. Information was collected from the Patient Health Questionnaire, and body mass index and abdominal perimeter values were used. Information on sociodemographic factors was also collected. Weighting factor weights for complex samples were used. **Results:** 16.7% had clinically significant depression, 82.8% had an altered nutritional status. After adjusting for nutritional status according to sociodemographic factors, no significant association with depression was found ($p > 0.05$). The female sex group exhibited a higher prevalence of depression (PRa: 1.58; $p < 0.001$); as well as the group aged 75 to 84 years (PRa: 1.33; $p = 0.002$), over 85 years (PRa: 1.96; $p < 0.001$), and those with physical disability (PRa: 1.37; $p = 0.006$); while those with a higher educational level (PRa: 0.40; $p = 0.036$) showed a lower prevalence **Conclusions:** Nutritional status was not associated with depression in older adults from rural communities in Peru; however, associated sociodemographic factors were evident.

Key words: aged; elderly nutrition; mental health; depression; rural population

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1 Descripción de la realidad problemática	2
1.2 Formulación del problema.....	3
1.3 Línea de investigación	3
1.4 Justificación	4
1.5 Delimitación	4
1.6 Objetivos.....	5
1.6.1 Objetivo general	5
1.6.2 Objetivos específicos.....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes de la investigación.....	6
2.2 Bases teóricas	10
2.3 Definiciones conceptuales	15
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	16
3.1 Hipótesis	16
3.2 Variables.....	16
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....	17
4.1 Tipo y diseño de investigación	17
4.2 Población y muestra	17
4.3 Operacionalización de variables.....	18
4.4 Técnicas e instrumento de recolección de datos.....	18
4.5 Recolección de datos	18
4.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos	19

4.7 Aspectos éticos	20
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSION.....	21
5.1 Resultados.....	21
5.2 Discusión de resultados	28
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	33
6.1 Conclusiones.....	33
6.2 Recomendaciones	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
ANEXOS	41
ANEXO 1. Acta de aprobación del proyecto de tesis	41
ANEXO 2. Carta de compromiso del asesor de tesis	42
ANEXO 3. Acta de aprobación del cambio de título	43
ANEXO 4. Certificado de asistencia al Curso Taller de Titulación por Tesis	42
ANEXO 5. Carta de aceptación de ejecución de la tesis por el comité de ética en investigación.....	44
ANEXO 6. Acta de aprobación del borrador de tesis	45
ANEXO 7. Matriz de consistencia	47
ANEXO 8. Operacionalización de variables	48
ANEXO 9. Ficha de recolección de datos (ENDES)	51
ANEXO 10. BASE DE DATOS	53

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de la valoración nutricional en adultos mayores según el IMC	13
Tabla 2. Clasificación de riesgo de enfermar según el PAB	13
Tabla 3. Características sociodemográficas de los adultos mayores de áreas rurales del Perú, según la ENDES 2021-2022.....	21
Tabla 4. Depresión en adultos mayores de áreas rurales del Perú, según la ENDES 2021 – 2022	22
Tabla 5. Categorías de índice de masa corporal, perímetro abdominal y estado nutricional de los adultos mayores de áreas rurales del Perú, según la ENDES 2021 – 2022	22
Tabla 6. Estado nutricional y depresión en adultos mayores de áreas rurales del Perú, según la ENDES 2021 – 2022	23
Tabla 7. Índice de masa corporal y depresión en adultos mayores de áreas rurales del Perú, según la ENDES 2021 – 2022	24
Tabla 8. Perímetro abdominal y depresión en adultos mayores de áreas rurales del Perú, según la ENDES 2021 – 2022	24
Tabla 9. Factores sociodemográficos y depresión en adultos mayores de áreas rurales del Perú, según la ENDES 2021 – 2022.....	25
Tabla 10. Análisis bivariado y multivariado de las variables asociadas a la depresión en adultos mayores de áreas rurales del Perú, según la ENDES 2021 – 2022.....	26

INTRODUCCIÓN

La depresión constituye un desafío significativo, especialmente en adultos mayores, a nivel mundial. En Perú, en las comunidades altoandinas existe una prevalencia elevada de depresión en los adultos mayores, asociada a diversos determinantes sociodemográficos, y como consecuencia genera un aumento de la discapacidad física en esta población. La depresión en los adultos mayores se caracteriza por síntomas persistentes, y su detección es crucial para preservar la calidad de vida.

Por otro lado, la calidad de la dieta se vincula con la presencia de síntomas depresivos, destacándose que una dieta de mala calidad aumenta la probabilidad de depresión. En comunidades rurales peruanas, la escasez de agua, la inseguridad alimentaria y la prevalencia de desnutrición, especialmente en adultos mayores, se suman a los desafíos. El aislamiento social y la limitada accesibilidad a servicios de salud agravan la vulnerabilidad, subrayando la necesidad de identificar factores de riesgo asociados y mejorar el acceso a la atención médica y de salud mental en estas comunidades.

Por lo mencionado anteriormente, esta investigación aborda una problemática de salud pública crucial al examinar la relación entre el estado nutricional y la depresión en adultos mayores de zonas rurales en Perú, contribuyendo al conocimiento científico y ofreciendo resultados que pueden orientar el desarrollo de estrategias de intervención y políticas de salud pública adaptadas a las necesidades específicas de los adultos mayores en estas áreas.

En el primer capítulo, se establece la realidad problemática que sustenta esta investigación. El segundo capítulo se centra en la revisión exhaustiva de la literatura relevante, examinando estudios previos y las investigaciones más recientes en relación con el estado nutricional y la depresión en adultos mayores. En el tercer capítulo se presentan las hipótesis y en el cuarto capítulo se detalla la metodología empleada para llevar a cabo la investigación. En el quinto capítulo, se presenta y se discuten los resultados obtenidos. Finalmente, el sexto capítulo consolida las conclusiones de la investigación y se brindan recomendaciones.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La depresión es un trastorno del estado del ánimo que afecta a aproximadamente 280 millones de personas a nivel mundial, incluyendo al 5 % de los adultos.¹ Globalmente, se calcula que la prevalencia de depresión mayor en adultos de 60 años en adelante es del 13,3%, siendo Australia el país con mayor prevalencia reportada (20,1 %), seguida de la región europea (12,9 %).² De igual manera, si se evalúa la presencia de este trastorno en países de medianos y bajos ingresos, la prevalencia aproximada es del 17,3 %, y se asocia significativamente al aumento de la mortalidad en esta población.³

En el Perú, un análisis realizado durante el periodo 2013 – 2017 en comunidades altoandinas, encontró que la prevalencia de depresión en los adultos mayores era del 40,7 % y se asociaba a diversas variables sociodemográficas.⁴ De igual manera, un análisis de 12 comunidades andinas durante el periodo 2013 – 2019, encontró que el 50,9 % de los adultos mayores presentaban depresión, y que este trastorno aumentaba de manera significativa la prevalencia de discapacidad física.⁵ Sin embargo, durante la pandemia de COVID-19, la cual tuvo diversas repercusiones en la población mundial, un estudio encontró que el 62,9 % de la población de adultos mayores del país presentaban síntomas depresivos,⁶ evidenciándose un aumento en la prevalencia con relación a años anteriores.

La depresión en los adultos mayores es común y se caracteriza por síntomas de más de dos semanas de duración, como la tristeza persistente, la pérdida de interés en actividades cotidianas, la fatiga y la disminución del apetito; sin embargo, este trastorno muchas veces no es reconocido y genera repercusiones en la calidad del adulto mayor.⁷ En este sentido, es importante que el personal de salud pueda detectar la presencia de síntomas depresivos en esta población, e identificar su origen para poder manejarlo, teniendo en cuenta los factores de riesgo del paciente.⁸

Algunos autores mencionan que la calidad de la dieta juega un rol importante en la presentación de síntomas depresivos en el adulto mayor, señalándose que aquellos que tienen una dieta de mala calidad tienen 39 % mayor probabilidad de presentar episodios de depresión mayor.⁹ De igual manera se ha mencionado que una mejor adherencia a una dieta

mediterránea se asocia de manera importante a menor presencia de síntomas depresivos y un mejor estado cognitivo en adultos mayores.¹⁰ En este contexto, la alimentación y el estado nutricional parecen jugar un rol importante en la salud mental y la presencia de síndromes geriátricos en la población adulta mayor.¹¹ No obstante, en zonas rurales, donde el acceso a una alimentación adecuada a menudo es limitado, esta situación resulta preocupante.

Un análisis del año 2019, observó que en áreas andinas del Perú existe una escasez de agua para satisfacer la demanda agrícola actual durante la mayor parte del año, además, la mayor parte del tiempo los cultivos, basados principalmente en la papa, no logran satisfacer la demanda local, lo que supone una situación de inseguridad alimentaria para estas comunidades.¹² Sumado a esto, durante el periodo 2005 -2013, la prevalencia de desnutrición en los adultos mayores del país fue de aproximadamente 30%, siendo los hombres, los adultos mayores de 80 años y aquellos que residían por encima de los 3000 metros sobre el nivel del mar, los más afectados.¹³ Además, el aislamiento social y la falta de acceso a servicios de salud en las comunidades rurales contribuyen a aumentar la vulnerabilidad de ciertas poblaciones, por ejemplo, los adultos mayores en estas áreas enfrentan dificultades para acceder a la atención médica y servicios de salud mental,¹⁴ lo que hace que la detección y el tratamiento de la depresión sean aún más desafiantes, y resalta la importancia de identificar los factores de riesgo asociados a esta.

1.2 Formulación del problema

¿Existe asociación entre el estado nutricional y la depresión en adultos mayores en áreas rurales según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021 – 2022?

1.3 Línea de investigación

Teniendo en cuenta las “Líneas de Investigación 2021 – 2025” de la Universidad Ricardo Palma,¹⁵ este trabajo corresponde al área de conocimiento de medicina, a la línea de “Salud individual, familiar y comunal”. Además, de acuerdo a las “Prioridades de Investigación en Salud en el Perú 2019-2023” del Instituto Nacional de Salud,¹⁶ esta investigación responde al problema sanitario de “Salud Mental” y a la prioridad de investigación sobre el “estado de la salud mental negativa y positiva de la población peruana según etapas de vida y

condiciones de vulnerabilidad, carga de morbilidad, brecha de atención según área geográfica”.

1.4 Justificación

Desde una perspectiva teórica, esta investigación permite abordar una problemática de salud pública de gran relevancia, ya que la población de adultos mayores en zonas rurales enfrenta desafíos únicos en términos de acceso a servicios de salud, presentan una mayor vulnerabilidad nutricional, y existe una creciente preocupación por la salud mental en esta población, particularmente cuando se habla acerca de la depresión. Si bien estudios previos han señalado la posible interacción entre el estado nutricional y la salud mental en adultos mayores, se requiere una comprensión más profunda y específica de esta relación en el contexto peruano. Esta investigación contribuye al conocimiento científico y permite generar resultados que puedan servir para desarrollar estrategias de intervención y políticas de salud pública adaptadas a las necesidades de esta población.

Por otro lado, desde una perspectiva práctica, este estudio tiene una relevancia directa para la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores en zonas rurales del Perú, pues al identificar la asociación entre el estado nutricional y la depresión, se podrían diseñar intervenciones preventivas y terapéuticas más efectivas, considerando las condiciones específicas de estas áreas geográficas. Además, proporciona información valiosa para la educación de la comunidad y la concienciación sobre la importancia de una alimentación adecuada y el apoyo emocional en la población de adultos mayores en entornos rurales. De igual manera, este estudio contribuye a generar información para mejorar la atención integral de la salud en esta población que a menudo se encuentra en condiciones de desventaja y sirve de guía al personal de salud para optar por otras alternativas e instrumentos en la valoración de la salud física y mental de la población.

1.5 Delimitación

Temáticamente, este estudio se delimitó a evaluar el estado nutricional y su influencia sobre su salud mental de la población, en concreto sobre la presentación de depresión. El estudio incluyó a adultos mayores de zonas rurales del Perú según la información contenida en la ENDES 2021 – 2022.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo general

- Determinar la asociación entre el estado nutricional y la depresión en adultos mayores en áreas rurales según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021 - 2022.

