

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMAN GUERRERO



FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ESTADO DE
ÁNIMO DEPRESIVO ENDES 2018

PRESENTADO POR EL BACHILLER

MARCO ANTONIO GOICOCHEA MAYHUIRE

MODALIDAD DE OBTENCIÓN: SUSTENTACIÓN DE TESIS VIRTUAL
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

Jhony A. De La Cruz Vargas, Ph. D., MCR, MD.

Director de Tesis

Willer David Chanduví Puicón, Mg.

Asesor

LIMA – PERÚ 2021

AGRADECIMIENTO

Agradezco a cada uno de los docentes de la universidad Ricardo Palma, en especial al profesor Willer David Chanduvi Puicon por sus consejos y compromiso para ayudarme a elaborar esta tesis. Agradezco al director de la tesis, el Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas.

Y en especial, agradezco a mis padres por su apoyo incondicional y motivación para culminar este trabajo.

DEDICATORIA

Le dedico este logro a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas, gracias a mi madre por estar dispuesta para mí cada mañana y noche de trabajo; gracias a mi padre por siempre desear y anhelar lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me guiaron durante mi vida.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a estado de ánimo depresivo a través de personas que participaron en la Encuesta Demográfica y De Salud Familiar, ENDES 2018.

Material y método: Estudio Retrospectivo, Descriptivo, Observacional, analítico – correlacional de tipo transversal y de enfoque cuantitativo con datos secundarios, ENDES 2018 realizado en 3014 personas correspondiente a 36 760 viviendas a nivel nacional, obteniendo información de una base de datos, actualizada a través de una encuesta de recolección de datos validada. Se calculó la prueba F corregido y el valor de $p < 0,05$ con un intervalo de confianza al 95%; para la estimación de las razones de prevalencia crudas y ajustadas (RP) se utilizó el modelo de regresión Poisson con varianza robusta.

Resultados: Del total de la muestra, el sexo femenino fue de 9,2 %, la mediana de la edad fue de 51 años (RI: 19-97). El estado de ánimo depresivo se asoció en el análisis multivariado a : Idioma o lengua materna (RP: 1,28 ; IC95%: 1,072 - 1,533), Nivel de estudios (RP: 2,16 ; IC95%: 1,499 - 3,124), , Ganas o interés en hacer las cosas (RP: 1,59 ; IC95%: 1,187 - 2,123), Sueño (RP: 1,37 ; IC95%: 1,067 - 1,760), Cansancio (RP: 1,61 ; IC95% 1,281 - 2,014), Apetito (RP: 1,35 ; IC95%: 1,088 - 1,665), Atención (RP: 2,28 ; IC95%: 1,858 - 2,803), y antecedentes de tratamiento por depresión (RP: 1,54 ; IC95%: 1,093 - 2,177).

Conclusión: La presencia del estado de ánimo depresivo está asociada a personas mayores de 60 años, nivel educativo inicial, idiomas nativos, manifestaciones clínicas reguladas por catecolaminas y tener antecedente de tratamiento por depresión, tristeza o desanimo.

Palabras clave: Factores de riesgo; Estado de ánimo depresivo; ENDES.

ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors associated with depressive mood through people participating in the Demographic and Family Health Survey, ENDES 2018.

Methods: Retrospective, Descriptive, Observational, analytical - correlational study of a cross-sectional type and quantitative approach with secondary data, ENDES 2018 carried out in 3014 people corresponding to 36,760 homes nationwide, obtaining information from a database, updated through a survey of data collection validated. The corrected F test and the value of $p < 0.05$ with a 95% confidence interval were calculated; The Poisson regression model with robust variance was used to estimate the crude and adjusted prevalence ratios (PR).

Results: Of the total sample, the female sex was 9.2%, the median age was 51 years (IR: 19-97). Depressed mood was associated in the multivariate analysis with: Language or mother tongue (OR: 1.28; 95% CI: 1.072 - 1.533), Educational level (OR: 2.16; 95% CI: 1.499 - 3.124), , Want or interest in doing things (PR: 1.59; 95% CI: 1.187 - 2.123), Sleep (PR: 1.37; 95% CI: 1.067 - 1.760), Tiredness (PR: 1.61; 95% CI 1.281 - 2,014), Appetite (PR: 1.35; 95% CI: 1.088 - 1.665), Attention (PR: 2.28; 95% CI: 1.858 - 2.803), and history of treatment for depression (PR: 1.54; 95% CI %: 1.093-2.177).

