



# **UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

RELACIÓN ENTRE LENGUA MATERNA NATIVA Y  
DEPRESIÓN EN POBLACIÓN ADULTA SEGÚN ENDES 2019-

2022

**TESIS**

Para optar el título profesional de Médica Cirujana

**AUTORA**

Romero Quispe, Abigail Leonor (ORCID:0009-0008-3160-4890)

**ASESOR(ES)**

Quiñones Laveriano, Dante Manuel (ORCID:0000-0002-1129-1427)

**Lima, Perú**

**2024**

## **Metadatos Complementarios**

### **Datos de autor**

AUTORA: Romero Quispe, Abigail Leonor

Tipo de documento de identidad de los AUTORA: DNI

Número de documento de identidad de los AUTORA: 73371884

### **Datos de asesor**

ASESOR: Quiñones Laveriano, Dante Manuel Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 46174499

### **Datos del jurado**

PRESIDENTE: Indacochea Cacéda, Sonia Lucía DNI: 23965331

ORCID: 0000-0002-9802-6297

MIEMBRO: Guzmán Calcina, Carmen Sandra DNI: 10050993

ORCID: 0000-0002-5072-2525

MIEMBRO: Torres Malca, Jenny Raquel DNI: 40602320

ORCID: 0000-0002-7199-8475

### **Datos de la investigación**

Campo del conocimiento OCDE: 3.00.00

Código del Programa: 912016

## DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Romero Quispe, Abigail Leonor, con código de estudiante N° 201221037 con DNI N° 73371884, con domicilio en Jr. Los Durazos 144 Urb. Entel Perú, distrito San Juan de Miraflores, 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; **“RELACIÓN ENTRE LENGUA MATERNA NATIVA Y DEPRESIÓN EN POBLACIÓN ADULTA SEGÚN ENDES 2019-2022”**, es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente Quiñones Laveriano, Dante Manuel, 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 8% 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, 13 de Junio de 2024



---

Romero Quispe Abigail Leonor

DNI. 73371884

# INFORME DE SIMILITUD DEL PROGRAMA ANTIPLAGIO TURNITIN

## RELACIÓN ENTRE LENGUA MATERNA NATIVA Y DEPRESIÓN EN POBLACIÓN ADULTA SEGÚN ENDES 2019-2022

### INFORME DE ORIGINALIDAD



### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<a href="https://repositorio.urp.edu.pe">repositorio.urp.edu.pe</a> Fuente de Internet	<b>5%</b>
<b>2</b>	<a href="https://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>3</b>	<a href="https://rpmesp.ins.gob.pe">rpmesp.ins.gob.pe</a> Fuente de Internet	<b>1%</b>

Excluir citas      Activo  
Excluir bibliografía      Activo

Excluir coincidencias < 1%

## **DEDICATORIA**

*A Dios por inspirarme y alentarme  
durante todo este tiempo para  
llegar hasta aquí; hoy veo un sueño  
cumplido, gracias a ÉL.*

*A mis padres, por ser el regalo de  
amor y apoyo incondicional divino  
para mi vida*

*A mis queridas hermanas por estar  
presentes, su compañía fue  
fundamental en todo este tiempo y  
a mis amistades más cercanas que  
comparten este logro y alegría.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mi casa de estudios Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana por su compromiso en nuestra formación, en especial a cada buen docente, médico y profesional de salud que estuvieron durante todo este camino, muchas gracias. Gracias también a mi asesor Dante Quiñones por su apoyo en el desarrollo de mi tesis. Finalmente, quiero hacer también una mención honorable al Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas por su incentivo y orientación durante el curso de tesis.

## RESUMEN

**Introducción:** La depresión es un problema de salud mental complejo y multifacético que puede afectar a personas de todo origen, incluidas las comunidades indígenas de América Latina.

**Objetivo:** Determinar la asociación de lengua nativa y depresión en población adulta según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en el Perú 2019-2022

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, analítico y transversal en base a datos secundarios de ENDES durante el periodo 2019 - 2022. La población de estudio fueron adultos de 27 a 59 años que contestaron de manera apropiada la encuesta, obteniendo una muestra de 58,568 adultos. En el análisis estadístico usamos el software Stata/SE 16.1, para hallar análisis bivariado y multivariado con sus respectivos índices de confiabilidad

**Resultados:** De los 58,568 encuestados, el 42% era de sexo femenino, 75% tenía pareja como casado o conviviente, el 26% tenía lengua nativa, 15% residía en área rural, el 27% solo tuvo estudio escolar, el 53% tenía índice de riqueza medio a muy pobre y el 17% padecía depresión. También se encontró que la lengua nativa ( RPa:1.34 ; IC 95%: 1.267-1.433) ( Quechua (25%), aimara (22%), ashaninka (17%), shipibo (13%), awjun/aguaruna (11%), otras lenguas nativas(10%), matsigenka/machiguenga (9%), achuar (4%) y el shawi/chayahuita (3%)) ; el sexo femenino (RPa: 2.18 ; IC 95%: 2.055-2.330) y el residir en área rural (RPa:1.18 ; IC 95%: 0.0934-1.077) son factores de riesgo para depresión; en comparación, con variables como: el tener pareja (RPa: 0.79 ; IC 95%: 0.747-0.841), tener estudios superiores (RPa: 0.75 ; IC 95%: 0.635-0.900) y el tener desde el mínimo índice de riqueza (RPa: 0.02 ; IC 95%: 0.843-0.988), que mostraron ser factores protectores.

**Conclusiones:** Se encontró asociación estadísticamente significativa y de riesgo entre lengua nativa y depresión en población peruana adulta 27-59 años según ENDES 2019-2022.

**Palabras clave:** Depresión, población adulta, lengua nativa, América latina

## ABSTRACT

**Introduction:** Depression is a complex and multifaceted mental health problem that can affect people of all backgrounds, including indigenous communities in Latin America.

**Objective:** Determine the association of native language and depression in the adult population according to the Demographic and Family Health Survey (ENDES) in Peru 2019-2022

**Methods:** Observational, retrospective, analytical and cross-sectional study based on secondary data from ENDES during the period 2019 - 2022. The study population was adults aged 27 to 59 who appropriately answered the survey, obtaining a sample of 58,568 adults. In the statistical analysis we used the Stata/SE 16.1 software to find bivariate and multivariate analysis with their respective reliability indices.

**Results:** Of the 58,568 respondents, 42% were female, 75% had a partner such as married or cohabiting, 26% had a native language, 15% lived in a rural area, 27% only had a school education, 53% had a medium wealth to very poor and 17% suffered from depression. It was also found that the native language (PRa:1.34; 95% CI: 1.267-1.433) (Quechua (25%), Aymara (22%), Ashaninka (17%), Shipibo (13%), Awjun/Aguaruna (11) %), other native languages (10%), Matsigenka/Machiguenga (9%), Achuar (4%) and Shawi/Chayahuita (3%)); female sex (PRa: 2.18; 95% CI: 2.055-2.330) and living in a rural area (PRa: 1.18; 95% CI: 0.0934-1.077) are risk factors for depression; in comparison, with variables such as: having a partner (PRa: 0.79; 95% CI: 0.747-0.841), having higher education (PRa: 0.75; 95% CI: 0.635-0.900) and having from the minimum wealth index ( RPa: 0.02; 95% CI: 0.843-0.988), which were shown to be protective factors.

**Conclusions:** A statistically significant risk association was found between native language and depression in the Peruvian adult population aged 27-59 years according to ENDES 2019-2022.

**Key words:** Depression, adult population, native language, Latin America



# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	3
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.3. LINEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA.....	4
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.5. DELIMITACION DEL PROBLEMA: .....	5
1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.6.1. OBJETIVO GENERAL.....	5
1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....	6
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
2.2. BASES TEÓRICAS.....	12
2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES.....	13
<b>CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b> .....	14
3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS.....	14
3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN.....	14
<b>CAPITULO IV: METODOLOGÍA</b> .....	15
4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	15
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	15
4.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	15
4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	16
4.5. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	16
4.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	16

4.7. LIMITACIONES DE INVESTIGACIÓN.....	17
<b>CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>18</b>
5.1. RESULTADOS.....	18
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	24
<b>CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>28</b>
6.1. CONCLUSIONES.....	28
6.2. RECOMENDACIONES.....	29
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>30</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>33</b>
ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS.....	34
ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS.....	35
ANEXO 3: CARTA DE COMPROMISO DE TEISISTA.....	36
ANEXO 4: CARTA DE APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN.....	37
ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS.....	38
ANEXO 6: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER.....	39
ANEXO 7: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	40
ANEXO 8: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	42
ANEXO 9: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	45
ANEXO 10: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP.....	47

# INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 264 millones de personas de todas las edades padecen depresión en todo el mundo. Se estima que el 3,8% de la población experimenta depresión; los adultos son 5% (4% hombres y 6% mujeres).

Asimismo, las tasas de depresión varían según regiones y países, dentro de los factores contribuyentes están las condiciones socioeconómicas, las diferencias culturales y la accesibilidad de la salud.

Según investigaciones las mujeres tienen más probabilidades de sufrir depresión que los hombres. A nivel mundial, la OMS estima que las mujeres duplican a los hombres en ser más propensas a desarrollar depresión, diferencia mantenida en todas las edades, incluidos niños y adolescentes. Además, se ha evidenciado que la prevalencia tiende a aumentar durante la adolescencia y la edad adulta.

Como problemática social la depresión es una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. Contribuye significativamente a la carga mundial de morbilidad y es un importante factor de riesgo de suicidio, que es una preocupación latente asociada con la depresión grave o no tratada.

A menudo existe una brecha considerable entre el número de personas que sufren depresión y las que reciben un tratamiento adecuado. Lamentablemente los obstáculos para buscar ayuda incluyen el estigma, la falta de conciencia sobre la salud mental y el acceso limitado a los servicios de salud mental.