1.6.2 Objetivos específicos

- Analizar la asociación entre el índice de masa corporal y la depresión en adultos mayores en áreas rurales del Perú según la ENDES 2021 - 2022.
- Evaluar la asociación entre el perímetro abdominal y la depresión en adultos mayores en áreas rurales del Perú según la ENDES 2021 - 2022.
- Identificar los factores sociodemográficos que influyen en la depresión en adultos mayores en áreas rurales del Perú según la ENDES 2021 – 2022.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Nekar et al.,¹⁷ en su artículo “Geriatric Depression and Its Association with Geriatric Malnutrition: A Cross-Sectional Study in Hubballi, North Karnataka”, publicado el año 2022, ejecutaron un estudio transversal analítico comunitario en una ciudad de la India. Los autores evaluaron a 260 adultos mayores, con edad predominante de 60 a 69 años (49,2 %), que residían en zonas urbanas (65,8 %) y marginales (34,2 %). El 79,6 % convivía con niños, 64,6% habían recibido educación, y más del 70 % pertenecía a una clase media o superior. En cuanto al estado nutricional, el 64 % de los participantes se presentaba riesgo de desnutrición y 16 % desnutrición. Por otro lado, la prevalencia de síntomas depresivos también fue alta, observándose que el 68,5 % de los adultos mayores presentaban algún grado de depresión. Cuando se evaluó la relación entre las variables, se encontró que el riesgo de desnutrición y la desnutrición se asociaban a mayor prevalencia de depresión, en comparación con los que presentaban un estado nutricional normal ($p = 0,001$). Además, vivir solo, a comparación a convivir con la familia, también se asoció de manera significativa a mayor riesgo de depresión ($p = 0,001$). Se concluye que el estado nutricional, así como otros determinantes sociodemográficos, se asocian a la depresión en adultos mayores.

Jiménez-Saldívar et al.,¹⁸ en su artículo “Relación del riesgo nutricional y la presencia de depresión en adultos mayores ambulatorios de Aguascalientes, México”, publicado el 2021, llevaron a cabo un estudio transversal analítico. Se evaluó a 50 adultos mayores mediante el “Mini Nutritional Assessment” (MNA) y datos antropométricos para valorar su estado nutricional, y además se utilizó la “Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage” (GDS) para determinar la presencia de síntomas depresivos. En cuanto al estado nutricional, se observó que el 22% de los adultos mayores se encontraban en riesgo de desnutrición, y 2 % tenía desnutrición, y la media el IMC fue de $27,1 \pm 4,4$. Por otro lado, del 42 % de participantes que presentaban síntomas de depresión, 66 % eran mujeres y 44 % eran hombres. Utilizando las pruebas de correlación se encontró

una asociación negativa entre los resultados del MNA y la presencia de síntomas de depresión, pero no con los valores de IMC. Se concluye que el riesgo de desnutrición es un determinante importante en el padecimiento de depresión de los adultos mayores.

Alam et al.,¹⁹ en su artículo “Geriatric malnutrition and depression: Evidence from elderly home care population in Bangladesh”, publicado el 2021, realizaron una investigación transversal analítica que contó con la participación de 300 adultos mayores. Los resultados de este estudio transversal analítico mostraron que, el 83,7 % de los encuestados presentaban algún grado de depresión, y 25,5 % presentaba desnutrición y 59 % se encontraba en riesgo de desnutrición. Además, en el análisis inferencial se encontró asociación entre los síntomas de depresión y el sexo, el IMC, la talla y el peso. En la regresión logística se encontró que presentar desnutrición (OR: 4,05; IC 95 %: 2,79 – 5,87) y riesgo de desnutrición (OR: 1,67; IC 95 %: 1,24 – 2,24) fueron factores de riesgo para presentar síntomas depresivos. Se concluye que el estado nutricional se asocia a la depresión en la población adulta mayor.

Aydoğan et al.,²⁰ en su artículo “Evaluation of Malnutrition and Depression in Elderly People: An Epidemiological Study in Turkey” publicado el 2019, realizaron un estudio transversal analítico, recopilando información de 579 adultos mayores de Sivrihisar. Los resultados mostraron que el 25 % de los participantes se encontraban probablemente en un estado de malnutrición; además, pertenecer al grupo etario de 80 a más años (OR: 3,24; IC 95 %: 1,53 – 6,85), tener un menor nivel educativo (OR: 2,54; IC 95 %: 1,32 – 4,90), y presentar síntomas de depresión (OR: 4,97; IC 95 %: 3,17 – 7,78) fueron factores de riesgo para la malnutrición. Se concluyó que el estado nutricional y la depresión son variables asociadas en los adultos mayores.

Karakaş et al.,²¹ en su artículo “Investigation of the relationship between depression and nutritional status of elderly patients in home care”, publicado el año 2019, desarrollaron un estudio transversal analítico en un hospital de Turquía. Evaluaron a un total de 86 pacientes geriátricos, y encontraron que 50 % se encontraba en riesgo de desnutrición y 37,2 % desnutridos; además, la prevalencia de depresión fue elevada, el 79,1 % presentaba algún grado de depresión. En este estudio no se encontraron asociaciones entre el IMC y la presencia de depresión, pero sí entre la desnutrición y el riesgo de

desnutrición evaluado mediante el MNA ($p < 0,001$). Se concluye que el estado nutricional se asocia a la presencia de síntomas depresivos en la población de adultos mayores.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Gonzales Pinto,²² en su tesis “Relación entre el estado nutricional y depresión en adultos mayores del C.S. Víctor Raúl Hinojosa - Arequipa 2023”, realizó un estudio transversal analítico prospectivo en el que evaluó a 116 adultos mayores. En cuanto a la valoración nutricional, el 42,1 % presentaba riesgo de desnutrición y 19,8 % desnutrición. Cuando se evaluaron los síntomas depresivos, el 33,6 % mostró una probable depresión y 27,6 % una depresión establecida. Además, en cuanto a las variables sociodemográficas, el 65 % de los participantes de 81 años a más, y el 28,9 % de las mujeres, presentaron depresión establecida. En el análisis de correlación, utilizando la prueba de Chi² se encontró asociación significativa ($p < 0,001$) entre la desnutrición y la depresión, según la edad y sexo de los participantes. Se concluye que existe asociación entre el estado nutricional de los adultos mayores y la presencia de síntomas depresivos, pudiendo influir en esta asociación las variables sociodemográficas como edad y sexo.

Mucha-Samaniego et al.²³ en su trabajo “Asociación entre la depresión y desnutrición en el adulto mayor de un distrito de la serranía central peruana durante la pandemia” desarrollado en Huancayo y publicado el 2023, evaluaron mediante el estado nutricional y la depresión en 450 adultos mayores de 60 años que acudían a un centro de salud. En este estudio transversal analítico, la población estuvo compuesta en su mayoría por adultos de 60 a 69 años (50,6 %), residentes de zonas rurales (59,8 %), con primaria completa o menos (60,6 %), que no convivían solos (78 %). En cuanto a la valoración nutricional, 53,6 % presentó valores normales de IMC, sin embargo, en la evaluación global, el 49,3 % se encontraba en riesgo de malnutrición y un 28 % ya presentaba malnutrición. En cuanto a la depresión, el 30,7 % presentaba una depresión moderada/severa, el porcentaje restante no presentaba síntomas depresivos, o estos eran leves. En el análisis multivariado se observó que una depresión severa se asociaba de manera significativa a una mayor prevalencia de desnutrición en esta población (RPa: 3,00; IC 95 %: 1,69-5,30; $p < 0,001$). No se encontró asociación significativa entre las

variables sociodemográficas y la desnutrición. Se concluyó que el estado nutricional se asocia a la presencia de síntomas depresivos en los adultos mayores.

Salhuana et al.²⁴ en su tesis titulada “Sobrepeso, obesidad y factores relacionados en adultos mayores de un hospital general en Lima, Perú”, desarrollada en Lima el 2022, valoraron el IMC y el perímetro abdominal de 658 adultos mayores de 60 años durante el periodo 2017 - 2020, además registraron datos sobre comorbilidades y variables sociodemográficas. En este estudio transversal analítico, se encontró asociación entre la edad, el nivel de instrucción y la prevalencia de obesidad central en el grupo de mujeres. No obstante, no se encontró asociación significativa entre el estado nutricional y la presencia de síntomas depresivos.

Failoc-Rojas et al.²⁵ en su estudio “Factores relacionados con depresión en adultos mayores atendidos en atención primaria de salud en Chiclayo”, llevado a cabo en Lambayeque y publicado el 2021, se evaluaron a 302 adultos mayores de 60 años. En cuanto al estado nutricional, el 52,7 % de los encuestados mostró un IMC normal, 18,9 % delgadez y 28,4% sobrepeso u obesidad. Por otro lado, la prevalencia de depresión en esta población fue de 30,8 %, observándose que el grupo etario de 80 a más años se asociaba a mayor prevalencia de depresión (RPc: 1,52; IC 95 %: 1,03 – 2,24; p = 0,033), al igual que el deterioro cognitivo (RPa: 1,86; IC 95 %: 1,32 – 2,63; p < 0,001) y la presencia de problemas sociales (RPa: 3,42; IC 95 %: 2,03 – 5,76; P < 0,001). En este estudio no se encontró asociación entre el estado de nutricional y los síntomas de depresión.

García Moreno,²⁶ en su tesis titulada “Depresión y factores antropométricos en adulto mayor, estudio de costos de la obesidad: análisis de la Encuesta de Demografía y Salud Familiar 2018” desarrollada en Lima y publicada el año 2020, realizó un análisis de bases secundarias en el que incluyó a 4824 adultos mayores de 60 años cuyos datos se registraban en la ENDES 2018, de los cuales el 44,3 % residían en viviendas rurales. Respecto al estado nutricional, el 45,8 % presentaba obesidad central, y el 92 % presentaba valores anormales del índice cintura/estatura; sin embargo, al valorar el IMC, 21-41 % mostró valores normales, solo un 29,8 % presentaba sobrepeso y 12,7 % obesidad. La prevalencia de depresión en esta población fue elevada (86 %), y cuando

se realizó el análisis bivariado, se encontró asociación con los valores circunferencia abdominal ($p = 0,003$), IMC ($p = 0,007$) y la índice cintura/estatura ($p = 0,003$). De igual manera, en el análisis inferencial se observó que ser mujer (RPa: 1,58; IC 95 %: 1,16 - 2,15; $p = 0,003$), residir en una zona rural (RPa: 1,81; IC 95 %: 1,36 - 2,44; $p < 0,001$) fueron variables asociadas a mayor prevalencia de depresión en la población adulta mayor. En base a estos resultados se concluye que el estado nutricional, así como otras variables sociodemográficas, se asocian a la depresión en adultos mayores de 60 años.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Estado nutricional del adulto mayor

El estado nutricional de un individuo se define como el equilibrio entre la ingesta de nutrientes y el gasto de energía, lo cual repercute directamente en su salud y calidad de vida; este concepto es crítico en el contexto geriátrico, ya que los adultos mayores son especialmente vulnerables a la desnutrición y a las alteraciones en su composición corporal.²⁷ Por lo tanto, la evaluación apropiada del estado nutricional desempeña un papel fundamental en la identificación temprana de la desnutrición, la identificación de factores de riesgo, el descubrimiento de las razones detrás de posibles deficiencias nutricionales, la formulación de estrategias para mejorar el estado nutricional y la evaluación de la eficacia de las intervenciones nutricionales.²⁸

Se conoce que, en individuos de la tercera edad, es posible prevenir o postergar numerosos problemas de salud, dado que la mayoría de sus afecciones derivan de enfermedades crónicas; de hecho, incluso en etapas avanzadas de la vida, la adopción de hábitos saludables, como la práctica de actividad física regular y una alimentación adecuada, puede aportar notables ventajas en términos de salud y calidad de vida. En este sentido, el manejo de la desnutrición en la población de la tercera edad debe ser abordado desde múltiples perspectivas, pues se ha demostrado que la provisión de orientación nutricional personalizada conduce a mejoras significativas en el estado nutricional de los ancianos en un lapso de 12 semanas.²⁷