Conclusion: The presence of depressed mood is associated with people over 60 years of age, initial educational level, native languages, clinical manifestations regulated by catecholamines and having a history of treatment for depression, sadness or discouragement.

Key words: Risk factor's; Depressive mood; ENDES.

INDICE:

AGRADECIMIENTO	2
DEDICATORIA	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.1 Descripción de la realidad problemática	8
1.2 Formulación del problema	9
1.3 Línea de investigación	9
1.4 Objetivos	9
1.4.1 Objetivo General	9
1.4.2 Objetivos Específicos	9
1.5 Justificación del estudio	9
1.6 Delimitación	10
1.7 Viabilidad	10
CAPITULO II: MARCO TEORICO	11
2.1 Antecedentes de la investigación	11
2.1.1 Antecedentes internacionales	11
2.1.2 Antecedentes nacionales	16
2.2 Bases teóricas	19
2.3 Definiciones conceptuales	19
2.4 Hipotesis de investigación	20
2.4.1 Hipotesis general	20
2.4.2 Hipotesis específica	20
CAPITULO III: METODOLOGIA	21
3.1 Tipo de investigación	21
3.2 Diseño de investigación	21
3.3 Población y muestra	21
3.4 Criterios de inclusión y exclusión	22
3.5 Operacionalización de variables	22
3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	22
3.7 Procesamiento y plan de análisis de datos	22
3.8 Aspectos éticos	23

CAPITULO IV: RESULTADOS	24
CAPITULO V: DISCUSION	36
CAPITULO VI: CONCLUSION	39
CAPITULO VII: RECOMENDACIONES	41
REFERENCIAS BIBLIOGRACIAS	42
ANEXOS	48
1. ACTA DE APROBACION DEL PROYECTO DE TESIS	48
2. CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS	49
3. CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS	50
4. ACTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ETICA.....	51
5. ACTA DE APROBACION DEL BORRADOR DE TESIS.....	52
6. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	53
7. REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN	54
8. CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER.....	62
9. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	63
10. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	64
11. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	68
12. BASES DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP.....	72

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La investigación general de las afecciones estudiadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que entre las más frecuentes afecciones a nivel internacional se encuentran los desórdenes mentales y que en los próximos años seguirán aumentando, no obstante, dichas investigaciones se basan en proyectos limitados y aislados en los países que fueron realizados. Por tal motivo la OMS continúa realizando un proyecto de encuestas titulado World Mental Health en 29 naciones a nivel mundial que mide la prevalencia, y detalla las principales causas teniendo como objetivo realizar trabajos especiales para enfrentar la creciente incidencia¹.

Durante el 2005 se elaboró en Perú una investigación de carácter internacional sobre Salud Mental en la cual se concluyó que el 13,5% del pueblo peruano tenía afecciones neuropsiquiátricas, definiendo como mayores incidentes los desórdenes de estado de ánimo, angustia y de abuso de sustancias².

Las afecciones neuropsiquiátricas como la depresión que no son controladas por personal profesional, indican que, en Lima, el 01% de personas en 30 días presentará intentos de querer hacerse daño de alguna manera buscando morir, de la misma forma el 0,7% será en la sierra y el 0,6% en la selva³.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) desde hace 20 años ofrece una de las estadísticas más actualizadas e influyentes del Perú, y señalo que en el 2017, específicamente sobre los factores psicosociales de salud mental, la violencia familiar contra el sexo femenino fue de 65,4%, siendo superior en la localidad de Cuzco (79,4%), Apurímac (78,0%) y Puno (74,7%) mientras que la violencia por la pareja sentimental fue de 10,6%, siendo más frecuente entre las jóvenes de 20 a 24 años (15,4%)⁴.

De acuerdo a las investigaciones realizadas en el 2018 por el Ministerio de Salud (MINSA), las afecciones neuropsiquiátricas representaban el 17,5% del total de carga de enfermedad en el Perú, ocupando el primer lugar.