Para el día de hoy se considera que la depresión no sólo afecta el bienestar de las personas sino que también tiene consecuencias económicas como pérdidas de productividad, aumento de los costos de atención médica y una carga económica significativa para las sociedades.

La presente investigación pertenece a la línea de investigación según prioridades de investigación nacional: Salud mental: Depresión. Como finalidad propone dejar evidencia de la problemática presente de depresión en comunidades indígenas del Perú según lengua nativa de acuerdo a data de ENDES 2018-2022, proporcionando datos que puedan servir para la toma de decisiones indicada a las autoridades respectivas.

La presente investigación se ha estructurado de la siguiente manera:

Capítulo I: Problema de investigación

Capítulo II: Marco teórico

Capítulo III: Hipótesis y variables

Capítulo IV: Metodología

Capítulo V: Resultado y discusión

Capítulo VI: Conclusiones y recomendaciones

## **CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La depresión es un problema de salud mental complejo y multifacético que puede afectar a personas de todos los ámbitos de la vida, incluidas las comunidades indígenas de América Latina.<sup>1</sup> La OMS indica a la depresión como un trastorno mental común que repercute todos los ámbitos de vida de la persona afectada, a niveles que incluso podrían llevarlos a una decisión de suicidio; según se menciona al año más de 700 000 personas deciden suicidarse y uno de los motivos causantes es la depresión. Asimismo, se sabe que el 75% de las personas afectadas provienen de países de ingreso bajo y mediano que no reciben tratamiento.<sup>2,3</sup>

La OMS, alude a la salud mental como un derecho humano fundamental para la salud y bienestar personal que contribuye al desarrollo individual, comunitario y socioeconómico; así también; El Ministerio de Salud (MINSA) considera a la salud mental como un impacto social importante para la salud pública del país y por ello, su respectiva necesidad de velar por su prevención.<sup>2,4</sup>

En la actualidad se reconoce que los contextos sociales influyen la salud mental, por ejemplo; en la cultura de las minorías vemos como los “quechua hablantes” experimentan un desafío al acceso adecuado de atención promocional y preventiva de la salud mental. Sin embargo, no son las únicas comunidades según dialecto ya que es una realidad compartida en distintas regiones de Latinoamérica<sup>1,5,6</sup>

En América Latina, existen 522 pueblos indígenas multilingüistas repartidos en 21 países aproximadamente, quienes hablan 420 lenguas distintas, además algunas han llegado a distribuirse en distintos países latinoamericanos. En el Perú, se han encontrado 47 lenguas originarias hasta el momento, representativas de distintas comunidades.<sup>5,6,7,8</sup>

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el 2018 tomando solo como referencia la lengua quechua como una de las más representativas, se reportó 3 735 682 (13.5%) habitantes quechua hablantes en toda la población total.<sup>6</sup>

Es por ello, que debido a ser la minoría de la población peruana desfavorecida por limitantes en su atención de salud además de la escasez de estudios de momento que favorezcan el conocimiento de la misma problemática, el objetivo del presente trabajo es determinar la

asociación de depresión en población adulta según lengua nativa de acuerdo con ENDES 2019-2022.

## 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe asociación entre lengua nativa y depresión en población adulta, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en el Perú 2019-2022?

## 1.3. LINEA DE INVESTIGACIÓN NACIONAL Y DE LA URP VINCULADA

El presente estudio se enmarca en el cuarto problema de salud prioritario de la línea de investigación «Salud Mental» del Instituto Nacional de Investigación en Salud del Perú (INS) para el período 2019-2023.

Adicionalmente, la Universidad Ricardo Palma lo ha identificado como tema prioritario en su Línea de Investigación 2021-2025 para las áreas de conocimiento de Medicina Humana número 10 (Salud Mental) y número 16 (Salud Individual, Familiar y Comunitaria).

## 1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Como ya se ha explicado anteriormente la depresión es un problema de salud, que acarrea repercusiones individuales y colectivas, que pueden desfavorecer el desarrollo sostenible de un país. A nivel mundial según la OMS 280 millones de personas sufren depresión y en América Latina el 5% de la población adulta la padece.<sup>1,2</sup>

Cabe resaltar también que para el 2030, la OMS ha proyectado a la “Depresión” como primera causa próxima de discapacidad mundial, he ahí el interés preventivo de intervenciones oportunas para la población afectada o vulnerable. Además, con ello, la exigencia de fortalecer los esfuerzos de velar por el derecho de cada ser humano a tener y/o mantener una buena salud mental.<sup>2</sup>

En Perú existe una diversidad multicultural, multilingüística, en la que hoy por hoy enfrenta el proceso de superar las barreras de comunicación junto con la limitación de servicios. Dentro de toda la variedad cultural de nuestro territorio peruano según el Instituto Nacional

de Estadística e Informática (INEI) en el 2017 se reportó 2,703 comunidades nativas censadas con la existencia de 40 lenguas indígenas originarias habladas con mayor frecuencia.<sup>4,7,9</sup>

Es por ello que, debido a la realidad de la preocupante problemática global, que reconocemos no tiene distinción de edad, sexo, o entorno social, que se considera la necesidad de compartir y difundir, información científica que valide y contribuya a la necesidad de un abordaje adecuado a las minorías de poblaciones nativas y su reconocimiento ante la sociedad.

## 1.5 DELIMITACION DEL PROBLEMA

El presente estudio se enmarca en el cuarto problema de salud prioritario de la línea de investigación «Salud Mental» del Instituto Nacional de Investigación en Salud del Perú (INS) para el período 2019-2023.

Adicionalmente, la Universidad Ricardo Palma lo ha identificado como tema prioritario en su Línea de Investigación 2021-2025 para las áreas de conocimiento de Medicina Humana número 10 (Salud Mental) y número 16 (Salud Individual, Familiar y Comunitaria).

## 1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.6.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar asociación entre lengua nativa y depresión en población adulta según ENDES 2019-2022

### 1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OE1: Determinar asociación de depresión en población adulta según ENDES 2019-2022

OE2: Determinar asociación de sexo y depresión en población adulta según ENDES 2019-2022

OE3: Determinar asociación de estado civil y depresión en población adulta según ENDES 2019-2022

OE4: Determinar asociación de área de residencia y depresión en población adulta según ENDES 2019-2022

OE5: Determinar asociación de grado de instrucción y depresión en población adulta según ENDES2019-2022

OE6: Determinar asociación de índice de riqueza y depresión en población adulta según ENDES 2019-2022

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

#### Antecedentes Internacionales

**Jaedon P. Avey**<sup>19</sup>, en el año 2018 se realizó una investigación titulada “Intereses en el manejo de la depresión entre adultos nativos de Alaska e indios americanos en atención primaria”, con el objetivo de identificar población nativa adulta de diagnóstico de depresión según PHQ-9; se estratificaron a los pacientes según gravedad, para luego direccionar el tratamiento adecuado de acuerdo a su necesidad y aceptación coherente a su concepciones y valores de vida. La muestra fue de 125 pacientes que dieron con diagnóstico positivo a depresión, con un rango de edad aproximado entre 30-39 años, en el estudio también destacó la prevalencia en el sexo femenino. La investigación concluye que existe factibilidad de brindar tratamiento a poblaciones nativas por buena recepción desde el primer nivel de atención, resaltando asesoramiento, terapias grupales, tratamiento farmacológico y cambio de estilo de vida, preferenciales antes de su espiritualidad.<sup>19</sup>

**Deborah J. Bowen**<sup>20</sup>, en el año 2020 se realizó una investigación titulada “Implementación de atención colaborativa para reducir depresión para nativos americanos rurales/Alaska agente nativa”, con el objetivo de evaluar los efectos del cuidado colaborativo en los nativos americanos rurales y pacientes nativos de Alaska (AI/AN). La población de estudio fue tomada de 3 clínicas, con un total de 1993 pacientes. El seguimiento uso como herramienta el PHQ-9 antes y después del tratamiento, evidenciando la reducción en sintomatología de depresión con un mejor resultado en pacientes nativos (52.8%); se observó también mayor



prevalencia en el sexo femenino. El estudio concluye que la terapia colaborativa evidencia buena recepción para población nativa en el primer nivel de atención, lo cual incluyó: tratamiento basado en evidencia, atención conductual, apoyo de consultoría psiquiátrica y seguimiento en adherencia y eficacia de tratamiento por parte del equipo de salud; sin embargo, el factor de raza/etnicidad no tuvo relación con la remisión mas si los factores de la clínica y el sexo.<sup>21</sup>

**Moya-Salazar J<sup>22</sup>**, en el año 2023 se realizó una investigación titulada “Una revisión sistemática de la salud mental en poblaciones rurales andinas de América Latina durante la pandemia de COVID-19” el objetivo fue realizar una revisión sistemática de artículos que analicen problemas de salud mental en población rural andina de América Latina durante periodo de COVID-19, se analizaron 14 artículos, siendo un total de 5.976 habitantes rurales de cuatro países de América y 708 adultos de Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y México. La evaluación destacó la frecuencia de 3 problemas de salud: ansiedad (45%), depresión (27,6%) y estrés (33,1%) en la población rural. La depresión promedio en la población peruana fue de 56,2%, en la población rural colombiana fue de 24,1%, en la población paraguaya fue de 12,3% y en la población ecuatoriana fue de 8%. El estudio enfatiza el incremento de problemas mentales en comparación con zonas urbanas, el deterioro que ha sufrido la población rural en su calidad de vida, evidenciado por la escasez de resultados óptimos de los programas de salud dirigidos; según la evaluación como factores influyentes el idioma (quechua hablantes) como limitante al acceso de servicios de salud y también la violencia exacerbada durante la pandemia. Se sugiere realizar estudios prospectivos de largo tiempo que estratifican la población en función a indicadores específicos.<sup>22</sup>