La valoración nutricional se inicia con un enfoque en la anamnesis, donde resulta importante determinar si ha habido una disminución en el peso corporal, además, la

historia dietética complementa este proceso y permite la formulación de recomendaciones específicas; y para obtener un panorama completo, se pueden evaluar los parámetros antropométricos y bioquímicos.²⁹

Historia clínica

En la historia clínica es importante identificar factores de riesgo de desnutrición y evaluar hábitos alimentarios; por lo tanto, se presta especial atención a aspectos relacionados con las limitaciones que afectan la capacidad del individuo para acceder a los alimentos, como la compra y la preparación de comidas; además, se consideran problemas comunes en los ancianos, como las afecciones dentales que pueden impactar en su estado nutricional, la disfagia, que afecta a un porcentaje significativo de ancianos.³⁰

Se indaga sobre el consumo de suplementos dietéticos, vitaminas y, de manera especialmente relevante, la presencia de pérdida de peso no intencionada, considerando significativa una pérdida del 5% en un año o un 10% en 5-10 años, lo cual se ha asociado con un mayor riesgo de mortalidad en estos pacientes.²⁹

Asimismo, se examina la historia farmacológica del paciente, ya que los medicamentos pueden influir en la nutrición, el metabolismo de nutrientes y, en última instancia, el estado nutricional, siendo los ancianos especialmente susceptibles debido a su consumo frecuente de medicamentos por pluripatología crónica, menor eficiencia en la absorción de nutrientes y riesgo de dietas deficientes.³⁰

Historia dietética

Uno de los pasos iniciales fundamentales en la valoración nutricional es la evaluación de la ingesta dietética, la cual debería llevarse a cabo de manera habitual en la exploración de la población anciana, incluso en los niveles básicos de atención médica, debido a su probada eficacia en la detección de aquellos ancianos en alto riesgo de desnutrición o que puedan mostrar signos iniciales de este problema. Sin embargo, en la práctica, no siempre se dispone del tiempo necesario ni de la cooperación del individuo para llevar a cabo un registro detallado de la alimentación, y a veces, el propio sujeto no recuerda completamente lo que ha consumido en días anteriores, lo que puede suponer una limitación para realizar esta evaluación.³⁰

Parámetros antropométricos

Los parámetros antropométricos, son mediciones sencillas, económicas y de rápida realización que proporcionan una estimación indirecta del estado nutricional y la composición corporal. Estos son utilizados para evaluar indirectamente el estado nutricional y la composición corporal, deben manejarse con precaución, no deben interpretarse de manera aislada ni como indicadores tempranos de desnutrición. Además, es fundamental contar con parámetros de referencia específicos para la población estudiada, considerando la heterogeneidad de los ancianos (sanos, hospitalizados, institucionalizados, etc.).²⁹

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA), en su “Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor”,³¹ indica que se debe utilizar la medición del índice de masa corporal (IMC) y el perímetro abdominal (PAB) para valorar el estado nutricional en los adultos mayores.

Los valores de IMC obtenidos permiten clasificar el estado nutricional de los adultos mayores como “delgadez”, “normal”, “sobrepeso” y “obesidad” (Tabla 1). La utilización de este indicador en la valoración nutricional en esta etapa de la vida es de carácter orientativo, pues las transformaciones en el cuerpo que tienen lugar durante el envejecimiento pueden influir en las medidas antropométricas, como el peso y la estatura; por lo tanto, se hace necesario llevar a cabo una evaluación integral de las personas mayores para obtener una visión más precisa de su estado nutricional.³¹ Se debe tener en cuenta que diversas investigaciones han demostrado que en la población de edad avanzada, valores de IMC por debajo de 22 o incluso 20 se relacionan con un aumento en la tasa de mortalidad; en contraste, valores de IMC dentro del rango de 25 a 28 se asocian con una disminución en la tasa de mortalidad.³⁰

Tabla 1. Clasificación de la valoración nutricional en adultos mayores según el IMC

Clasificación	IMC
Delgadez	≤ 23
Normal	$> 23 - < 28$
Sobrepeso	≥ 28 a < 32
Obesidad	≥ 32

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. Módulo 5. Valoración Nutricional del Adulto Mayor. Washington, DC 2002.

Por otro lado, se conoce que con el envejecimiento se producen cambios en la distribución de grasa corporal, que tiende a acumularse en la región abdominal, siendo más pronunciado en hombres que en mujeres. Por lo que, la medición del perímetro abdominal resulta útil para valorar el estado nutricional de esta población. Esta medida se realiza de manera sencilla con una cinta métrica a la altura del ombligo y se emplea como una herramienta para identificar el riesgo de padecer diversas enfermedades, como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares y otras condiciones de salud.³¹

Tabla 2. Clasificación de riesgo de enfermar según el PAB

Sexo	Riesgo		
	Bajo	Alto	Muy alto
Varón	< 94 cm	≥ 94 cm	≥ 102 cm
Mujer	< 80 cm	≥ 80 cm	≥ 88 cm

Fuente: World Health Organization, 2000. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity, Technical Report Series 894. Geneva, Switzerland.

El MINSA refiere que, los niveles de riesgo de comorbilidad se incrementan en las personas adultas mayores cuando existe asociación entre los valores aumentados (anormales) de IMC y PAB. Existe además el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles.³¹

2.2.2 Depresión

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que afecta de manera significativa a la salud mental y emocional de los individuos, y en el contexto de la población adulta mayor, sus implicaciones son aún más notorias.⁷ En personas mayores, se pueden observar diversos trastornos depresivos similares a los de adultos más jóvenes, como el trastorno depresivo mayor, la distimia, los trastornos de adaptación con síntomas depresivos y los trastornos bipolares; sin embargo, la depresión en los ancianos a menudo presenta características clínicas distintivas, que incluyen una expresión facial marcada por la tristeza, una postura encorvada, ceño fruncido, hombros caídos, cabeza inclinada hacia adelante, lentitud en el movimiento, habla lenta con poca expresión emocional (disprosodia), pensamientos de culpa y pesimismo, sensación de bloqueo cognitivo general, dificultades en la toma de decisiones y la planificación, quejas excesivas de síntomas somáticos, tendencia a somatizar y preocupaciones hipocondríacas.⁸

Es importante destacar que la presencia de síntomas hipocondríacos, especialmente en pacientes que no suelen quejarse de problemas de salud, debe considerarse como una señal de alarma, ya que la depresión con características hipocondríacas aumenta el riesgo de suicidio en la población anciana.⁸ En esta población, la depresión está asociada con una serie de factores de riesgo, como la soledad, la pérdida de seres queridos, problemas de salud crónicos y el aislamiento social; además, la presencia de la depresión en esta población se ha relacionado con un mayor riesgo de deterioro cognitivo, discapacidad funcional y un mayor riesgo de mortalidad.³²

Para diagnosticar la depresión en personas mayores, es necesario seguir una estrategia que comprende varios elementos; en primer lugar, la exploración clínica, ya que el diagnóstico de la depresión en esta población se basa en evaluación clínica. Los criterios utilizados son los mismos que para adultos jóvenes, como los definidos en las clasificaciones DSM-5 y CIE-10; además, se lleva a cabo una evaluación neuropsicológica básica para descartar posibles afectaciones cognitivas. En este proceso, se utilizan instrumentos de evaluación específicos para la depresión en personas mayores, y si bien la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage una de las más

ampliamente empleadas en este grupo demográfico,⁸ el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), también ha mostrado validez y confiabilidad para evaluar los síntomas depresivos en los adultos mayores.³³

La detección temprana y el tratamiento de la depresión en adultos mayores son esenciales para mejorar su calidad de vida y prevenir complicaciones adicionales.⁸ En adultos mayores con depresión, se debe promover el aumento de la actividad física, mejorar la nutrición y fomentar la participación en actividades agradables y en interacciones sociales, pero generalmente se requieren intervenciones adicionales, como tratamiento farmacológico y psicoterapia, debido a la dificultad que la depresión conlleva para realizar cambios en el estilo de vida.³² La terapia farmacológica, que incluye antidepresivos, puede ser parte de la estrategia de tratamiento, pero es importante considerar cómo el envejecimiento afecta los procesos de absorción, distribución y eliminación de los medicamentos (farmacocinética) y cómo influye en la respuesta y los efectos de los medicamentos (farmacodinamia).⁸

2.3 Definiciones conceptuales

- **Adulto mayor:** Persona que ha superado la esperanza de vida media de 60 años.²⁷
- **Zona rural:** Parte de un territorio que no contiene más de 100 viviendas agrupadas en áreas contiguas y no ostenta la condición de capital de un distrito; o en caso de superar las 100 viviendas, estas están distribuidas de manera dispersa sin formar conglomerados o concentraciones.³⁴
- **Depresión:** Trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desinterés en actividades, fatiga, cambios en el apetito y el sueño, sentimientos de inutilidad y culpa, y dificultad para concentrarse.³⁵
- **Estado nutricional:** Estado de salud de las personas mayores, influenciado por su estado nutricional, hábitos alimentarios, estilo de vida y otros aspectos relacionados con el proceso de envejecimiento.³¹
- **Índice de masa corporal:** Relación entre el peso corporal con la talla elevada al cuadrado de la persona.³¹
- **Perímetro abdominal:** Medida de la circunferencia de la zona alrededor del abdomen, tomada a la altura del ombligo.³⁶

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

3.1.1 Hipótesis general

Ha: Existe asociación entre el estado nutricional y la depresión en adultos mayores en áreas rurales según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021 – 2022.

H0: No existe asociación entre el estado nutricional y la depresión en adultos mayores en áreas rurales según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021 – 2022.

3.1.2 Hipótesis específicas

- Existe asociación entre el índice de masa corporal y la depresión en adultos mayores en áreas rurales del Perú según la ENDES 2021 – 2022.
- Existe asociación entre el perímetro abdominal y la depresión en adultos mayores en áreas rurales del Perú según la ENDES 2021 – 2022.
- Existen factores sociodemográficos que influyen en la depresión en adultos mayores en áreas rurales del Perú según la ENDES 2021 – 2022.

3.2 Variables

3.2.1 Variable dependiente

- Depresión

3.2.2 Variable independiente

- Estado nutricional

3.2.3 Variables confusoras: Sociodemográficas

- Sexo
- Edad
- Nivel educativo
- Convivencia
- Discapacidad física
- Jefe del hogar
- Índice de riqueza

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño de investigación

Se realizó una investigación de tipo básica, ya que su propósito no se centró en generar aplicaciones prácticas o usos específicos, sino en adquirir un entendimiento más profundo de los principios y fundamentos de fenómenos y hechos observables en la realidad.³⁷ Tuvo un enfoque cuantitativo, ya que los datos recopilados permitieron medir las variables de manera objetiva, y mediante métodos estadísticos se buscó establecer asociaciones entre estas.³⁸

El diseño fue observacional, ya que se recopilaron datos sin intervenir o manipular activamente las variables de interés. Fue analítico, ya que buscó establecer relaciones de asociación entre las variables. Fue transversal, dado que recopiló datos en un solo punto en el tiempo para analizar a la población en ese momento específico. Fue retrospectivo, pues la información se obtuvo de una bases secundaria.³⁸

4.2 Población y muestra

4.2.1 Población

La población estuvo conformada por 3655 adultos de 60 años en adelante que residían en áreas rurales del Perú y que participaron en la ENDES 2021 y 2022.

4.2.2 Tamaño de muestra

El tamaño muestral ponderado fue de 3245 adultos de 60 años en adelante que residan en viviendas de áreas rurales y que cumplieron con los siguientes criterios de selección.

4.2.3 Selección de la muestra

Criterios de inclusión

- Adultos mayores que hayan respondido la totalidad de las preguntas del 700A al 700I del Cuestionario de Salud de la ENDES 2021-2022.
- Adultos mayores que con datos completos sobre peso, talla, y perímetro abdominal registrados en la ENDES 2021-2022.