Investigaciones de carácter epidemiológico sobre Salud Mental en el país, señalaron que, cada año el 21% aproximadamente de los habitantes, y con una edad superior a los 12 años atraviesa algún trastorno mental siendo los más habituales los depresivos, con una prevalencia anual de 4% a nivel de Lima específicamente la zona rural y 8,8% en la ciudad de Iquitos; calculándose un aproximado de 7,6% en todo el Perú³.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a estado de ánimo depresivo en personas mayores de 15 años de edad que participaron en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2018?

1.3 Línea de Investigación

El actual proyecto se encuentra dentro de la línea de investigación de Salud mental, considerado el cuarto problema sanitario dentro de las prioridades nacionales de investigación en salud para el periodo 2019 - 2023.

1.4 Objetivos generales y específicos

1.4.1 Objetivo general:

- Determinar los factores de riesgo asociados a estado de ánimo depresivo en personas mayores de 15 años de edad que participaron en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2018.

1.4.2 Objetivos específicos:

- Determinar los factores sociodemográficos asociados a estado de ánimo depresivo.
- Determinar los factores biológicos asociados a estado de ánimo depresivo.
- Determinar los factores psicosociales asociados a estado de ánimo depresivo.

1.5 Justificación del Estudio

Actualmente se encuentra poca accesibilidad a nivel nacional al sector de salud mental para abordar alteraciones de estado de ánimo, lo que conlleva a largo tiempo a desarrollar trastornos psiquiátricos, de manera que la salud mental no presenta un plan eficaz de prevención primaria y secundaria. Esto se ve

reflejado en la poca financiación en proyectos para enfrentar desordenes de salud mental comparado con otros países de América del Sur. Esta situación limita la captación oportuna de personas que atraviesan afecciones de salud mental, tornando de este modo, ineficaz nuestro sistema por el tiempo cumplido desde el instante en que se reconoce los síntomas hasta el instante en que se obtiene ayuda⁴.

Por tal motivo, los resultados obtenidos en este proyecto colaboraran con el fortalecimiento de la prevención primaria e identificación de situaciones de estrés que alteren el estado de ánimo hacia un estado depresivo, que pueda desencadenar un trastorno mental con el tiempo y la recurrencia, esperando en un futuro con las conclusiones del proyecto un impacto positivo en nuestra sociedad.

1.6 Delimitación

Personas mayores de 15 años de edad que participaron en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2018.

1.7 Viabilidad

Para efectos de esta investigación se utilizó datos de fuentes secundarias. Estos fueron recolectados por la ENDES, ente rector de las estadísticas en Perú. Se utilizo datos correspondientes a la ENDES 2018.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Agudelo S., Posada L. en su estudio "Salud mental en adultos mayores que recibieron atención en un hospital público de Medellín, Colombia" realizado en el 2015, advierte la asociación que existe entre la situación socioeconómica y el sexo, indicando que el sexo femenino se encuentra en una posición de vulnerabilidad para presentar sintomatología depresiva debido a que no tienen estudios completados por encontrarse en una posición socioeconómica baja. Se concluyó que existe una mayor posibilidad de que las pacientes mujeres que padecieron la pérdida de sus maridos cursen con alteraciones en la salud mental. Esta situación de abandono, además de otros eventos relacionados con la coyuntura social, aumentan la probabilidad de presentar depresión⁵.

Vasquez R., Montefusco S. en su artículo "Las influencias emocionales en la flexibilidad cognitiva dependen de las diferencias individuales: un estudio combinado microfenomenológico y psicofisiológico" realizado en Estados Unidos, durante el 2019 señalo que la música posee un impacto emocional en las tareas que se realizan día a día. Se evidencio tiempos de reacción emocional más rápidos a comparación de momentos en los cuales no había música de fondo. Se concluyó que la audición de música genera en el SNC un estado de hiper excitabilidad, lo cual genera una respuesta más acelerada ante cambios de estado de ánimo, siendo definido como acortamiento de tiempo de reacción⁶.

Behnke A., Conrad D., en su estudio "Un mayor sentido de coherencia se asocia con una mejor salud mental y física en los servicios médicos de emergencia: Resultados de investigaciones sobre la Escala del Sentido de Coherencia Revisada (SOC-R) en trabajadores de rescate", realizado en Alemania durante el 2019 definen como sentido de coherencia a la selección de una actividad o labor que sea adecuada y manejable por parte de trabajadores que atravesaron situaciones de estrés a nivel laboral con un impacto traumático, incluyendo sintomatología depresiva. La investigación se centró en el vínculo del sentido de coherencia con la salud mental y física a través de un estudio transversal en

alemanes que fueron rescatistas. Los resultados mostraron que el sentido de coherencia es un factor de protección significativo de carácter mental en rescatistas y empleados de profesiones que hayan cursado alguna exposición similar a un trauma en el servicio que se desempeñen⁷.