**Mayta-Tovalino F<sup>23</sup>**, en el año 2022 se realizó una investigación titulada “Aprender y comprender el quechua para reducir la distancia lingüística en el cuidado bucal en América Latina: una revisión narrativa”, el objetivo del estudio fue demostrar cómo las diferencias lingüísticas entre pacientes y profesionales sanitarios dificulta el acceso de atención sanitaria en países latinoamericanos con población quechua hablante, y debido a ello, la importancia de aprender el “quechua” como una herramienta para facilitar el acceso de salud. La revisión

abarcó base de datos desde el periodo de enero de 2010 hasta diciembre de 2020. Dentro de sus observaciones se vio que los pacientes que comparten una misma lengua pueden acceder a una atención preventiva, detección oportuna y continuidad de tratamientos, por ende, una efectividad de la labor profesional. Es por ello, que se remarca también el oportuno aprendizaje del “quechua” dentro de la formación de pregrado universitaria, con la finalidad de estar preparados para el servicio rural programado después del egreso respectivo.<sup>23</sup>

**Gabriel Alonso G.**<sup>24</sup>, en el año 2020 se realizó una investigación titulada “Un enfoque social sobre las diferencias de género en depresión en trabajadores: la importancia del conflicto trabajo-familia”, el objetivo fue justificar el predominio de depresión en el sexo femenino en población chilena es debido a una asociación adicional y mayor con la variable de conflicto trabajo-familia(CTF), considerada como una variable sociodemográfica determinante en el aumento. El estudio fue de tipo transversal y de alcance correlacional basado en datos secundarios, ENCAVI 2017. La muestra estuvo delimitada con población entre 25 y 55 años. En los resultados se obtuvo que los CTF aumentan 3,28 veces más las probabilidades de tener sintomatología depresiva en las mujeres.<sup>24</sup>

**Laura Gisela N**<sup>25</sup>, en el año 2022 se realizó una investigación titulada “Frecuencia de casos depresivos en personas adultas mayores en tres comunidades rurales del sureste mexicano”, tiene como objetivo determinar la asociación entre depresión y las condiciones socioeconómicas como el género, la dependencia económica y preparación académica. El estudio es de tipo descriptivo, observacional y transversal, de un año. Los resultados obtenidos evidenciaron mayor prevalencia de depresión en las mujeres y los viudos, quienes dependen económicamente de familiares y quienes tienen menor nivel educativo.<sup>25</sup>

## Antecedentes Nacionales

**Julio Cjuno**<sup>5</sup>, en el año 2021 realizó un estudio titulado “Producción científica sobre depresión en poblaciones quechua hablantes: una revisión narrativa” el objetivo fue describir la atención y producción científica sobre depresión en poblaciones quechua hablantes. En su metodología se realizó una búsqueda en base de datos como Pubmed, Scopus, Web of science, en el que se eligieron 7 estudios, de los cuales 4 de ellos usaron instrumentos psicométricos evaluables para depresión; la frecuencia tuvo una prevalencia de una media de  $8.0 \pm 3.5$ , también resaltó su mayor prevalencia del sexo femenino. El estudio concluyó un escaso número de investigaciones en poblaciones de quechua hablantes a pesar de ser un grupo representativo en Latinoamérica, además de una necesidad de actualización de un instrumento validado dirigido hacia población quechua hablante y recaló las limitaciones como dificultades de aculturación, dominio del idioma por parte del profesional de salud que dificultan la objetividad de los estudios y abordaje de la enfermedad.<sup>5</sup>

**Andy Rick S.**<sup>6</sup>, en el año 2023 realizó un estudio titulado “Depresión según identidad étnica en población peruana: un estudio nacional mediante análisis de redes” el objetivo fue analizar los síntomas que caracterizan la depresión en comunidades étnicas según identidad étnica referida en encuesta ENDES 2020. Para la metodología se usó análisis de redes estadístico de correlación. Se evidenció mayor frecuencia en afección en el sexo femenino, siendo los síntomas clínicamente más frecuentes el ánimo deprimido sobre todo en los blancos, quechuas, mestizos, afroperuanos y amazónicos, mientras que, en los aymaras, fueron más característicos los problemas del sueño.<sup>6</sup>

**Julio Cjuno**<sup>7</sup>, en el año 2023 realizó un estudio titulado “Adaptación cultural al Quechua y análisis psicométrico del Patient Health Questionnaire (PHQ-9) en población peruana” el objetivo fue traducir y adaptar culturalmente el cuestionario (PHQ-9) a tres variedades del quechua y analizar su validez, confiabilidad e invarianza. El estudio pasó por diferentes fases, en su elaboración tuvo el aporte de profesionales de la salud de habla quechua, para su análisis de confiabilidad se evaluó la consistencia interna ( $\alpha = 0,865 - 0,915$ ;  $\omega = 0,833 - 0,881$ ) con resultado de valores altos; la invarianza de medida según variedades del quechua

y variables sociodemográficas se evaluó empleando CFA multigrupos y modelos MIMIC (Múltiples Indicadores y Múltiples Causas) en el que se confirmó una invarianza de medida según variante del quechua, sexo, residencia, edad, estado civil y nivel educativo. Finalmente se concluyó como un instrumento válido, confiable e invariante para su uso.<sup>7</sup>

**Hernández-Vásquez A<sup>21</sup>**, en el año 2022 se realizó un estudio titulado “Asociación entre altitud y depresión en Perú: un análisis conjunto de 8 años de encuestas poblacionales” el objetivo fue determinar la asociación entre la altitud y los síntomas depresivos en la población peruana, ajustado por factores demográficos, socioeconómicos y exposición de factores de riesgo para la salud. La metodología del estudio fue analítica transversal, los datos fueron recopilados de la encuesta ENDES 2013-2020 con un total de 215.409 participantes. Se determinó el diagnóstico mediante el instrumento PHQ-9, se determinó la depresión según gravedad y se analizó asociación a las variables. Se determinó que la altitud no tuvo ningún efecto significativo sobre las puntuaciones bajas (p10) de los síntomas depresivos. Sin embargo, en las puntuaciones mediana (p50;  $\beta=0,03$  [IC 95%: 0,03–0,03]) y alta (p90;  $\beta=0,06$  [IC 95%: 0,06–0,07]), tuvieron un aumento por cada 100 m de aumento de altitud. En relación a las variables de ajuste, no evidenció un efecto significativo para puntuaciones bajas (p10). En los puntajes medianos de síntomas depresivos (p50), tener 60 años o más, ser mujer, tener una o más comorbilidades, estar separado, divorciado o viudo, residir en área urbana, pertenecer al quintil 2, 3 y 4, ser fumador actual y beber en exceso tuvo un efecto positivo en las puntuaciones de los síntomas depresivos. También se evidenció que el consumo de alcohol no tuvo ninguna influencia en el desarrollo de sintomatología depresiva, como sí lo fue el consumo de frutas y verduras, en el que el efecto se volvió negativo. Finalmente, las variables de riqueza y el nivel educativo tuvieron un efecto negativo en la puntuación de depresión.<sup>21</sup>

**Paola Baldeón-M<sup>24</sup>**, en el año 2019 se realizó el estudio titulado “Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017” el objetivo fue identificar las variables sociodemográficas asociadas a depresión en población de estudio. Se analizó como un estudio observacional de correlación con corte transversal. Las variables que estuvieron significativamente asociadas como factores de riesgo fueron el

sexo femenino, el carecer de instrucción, edad mayor de 75 años, vivir en zona rural y ser pobre. Y la que no tuvo asociación significativa fue la discapacidad ( $p=0,704$ ). [ORa 1,103 (0,663 - 1,835)].<sup>24</sup>

**Martha Martina-C<sup>25</sup>**, en el año 2022 se realizó un estudio titulado “Depresión en adultos mayores en el Perú: distribución geoespacial y factores asociados según ENDES 2018 - 2020” con el objetivo de conocer la distribución geoespacial y los factores asociados al síndrome depresivo en población de estudio. El estudio fue de tipo transversal, analítico en el que se encontró asociación significativa con las regiones de Huancavelica, Puno, Ayacucho, Apurímac y por el norte, Ancash y Cajamarca. Además de otros factores asociados como el ser de sexo femenino, la pobreza, tener bajo nivel de instrucción, residir en el área rural, proceder de la sierra y selva, vivir solo y tener 75 o más años de edad.<sup>25</sup>

**Marco Antonio G<sup>26</sup>**, en el año 2018 se realizó un estudio titulado “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO ENDES 2018” el objetivo fue determinar las variables asociadas del estado depresivo a través de un análisis descriptivo, transversal y retrospectivo, en base a fuente secundaria ENDES. El resultado de asociación fueron el Idioma o lengua materna (RP: 1,28 ; IC95%: 1,072 - 1,533), el nivel educativo inicial (RP: 2,16 ; IC95%: 1,499 - 3,124), , las manifestaciones clínicas reguladas por catecolaminas y tener antecedente de tratamiento por depresión, tristeza o desánimo, y antecedentes de tratamiento. La edad promedio fue de 51 años, sin embargo se evidenció asociación con adultos mayores de 60 años.<sup>26</sup>

## 2.2. BASES TEÓRICAS

### Generalidades

La depresión es considerada como un problema de salud; se cataloga como “depresión clínica” o “trastorno depresivo mayor”. Su caracterización clínica de quienes la padecen son: pérdida de interés, disfrute de las cosas y de experiencias cotidianas, mal humor y variedad de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y conductuales asociados como: dificultad para dormir, comer o trabajar. Se le relaciona además con factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. Para establecer el nivel de gravedad se debe considerar 3 elementos: los síntomas, la frecuencia e intensidad; la duración del trastorno e impacto del funcionamiento personal y social.<sup>8,9</sup>

Para su diagnóstico es necesario una evaluación integral que incluye un historial médico cuidadoso, un examen del estado mental del paciente, uso de instrumentos validados que identifiquen el grado de depresión que padece, también podría complementarse con el examen físico sin ser determinante de diagnóstico.