Criterios de exclusión

- Cuestionarios con respuestas inconsistentes.
- Cuestionarios con datos incompletos.
- Adultos mayores con alteraciones mentales que les dificulten concentrarse, recordar y relacionarse con los demás.

4.3 Operacionalización de variables

Se muestra en el **Anexo 08**.

4.4 Técnicas e instrumento de recolección de datos

Se utilizó la base de datos “Microdatos” proporcionada por el INEI³⁹ y se utilizó la opción de “Consulta por Encuestas” para seleccionar la “Encuesta Demográfica y de Salud Familiar” correspondiente a los años 2021 y 2022. Se descargaron los módulos 1629 correspondiente a “Características del Hogar”, 1630 correspondiente a “Características de la Vivienda” y 1640 correspondiente a la “Encuesta de salud”.

Para obtener la muestra se tuvo en cuenta el módulo 1629 y su base de datos “RECH0” para seleccionar solamente a los participantes de zonas rurales (HV025) y la base de datos “CSALUD01” para seleccionar a los participantes de 60 a más años (QS23). Se realizó una limpieza de datos de los módulos descargados, manteniendo solamente las variables de interés, y luego se unieron las bases de datos depuradas para proceder con el análisis de datos.

4.5 Recolección de datos

Para evaluar la variable dependiente “depresión” se hizo uso de la base de datos “CSALUD01” contenido en el módulo 1640, se recopiló información de las preguntas correspondientes al “Cuestionario de Salud del Paciente-9” (PHQ-9) que abarcan del ítem QS700A al QS700I. Este cuestionario ha sido validado previamente en la población peruana,⁴⁰ y contiene 9 ítems que evalúan los síntomas depresivos que ha podido percibir el paciente en las últimas dos semanas, y otorga puntajes de 0 a 3 para cada respuesta, pudiendo obtenerse un puntaje total de 0 a 27 puntos, y considerando estudios realizados previamente en la población adulta mayor del Perú,⁴¹ se tuvo en cuenta un puntaje total de 10 o más para establecer una depresión clínicamente significativa.

Para evaluar la variable independiente “estado nutricional” se tuvo en cuenta la “Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta” que proporciona el MINSA,³¹ la cual indica el uso del IMC y PAB para valorar el estado nutricional de los adultos mayores. En este sentido, se hizo uso del módulo 1640, el cual en su base de datos “CSALUD01” contiene información sobre el peso (QS900), la talla (QS901) y el perímetro abdominal (QS907) de los participantes. Además, se consideró que el participante tenía un estado nutricional alterado si presentaba valores de IMC y/o PAB fuera de los rangos normales.

También se recopiló información de posibles variables sociodemográficas confusoras que pudieran influir en el resultado del estudio. Se consideró el módulo 1629 y se hizo uso de la base de datos “RECH0” para evaluar el estado de convivencia del adulto mayor (HV009), la base de datos “RECH1” para identificar el sexo (HV104), la edad (HV105), y el nivel de instrucción (HV109) y la jefatura del hogar (HV101). También se utilizó el módulo 1630 y su base de datos “RECH23” para valorar el índice de riqueza, y el módulo 1640 y su base de datos “CSALUD01” para identificar si el participante tenía discapacidad visual (QS25C1), auditiva (QS25C2), comunicativa (QS25C3) o motora (QS25C4), así como para discernir de aquellos que tenían dificultades para recordar (QS25C5) y relacionarse con otras personas (QS25C6).

4.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos

Los datos de la ENDES 2021 – 2022 fueron trasladados al programa SPSS en su versión 26, para realizar el análisis estadístico, teniendo en cuenta la estructura de la población de referencia, abordando su complejidad mediante la consideración de estratos, conglomerados y los factores de ponderación presentes en la base de datos.

Primeramente, para el análisis descriptivo, se calcularon las frecuencias y porcentajes de las variables categóricas, con sus respectivos intervalos de confianza y coeficientes de variación. Se utilizaron los pesos de los factores de ponderación y se tuvo en cuenta el efecto de diseño propio del muestreo complejo. Para realizar la prueba de hipótesis se utilizó la prueba de F corregida para muestras complejas. Posteriormente, mediante el modelo de regresión de Poisson se calcularon las razones de prevalencia crudas (RPc) y ajustadas (RPa), teniendo en

cuenta las variables de confusión, con un intervalo de confianza del 95% (IC 95 %), considerando un valor $p < 0,05$ como indicativo de significancia estadística.

4.7 Aspectos éticos

Al ser un análisis de bases secundarias, no fue necesario solicitar un consentimiento informado a los participantes que se incluyeron en el estudio. Además, la ENDES 2021 y 2022 no contienen información que permita identificar a los participantes, por lo que se respetó el anonimato de cada uno de los encuestados. Por otro lado, este proyecto fue presentado para su evaluación al Comité de ética en Investigación del Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas (INICIB), de la Universidad Ricardo Palma, y la aprobación del mismo se muestra en el **Anexo 5**.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSION

5.1 Resultados

Se obtuvo un tamaño muestral ponderado de 3245 adultos mayores, con un coeficiente de 4,6 %, lo cual indica que el tamaño de muestra fue adecuado y el nivel de precisión de la estimación es favorable.

Tabla 3. Características sociodemográficas de los adultos mayores en áreas rurales del Perú, según la ENDES 2021-2022

Variables	Recuento ponderado	Estimación porcentual	IC 95 %	Coeficiente de variación
Sexo				
Masculino	1527	47 %	45 – 49,1	2,2 %
Femenino	1718	53 %	50,9 – 55	2 %
Edad				
60 – 74 años	2224	68,5 %	66,7 – 70,3	1,4 %
75 – 84 años	798	24,6 %	23 – 26,3	3,4 %
85 o más años	223	6,9 %	5,9 – 8	7,5 %
Nivel educativo				
Sin educación	1002	30,9 %	28,8 – 33,1	3,5 %
Primaria	1795	55,3 %	53,1 – 57,5	2 %
Secundaria	371	11,4	10 – 13	6,5 %
Superior	77	2,4 %	1,8 – 3,1	13,7 %
Convivencia				
Vive acompañado	2162	66,6 %	64,6 – 68,6	1,5 %
Vive solo	1084	33,4 %	31,4 – 35,4	3 %
Discapacidad física				
Sin discapacidad	3021	93,1 %	91,9 – 94,1	0,6 %
Con discapacidad	224	6,9 %	5,9 – 8,1	8,3 %
Jefe del hogar				
No es jefe del hogar	898	27,7 %	25,9 – 29,5	3,4 %
Es jefe del hogar	2348	72,3 %	70,5 – 74,1	1,3 %
Índice de riqueza				
Quintil inferior	2718	83,5 %	81,7 – 85,7	1,2 %
Quintil medio inferior	439	13,5 %	12 – 15,3	6,2 %
Quintil medio	64	2 %	1,3 – 2,9	19,4 %
Quintil medio superior	18	0,5 %	0,3 – 0,9	26,1 %
Quintil superior	6	0,2 %	0,1 – 0,5	51,5 %

*IC 95 %: Intervalo de confianza al 95 %

En cuanto a las características sociodemográficas de la muestra, se puede observar en la **Tabla 3** que, el 53 % (IC 95 %: 50,9 – 55) eran de sexo femenino, el 68,5 % (IC 95 %: 66,7 – 70,3) tenían entre 60 – 74 años, y el 55,3 % (IC 95 %: 53,1 – 57,5) tenían un nivel educativo de primaria. El 66,6 % (IC 95 %: 64,6 – 68,6) vivían con algún familiar, el 93,1 % (IC 95 %: 91,9 – 94,1) no presentaba discapacidad física alguna; sin embargo, 72,3 % (IC 95 %: 70,5 – 74,1) era el jefe del hogar. Finalmente, en cuanto al índice de pobreza al que pertenecían los hogares evaluados, el 83,5 % (IC 95 %: 81,7 – 85,7) se encontraba en el quintil inferior, seguido del 13,5 % (IC 95 %: 12 – 15,3) que se encontraban en el quintil medio inferior.

Es importante destacar que, el coeficiente de variación para el índice de riqueza en el quintil superior alcanzó valores por encima del 50 %, lo que refiere que no hubo homogeneidad en esta variable.

Tabla 4. Depresión en adultos mayores en áreas rurales del Perú, según la ENDES 2021 – 2022

Depresión	Recuento ponderado	Estimación porcentual	IC 95 %	Coefficiente de variación
No	2702	83,3 %	81,7 – 84,7	0,9 %
Sí	543	16,7 %	15,3 – 18,3	4,6 %
Total	3245	100 %		

*IC 95 %: Intervalo de confianza al 95 %

En cuanto a la variable dependiente, depresión, la **Tabla 4** muestra que el 16,7 % (IC 95 %: 15,3 – 18,3) de los adultos mayores en áreas rurales presentaba depresión clínicamente significativa durante el periodo 2021-2022, sin embargo, el porcentaje de adultos mayores que no la presentaban fue mayor, representando el 83,3 % (IC 95 %: 81,7 – 84,7) de la muestra.

Tabla 5. Categorías de índice de masa corporal, perímetro abdominal y estado nutricional de los adultos mayores en áreas rurales del Perú, según la ENDES 2021 – 2022

Variables	Recuento ponderado	Estimación porcentual	IC 95 %	Coefficiente de variación
IMC				
Normal	1482	45,7 %	43,6 – 47,7	2,3 %
Delgadez	1075	33,1 %	31 – 35,3	3,3 %

Sobrepeso	464	14,3 %	13 – 15,8	5 %
Obesidad	224	6,9 %	5,9 – 8,1	8 %
PAB				
Bajo riesgo	1467	45,2 %	43,1 – 47,3	2,4 %
Alto riesgo	746	23 %	21,2 – 24,9	4,1 %
Muy alto riesgo	1033	31,8 %	29,9 – 33,8	3,1 %
Estado nutricional				
Normal	557	17,2 %	15,7 – 18,7	4,5 %
Alterado	2688	82,8 %	81,3 – 84,3	0,9 %

*IC 95 %: Intervalo de confianza al 95 %; IMC: índice de masa corporal; PAB: perímetro abdominal

Por otro lado, en cuanto al índice de masa corporal y el perímetro abdominal, en la **Tabla 5** se observa que, si bien el 45,7 % (IC 95 %: 43,6 – 47,7) tenía un IMC normal, un porcentaje importante, correspondiente al 33,1 % (IC 95 %: 31 – 35,3) presentaba un valor de IMC bajo, es decir delgadez. De igual manera, cuando se evaluó el perímetro abdominal de los adultos mayores de áreas rurales, se encontró que, 45,2 % (IC 95 %: 43,1 – 47,3) presentaba bajo riesgo, pero un porcentaje importante, correspondiente al 31,8 % (IC 95 %: 29,9 – 33,8) presentaba un muy alto riesgo.

Al analizar el estado nutricional general de los adultos mayores de zonas rurales, se encontró que, 82,8 % (IC 95 %: 81,3 – 84,3) presentaba un estado nutricional alterado, es decir tenían valores de IMC y/o PAB fuera de los rangos considerados normales por la OMS (**Tabla 1 y 2**).

Tabla 6. Estado nutricional y depresión en adultos mayores en áreas rurales del Perú, según la ENDES 2021 – 2022

Estado nutricional	Depresión (PHQ-9)		Valor p
	No N (%)	Sí N (%)	
Normal	491 (18,2 %)	66 (12,1 %)	0,004
Alterado	2211 (81,8 %)	477 (87,9 %)	
Total	2702 (100 %)	543 (100 %)	

*Valor p obtenido mediante la prueba de F corregida

En cuanto a la asociación entre el estado nutricional y la depresión clínicamente significativa, se puede observar en la **Tabla 6** que, el 87,9 % de los adultos mayores que sí presentaban depresión, tenían un estado nutricional alterado, en comparación con el 12,1 % que tenía un

estado nutricional normal. Además, al realizar la prueba de hipótesis, se obtuvo un valor $p = 0,004$; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, es decir, queda evidenciado que existe asociación estadísticamente significativa entre el estado nutricional y la depresión en adultos mayores en áreas rurales.