Aguado A., Alamo M. en su estudio “La comorbilidad gastrointestinal y los síntomas asociados con la depresión en pacientes mayores de 60 años.” Realizado en España durante el 2017, a través de un estudio observacional transversal en un centro de atención primaria, en el cual se reunió de una población de 2312 pacientes adultos mayores, parámetros como la edad, sexo y los síntomas gastrointestinales y afecciones crónicas. El resultado obtenido, detallo que el 64.7 % de los participantes padecían síntomas gastrointestinales crónicos. La sintomatología más asociada a depresión fueron anorexia, vómitos, estreñimiento, dolor abdominal, acidez estomacal, entre otros⁸.

Hickey E., Hartley S. en su artículo “Bienestar psicológico y calidad de la relación padres-hijo en relación con el autismo infantil: un enfoque de modelo actor-compañero”, realizado en Estados Unidos, durante el 2019 examinaron la relación entre el estrés padecido por los padres y sintomatología depresiva en niños con trastorno de espectro autista (TEA), utilizando una muestra de cinco minutos de discurso (FMSS) en 150 familias. Los resultados detallaron que los padres con un nivel de estrés elevado entre ellos provocaban sintomatología depresiva en el hijo TEA 12 meses después⁹.

Maino MP., Morales S., en su estudio “Sistema de configuración de riesgo de suicidio en una muestra clínica agrupada: un modelo lineal generalizado obtenido mediante la técnica LASSO.” Realizado en Chile, durante el 2019, a través de un estudio transversal en 03 centros de salud de dicho país, conto con 544 participantes con comportamiento suicida. Luego, se desarrolló un análisis utilizando la técnica de Operación de reducción LASSO, para identificar factores de riesgo y suicidio. Los resultados mostraron que el factor protector más significativo era tener seguridad en las propias acciones para enfrentar situaciones de estrés mientras que las situaciones de riesgo para padecer una conducta suicida se identificaron como haber cursado con trastorno depresivo

mayor, no controlar la ira y tener dificultades para relacionarse con otras personas¹⁰.

Trombello JM., Post Km., en su estudio “Síntomas depresivos, crítica y contra crítica en las interacciones matrimoniales” realizado en Estados Unidos durante el 2019 analizo en una selección de 112 parejas casadas, el vínculo entre parejas de esposos, particularmente cuando dichos participantes se encontraban clínicamente deprimidos. Los resultados detallaron que los esposos con mas síntomas depresivos evitan realizar criticas normales hacia sus parejas no deprimidas. Mientras que las parejas matrimoniales que no se encontraban deprimidas tienden a mostrar menos críticas hacia su cónyuge que atraviesa un estado de ánimo depresivo¹¹.

Nomura Y., Davey K. en su estudio “Influencia del embarazo a la depresión materna y el estrés relacionado con los desastres: los hijos de la súper tormenta Sandy.” Realizado en Estados Unidos durante el 2019, analizo la implicancia de la depresión con un embarazo durante el Huracán Sandy, uno de los más devastadores que atravesó Nueva York en el 2012. Los efectos más significativos en la madre al estar expuesta indicaron que la salud de la madre durante la gestación tiene una fuerte asociación con un mal autocontrol del estado de ánimo y ansiedad. La investigación resalta que se debe realizar controles prenatales para enfrentar la depresión materna ya que es importante comprender los efectos de estrés intrauterino sobre el desarrollo fetal y tomar medidas adecuadas para una temprana identificación¹².

Gaviria L., Duque M. en su estudio “Síntomas depresivos: prevalencia y factores psicosociales asociados” en Colombia, durante el 2017, realizaron un estudio descriptivo transversal con el registro de 112 pacientes del Hospital Público de Medellín, bajo su consentimiento informado, aplicando la escala de Edimburgo, basada en síntomas depresivos, revelaron como factor de riesgo, terminar una relación sentimental, dificultades económicas graves, y muerte de un familiar.¹³

Gonzales P., Dauden E. en su estudio “Psoriasis y depresión: el papel de la inflamación” realizado en España durante el 2018, señala que, las afecciones más

relacionadas en pacientes que presentaron psoriasis se detallaron como las alteraciones de estado de ánimo, especialmente la depresión, la cual puede producir un círculo vicioso peligroso con dicha afección inmunológica. Este trastorno de ánimo se relaciona principalmente a factores psicosociales¹⁴.