Dentro de los instrumentos de mayor utilidad se encuentra el cuestionario de paciente más utilizado es el (PHQ-9), posee una sensibilidad de 61% y una especificidad de 94% para la depresión en adultos. Está conformada de 9 preguntas, con calificación de 0 a 3 (0 = Nada; 1 = Varios días; 2 = Más de la mitad de los días; 3 = Casi todos los días). La totalidad de puntuación indica la gravedad de depresión: 1 a 4 = depresión mínima; 5 a 9 = Depresión leve; 10 a 14 = Depresión moderada; 15 a 19 = Depresión moderadamente grave; 20 a 27 = Depresión severa.<sup>5,10</sup>

Las comorbilidades (Hipertensión arterial, diabetes mellitus, artritis, obesidad, etc) también son un factor influyente negativo, ya que se a visto que están asociadas proporcionalmente al número de afecciones y al nivel de cronicidad con su prevalencia, debido a que podrían permanecer el resto de su vida, con un factor de riesgo que evidencian tasas >20%.<sup>10</sup>

Para el tratamiento, según la declaración de calidad del Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE) debe considerarse que los adultos tienen mayor riesgo de recaídas y las medidas preventivas son necesarias. Además, si tuviesen orígenes étnicos como población minoritaria debe priorizarse el apoyo al acceso de servicios de salud mental.<sup>11</sup>

La iniciación terapéutica involucra a todos los niveles de atención de salud (I,II,III), sus opciones terapéuticas están en relación a su nivel de gravedad; incluyen la psicoterapia, los psicofármacos y otras medidas particulares adicionales como la terapia electroconvulsiva, y la terapia magnética transcraneal. Finalmente, la evaluación de retiro terapéutico como indicador resolutivo deben ser determinadas con los instrumentos validados como el PHQ-9, en la disminución de su escala.<sup>12,13</sup>

### 2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

Depresión: Es un trastorno mental caracterizado por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia), cansancio o fatiga que dificulta el desarrollo individual y social de los afectados.<sup>17</sup>

ENDES: Es la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar realizada cada año por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú, con el fin de brindar información válida a nivel nacional y departamental a libre acceso de entidades públicas y privadas para estudios favorables del país.<sup>14</sup>

PHQ-9: Es una medida de cuestionario de nueve ítems, como instrumento que evalúa la presencia de síntomas depresivos basados en los criterios del DSM-IV para diagnóstico de depresión.<sup>7</sup>

## **CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS**

Hipótesis general:

H1: Existe asociación entre lengua nativa y depresión en población adulta según ENDES 2019-2022 H0: No existe asociación entre lengua nativa y depresión en población adulta según ENDES 2019- 2022.

Hipótesis específicas:

H1: La depresión está asociada en población adulta según ENDES 2019-2022.

H2: El sexo está asociado a depresión en población adulta según ENDES 2019-2022.

H3: El estado civil está asociada a depresión en población adulta según ENDES 2019-2022.

H4: El área de residencia está asociada a depresión en población adulta según ENDES 2019-2022. H5: El grado de instrucción está asociado a depresión en población adulta según ENDES 2019-2022. H6: El índice de riqueza está asociada a depresión en población adulta según ENDES 2019- 2022.

### **3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN**

Variable dependiente: Depresión

Variable independiente: variables sociodemográficas

Depresión, variable dependiente, se consideró después de confirmación por instrumento PHQ-9. Variables sociodemográficas se consideró, variable independiente; se analizaron: sexo, lengua nativa, estado civil, área de residencia, grado de instrucción, índice de riqueza, región natural.



## CAPITULO IV: METODOLOGÍA

### 4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un análisis observacional, cuantitativo, transversal, retrospectivo y analítico de datos secundarios de la ENDES en Perú entre 2019 y 2022. Es transversal porque se realizó en un periodo de tiempo específico (2019-2022) en un área localizada (Perú); es retrospectivo porque utiliza datos de 2019-2022. Es observacional porque no se manipulan las variables; cuantitativo porque se hará un análisis estadístico; y analítico porque muestra una asociación entre las dos variables.

### 4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La información puede ser consultada en la página web del INEI en la sección «Microdatos» y corresponde a las personas (de 27 a 59 años) residentes en el Perú que tienen depresión y han completado la ENDES 2019- 2022. Con base en los criterios de investigación, se tomaron en consideración. 58,568 adultos con depresión, de 27 a 59 años, que completaron el cuestionario Individual de acuerdo a la ENDES en el Perú, 2019-202, conformaron la muestra del estudio.

Criterios de inclusión:

Adultos de entre 27 y 59 años con depresión de acuerdo a instrumento PQH-9, que participaron en la ENDES 2019-2022.

Criterios de exclusión:

Participantes que no cumplan con el requisito de inclusión

### 4.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

La tabla de operacionalización de variables se encuentra en el Anexo 8

#### 4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de investigación fue documental, se utilizó la base de datos secundaria de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2019-2022 obtenida por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú. Los datos tomados fueron en relación a los adultos de 27-59 años con depresión que fueron entrevistados. La depresión fue medida por el cuestionario PhQ9 (ver anexo 9).

#### 4.5. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos del estudio fueron ordenados y analizados en el programa STATA/SE 16.1. Se utilizó la base de datos «CSALUD01» donde se ubicaron las variables de depresión; con la base de datos «REC91» donde se ubicó variable de lengua materna además, para las variables sociodemográficas complementarias se fusionaron con la base «RECH1» y «RECH0». La selección se realizó de acuerdo con los criterios de inclusión, obteniéndose 58.568 adultos con edades comprendidas entre los 27 y los 59 años. Se describieron frecuencias y porcentajes para el análisis univariante en función de cada variable. Se realizaron análisis bivariantes y multivariante para la estadística inferencial. Para calcular los cocientes de prevalencia se utilizaron tablas de contingencia con intervalos de confianza del 95%. Por último, los cocientes de prevalencia se determinaron mediante regresión logística. El nivel de significación para la comprobación de hipótesis se fijó en 0,05.

#### 4.6. ASPECTOS ÉTICOS

El presente trabajo de investigación pasó previamente por la aprobación de protocolo y autorización por parte del Instituto de Investigación de Ciencias Biomédicas (INICIB) de la Universidad Ricardo Palma y del Comité de Ética de la Universidad Ricardo Palma (URP). En relación a la base de datos es de libre acceso del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en su plataforma virtual. La aplicación de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) tuvo previamente su consentimiento informado respectivo. Los

datos obtenidos de cada participante fueron registrados a base de códigos con el fin de preservar la confidencialidad de los participantes; no presenta conflicto de interés.

#### 4.7. LIMITACIONES DE INVESTIGACIÓN

Debido a que es un estudio de datos secundarios consideramos una limitante de sesgo en el método que se usó para recolectar los datos e instrumentos, así como una mejor evaluación complementaria para una identificación diagnóstica adecuada de depresión en la población de estudio como se esperaría definir.

## CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 5.1. RESULTADOS

**Tabla1. Descripción de frecuencias  
y porcentajes de las variables  
sociodemográficas en adultos de 27-59 años.  
ENDES 2019-2022**

	n	%
<b>SEXO</b>		
Femenino	33,969	58%
Masculino	24,599	42%
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Con pareja	43,926	75%
Sin pareja	14,642	25%
<b>LENGUA NATIVA</b>		
Nativa	15,228	26%
No nativa	43,340	74%
<b>ÁREA DE RESIDENCIA</b>		
Rural	8,785	15%
Urbano	49,783	85%
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>		
Escolar	15,813	27%
Superior	42,755	73%
<b>ÍNDICE DE RIQUEZA</b>		
Muy pobre/ pobre/medio	31,04	53%
Rico/muy rico	26,355	45%
<b>DEPRESIÓN</b>		
Si	9,957	17%
No	48,611	83%

Se analizó un total de 58,568 personas adultas de 27-59 años. De la totalidad de la muestra el 17% presentó depresión. Se encontró predominio en el sexo femenino (58%), también se observó que en su mayoría tenían pareja (75%). Según el índice de riqueza se estratifica en dos categorías el 53% se catalogó como muy pobre a medio. Más de la mitad lleva estudios

superiores. Se confirmó solo un 15% con lengua nativa. La mayor parte de la población tenía como residencia el área urbana (85%). **Tabla 1.**

**Tabla2. Análisis bivariado de depresión asociado a variables sociodemográficas en adultos 27-59años. ENDES 2019-2022**

Variables	Depresión		
	RP**	IC95%	p
<b>SEXO</b>			
Femenino	2.27	(2.146-2.406)	0.00
<b>ESTADO CIVIL</b>			
Con pareja	0.70	(0.659-0.743)	0.00
<b>LENGUA NATIVA</b>			
Nativa	1.47	(1.393-1.571)	0.00
<b>ÁREA DE RESIDENCIA</b>			
Rural	1.18	(1.128-1.250)	0.00
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>			
Primaria	0.81	(0.687-0.970)	0.02
Secundaria	0.65	(0.543-0.785)	0.00
Superior técnico	0.73	(0.618-0.875)	0.00
Superior universitario	0.57	(0.486-0.679)	0.00
Postgrado	0.44	(0.377-0.526)	0.00
<b>INDICE DE RIQUEZA</b>			
Pobre	0.88	(0.829-0.949)	0.00
Medio	0.86	(0.801-0.926)	0.00
Rico	0.81	(0.754-0.885)	0.00
Muy rico	0.63	(0.579-0.697)	0.00