Tabla 7. Índice de masa corporal y depresión en adultos mayores en áreas rurales del Perú, según la ENDES 2021 – 2022

IMC	Depresión (PHQ-9)		Valor p
	No N (%)	Sí N (%)	
Normal	1249 (46,2 %)	233 (42,9 %)	0,022
Delgadez	862 (31,9 %)	213 (39,2 %)	
Sobrepeso	399 (14,7 %)	66 (12,1 %)	
Obesidad	193 (7,1 %)	31 (5,8 %)	
Total	2702 (100 %)	543 (100 %)	

*Valor p obtenido mediante la prueba de F corregida; IMC: índice de masa corporal

En cuanto a la asociación entre el IMC y la depresión clínicamente significativa en adultos mayores de comunidades rurales, la **Tabla 7** muestra que el 42,9 % de los que tenían depresión tenían un IMC normal, y el 39,2 % delgadez. El valor p obtenido fue menor a 0,05; por lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna; es decir, el IMC se asocia a la depresión en adultos mayores en áreas rurales del Perú, según la ENDES 2021-2022.

Tabla 8. Perímetro abdominal y depresión en adultos mayores en áreas rurales del Perú, según la ENDES 2021 – 2022

PAB	Depresión (PHQ-9)		Valor p
	No N (%)	Sí N (%)	
Bajo riesgo	1220 (45,1 %)	247 (45,5 %)	0,947
Alto riesgo	619 (22,9 %)	127 (23,4 %)	
Muy alto riesgo	864 (32 %)	169 (31,1 %)	
Total	2702 (100 %)	543 (100 %)	

*Valor p obtenido mediante la prueba de F corregida; PAB: perímetro abdominal

En cuanto a la asociación entre el PAB y la depresión en adultos mayores, en la **Tabla 8** se puede evidenciar que del grupo que sí presentaba depresión, el 45,5 % presentaba un bajo

riesgo según el PAB, y en la prueba de hipótesis el valor p fue superior a 0,05, por lo cual se acepta la hipótesis nula, es decir que no existe asociación entre el PAB y la depresión en adultos mayores en áreas rurales del Perú.

Tabla 9. Factores sociodemográficos y depresión en adultos mayores en áreas rurales del Perú, según la ENDES 2021 – 2022

Variables	Depresión (PHQ-9)		Valor p
	No N (%)	Sí N (%)	
Sexo			
Masculino	1341 (49,6 %)	186 (34,3 %)	< 0,001
Femenino	1361 (50,4 %)	357 (65,7 %)	
Edad			
60 – 74 años	1921 (71,1 %)	302 (55,7 %)	< 0,001
75 – 84 años	627 (23,2 %)	172 (31,6 %)	
85 o más años	154 (5,7 %)	69 (1,6 %)	
Nivel educativo			
Sin educación	779 (1,2 %)	223 (41,2 %)	< 0,001
Primaria	1526 (56,5 %)	269 (49,5 %)	
Secundaria	322 (11,9 %)	49 (1,4 %)	
Superior	75 (2,8 %)	2 (0,2 %)	
Convivencia			
Vive acompañado	1836 (67,9 %)	326 (60 %)	0,001
Vive solo	866 (32,1 %)	217 (40 %)	
Discapacidad física			
Sin discapacidad	2536 (93,8 %)	486 (89,5 %)	0,003
Con discapacidad	167 (6,2 %)	57 (10,5 %)	
Jefe del hogar			
No es jefe del hogar	742 (27,4 %)	156 (28,7 %)	0,626
Es jefe del hogar	1960 (72,6 %)	387 (71,3 %)	
Índice de riqueza			
Quintil inferior	2235 (82,7 %)	484 (89,1 %)	0,004
Quintil medio inferior	384 (14,2 %)	55 (10,1 %)	
Quintil medio	60 (2,2 %)	3 (0,6 %)	
Quintil medio superior	17 (0,6 %)	1 (0,1 %)	
Quintil superior	6 (0,2 %)	0	

*Valor p obtenido mediante la prueba de F corregida

En cuanto a los factores sociodemográficos asociados, la **Tabla 9** muestra que, de los adultos mayores que presentaban depresión, el 65,7 % eran de sexo femenino, 55,7 % pertenecían al grupo de 60 – 74 años, 49,5 % tenía un nivel educativo de primaria y 41,2 % no había recibido educación alguna. El 60 % vivía acompañado, 89,5 % no tenía discapacidad alguna y 71,3 % era jefe del hogar. En cuanto al quintil de riqueza, el 89,1 % de los adultos mayores con depresión pertenecían al quintil inferior.

Al realizar la prueba de hipótesis se evidenció que algunas variables obtuvieron un valor p menor a 0,05, por lo que en esos casos se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa; estas variables fueron el sexo ($p < 0,001$), la edad ($p < 0,001$), el nivel educativo ($p < 0,001$), la convivencia ($p = 0,001$), la discapacidad física ($p = 0,003$), y el quintil de riqueza ($p = 0,004$). Por otro lado, ser jefe del hogar no mostró asociación con la depresión en adultos mayores en zonas rurales del Perú.

Tabla 10. Análisis bivariado y multivariado de las variables asociadas a la depresión en adultos mayores en áreas rurales del Perú, según la ENDES 2021 – 2022

Variables	RPc	IC 95 %	Valor p	RPa	IC 95 %	Valor p
Estado nutricional						
Normal	1			1		
Alterado	1,40	1,12 – 1,77	0,004	1,14	0,87 – 1,50	0,333
IMC						
Normal	1			1		
Delgadez	1,21	1,03 – 1,43	0,024	1,04	0,87 – 1,25	0,679
Sobrepeso	0,86	0,67 – 1,11	0,242	0,82	0,64 – 1,07	0,150
Obesidad	1,03	0,76 – 1,40	0,851	1,04	0,76 – 1,43	0,783
Sexo						
Masculino	1			1		
Femenino	1,76	1,50 – 2,07	< 0,001	1,58	1,31 – 1,92	< 0,001
Edad						
60 – 74 años	1			1		
75 – 84 años	1,51	1,28 – 1,79	< 0,001	1,33	1,11 – 1,59	0,002
85 o más años	2,27	1,82 – 2,82	< 0,001	1,96	1,56 – 2,46	< 0,001
Nivel educativo						

Sin educación	1			1		
Primaria	0,64	0,55 – 0,75	< 0,001	0,88	0,74 – 1,06	0,171
Secundaria	0,57	0,43 – 0,76	< 0,001	0,98	0,73 – 1,35	0,985
Superior	0,20	0,08 – 0,48	< 0,001	0,40	0,17 – 0,94	0,036
Convivencia						
Vive acompañado	1			1		
Vive solo	1,31	1,12 – 1,53	0,001	1,14	0,97 – 1,33	0,107
Discapacidad física						
Sin discapacidad	1			1		
Con discapacidad	1,62	1,28 – 2,04	< 0,001	1,37	1,09 – 1,72	0,006
Índice de riqueza						
Quintil inferior	1			1		
Quintil medio inferior	0,68	0,52 – 0,88	0,004	0,77	0,59 – 1,01	0,057
Quintil medio	0,343	0,15 – 0,81	0,014	0,43	0,19 – 1,01	0,052
Quintil medio superior	0,29	0,04 – 1, 99	0,211	0,37	0,05 – 2,57	0,313
Quintil superior	1,18	0,20 – 6,83	0,853	1,39	0,19 – 10,05	0,742

RPc: Razón de prevalencia cruda.; RPa: razón de prevalencia ajustada; IC 95 %: intervalo de confianza al 95 %

En la **Tabla 10**, al ajustar el estado nutricional y el IMC según los factores sociodemográficos, se obtuvo un valor p mayor a 0,05; por lo tanto, no se evidencia asociación entre estas variables y la depresión en adultos mayores en áreas rurales del Perú. No obstante, se evidencia en el análisis multivariado de los factores sociodemográficos que, los de sexo femenino presentan mayor prevalencia de depresión (RPa: 1,58; valor p < 0,001) en comparación con el sexo masculino; de igual manera, los adultos mayores de 75 a 84 años (RPa: 1,33; valor p = 0,002) y los de 85 a más años (RPa: 1,96; valor p < 0,001) mostraron mayor prevalencia de depresión, en comparación con el grupo de 60 a 74 años. Asimismo, haber alcanzado un nivel educativo superior, mostró una asociación importante con menor prevalencia de depresión en los adultos mayores (RPa: 0,40; p = 0,036), en comparación con el grupo que no recibió educación alguna. Por otro lado, presentar alguna discapacidad física se asoció a mayor riesgo de presentar depresión en esta población de estudio (RPa: 1,37; p = 0,006).

5.2 Discusión de resultados

Aunque en este estudio se evidenció que solo el 16,7 % de los adultos mayores presentaba depresión, este porcentaje resulta significativo; sobre todo si se tiene en cuenta que esta población rural tiene dificultades para acceder a los servicios de salud mental, donde las brechas de acceso a la salud son superiores al 90 %, según un informe del MINSA.⁴² Se debe considerar que la proporción de adultos mayores con depresión clínicamente significativa resulta ser menor en comparación con otras investigaciones realizadas a nivel nacional. En este sentido, Gonzales Pinto²² observó que el 27,6 % de adultos mayores en Arequipa presentaban depresión; de manera similar, Failoc-Rojas,²⁵ en su estudio en Chiclayo, observó una prevalencia del 30,8 %, y un estudio en la serranía peruana reportó una prevalencia del 30,7 % de depresión moderada/severa entre adultos mayores.²³ Estas diferencias pueden deberse a las características de la población estudiada, ya que en estudios previos se había considerado tanto a la población urbana como rural.

Por otro lado, en este estudio se observó que solo un 14,3 % de los adultos mayores de áreas rurales presentaban valores de IMC en rangos de sobrepeso según los valores de la OMS, y 6,9 % presentaban obesidad. Esto en comparación con un estudio realizado en centros de atención primaria de Lima Metropolitana, en el que el 49,8 % de los adultos mayores presentaron sobrepeso y 32,8 % obesidad.⁴³ Por otro lado, un estudio realizado en una comunidad rural de Ayacucho, encontró que el 45,3 % de adultos mayores mostraban valores de IMC correspondientes a delgadez,⁴⁴ resultado que se asocia al obtenido en este estudio. De igual manera, a nivel internacional, un estudio realizado en una población rural de Ecuador, encontró que el 82,6 % de los adultos mayores presentaban valores bajos de IMC, por debajo de 18,5, es decir, presentaban delgadez.⁴⁵ Estos resultados parecen indicar que, mientras en las zonas urbanas es más frecuente el sobrepeso y la obesidad, en las zonas rurales predomina la delgadez. Además, se evidencia un contraste con los resultados obtenidos en estudios realizados en naciones europeas, tal es el caso de un estudio multicéntrico en 10 países europeos que reportó que la prevalencia de sobrepeso en los adultos mayores era del 60,3 % y de 19,2 % para la obesidad.⁴⁶

En cuanto al estado nutricional alterado, la prevalencia observada entre los adultos mayores de este estudio fue del 82,8 %, el cual corresponde a un porcentaje considerablemente alto

en comparación con el 50,9 % de adultos mayores con riesgo nutricional y 2,3 % con desnutrición según un estudio realizado en una población urbana de Arequipa.⁴⁷ Asimismo, un estudio realizado en una comunidad rural del distrito de Huánuco, encontró que el 51 % de la población de adultos mayores presentaba un estado nutricional alterado, ya sea por desnutrición o por sobrepeso u obesidad.⁴⁸ De igual manera, estudios realizados en Colombia, cuya población residía el 88,5 % en zona urbanas, encontró que solo el 42,5 % tenía valores de IMC dentro de los rangos normales, mientras que el 46,8 % presentaba desnutrición o riesgo de desnutrición.⁴⁹ En este sentido, queda en evidencia que los adultos mayores suelen presentar mayor prevalencia de un estado nutricional alterado, tanto a nivel urbano como rural.