Lopez E., Portilla C., en su estudio "Diferencias de sexo en la calidad de vida a largo plazo después del accidente cerebrovascular: influencia del estado de ánimo y el estado funcional." Realizado en España durante el 2017, a través de un estudio descriptivo, transversal y observacional recolecto variables sociodemográficas y factores que puedan modificar el estado de ánimo y el tipo de vida que una persona lleva mediante escalas validadas en 124 pacientes con accidentes cerebrovasculares. Se determinó que el tipo o calidad de vida, se encuentra relacionada con las tareas que uno realiza día a día y el estado de ánimo concluyendo que estos participantes con accidente cerebrovascular presentan un estado de ánimo depresivo al tener una pobre calidad de vida, especialmente en mujeres¹⁵.

Ferreira TS., Moreira Cz., en su estudio "Efectos de un turno de 12 horas sobre los estados de ánimo y la somnolencia de las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales" realizado en Brasil durante el 2017, examinaron en 70 enfermeras pertenecientes al departamento de UCI neonatal las consecuencias de un turno de medio día sobre los estados de ánimo. Se concluyo que dormir un numero de horas adecuado, provoca estados de ánimo positivos para el desempeño laboral, tanto al iniciar, como terminar las horas de trabajo, reflejando una mejor calidad de atención a su vez¹⁶.

Muñera R., Uribe R., en su estudio "Significado del síndrome depresivo para médicos de práctica general en una región colombiana" realizado en 2018, recolecto información de 20 entrevistas a médicos generales durante su práctica clínica revelando que el ambiente donde los médicos interactúan con pacientes que tienen un síndrome depresivo, les permite reflexionar sobre las probabilidades, obstaculos y actividades que tienen sobre este trastorno mejorando en ellos mismos su estado de ánimo y deseos que se observan en la forma como entiende al paciente con depresión¹⁷.

Simon S., Fuentes C., en su artículo “Perfil del consumo de drogas en adolescentes. Factores protectores” realizado en España durante el periodo 2015 – 2016 se basó aleatoriamente en 844 estudiantes, recopilando estadística sobre consumo de sustancias tóxicas, a través de un cuestionario. Los resultados señalan que el 70.9% bebe alcohol, 26.4% fuma tabaco y 14.2% marihuana. Los estudiantes que no acceden a sustancias tóxicas mostraron estados de ánimo positivos además de mejores relaciones con sus progenitores y entorno académico¹⁸.

Salazar-Pousada D., Monterrosa Casto A., en su artículo “Evaluación de síntomas depresivos en mujeres en edad media: informe de un estudio sudamericano multicéntrico” realizado en América del Sur durante el 2017, a través de un estudio transversal en el que entrevistó a 864 damas de 40 a 65 años de varios países de Sudamérica para revelar los síntomas y factores asociados a un estado de ánimo depresivo utilizando una escala codificada y validada de carácter epidemiológico que contaba con 10 ítems (CESD-10). Los resultados señalaron que mujeres afrocolombianas y quechuas eran más propensas a presentar sintomatología depresiva determinando una asociación importante con el origen étnico y haber tenido una educación inferior.¹⁹

Elain K., Draper E. en su artículo Prevalencia, detección y asociaciones de depresión en pacientes australianos, realizado en Australia durante el 2018, recopiló datos de pacientes que acudían al Hospital Metropolitano en Sydney, utilizando un cuestionario HADS, de 14 preguntas, determinando que los síntomas de depresión se ven frecuentemente en personas mayores a 65 años y que se necesitan pruebas que verifiquen la eficacia de los tratamientos para la depresión en personas con una enfermedad crónica.²⁰

F. Rice, L. Riglin, en su artículo “Perfil de síntomas de un estado de ánimo depresivo” realizado en 2018 en Reino Unido, utilizó los datos de un estudio familiar, de 2 generaciones, comparándolo con 335 pacientes con depresión mayor, quienes tuvieron como antecedente haber cursado con un estado de ánimo depresivo en los últimos 12 meses, con el objetivo de evidenciar los síntomas más frecuentes de un estado de ánimo depresivo. Los resultados

señalaron que se ve con más frecuencia síntomas vegetativos como cambio de apetito y peso, pérdida de energía e insomnio.²¹