Al realizar el análisis bivariado de lengua nativa y depresión de un total de 9,957 siendo un 17% de la población total referida de la tabla 1. Las variables que mostraron una asociación significativa ( $p \leq 0.05$ ) fueron el sexo femenino, tener pareja, el residir en área rural, el tener lengua nativa. Según el índice de riqueza las cuatro categorías tuvieron asociación, al igual que las cinco categorías de grado de instrucción. **Tabla2**

**Tabla3. Análisis bivariado de depresión y lengua nativa en adultos 27-59años. ENDES 2019-2022**

Lengua Nativa	Depresión		Valor p
	NO	SI	
<b>Quechua</b> <b>(21.14% = 12.381)</b>	75% (9,285)	25% (3,096)	0.00
<b>Aimara</b> <b>(2.75%= 1,610)</b>	78% (1,255)	22% (355)	0.00
<b>Ashaninka</b> <b>(0.32%= 187)</b>	83% (155)	17% (32)	0.00
<b>Awajun / Aguaruna</b> <b>(0.38%= 222)</b>	89% (197)	11% (25)	0.00
<b>Shipibo/ Konibo</b> <b>(0.26%= 152)</b>	87% (132)	13% (20)	0.00
<b>Shawi/Chayahuita</b> <b>(0.10%= 58)</b>	97% (56)	3% (2)	0.00
<b>Matsigenka/Machiguenga</b> <b>(0.05%=29)</b>	91% (26)	9% (3)	0.00
<b>Achuar</b> <b>(0.03%= 17)</b>	96% (16)	4% (1)	0.00
<b>Otra lengua nativa u originaria</b> <b>(0.56%= 327)</b>	90% (294)	10% (33)	0.00
<b>TOTAL</b>	76% (11,416)	24% (3,567)	

Se realizó un análisis bivariado más específico según categorización de ENDES con la variable de “lengua nativa” donde el 24% padecía depresión y según ello, se halló asociación significativa ( $p \leq 0.05$ ) con la lengua el quechua (25%), aimara (22%), awajun/aguaruna

(11%), shipibo/koniko (13%), shawi/chayahuita (3%), matsigenka/machiguenga (9%),  
achuar (4%), otra lengua nativa (10%) **Tabla 3**



**Tabla 4. Análisis multivariado de depresión y variables sociodemográficas en adultos de 27-59 años. ENDES 2019-2022.**

Variables	Depresión				
	Modelo crudo		p	Modelo ajustado	
	RP	IC95%		RPA	IC95%
<b>SEXO</b>					
Femenino	2.27	(2.146-2.406)	0.00	2.18	(2.055-2.330)
<b>ESTADO CIVIL</b>					
Con pareja	0.70	(0.659-0.743)	0.00	0.79	(0.747-0.841)
<b>LENGUA NATIVA</b>					
Nativa	1.4	(1.393-1.571)	0.00	1.34	(1.267-1.433)
<b>AREA DE RESIDENCIA</b>					
Rural	1.18	(1.129-1.251)	0.00	1.00	(0.934-1.077)
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>					
Superior	0.44	(0.377-0.527)	0.00	0.75	(0.635-0.900)
<b>INDICE DE RIQUEZA</b>					
Pobre	0.88	(0.829-0.949)	0.02	0.91	(0.843-0.988)
Medio	0.90	(0.802-0.926)	0.05	0.91	(0.827-1.000)
Rico	0.89	(0.755-0.886)	0.03	0.89	(0.804-0.993)
Muy rico	0.75	(0.580-0.698)	0.00	0.75	(0.667-0.854)

Al realizar el análisis multivariado, se encontró asociaciones significativas de riesgo ( $p \leq 0.05$ /RPa:1 $\leq$ ) con el sexo femenino, tener lengua nativa, residir en área rural. Dentro de las variables significativas como protectoras se encuentran el tener pareja, el índice de riqueza en sus cuatro categorías y el grado de instrucción superior. ( $p \leq 0.05$ /RPa:<1)

**Tabla 4**

## 5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La depresión como problema prioritario de salud trae consigo distintas repercusiones individuales y colectivas en el desarrollo humano. La adultez, como la mitad de la etapa del desarrollo de la persona, además de ser considerada como el periodo más productivo, con visibilidad de resultados para un buen vivir de estabilidad futura; hoy es socavada con el aumento de casos depresivos que estarían interrumpiendo el crecimiento sostenible de la población. Adicional a ello, los países latinoamericanos como el Perú cuentan con una diversidad multicultural multilingüística de adultos, quienes tienen un rol más decisivo sobre sus familias y la permanencia de sus comunidades.

La prevalencia de depresión hallada en el análisis fue del 17% en población adulta cercano al porcentaje encontrado en el estudio realizado por Moya Salazar J et al. Donde se halló un 27,6% de prevalencia de depresión promedio en países de América latina y un 53% en población peruana adulta, este último como el triple del valor hallado probablemente por el rango de años analizado en el presente estudio, generando un promedio menor.<sup>22</sup>

Dentro de las variables sociodemográficas de riesgo asociadas significativamente ( $p < 0.005$ ): El sexo femenino (RPa: 2.18; IC 95%: 2.055-2.330) y el residir en zona rural (RPa: 1.18 ; IC 95%: 0.0934-1.077) demostraron asociación similar a los estudios realizados por Jaedon P. et al., Deborah J. et al., Moya- Salazar J et al. Todos ellos, llevados a cabo en población rural norteamericana, así también estudios nacionales como los de Julio Cjuno. et al, Sánchez-Villena et al, Hernández- Vásquez A. et al, confirmaron prevalencia reportada según OMS con frecuencia en las mujeres, como las más afectadas en riesgo de depresión.<sup>5,6,19-21</sup> Diferencias probablemente mantenidas debido a la mayor exposición del género femenino al conflicto de trabajo doméstico y laboral en comparación con el género masculino, además de las crisis anímicas post-parto y menopáusicas, es decir, los factores genéticos y biológicos también tendrían influencia en la diferencia mantenida en ambos sexos.<sup>27</sup> En relación al residir en zona rural, se ha demostrado que la prevalencia depresiva es considerable debido a las condiciones de infraestructura no adecuada, recursos limitados a causa de distanciamiento geográfico, asimismo, este impacto negativo se ha visto asociado con la vulnerabilidad de género que lidian las mujeres del sector rural a causa de la violencia física, sexual, además del sexismo al que están expuestas y de la baja autoestima que limita el

desarrollo personal y las dispone ser afectas a depresión, Hernández- Vásquez A. et al. también analiza y corrobora similitud de resultados predisponentes en el perfil femenino rural, con lo cual, se hace necesario la importancia de incidir en tomar medidas al respecto ya que, que la mujer es un pilar fundamental en el sostén del hogar y en la formación de ciudadanos de bien que favorezcan el desarrollo de su nación.<sup>21</sup> Los estudios también concuerdan que las zonas rurales evidencian un persistente deterioro de la calidad de vida que acrecienta según pasan los años, sumado a ello, los escasos resultados óptimos de los programas dirigidos de salud de momento como consecuencia del descuido gubernamental y la centralización del país peruano mantenida.

En relación a la variable principal asociada en el estudio “lengua nativa o materna” se demostró tener una asociación significativa de riesgo ( $p=0.00$  , RPa:1.34 , IC 95%: 1.267-1.433) con depresión resultado cercanos a los estudios de Sánchez-Villena et al. y Marco Antonio G. et al. Donde se evidenció asociación como factor de riesgo con el ánimo depresivo (RP:1.28 ; IC 95%:1.072-1.533) mas no directamente con diagnóstico de depresión y también asociación de identidad étnica con síntomas depresivos ( $p\leq 0.05$ ).<sup>6,26</sup> En comparación, con el estudio de Sánchez, el presente estudio toma la variable “lengua nativa” por ser más objetiva para percibir la asociación directa con depresión según las minorías étnicas sin la posibilidad de elección subjetiva de la persona.<sup>6</sup> En los hallazgos se demostró que el quechua tuvo la frecuencia más alta en un 21.14% durante los 4 años de estudio similar a la frecuencia hallada en población peruana por el estudio de Sánchez con un 20.94% . Julio Cjuno et al. y Mayta Tovalino et al. nos recalca al igual que el estudio de Sánchez la representatividad de los quechua hablantes en la minoría peruana; con lo que sabemos es una estadística que se seguirá manteniendo y la manifestación de la depresión seguirá siendo la misma, es por ello, la relevancia de considerar el continuo estudio de las demás minorías también.<sup>5,7,23</sup> En los últimos años vemos junto con Sánchez que el porcentaje poblacional de cada comunidad étnica ha variado en lo mínimo. En nuestro estudio se pudo evidenciar la asociación depresivas con el quechua (25%), aimara(22%), ashaninka (17%), awajun/aguaruna (11%), shipibo/konibo (13%), shawi/chayahuita (3%), matsigenka/machiguenga (9%), achuar (4%) y otras lenguas nativas restantes (10%) según clasificación ENDES, lo cual, nos da un aporte importante de inicio para continuar en el

análisis formativo de futuros perfiles psicoterapéuticos según comunidad étnica del país. En razón, que la multiculturalidad ha generado un desenvolvimiento social distinto por cada comunidad en relacionarse con su entorno, algunos síntomas que nos dan indicio de depresión podrían ser más marcados unos que otros en cada comunidad dándonos pie a tratamientos más oportunos. Existen estudios dirigidos a población nativa del extranjero que evidencian que es posible el tratamiento desde el primer nivel de salud en coordinación incluso si fuera necesario con especialistas para reforzar un tratamiento según el tratante lo requiera y además como el interés y la determinación de acercar los servicios de salud enfocados en salud mental a las minorías ha traído resultados óptimos mucho mejores que la población general, al punto de tener más casos resolutivos de nativos sanos y su reintegración ante su comunidad y ser de buen testimonio de confianza y fiabilidad para que más pobladores quieran recibir atención médica oportuna donde el sector de salud y gubernamental cooperan en justicia derribando las barreras para el crecimiento como sociedad más justa y equitativa, enfoque que compartimos en fin de incidir en su aplicación similar en nuestro país.<sup>19,20</sup> Otros aportes a tomar en cuenta son los descritos por Mayta-Tovadilino et al y Julio Cjuno et al. Ambos dirigidos a comunidad quechua donde se evidencio que es necesaria incluso la adaptación cultural en el idioma por parte del profesional de salud en su efectividad laboral como el validar instrumentos de diagnóstico como lo es PHQ-9 para cada comunidad o incluso la posibilidad de agregar a la curricula de pregrado el aprendizaje de alguna lengua nativa con propósito de un buen servicio rural considerando en su electividad ya que cada departamento cuenta con un porcentaje de presencia de comunidades étnicas.<sup>5,7,23</sup>