Si bien en el análisis bivariado, se observó una asociación entre la depresión y el estado nutricional, así como un valor bajo de IMC, al ajustar estas variables según los factores sociodemográficos, se evidenció una falta de asociación estadística; lo que indica que la relación entre el estado nutricional y la salud mental puede ser mediada por variables sociodemográficas. Esto concuerda con el estudio de Salhuana et al.,²⁴ quienes también evaluaron el estado nutricional mediante el IMC y el PAB en una población de adultos mayores peruanos, y no encontraron asociación significativa entre el estado nutricional y la presencia de síntomas depresivos. De igual manera, en el estudio de Karakas et al.,²¹ no se observó asociación entre el IMC y la presencia de depresión. Estos resultados sugieren que la comprensión completa de la relación entre estas variables requiere una evaluación integral que considere no solo los aspectos físicos, sino también los contextos sociodemográficos específicos de las comunidades rurales.

Es importante mencionar que si bien autores como Karakas et al.,²¹ y Jiménez-Saldívar et al.,¹⁸ concuerdan con los resultados de este estudio al no encontrar asociación entre los valores de IMC y depresión en adultos mayores, sí evidenciaron asociación entre la sintomatología depresiva y el riesgo de desnutrición y desnutrición, evaluado con el “Mini Nutritional Assessment (MNA)” en la población geriátrica. Este instrumento ha demostrado ser el que posee mayor sensibilidad (95 %) y especificidad (95 %) para diagnosticar el estado nutricional en adultos mayores en comunidades, en comparación con instrumentos que toman en cuenta el IMC y la circunferencia de pantorrilla;⁵⁰ por lo tanto, la falta de asociación con

el IMC en este estudio no excluye la posibilidad de que otras dimensiones del estado nutricional estén implicadas en la relación con la depresión. Además, se debe considerar el estudio nacional de Mucha-Samaniego et al.,²³ quienes evaluaron la malnutrición y el riesgo de malnutrición en la adultos mayores de la serranía peruana, siendo el 59,8 % de su población perteneciente a comunidades rurales, y encontraron asociación entre esta variable y una mayor prevalencia de depresión severa, incluso al ajustar el modelo en el análisis multivariado.

Por otro lado, en cuanto a los factores sociodemográficos, en el análisis multivariado los adultos mayores de sexo femenino presentaron una mayor prevalencia de depresión, sugiriendo posibles diferencias en la manifestación y percepción de los síntomas depresivos entre los géneros. Este resultado concuerda con lo reportado por García Moreno,²⁶ quien observó que ser mujer se asociaba a mayor prevalencia de depresión en la población adulta mayor (RPa: 1,58; p = 0,003). Asimismo, Gonzáles Pinto,²² encontró en el grupo de sexo femenino, que el 28,9 % presentaba depresión establecida, en comparación con el 25,5 % de hombres que presentaban este diagnóstico. No obstante, un estudio realizado en Bangladesh encontró que el 90 % de hombres presentaban algún grado de depresión, en comparación con el 77,5 % de mujeres adultas mayores, siendo esta una variable asociada a la depresión.

De igual manera, en este estudio, el aumento de la prevalencia de depresión en los grupos de 75 a 84 años y 85 años o más, concuerda con los resultados observados por Gonzáles Pinto,²² quien evidenció que el 65 % de los participantes de 81 años a más presentaban depresión, también Jiménez-Saldívar et al.,¹⁸ encontraron que el promedio de la edad entre los adultos mayores que presentaban depresión era de $80,4 \pm 6,9$ años, y Failoc-Rojas et al.,²⁵ reportaron una mayor prevalencia de depresión en el grupo de adultos mayores de 80 años, siendo en todos estos estudios la edad una variable que mostró asociación significativa con el riesgo de depresión en las poblaciones estudiadas. Estos resultados resaltan la importancia de considerar el envejecimiento como un factor de riesgo para la depresión, sobre todo en mujeres.

En cuanto al nivel educativo, en este estudio se evidenció que haber realizado un estudio superior se asociaba a menor prevalencia de padecer depresión entre los adultos mayores. Este resultado concuerda con estudios previos, en los que también se encontró que un mayor

nivel educativo actuaría como un factor protector frente a la depresión en la población adulta en México.⁵¹ De igual manera, en una zona rural de China, se observó que el 91 % de adultos mayores que habían realizado estudios por 9 o más años no tenía depresión, existiendo una asociación importante entre estas variables ($p < 0,001$).⁵² Bjelland et al.,⁵³ mencionan que un mayor nivel educativo podría tener un efecto protector frente a la depresión y la ansiedad, y que además, esto sería acumulativo a lo largo de la vida, aunque los mecanismos detrás de esta asociación aún no quedan claros y podrían involucrar factores personales y de resiliencia.

Por otro lado, presentar alguna discapacidad física se asoció con mayor prevalencia de depresión entre los adultos mayores de áreas rurales, según la ENDES 2021 – 2022. Esto también ha sido observado en un estudio realizado en adultos mayores de la India, en el que presentar alguna o más discapacidades físicas para moverse se asoció a mayor riesgo de presentar síntomas depresivos (OR: 1,66; $p < 0,001$).⁵⁴ De igual manera, en Pakistán, los resultados del análisis de correlación mostraron una asociación importante entre la depresión en adultos mayores y presentar dificultades físicas para realizar sus actividades de la vida cotidiana ($p < 0,01$).⁵⁵ Sin embargo, es importante destacar que, si bien estas variables parecen guardar relación, se ha reportado que una forma eficaz de mejorar el bienestar y reducir la prevalencia de la depresión en los adultos mayores con una discapacidad física persistente es aumentar su participación en actividades cotidianas productivas.⁵⁶

Por último, cabe precisar que, a pesar de la rigurosidad establecida en la metodología, este estudio presenta algunas limitaciones que deben tomarse en cuenta. El uso de datos secundarios de la ENDES 2021 – 2022 introduce posibles sesgos, ya que los datos corresponden a lo reportado por los encuestadores y no por personal de salud. De igual manera, la evaluación del estado nutricional mediante el IMC y el perímetro abdominal puede ser limitada, excluyendo indicadores más detallados, por lo que podría ser necesario llevar a cabo investigaciones utilizando otros instrumentos de medición diseñados para la población geriátrica. Otro aspecto importante a analizar es el instrumento utilizado para el diagnóstico de depresión (PHQ-9), si bien este instrumento está validado y es el más usado en el primer nivel de atención y en zonas rurales debido a su fácil aplicación y sencillez parece mostrar sesgos cuando se aplica a la población geriátrica.

Además, en este estudio se excluyó a los adultos con alteraciones mentales, por lo que podrían requerirse más estudios que incluyan a esta población. Estas consideraciones destacan la necesidad de interpretar con precaución y subrayan la importancia de futuras investigaciones que aborden estas limitaciones para una comprensión más completa de la relación entre el estado nutricional y la salud mental en esta población específica.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

- A pesar de la prevalencia considerable de depresión entre los adultos mayores, no se evidenció una asociación significativa con el estado nutricional en este grupo poblacional. Este hallazgo se obtuvo después de ajustar el estado nutricional según factores sociodemográficos, como sexo, edad, nivel educativo y convivencia.
- Respecto a la asociación entre el IMC y la depresión, se destaca que un porcentaje importante de los adultos mayores que presentaban un IMC bajo (delgadez) tenían depresión; sin embargo, no se observó una asociación directa entre este índice y la prevalencia de depresión en la población rural estudiada.
- Un porcentaje importante de los adultos mayores con alto riesgo y muy alto riesgo de enfermedades crónicas, según el PAB, presentaban depresión; no obstante, no se evidenció asociación entre el PAB y la depresión en la población rural estudiada.
- En cuanto a los factores sociodemográficos, se concluye que el sexo femenino se asocia con una mayor prevalencia de depresión en comparación con el sexo masculino; asimismo los adultos mayores de 75 a 84 años y los de 85 años o más presentan una mayor prevalencia de depresión en comparación con el grupo de 60 a 74 años; mientras que haber alcanzado un nivel educativo superior se asocia a menor riesgo de depresión, en comparación con no haber recibido educación alguna, y presentar alguna discapacidad física incrementa la prevalencia de depresión en los adultos mayores, siendo estas asociaciones estadísticamente significativas.

6.2 Recomendaciones

- Se sugiere al personal de salud que se encuentra laborando en entornos rurales, llevar a cabo programas integrales de atención que aborden la salud mental en sus comunidades, sobre todo en adultos mayores de sexo femenino y con edades superiores a los 74 años, ya que esta parece ser la población con mayor prevalencia de depresión. Además, se sugiere ofrecer capacitaciones periódicas al personal de salud sobre la detección temprana de síntomas depresivos en la población.

- Se sugiere que los organismos encargados de la salud pública prioricen la implementación de políticas y programas específicos para mejorar la salud mental y nutricional de los adultos mayores en zonas rurales. Esto podría incluir campañas de concientización, acceso facilitado a servicios de salud mental y nutrición, así como la creación de centros de atención comunitaria que aborden de manera integral las necesidades de esta población.
- Es crucial fomentar la investigación continua en el ámbito de la salud mental y nutrición de adultos mayores en entornos rurales; por lo que se sugiere incentivar a los estudiantes a realizar investigaciones que abarquen a estas poblaciones vulnerables, esto permitirá una comprensión más profunda de los factores específicos que influyen en su estado de salud.
- Se recomienda la realización de estudios adicionales que incorporen variables adicionales para evaluar de manera más integral el estado nutricional de los adultos mayores, como el uso del “Mini Nutritional Assessment” (MNA), y su posible asociación con la depresión en contextos rurales.
- Se aconseja, en los centros de primer nivel de atención en salud, el uso de escalas e instrumentos específicos para la población estudiada; por ejemplo, la escala de Yesavage para la población geriátrica para la obtención de datos confiables en futuras investigaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Depresión [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2023 [citado 12 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Abdoli N, Salari N, Darvishi N, Jafarpour S, Solaymani M, Mohammadi M, et al. The global prevalence of major depressive disorder (MDD) among the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2022;132(1):1067-73.
3. Brandão DJ, Fontenelle LF, da Silva SA, Menezes PR, Pastor-Valero M. Depression and excess mortality in the elderly living in low- and middle-income countries: Systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019;34(1):22-30.
4. Saenz-Miguel S, Runzer-Colmenares FM, Parodi JF. Trastornos depresivos en adultos mayores de once comunidades altoandinas del Perú, 2013-2017. *Acta Médica Peru*. 2019;36(1):26-31.
5. Valenzuela-Iglesias MF, Ccama-Leiva JL, Urrunaga-Pastor D, Runzer-Colmenares FM, Parodi JF. Association between depressive symptoms and disability in older adults of 12 high Andean communities from Peru. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2022;37(1):1-10.
6. Silva Fhon JR, Villanueva-Benites ME, Gómez-Luján M del P, Mocarro-Aguilar MR, Arpasi-Quispe O, Peralta-Gómez RY, et al. The mental health of the peruvian older adult during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(24):16893.
7. Chavarría Araya J. Depresión: Una enfermedad común en el adulto mayor. *Rev Médica Costa Rica Centroamérica*. 2016;72(615):427-9.
8. Galindo Ortiz de Landazuri J, Olivera Pueyo J. La depresión del anciano vista por el geriatra. *Inf Psiquiátricas Publ Científica Los Cent Congregac Hermanas Hosp Sagrado Coraz Jesús*. 2020;239(1):37-42.
9. de Oliveira Meller F, Meller Manosso L, Schäfer AA. The influence of diet quality on depression among adults and elderly: A population-based study. *J Affect Disord*. 2021;282(1):1076-81.
10. Mantzorou M, Vadikolias K, Pavlidou E, Tryfonos C, Vasios G, Serdari A, et al. Mediterranean diet adherence is associated with better cognitive status and less depressive symptoms in a Greek elderly population. *Aging Clin Exp Res*. 2021;33(4):1033-40.
11. Laura T, Melvin C, Yoong DY. Depressive symptoms and malnutrition are associated with other geriatric syndromes and increase risk for 30-Day readmission in hospitalized older adults: a prospective cohort study. *BMC Geriatr*. 2022;22(1):634.