Monteso Curto, Aguilar C. en su artículo “Violencia y depresión en una muestra comunitaria” realizado en España durante el 2016, utilizaron el Cuestionario de Goldberg via telefónica en 317 personas con depresión, para determinar la relación entre ambas, revelando que el 48,29% de personas había experimentado violencia física doméstica, además, las mujeres tenían el doble de probabilidades que los hombres de haber sufrido violencia en algún momento.²²

J. Buckman, A. Underwood, en su artículo “Factores de riesgo de recaída y recurrencia de la depresión en adultos y cómo operan: una revisión sistemática de cuatro fases y una meta-síntesis” realizado en Reino Unido durante el 2018, emplearon 10 revisiones sistemáticas a través del método PRISMA, el cual consistía en la combinación de palabras claves, criterios de inclusión y exclusión con el objetivo de determinar los factores asociados a una recaída en pacientes con depresión. Los resultados señalaron como factor de riesgo, haber tenido un tratamiento incompleto, con síntomas residuales, neuroticismo y maltrato infantil.²³

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Cutipe C. en su libro “Socios en Salud: Sistematización del Primer Hogar Protegido para Mujeres con Esquizofrenia en Lima”, publicado en el 2017 detalla que se está promoviendo mejoras para atender la salud mental en la ciudad, además de mejorar los costos. Numerosas personas que atraviesan sintomatología depresiva encuentran una oportunidad de atención cerca de su domicilio, en entornos agradables muy diferentes a los hospitales psiquiátricos. Así también describe que la violencia en casa, representa una situación vital de estrés, que puede desencadenar cuadros depresivos y agravar la situación de personas esquizofrénicas, por lo cual, resalta la importancia de la sociedad, frente a personas con alteraciones mentales²⁴.

Castillo M., Cutipe C. en su revista “Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú 2013-2018” señalaron que durante los años mencionados se realizaron mejoras y reformas en la gestión pública de la salud mental lo cual ha ocasionado la implementación de

nuevos centros de atención de salud mental en menos de cuatro años, con un impacto que refleja mayor eficiencia y eficacia en relación de los hospitales psiquiátricos contribuyendo así al acceso de los servicios de salud mental²⁵.

Murillo P., Roas A. en su artículo “Asociación entre el riesgo de depresión y el bajo nivel de actividad física en trabajadores peruanos que cursan estudios universitarios” realizada en el 2015 define que la termogénesis es la generación de calor en el cuerpo provocando un aumento de temperatura en algunas zonas del cerebro lo cual incrementa la liberación de β -endorfinas, encargadas de mejorar el estado de ánimo, así mismo, la actividad física también mejoraría la concentración de neurotransmisores a nivel cerebral denominados catecolaminas, dentro de las cuales se encuentra la norepinefrina, dopamina y serotonina, las cuales están estrechamente ligadas a síntomas depresivos al disminuir su disponibilidad²⁶.

Jhonatan S. Navarro, Loli M. en su estudio “La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática” durante el 2017, realizó un proyecto sistemático basado en 30 investigaciones realizadas en Perú, con el objetivo de hallar las causas más frecuentes. Se concluyó que la ansiedad se encuentra entre los trastornos más asociados a la depresión lo que empeora los síntomas y a su vez genera trastornos adictivos en varones²⁷.

Renzo Rivera C., Walter L. Arias. en su estudio “Perfil familiar de adolescentes con sintomatología depresiva en la ciudad de Arequipa, Perú”, realizado en el 2017, recopiló información de 1225 colegiales. Se determinó que de toda la población de estudio, el 22,4% presentó algún tipo de síntoma depresivo, dentro de los cuales casi el 20% atravesó síntomas leves y 4,4% llegó a tener síntomas graves o extremos²⁸.

García C., Quispe C., en su tesis “Inteligencia emocional en adolescentes con familias integradas y desintegradas de instituciones educativas secundarias del distrito de Ayavari- Puno” realizada durante el 2018 determinó que existe una íntima relación entre los excesos de comida para generar síntomas depresivos. Se determinó que estos pacientes previamente tuvieron rasgos de falta de

atención, necesidad de sentir cariño, así como presentaron en algún momento de su vida ruptura en el núcleo familiar²⁹.