Como variables sociodemográficas protectoras se encontró que el tener pareja ( $p=0.00$  / RPa: 0.79 ; IC 95%: 0.747-0.841), el índice de riqueza ( $p\leq 0.05$  /  $RP < 1$ ) en todas sus categorías y el grado de instrucción de nivel superior ( $p=0.00$  / RPa: 0.75 ; IC 95%: 0.635-0.900) mostraron ser preventivas en la población adulta; del mismo modo Jaedom P. et al y Deborah J. et al. en sus estudios validan que la compañía juega un rol importante en el tratamiento positivo en pacientes depresivos, ambos estudios corroboraron como las terapias en compañía generaban una influencia sanadora para los pacientes nativos, por lo que desarrollar

una vida en compañía resulta ser igualmente positiva por el interés que los relaciona, en nuestro estudio se evaluó la asociación vivencial como casados o convivientes.<sup>19,20</sup>

A evaluar este factor en las comunidades nativas podemos reconocer que muchas de ellas comparten vivencias grupales además que suelen desarrollar familia a edades jóvenes, situación que dependiendo de la comunidad podrían ser cambiante por la culturalidad en el hecho de que tan allegada sea la convivencia tendría la funcionalidad protectora.

Laura G. et al y Paola B. et al. a diferencia de nuestro estudio nos indican que sí existe una relevancia según el índice de riqueza que está relacionada con la dependencia económica familiar y el ser pobre como factores de riesgo para desarrollar depresión, sin embargo; con en análisis realizado se evidencia que el índice de riqueza desde el más mínimo hasta el más alto no tendría una influencia directamente negativa con la depresión en los adultos como si lo vemos en las personas adultas mayores; de todas maneras sabemos que la depresión es una condición multifactorial que puede desarrollarse bajo cualquier condición económica, y que por ende las comunidades étnicas están involucradas.<sup>24,28</sup>

Y según el grado de instrucción en nuestro análisis al igual que otros estudios demuestra que la educación es un factor protector para depresión, se entiende que las personas que pueden comprender su condición son más accesibles a llevar a cabo no solo las medidas preventivas sino también la culminación de un tratamiento debido. En la actualidad, existe un progreso en el ámbito educativo para abarcar litoral étnico lo cual a largo plazo sería un factor protector evidente para las comunidades nativas de nuestro país.<sup>24,25,28</sup>

## CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 6.1. CONCLUSIONES

- Existe una asociación significativa de riesgo entre lengua nativa y depresión en población adulta de 27-59 años según ENDES 2019-2022.
- Se determinó asociación significativa de depresión en población adulta de 27-59 años encuestadas por ENDES 2019-2022.
- Se determinó asociación significativa de riesgo con la variable de sexo femenino y depresión.
- Se determinó asociación significativa de protección con la variable de estado civil con pareja y depresión.
- Se determinó asociación significativa de riesgo con la variable de región natural y depresión con los departamentos: Ancash, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Callao, Cusco, Huancavelica, Huánuco, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima, Loreto, Madre de Dios, Pasco y Puno y asociación significativa protectora con los departamentos de Lambayeque, Loreto, Moquegua, Tumbes, Ucayali.
- Se determinó asociación significativa de protección con grado de instrucción de superior y depresión.
- Se determinó asociación significativa de protección con todas las variables de índice de riqueza.

## 6.2. RECOMENDACIONES

El presente estudio tuvo la iniciativa de dar a conocer que existe la asociación entre la lengua nativa y depresión según síntomas depresivos. Por lo que se recomienda un análisis que incluya un diagnóstico más completo de identificación de pacientes deprimidos además de un mayor rango de edad considerando las etapas restantes para un mejor comparativo y alcance de información con la esperanza que a futuro se pueda llegar a definir modelos psicoterapéuticos en respuesta a la multilingüística y pluriculturalidad del país en la necesidad de la atención inclusiva e integral de salud mental preventiva en las minorías étnicas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Office of the Surgeon General (US); Center for Mental Health Services (US); National Institute of Mental Health (US). Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity: A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2001 Aug. Chapter 2 Culture Counts: The Influence of Culture and Society on Mental Health. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44249/>
2. World Health Organization: WHO. Depresión [Internet]. Who.int. World Health Organization: WHO; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
3. Yamamoto, J, Arevalo, MV, Wendorff, S. Happiness, Underdevelopment, and Mental Health in an Andean Indigenous Community. *Indigenous Knowledge and Mental Health*. Springer; 2022. p.123-144. Disponible en: [https://doi.org/10.1007/978-3-030-71346-1\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-030-71346-1_8)
4. Master W. Salud mental [Internet]. CDC MINSA. 2020 [citado el 8 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/salud-mental/>
5. Cjuno, J, Figueroa-Quñones, J, Marca-Dueñas GG, Carranza Esteban, RF. Producción científica sobre depresión en poblaciones quechua hablantes: una revisión narrativa. *Terapia Psicológica*. 2021; 39(2): 163-174. <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-48082021000200163>
6. Sánchez-Villena AR, Ventura-León J. Depresión según identidad étnica en población peruana: un estudio nacional mediante análisis de redes. *Acta Colombiana de Psicología*. 2024;27(1):181–94. Available from: <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/4736/4969>
7. Cjuno J, Julca-Guerrero F, Oruro-Zuloaga Y, Cruz-Mendoza F, Aucatoma A, Gómez-Hurtado H, et al. Cultural adaptation to Quechua and psychometric analysis of the Patient Health Questionnaire PHQ-9 in a peruvian population. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2023;40(3):267-77. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2023.403.12571>
8. MINEDU: Documento Nacional de Lenguas Originarias en el Perú [Internet]. [citado el 25 de mayo de 2024]. Disponible en: [https://www.ugelcasma.gob.pe/files/Data\\_EIB/Diversos\\_materiales\\_EIB/Documento%20Nacional%20Lenguas%20Originarias%20del%20Per%C3%BA.pdf](https://www.ugelcasma.gob.pe/files/Data_EIB/Diversos_materiales_EIB/Documento%20Nacional%20Lenguas%20Originarias%20del%20Per%C3%BA.pdf)
9. INEI: En Perú existen más de 9 mil comunidades nativas y campesinas [Internet]. Rumbomínero. 2019. Disponible en: <https://www.rumbominero.com/peru/noticias/economia/inei-en-peru-existen-mas-de-9-mil-comunidades-nativas-y-campesinas/>
10. National Institute of Mental Health: Depresión. NIH [Internet]. 2021 [citado 27 de may 2024]. Núm. 21-MH-8079S. Disponible en: <https://infocenter.nimh.nih.gov/sites/default/files/2022-02/depresi%C3%B3n.pdf>
11. National Institute for Health and Care Excellence (Great Britain). Depression in adults: treatment and management. *National Institute for Health and Care Excellence*. Guía clínica [Internet]. 2022 [citado el 28 de mayo de 2024]. Disponible en: [https://www.clinicalkey.es/#!/content/nice\\_guidelines/65-s2.0-NG222](https://www.clinicalkey.es/#!/content/nice_guidelines/65-s2.0-NG222)