12. Fiestas MA, Gonzalez SN, Gomez-Cunya LA. Analysis of the water-food nexus for food security in a high Andean Community. *IOP Conf Ser Earth Environ Sci.* 2022;1121(1):012005.
13. Pajuel Ramírez J, Bartolo Marchena M, Racacha-Valladares E, Bravo Rebatta F. Situación nutricional del adulto mayor en el Perú, 2005-2013. *An Fac Med.* 2022;83(1):42-8.
14. Roland HB, Curtis KJ, Malecki KMC, Lee D, Bazo J, Block P. Geographic Isolation and Vulnerability Across Peru's Ecological Regions: The Influence of Regional Contexts of Extraction. *Ann Am Assoc Geogr.* 2023;0(0):1-23.
15. Consejo Universitario URP. Líneas de Investigación 2021 - 2025 [Internet]. Universidad Ricardo Palma; 2021 [citado 13 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.urp.edu.pe/pdf/id/33876/n/lineas-de-investigacion-urp.-periodo-2021-2025-a.c.u.-n-0510-2021>
16. INS. Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en el Perú 2019-2013 [Internet]. Resolución Ministerial N° 658-2019/MINSA P 2019 p. 7. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/343478/Resolución_Ministerial_N__658-2019-MINSA.PDF
17. Nekar MS, Joshi AR, Bant DD. Geriatric depression and its association with geriatric malnutrition: A cross-sectional study in Hubballi, North Karnataka. *Natl J Community Med.* 2022;13(03):133-8.
18. Jiménez Saldívar P, Pedroza-García KA, Ramírez-Orozco RE. Relación del riesgo nutricional y la presencia de depresión en adultos mayores ambulatorios de Aguascalientes, México. *Lux Médica.* 2022;17(49):1-11.
19. Alam MR, Karmokar S, Reza S, Kabir MdR, Ghosh S, Mamun MdAA. Geriatric malnutrition and depression: Evidence from elderly home care population in Bangladesh. *Prev Med Rep.* 2021;23(1):101478.
20. Aydoğan S, Ünsal A, Arslantaş D. Evaluation of Malnutrition and Depression in Elderly People: An Epidemiological Study in Turkey. *Eur J Public Health.* 2019;29(Supp_4):309.
21. Karakaş N, Bentli R, Firinci B, Zabcı B. Investigation of the relationship between depression and nutritional status of elderly patients in home care. *J Surg Med.* 2019;3(12):829-32.
22. Gonzales Pinto GL. Relación entre el estado nutricional y depresión en adultos mayores del C.S. Victor Raúl Hinojosa - Arequipa 2023 [Internet] [Tesis de Grado]. [Arequipa]: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12773/15786>

23. Mucha-Samaniego L, Huaman M, Armada J, Mejia CR. Asociación entre la depresión y desnutrición en el adulto mayor de un distrito de la serranía central peruana durante la pandemia. *Nutr Clínica Dietética Hosp.* 2023;43(4):20-31.
24. Salhuana Bellodas AV, Varela Medina KF. Sobrepeso, obesidad y factores relacionados en adultos mayores de un hospital general en Lima, Perú [Internet] [Tesis de Grado]. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2022. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/12958/Sobrepeso_SalhuanaBellodas_Andrea.pdf?sequence=1
25. Failoc-Rojas VE, Del Piélago Meño A. Factores relacionados con depresión en adultos mayores atendidos en atención primaria de salud en Chiclayo. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2021;50(4):285-9.
26. Garcia Moreno KM. Depresión y factores antropométricos en adulto mayor, estudio de costos de la obesidad: análisis de la encuesta de demografía y salud familiar 2018 [Internet] [Tesis de Grado]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2020. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2880>
27. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 [citado 13 de octubre de 2023]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
28. Camina-Martín MA, de Mateo-Silleras B, Malafarina V, Lopez-Mongil R, Niño-Martín V, López-Trigo JA, et al. Valoración del estado nutricional en Geriátrica: declaración de consenso del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. *Rev Esp Geriátrica Gerontol.* 2016;51(1):52-7.
29. Cuesta Triana F, Rodríguez González C, Matía Martín P. Valoración nutricional en el anciano. *Medicine (Baltimore).* 2006;9(62):4037-47.
30. Wanden-Berghe C. Evaluación nutricional en mayores. *Hosp Domic.* 2022;6(3):121-34.
31. Aguilar Esenarro L, Contreras Rojas M, del Canto y Dorador J, Vílchez Dávila W. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor [Internet]. 1ra ed. Lima: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud; 2013 [citado 15 de octubre de 2023]. 44 p. Disponible en: <https://alimentacionsaludable.ins.gob.pe/sites/default/files/2017-02/GuiaAntropometricaAdulto.pdf>
32. Taylor WD. Depression in the elderly. *N Engl J Med.* 2014;371(13):1228-36.
33. Lamers F, Jonkers CCM, Bosma H, Penninx BWJH, Knottnerus JA, van Eijk JThM. Summed score of the Patient Health Questionnaire-9 was a reliable and valid method for depression screening in chronically ill elderly patients. *J Clin Epidemiol.* 2008;61(7):679-87.

34. INEI. Manual empadronador/a [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Informática y Estadística; 2017 [citado 13 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.inei.gov.pe/media/DocumentosPublicos/07-Manual-del-Empadronador.pdf>
35. Torres F. What is depression? [Internet]. American Psychiatric Association. 2020 [citado 13 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org:443/patients-families/depression/what-is-depression>
36. de Oliveira Chaves T, Silva Reis M. Abdominal circumference or waist circumference? *Int J Cardiovasc Sci.* 2019;32(3):290-2.
37. OECD. Manual de Frascati 2015: Guía para la recopilación y presentación de información sobre la investigación y el desarrollo experimental [Internet]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2018 [citado 14 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/science-and-technology/manual-de-frascati-2015_9789264310681-es
38. Hernández-Sampieri, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación. Ciudad de México: Mc Graw Hill Education; 2018. 753 p.
39. INEI. Microdatos [Internet]. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2022 [citado 5 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/>
40. Calderón M, Gálvez-Buccollini JA, Cueva G, Ordoñez C, Bromley C, Fiestas F. Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2012;29(4):578.
41. Baldeón-Martínez P, Luna-Muñoz C, Mendoza-Cernaqué S, Correa-López LE. Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. *Rev Fac Med Humana.* 2019;19(4):47-52.
42. Ministerio de Salud - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública - Dirección de. Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2017 – 2021 [Internet]. Ministerio de Salud; 2018 [citado 15 de noviembre de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
43. Bernui I, Delgado-Pérez D, Bernui I, Delgado-Pérez D. Factores asociados al estado y al riesgo nutricional en adultos mayores de establecimientos de atención primaria. *An Fac Med.* 2021;82(4):261-8.
44. Bravo Aguilar G. Calidad de vida y malnutrición de los adultos mayores que acuden al puesto de salud Yanamilla, Ayacucho, 2022 [Tesis de Grado]. [Ayacucho]: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2023.

45. Romero Viamonte K, Sánchez Martínez B, Vega Falcón V, Salvent Tames A. Estado nutricional en adultos de población rural en un cantón de la sierra ecuatoriana. *Rev Cienc Salud*. 2020;18(1):52-66.
46. Peralta M, Ramos M, Lipert A, Martins J, Marques A. Prevalence and trends of overweight and obesity in older adults from 10 European countries from 2005 to 2013. *Scand J Public Health*. 2018;46(5):522-9.
47. Cárdenas-Quintana H, Machaca-Hilasaca M, Roldán-Arbieto L, Toia ÁMDC, Carpio VFD. Factores asociados al riesgo nutricional en adultos mayores autónomos de la ciudad de Arequipa, Perú. *Nutr Clínica Dietética Hosp*. 2022;42(1):160-8.
48. Acosta-Illatopa E, Lama-Valdivia J, García-Solórzano F, Cruz-Vargas JDL, Acosta-Illatopa E, Lama-Valdivia J, et al. Síndrome de fragilidad en adultos mayores de una comunidad rural de los andes peruanos. *Rev Fac Med Humana*. abril de 2021;21(2):309-15.
49. Giraldo Giraldo NA, Estrada Restrepo A, Deossa GC. Malnutrición asociada a factores sociodemográficos en adultos mayores de Medellín-Colombia. *Cienc Salud*. 2023;21(2):6.
50. Isautier JMJ, Bosnić M, Yeung SSY, Trappenburg MC, Meskers CGM, Whittaker AC, et al. Validity of nutritional screening tools for community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2019;20(10):13-25.
51. Cerecero-García D, Macías-González F, Arámburo-Muro T, Bautista-Arredondo S, Cerecero-García D, Macías-González F, et al. Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Pública México*. 2020;62(6):840-50.
52. Lin H, Jin M, Liu Q, Du Y, Fu J, Sun C, et al. Gender-specific prevalence and influencing factors of depression in elderly in rural China: A cross-sectional study. *J Affect Disord*. 2021;288(Jun):99-106.
53. Bjelland I, Krokstad S, Mykletun A, Dahl AA, Tell GS, Tambs K. Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Soc Sci Med*. 2008;66(6):1334-45.
54. Hossain B, Yadav PK, Nagargoje VP, Vinod Joseph KJ. Association between physical limitations and depressive symptoms among Indian elderly: marital status as a moderator. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):573.
55. Tariq A, Beihai T, Abbas N, Ali S, Yao W, Imran M. Role of perceived social support on the association between physical disability and symptoms of depression in senior citizens of Pakistan. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1485.
56. Fekete C, Siegrist J, Post MWM, Tough H, Brinkhof MWG. Does engagement in productive activities affect mental health and well-being in older adults with a chronic

physical disability? Observational evidence from a Swiss cohort study. *Aging Ment Health*. 2020;24(5):732-9.

57. RAE. Sexo [Internet]. Diccionario de la lengua española. 2022 [citado 5 de julio de 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/sexo>
58. Rentería Pérez E, Lledias Tielbe E, Luz Giraldo A. Convivencia familiar: una lectura aproximativa desde elementos de la psicología social. *Diversitas*. 2008;4(2):427-41.
59. INEI. Variables contextuales [Internet]. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 1993 [citado 14 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0014/varicont.htm

ANEXOS

ANEXO 1. Acta de aprobación del proyecto de tesis



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Oficina de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis "ESTADO NUTRICIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES EN ÁREAS RURALES SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2021-2022", que presenta el/la Sr/Srta. **MISHELL ANGÉLICA SALAS REYES**, para optar el Título Profesional de Médico(a) Cirujano(a), declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

MAG. INDACOCHEA CÁCEDA, SONIA LUCÍA
ASESOR DE LA TESIS

DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS
DIRECTOR DE TESIS

Lima, 29 de enero del 2024

ANEXO 2. Carta de compromiso del asesor de tesis



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero

Lima, 04 de diciembre del 2023

CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS

Por el presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, **Mishell Angélica Salas Reyes** de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar **ocho meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis** (en caso de internos) motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente.
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando **asesoramiento y mentoría** para superar los POSIBLES puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y ver que cumplan con la metodología establecida y la calidad de la tesis y el artículo derivado de la tesis.
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

Mag. Indacochea Cáceda, Sonia Lucía

ANEXO 3. Acta de aprobación del cambio de título



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL. RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N°040-2016 SUNEDU/CD



Facultad de Medicina Humana

Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas

Oficio Electrónico N°0004-2024-INICIB-D

Lima, 11 de enero de 2024

Señorita
MISHELL ANGÉLICA SALAS REYES
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del cambio de Título - Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Título del Proyecto de Tesis “ESTADO NUTRICIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES EN ÁREAS RURALES SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2021 – 2022”, presentado ante el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido revisado y aprobado.

Por lo tanto, queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente.