12. Ferri-Fred F. Depression, secondary etiologies [Internet]. Clinical Overview. [citado el 28 de mayo de 2024]. Disponible en: [https://www.clinicalkey.es/#!/content/derived\\_clinical\\_overview/76-s2.0-B9780323755702010948](https://www.clinicalkey.es/#!/content/derived_clinical_overview/76-s2.0-B9780323755702010948)
13. National Institute for Health and Care Excellence (Great Britain). Depression in adults. *National Institute for Health and Care Excellence*. Guía clínica [Internet]. 2011 [citado el 28 de mayo de 2024]. Disponible en: [https://www.clinicalkey.es/#!/content/nice\\_guidelines/65-s2.0-QS8](https://www.clinicalkey.es/#!/content/nice_guidelines/65-s2.0-QS8)
14. MINSA: Guía técnica para tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años. 2023 [citado el 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/RM-136-2023-MINSA.pdf>
15. Pérez Esparza R. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Rev. Fac. Med. (Méx.)* [revista en la Internet]. 2017; 60(5): 7-16.
16. INEI: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2023 [Internet]. proyectos.inei.gob.pe. [citado el 29 de mayo de 2024]. Disponible en: [https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2023/INFORME\\_PRINCIPAL/INFORMES\\_PRINCIPALES\\_2023.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2023/INFORME_PRINCIPAL/INFORMES_PRINCIPALES_2023.pdf)
17. MINSA - Guía Técnica: Guía de práctica clínica en depresión [Internet]. 2007. Disponible en: [https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1084\\_DGSP261.pdf](https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1084_DGSP261.pdf)
18. Avey JP, Dirks LG, Dillard DA, Manson SM, Merrick M, Smith JJ, et al. Depression management interests among Alaska Native and American Indian adults in primary care. *Journal of Affective Disorders*. 2018; 239: 214-9. [DOI: 10.1016/j.jad.2018.05.075] [PMID: 30025310].
19. Bowen DJ, Powers DM, Russo J, Arao R, LePoire E, Sutherland E, et al. Implementing collaborative care to reduce depression for rural native American/Alaska native people. *BMC Health Serv Res*. 2020; 20(1):34. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4875-6>
20. Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R, Rojas-Roque C, Gamboa-Unsihuay JE. Association between altitude and depression in Peru: An 8-year pooled analysis of population-based surveys. *J Affect Disord* [Internet]. 2022;299:536–44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.059>
21. Moya-Salazar J, Jaime-Quispe A, Cañari B, Moya-Espinoza JG, Contreras-Pulache H. A systematic review of mental health in rural Andean populations in Latin America during the COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry* [Internet]. 2023;14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2023.1136328>
22. Mayta-Tovalino F, Riofrio-Chung G, Alvéz J, Mendoza R, Temoche A, Munive-Degregori A. Learning and understanding Quechua to reduce linguistic distance in oral care in Latin America: A narrative review. *J Int Oral Health* [Internet]. 2022 [citado el 10 de marzo de 2024]; 14(1):10. Disponible en: [https://journals.lww.com/jioh/fulltext/2022/14010/learning\\_and\\_understanding\\_quechua\\_to\\_reduce.2.aspx](https://journals.lww.com/jioh/fulltext/2022/14010/learning_and_understanding_quechua_to_reduce.2.aspx)
23. 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. Hum.* Octubre 2019; 19(4):47-52. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v19n4/a08v19n4.pdf>
24. Martina Chávez M, Amemiya Hoshi I, Suguimoto Watanabe SP, Arroyo Aguilar RS, Zeladita-Huaman JA, Castillo Parra H. Depresión en adultos mayores en el Perú:

- distribución geoespacial y factores asociados según ENDES 2018 - 2020. *An Fac med.* 2022;83(3):180-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v83i3.23375>.
25. Guerrero MH. Factores de riesgo asociados a estado de ánimo depresivo ENDES 2018 [Tesis de pregrado]. Perú; Universidad Ricardo Palma. 2021. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/3814>
26. González-Medina GA, Letelier-Fuentes NE, Aguirre-Iduya D. Un enfoque social sobre las diferencias de género en depresión en trabajadores: la importancia del conflicto trabajo-familia. *Rev Psicol.* 2020; 29(2):15–25. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-05812020000200015&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-05812020000200015&script=sci_arttext)
27. Nolasco L, Vázquez F. Frecuencia de casos depresivos en personas adultas mayores en tres comunidades rurales del sureste mexicano. *Perspectivas Sociales.* 2023; 24(2): 33-47. Disponible en: <https://perspectivassociales.uanl.mx/index.php/pers/article/view/175/106>
28. Ministerio de Cultura: Buscador de localidades de pueblos indígenas | BDPI [Internet] 2023 [citado el 3 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://bdpi.cultura.gob.pe/buscador-de-localidades-de-pueblos-indigenas>

# ANEXOS

## ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**  
LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO Nº 049-2016 SUNEDUC/D  
**Facultad de Medicina Humana**  
Manuel Huamán Guerrero



### Carta electrónica N° 037-2024-FMH-D.

Lima, 23 de mayo de 2024

Señorita  
**ABIGAIL LEONOR ROMERO QUISPE**  
Presente. -

ASUNTO: Registro de modificación de título inicial de Protocolo de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para saludarle cordialmente, y hacer de su conocimiento que el registro de la modificación del título inicial de su Protocolo de Tesis del X Curso Taller de Titulación por Tesis, **Titulado: "RELACIÓN ENTRE LENGUA MATERNA NATIVA Y DEPRESIÓN EN POBLACIÓN ADULTA SEGÚN ENDES 2019-2022"**, presentado ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, ha sido registrado en Consejo de Facultad de fecha 23 de mayo de 2024.

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

Sin otro particular.

Atentamente,



*Hilda Jurupe Chico*  
**Mg. Hilda Jurupe Chico**  
Secretaria Académica

HJCH/rd.

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

*"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"*

Av. Benavides 5440 - Urb. Los Gardenios - Surco | Central 708-0600 / Arexá: 6010/6290  
Lima 33 - Perú / [www.urp.edu.pe/medicina](http://www.urp.edu.pe/medicina)

## ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**Manuel Huamán Guerrero**

---

Lima, 8/Mayo de 2024

### CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS

Por el presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Abigail Leonor Romero Quispe, 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,

Firma  
Mg. Dante Quiñones Laveriano

## ANEXO 3: CARTA DE COMPROMISO DE TESISTA



**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
Manuel Huamán Guerrero

---

### CARTA COMPROMISO TESISTA

Lima, 8/ Mayo de 2024

Yo, Abigail Leonor Romero Quispe con DNI 73371884 y código de matrícula 201221037 que me inscribí para realizar el **X Curso Taller de Titulación por Tesis** modalidad híbrida en el presente año; **me comprometo a:**

1. Cumplir con la asistencia al curso y sus tareas con mi asesor.
2. Seguir las recomendaciones de mi Asesor y cumplir oportunamente con las tareas, objetivos y metas señaladas.
3. Desarrollar una relación de respeto con mi Asesor, Director del Curso, otros docentes y compañeros del Curso.
4. Presentar oportunamente mi protocolo y borrador de tesis durante el tiempo del desarrollo del X Curso Taller de Titulación por tesis, siendo esta mi responsabilidad como tesista.
5. Realizar mi protocolo y tesis, con originalidad, no incurriendo en plagio ni falsedad de los datos.
6. Me comprometo a culminar mi tesis cuanto antes, en un máximo de ocho meses (en caso de internos), posterior a ello, se me considerará como alumno extemporáneo.
7. Mantener los estándares de calidad de mi tesis.
8. Cumplir con los requerimientos éticos en todos los lineamientos del presente desarrollo de la tesis.
9. Me gustaría contribuir a la Producción Científica de la Facultad de Medicina Humana con el desarrollo del artículo derivado de la tesis y su publicación en una revista indizada, guiado por el INICIB.

Así mismo, expreso libremente mi compromiso de cumplir los plazos establecidos para los trámites de Titulación, al finalizar el X Curso de Titulación por tesis en la Universidad Ricardo Palma.

.....  
FIRMA  
Abigail Leonor Romero Quispe  
73371884



## ANEXO 4: CARTA DE APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA 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: RELACION ENTRE LENGUA MATERNA NATIVA Y DEPRESION EN POBLACION ADULTA SEGUN ENDES 2019-2022**

Investigadora: **ABIGAIL ROMERO QUISPE**

Código del Comité: **PG 112 2024**

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

Exhortamos a la publicación del trabajo de investigación, con el fin de contribuir con el desarrollo científico del país.

Lima, 28 de mayo de 2024

---

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

## ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS




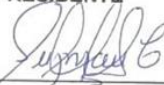

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas  
Unidad de Grados y Títulos  
FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

### ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada “RELACIÓN ENTRE LENGUA MATERNA NATIVA Y DEPRESIÓN EN POBLACIÓN ADULTA SEGÚN ENDES 2019-2022”, que presenta la Señorita ABIGAIL LEONOR ROMERO QUISPE 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:

 _____ <b>Dra. Sonia Lucía Indacochea Cacéda</b> <b>PRESIDENTE</b>
 _____ <b>Dra. Carmen Sandra Guzmán Calcina</b> <b>MIEMBRO</b>
 _____ <b>Mg. Jenny Raquel Torres Malca</b> <b>MIEMBRO</b>

 _____ <b>Phd, MCR, MD Jhony Alberto De La Cruz</b> <b>DIRECTOR DE TESIS</b>
 _____ <b>Dr. Dante Manuel Quiñones Laveriano</b> <b>ASESOR DE TESIS</b>

Lima 04 Junio, 2024



## ANEXO 6: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
MANUEL HUAMÁN GUERRERO

### X CURSO TALLER DE TITULACIÓN POR TESIS - MODALIDAD HÍBRIDA

## CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la señorita:

**ROMERO QUISPE, ABIGAIL LEONOR**

Ha cumplido con los requisitos del X Curso Taller de Titulación por Tesis – Modalidad Híbrida, durante los meses de octubre, noviembre, diciembre 2023 - enero 2024, habiendo concluido con la elaboración de su tesis.

Lima, 06 de mayo del 2024.