Prof. Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas PhD, MSc, MD.
Director del Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas.
Director del VIII Curso Taller de Titulación por Tesis.
Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.

ANEXO 4. Certificado de asistencia al Curso Taller de Titulación por Tesis



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VIII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

MISHELL ANGÉLICA SALAS REYES

Ha cumplido con los requisitos del curso-taller para la Titulación por Tesis durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2021 y enero 2022, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

**"ESTADO NUTRICIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES
EN ÁREAS RURALES SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA
Y DE SALUD FAMILIAR 2021 – 2022"**

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y válido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 11 de enero de 2024



Dr. La Cruz Vargas
Coordinador del Curso Taller



Dra. María del Socorro Alvarado-Gutiérrez-Vda. de Hambarón
Decana

ANEXO 5. Carta de aceptación de ejecución de la tesis por el comité de ética en investigación

**COMITE DE ETICA EN INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA "MANUEL HUAMAN GUERRERO"
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**



CONSTANCIA

La presidenta del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación:

Título: ESTADO NUTRICIONAL Y DEPRESION EN ADULTOS MAYORES EN AREAS RURALES SEGUN LA ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2021 – 2022"

Investigadora: SALAS REYES MISHHELL ANGELICA

Código del Comité: PG 054 2024

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría exenta de revisión por el periodo de un año.

Exhortamos a la investigadora a la publicación del trabajo de tesis concluido para colaborar con el desarrollo científico del país.

Lima, 15 de febrero 2024

**Dra. Consuelo del Rocío Luna Muñoz
Presidenta del Comité de Ética en Investigación**

ANEXO 6. Acta de aprobación del borrador de tesis



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "ESTADO NUTRICIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES EN ÁREAS RURALES SEGÚN LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2021 - 2022", que presenta la Señorita MISHÉLL ANGÉLICA SALAS REYES para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

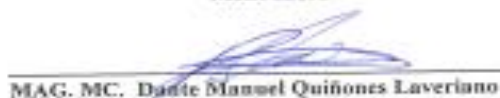
En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:


Dra. Caellia Roxana Salinas Salas

PRESIDENTE


MAG. Jenny Raquel Torres Malca

MIEMBRO


MAG. MC. Dante Manuel Quiñones Laveriano

MIEMBRO


Dr. Jhony De La Cruz Vargas
DIRECTOR DE TESIS


MAG. Sonia Lucía Indacochea Cáceda
ASESORA DE TESIS

Lima, 20 de febrero del 2024

ANEXO 7. Matriz de consistencia

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>¿Existe asociación entre el estado nutricional y la depresión en adultos mayores en áreas rurales según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021 - 2022?</p>	<p>Objetivo general Determinar la asociación entre el estado nutricional y la depresión en adultos mayores en áreas rurales según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021 – 2022.</p> <p>Objetivos específicos -Analizar la asociación entre el índice de masa corporal y la depresión en adultos mayores en áreas rurales del Perú según la ENDES 2021 - 2022. -Evaluar la asociación entre el perímetro abdominal y la depresión en adultos mayores en áreas rurales del Perú según la ENDES 2021 – 2022. -Identificar los factores sociodemográficos que influyen en la depresión en adultos mayores en áreas rurales del Perú según la ENDES 2021 – 2022.</p>	<p>Hipótesis general Ha: Existe asociación entre el estado nutricional y la depresión en adultos mayores en áreas rurales según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021 – 2022. H0: No existe asociación entre el estado nutricional y la depresión en adultos mayores en áreas rurales según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021 – 2022.</p> <p>Hipótesis específicas -Existe asociación entre el índice de masa corporal y la depresión en adultos mayores en áreas rurales del Perú según la ENDES 2021 – 2022. -Existe asociación entre el perímetro abdominal y la depresión en adultos mayores en áreas rurales del Perú según la ENDES 2021 – 2022. -Existen factores sociodemográficos que influyen en la depresión en adultos mayores en áreas rurales del Perú según la ENDES 2021 – 2022.</p>	<p>Dependiente Depresión</p> <p>Independiente Estado nutricional -IMC -PAB</p> <p>Confusoras Sexo Edad Nivel educativo Convivencia Índice de riqueza</p>	<p>Tipo y diseño Tipo básica con enfoque cuantitativo. Diseño observacional, analítico, transversal, retrospectivo.</p> <p>Población y muestra Población conformada por 3655 adultos de 60 años en adelante que residen en zonas rurales del Perú y que participaron en la ENDES 2021 y 2022. Muestra conformada por todos los participantes que cumplan con los criterios de selección.</p> <p>Técnicas e instrumentos Encuesta demográfica y de salud familiar 2021 y 2022.</p> <p>Análisis de datos Estadística descriptiva e inferencial con el programa SPSS versión 26</p>

ANEXO 8. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍA
Depresión	Trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desinterés en actividades, fatiga, cambios en el apetito y el sueño, sentimientos de inutilidad y culpa, y dificultad para concentrarse. ³⁵	Presencia de síntomas depresivos con relevancia clínica (moderados/severos) según las preguntas correspondientes al PHQ-9 (QS700A al QS700I) de la ENDES 2021-2022.	Nominal dicotómica	Dependiente Cualitativa	0: No 1: Sí
Estado nutricional	Estado de salud de las personas mayores, influenciado por su estado nutricional, hábitos alimentarios, estilo de vida y otros aspectos relacionados con el proceso de envejecimiento. ³¹	Estado nutricional del adulto mayor según la información del IMC y el PAB registrada en el ENDES 2021-2022.	Nominal dicotómica	Independiente Cualitativa	0: Normal 1: Alterado
Índice de masa corporal (IMC)	Relación entre el peso corporal con la talla elevada al cuadrado de la persona. ³¹	Estimación de la categoría de IMC del participante según los datos de las preguntas “QS900” (peso) y “QS901” (talla) de la ENDES 2021-2022.	Nominal politómica	Independiente Cualitativa	0: Delgadez 1: Normal 2: Sobrepeso 3: Obesidad
Perímetro abdominal (PAB)	Medida de la circunferencia de la zona alrededor del abdomen, tomada a la altura del ombligo. ³⁶	Estimación del riesgo de enfermedades crónicas de acuerdo al dato de PAB contenido en la pregunta	Ordinal	Independiente Cualitativa	0: Bajo riesgo 1: Alto riesgo 2: Muy alto riesgo

		“QS907” de la ENDES 2021-2022.			
Sexo	Característica biológica que diferencia a los individuos en categorías de masculino o femenino, basándose en las diferencias genéticas y anatómicas. ⁵⁷	Sexo del participante según la información de la pregunta “HV104” de la ENDES 2021-2022.	Nominal dicotómica	Confusoras Cualitativa	0: Masculino 1: Femenino
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona. ²⁷	Edad del participante según la información de la pregunta “HV105” de la ENDES 2021-2022.	Nominal politómica	Confusoras Cualitativa	0: 60 – 74 años 1: 75 – 84 años 2: 85 o más años
Nivel educativo	Máximo grado de formación académica alcanzado por un individuo. ³⁴	Nivel de educación alcanzado por el participante según la pregunta “HV109” de la ENDES 2021-2022.	Ordinal	Confusoras Cualitativa	0: Sin educación 1: Primaria 2: Secundaria 3: Superior
Convivencia	Acto o estado de vivir juntos o compartir un espacio y tiempo en común. ⁵⁸	Respuesta a la pregunta “HV009” de la ENDES 2021-2022.	Nominal dicotómica	Confusoras Cualitativa	0: Vive acompañado 1: Vive solo
Discapacidad física	Limitaciones físicas que pueden afectar las actividades cotidianas y la participación plena de una persona en la sociedad. ²⁷	Respuesta a las preguntas “QS25C1”, “QS25C2”, “QS25C3” y “QS25C4” de la ENDES 2021-2022.	Nominal dicotómica	Confusoras Cualitativa	0: Sin discapacidad 1: Con discapacidad
Jefe del hogar	Principal proveedor de ingresos al hogar, y que en muchos casos asume un rol de liderazgo en asuntos financieros y familiares. ³⁴	Respuesta a la pregunta “HV101” de la ENDES 2021-2022.	Nominal dicotómica	Confusoras Cualitativa	0: No es jefe del hogar 1: Es jefe del hogar
Índice de riqueza	Medida que evalúa el nivel de riqueza de un individuo,	Quintil de riqueza al que pertenece el participante	Ordinal	Confusoras Cualitativa	0: Quintil inferior

	hogar o área geográfica basado en sus ingresos económicos. ⁵⁹	según la pregunta “HV270” de la ENDES 2021-2022.			1: Quintil medio inferior 2: Quintil medio 3: Quintil medio superior 4: Quintil superior
--	--	--	--	--	---

ANEXO 9. Ficha de recolección de datos (ENDES)

REPÚBLICA DEL PERÚ
 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR
ENDES - 2022
CUESTIONARIO DE SALUD
PRIMER SEMESTRE
 AMPARADO POR EL D. L. N° 604-SECRETO ESTADÍSTICO

CONGLOMERADO	VIVIENDA	HOGAR

PRESENTACIÓN

Señor / Señora / Señorita, mi nombre es _____ y soy trabajadora del Instituto Nacional de Estadística e Informática, institución que por especial encargo del Ministerio de Salud está realizando un estudio sobre la salud de las personas de 15 años a más y de los niños menores de 12 años, a nivel nacional; con el objeto de evaluar y orientar la futura implementación de los diversos programas de salud, dirigidos a mejorar las condiciones de salud de la población en el país. La información que nos brinda es estrictamente confidencial y permanecerá en absoluta reserva.

NOMBRE Y NÚMERO DE ORDEN DE LA PERSONA SELECCIONADA SEGÚN CUESTIONARIO DEL HOGAR: _____

SECCIÓN 7. SALUD MENTAL

PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
-------	---------------------	----------------------	--------

A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre molestias o problemas en su estado de ánimo, los cuales se presentan con cierta frecuencia en la población

		PARA NADA	VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)	LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)	CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)	
700	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)	A. POCO INTERES.....	0	1	2	3
	B. ¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?	B. DEPRIMIDA(O).....	0	1	2	3
	C. ¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?	C. DORMIR.....	0	1	2	3
	D. ¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique?	D. CANSADA(O).....	0	1	2	3
	E. ¿Poco apetito o comer en exceso?	E. APETITO.....	0	1	2	3
	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)	F. PONER ATENCIÓN....	0	1	2	3
	G. ¿Moverse más lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?	G. MOVERSE.....	0	1	2	3
	H. ¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?	H. MORIR.....	0	1	2	3
	I. ¿Sentirse mal acerca de sí misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia?	I. SENTIRSE MAL.....	0	1	2	3

SECCIÓN 9. MEDICIONES DE ANTROPOMETRÍA Y PRESIÓN ARTERIAL

PARA PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD

PREG	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CÓDIGOS	PASE A
900A	REGISTRE FECHA Y HORA DEL INICIO DE LA MEDICIÓN DEL PESO Y TALLA CONSIDERAR EL INICIO DESDE LA EXPLICACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL PESO Y TALLA	DIA..... MES..... HORA..... MINUTOS.....	
900	PESO (KILOGRAMOS)	[][] - []	
901	TALLA (CENTÍMETROS)	[][] - []	
902	RESULTADO DE LA MEDICIÓN ANTROPOMÉTRICA	MEDIDO(A)..... 1 NO PRESENTE..... 2 RECHAZO..... 3 FUE EVALUADA EN C. HOGAR..... 4 MEDIDO(A) PARCIALMENTE..... 5 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE)	
907	PERÍMETRO ABDOMINAL (CENTÍMETROS)	[][] - []	
908	RESULTADO DE LA MEDICIÓN DEL PERÍMETRO ABDOMINAL	MEDIDO(A)..... 1 NO PRESENTE..... 2 RECHAZO..... 3 OTRO..... 6 (ESPECIFIQUE)	

ANEXO 10. BASE DE DATOS

https://drive.google.com/drive/u/2/folders/1uaygU_wDDw9HqYclSeUzalpuBFedRwm