Dr. Jhony De La Cruz Vargas  
Director  
Instituto de Investigaciones en Ciencias Biomédicas  
X Curso Taller de Titulación por Tesis



Dra. María del Socorro Alatriza Gutiérrez Vda. De Bambarén  
Decana (e)

## ANEXO 7: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
¿Existe asociación entre depresión y lengua nativa en población adulta, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en el Perú 2021-2022?	<ul style="list-style-type: none"> <li>GENERAL Determinar asociación entre depresión y lengua nativa en población adulta según ENDES 2019-2022</li> <li>ESPECÍFICOS OE1: Determinar asociación entre las características socio-demográficas con depresión y lengua nativa según ENDES 2019-2022 HE2: Determinar asociación entre distribución geográfica con depresión y lengua nativa en población adulta según ENDES 2019-2022 HE3: Determinar asociación entre hipertensión arterial con depresión y lengua nativa en población adulta según ENDES 2019-2022 HE4: Determinar asociación entre diabetes con depresión y lengua nativa en población adulta según ENDES 2019-2022 HE5: Determinar asociación entre obesidad con depresión y lengua nativa en población adulta según ENDES 2019-2022 HE6: Determinar asociación entre alcoholismo con depresión y lengua nativa en población adulta según ENDES 2019-2022 HE7: Determinar asociación entre discapacidad con depresión y lengua nativa en población adulta según ENDES 2019-2022</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>GENERAL Existe asociación entre depresión y lengua nativa en población adulta según ENDES 2019-2022</li> <li>ESPECÍFICAS HE1: Existe asociación entre las características socio-demográficas con depresión y lengua nativa según ENDES 2019-2022 HE2: Existe asociación entre distribución geográfica con depresión y lengua nativa en población adulta según ENDES 2019-2022 HE3: Existe asociación entre hipertensión arterial con depresión y lengua nativa en población adulta según ENDES 2019-2022 HE4: Existe asociación entre diabetes con depresión y lengua nativa en población adulta según ENDES 2019-2022 HE5: Existe asociación entre obesidad con depresión y lengua nativa en población adulta según ENDES 2019-2022 HE6: Existe asociación entre alcoholismo con depresión y lengua nativa en población adulta según ENDES 2019-2022 HE7: Existe asociación entre discapacidad con depresión y lengua nativa en población adulta según ENDES 2019-2022</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>INDEPENDIENTES <ul style="list-style-type: none"> <li>Características sociodemográficas: <ol style="list-style-type: none"> <li>Edad</li> <li>Sexo</li> <li>Lengua materna</li> <li>Estado civil</li> <li>Grado de instrucción</li> <li>Área de residencia</li> <li>Región natural</li> </ol> </li> </ul> </li> <li>DEPENDIENTES <ul style="list-style-type: none"> <li>Depresión</li> </ul> </li> </ul>	TIPO DE ESTUDIO: Es de tipo cuantitativo, observacional, retrospectivo, analítico y transversal de análisis secundario a la base de datos obtenida a partir de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) llevada a cabo el año 2022 por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), órgano rector de los Sistemas Nacionales de Estadística e Informática del Perú.	<ul style="list-style-type: none"> <li>POBLACIÓN La población de estudio son los adultos de 27 a 59 años de edad que participaron en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del periodo 2022.</li> <li>MUESTRA</li> <li>TÉCNICA INSTRUMENTO E La técnica de investigación empleada fue documental, uso fuentes secundarias de información: Base de datos ENDES 2022 de acceso libre del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI): <a href="https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/">https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/</a> accediendo a consulta por encuestas y seleccionando ENDES 2022 con periodo único.</li> <li>CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE La población de adultos de 27 a 59 años de edad, quechuas hablantes con diagnóstico de depresión según PQH-9 que participaron en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del periodo 2022</li> <li>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE La población de adultos de 27 a 59 años de edad, que no sean quechuas hablantes y que no tengan diagnóstico de depresión según PQH-9 que participaron en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del periodo 2022</li> </ul>

## ANEXO 8: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE RELACIÓN Y NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA O UNIDAD	INSTRUMENTO
Sexo	Condición biológica determinada por la presencia de genitales masculinos o femeninos al nacimiento	Sexo registrado por adulto en su participación en ENDES 2019-2022	CUALITATIVA INDIRECTA	NOMINAL	femenino=1 masculino=2	RECH1
Estado civil	Situación legal y social de una persona según su relación sentimental	Estado civil de adulto al momento de su participación en ENDES 2019-2022	CUALITATIVA	NOMINAL	1= Con pareja; 2=Sin pareja	RECH1
Lengua nativa	Lengua de origen de una persona	Lengua registrada al momento de llevar a cabo la encuesta ENDES 2019-2022	CUALITATIVA INDIRECTA	NOMINAL	quechua hablante=1  no quechua hablante=2	REC91
Grado de instrucción	Nivel de educación alcanzado de una persona.	Nivel académico más alto completado satisfactoriamente o en curso al momento de realizar la ENDES 2019-2022	CUALITATIVA INDIRECTA	NOMINAL	1=Inicial/pre-escolar; 2=primaria, 3=secundaria o y 4=superior	RECH1

Índice de Riqueza	Distribución de bienes en áreas urbanas y rurales de cada individuo con el objetivo de reflejar las condiciones de vida en áreas urbanas y rurales	Índice de riqueza registrado al momento de llevar a cabo encuesta ENDES 2019-2022	CUALITATI VA	NOMINAL	1=Muy pobre 2=Pobre 3=Medio 4=Rico 5=Muy rico	RECH23
Área de residencia	Lugar o zona geográfica principal donde reside una persona	Espacio físico que ocupa en su urbanización, indicada por la persona en encuesta ENDES 2019-2022.	CUALITATI VA	NOMINAL DICOTÓMI CA	1=rural; 2=urbano	RECH0
Región Natural	Área geográfica que comparte características físicas y biológicas similares.	Región habitada por la persona en el momento que se llevó a cabo encuesta ENDES 2019-2022	CUALITATI VA	NOMINAL	Los 24 departamentos y la región constitucional del Callao	RECH0
Depresión	Es un trastorno mental caracterizado por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia), cansancio o fatiga que dificulta el desarrollo individual y social de los afectados.	diagnóstico de depresión según PHQ- 9, documentada al llevar a cabo encuesta ENDES 2019-2022	CUALITATI VA	NOMINAL	SI=1 NO=2	CSALUD01

## ANEXO 9: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Se utilizó la base de datos secundaria de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del Instituto Nacional de Estadística e Informática. Disponible en:

<https://proyectos.inei.gob.pe/endes/documentos.asp>

SECCIÓN 7. SALUD MENTAL																																																					
PARA LAS PERSONAS DE 15 AÑOS A MÁS DE EDAD																																																					
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	FASE 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																																																					
700	<p>En los últimos 14 días, es decir, entre el _____ y el día de ayer, usted ha sentido molestias o problemas como:</p> <p><b>NO HACER INFERENCIAS DE CAUSALIDAD</b>                      SI RESPONDE "SÍ", PREGUNTE: ¿Cuántos días?                      SI RESPONDE "NO", CIRCULE "0" (PARA NADA)</p> <p>A. ¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas? (DE SER NECESARIO LEA: Es decir, no disfruta sus actividades cotidianas)</p> <p>B. ¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?</p> <p>C. ¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?</p> <p>D. ¿Sentirse cansada(o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique?</p> <p>E. ¿Poco apetito o comer en exceso?</p> <p>F. ¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace? (DE SER NECESARIO LEA: Como leer el periódico, ver televisión, escuchar atentamente la radio o conversar con otras personas)</p> <p>G. ¿Moverse más lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?</p> <p>H. ¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?</p> <p>I. ¿Sentirse mal acerca de sí misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>PARA NADA</th> <th>VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)</th> <th>LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)</th> <th>CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. POCO INTERES.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>B. DEPRIMIDA(O).....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>C. DORMIR.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>D. CANSADA(O).....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>E. APETITO.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>F. PONER ATENCIÓN.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>G. MOVERSE.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>H. MORIR.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>I. SENTIRSE MAL.....</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		PARA NADA	VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)	LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)	CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)	A. POCO INTERES.....	0	1	2	3	B. DEPRIMIDA(O).....	0	1	2	3	C. DORMIR.....	0	1	2	3	D. CANSADA(O).....	0	1	2	3	E. APETITO.....	0	1	2	3	F. PONER ATENCIÓN.....	0	1	2	3	G. MOVERSE.....	0	1	2	3	H. MORIR.....	0	1	2	3	I. SENTIRSE MAL.....	0	1	2	3	
	PARA NADA	VARIOS DÍAS (1 A 6 DÍAS)	LA MAYORÍA DE DÍAS (7 A 11 DÍAS)	CASI TODOS LOS DÍAS (12 A + DÍAS)																																																	
A. POCO INTERES.....	0	1	2	3																																																	
B. DEPRIMIDA(O).....	0	1	2	3																																																	
C. DORMIR.....	0	1	2	3																																																	
D. CANSADA(O).....	0	1	2	3																																																	
E. APETITO.....	0	1	2	3																																																	
F. PONER ATENCIÓN.....	0	1	2	3																																																	
G. MOVERSE.....	0	1	2	3																																																	
H. MORIR.....	0	1	2	3																																																	
I. SENTIRSE MAL.....	0	1	2	3																																																	
701	<p><b>VERIFIQUE PREGUNTA 700:</b>                      CIRCULÓ 1, 2 Ó 3 EN ALGUNA DE LAS ALTERNATIVAS <input type="checkbox"/></p>	<p>CIRCULÓ "0" EN TODAS LAS ALTERNATIVAS <input type="checkbox"/></p>	703																																																		
702	<p>¿Estas molestias o problema cuánto le han dificultado para realizar su trabajo, sus actividades en la casa o llevarse bien con otras personas, mucho, poco o nada?</p>	<p>MUCHO..... 1                      POCO..... 2                      NADA..... 3</p>																																																			
703	<p>¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha tenido molestias o problemas mencionados anteriormente como: sentirse con poco interés, triste, con problemas para dormir, desanimada(o), cansada(o) sin motivo, desconcentrada(o) o con poco apetito?</p> <p>(DE SER NECESARIO LEA LOS ÍTEMS "G", "H", "I")</p>	<p>SI..... 1                      NO..... 2</p>	707																																																		

Instrumento de Depresión PHQ-9

## CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un " " para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_  
=Total Score: \_\_\_\_\_

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

Un poco difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil



ANEXO 10: BASES DE DATOS (EXCEL, SPSS), O EL LINK A SU BASE DE DATOS  
SUBIDA EN EL INICIB-URP

BASE DE MICRODATOS ENDES 2019-2022:

2019 (<https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/>)

2020 (<https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/>)

2021 (<https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/>)

2022 (<https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/>)