Según la Revista de “Investigación del Instituto para el matrimonio y la familia de la Universidad Católica San Pablo”, realizada en Perú y publicada en el 2016 señalan como factor principal a la familia para un buen desenvolvimiento en la escuela, debido a que dicho factor posee influye en comportamiento, principalmente en los menores y adolescentes que se encuentran en proceso de formación. Señalan además que familias con baja economía no muestran ganas de mejorar los estudios de sus hijos, quienes reciben escaso apoyo durante su vida escolar involucrándose con problemas psicosociales como beber alcohol en exceso frecuentemente, robos y ruptura familiar. Estos parámetros tienen causas directas en el estado de ánimo de los hijos mostrándose más violentos³⁰.

Masías Salinas, en su artículo “Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú”, realizado en el 2018 donde se evaluó a 113 madres quienes llevaron sus controles después de dar a luz en un centro de salud. Se identifico que el 40,7% no tenía probabilidad de padecer depresión; 14,15% tenía alguna probabilidad y el 45,13% ya padecía clínica depresiva. Así mismo no se encontró diferencias significativas entre sintomatología depresiva postparto en función del estado civil³¹.

Zegarra V., Cazorla P. en su artículo “Perfil clínico y epidemiológico de pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi de Arequipa - Perú, realizado durante el 2016.” Se identifico estadísticamente nuevos casos de desórdenes mentales que fueron examinados en el hospital mencionado. Señala que según la literatura en Perú los trastornos mentales presentan una incidencia de 16,4% identificando a través del estudio que la mayoría eran pacientes jóvenes, económicamente estables, con un nivel de educación secundaria. Determinaron también que el 22,3% presento trastornos de estado de ánimo³².

Diez C. Ipince, Alessandra en su artículo “Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención”

realizado en el 2014 indica que la atención primaria de salud mental se proyecta como la más accesible de realizar y sobre todo para alcanzar a transmitir información a más peruanos, los cuales en su mayoría no acceden a este tipo de atención señalando como uno de las más antiguas y principales causas al bajo presupuesto destinado a este sector.³³

2.2 Bases teóricas

El estado de ánimo puede estar normal o alterado. Cuando existe un estrés, se reduce el control sobre el ánimo y la persona manifiesta un malestar general denominado alteración del estado de ánimo³⁴.

El estado de ánimo depresivo, es el primer paso para desarrollar un trastorno depresivo, que es más grave, sin embargo, será necesario que este estado impida un desenvolvimiento de las actividades diarias que la persona suele realizar sin alteraciones por otros motivos³⁵.

En el cerebro, existen sustancias químicas denominadas neurotransmisores que tienen como función regular las endorfinas, tales como la noradrenalina, serotonina, dopamina, que son responsables de los estados de ánimo.

El estado de ánimo depresivo es provocado por una alteración en dichas endorfinas siendo considerado como un factor biológico según autores. Por lo general, se suman factores genéticos (genes paternos y maternos combinados) como ambientales (situaciones sociodemográficas y psicosociales) los cuales suelen alterar el estado de ánimo. A menudo el sexo femenino suele estar más afectado³⁶.

2.3 Definiciones Conceptuales:

Estado de ánimo: es la sensación, que refleja un humor en un determinado momento. Su duración es prolongada, de horas a días a diferencias de las emociones que duran menos y son más intensas.

Estado de ánimo depresivo: Sensación de disminución o tristeza profunda con una duración inferior a 14 días y que puede provocar un impacto negativo a nivel social y/o académico.

Trastorno mental afectivo: Enfermedad caracterizada por la alteración del estado de ánimo y pensamientos que modifican la vida diaria de manera negativa ya sea en el ámbito laboral, social o sentimental según la CIE-10.

Trastorno depresivo: Persistencia de un estado de ánimo depresivo superior a 14 días asociado a pérdida de interés, anhedonia, y que además incluye síntomas psicofísicos e ideación suicida, afectando la vida de las personas en su ámbito habitual, social y laboral.

2.4 Hipotesis de investigación

2.4.1 Hipotesis general:

Existen factores de riesgo asociados a estado de ánimo depresivo en personas mayores de 15 años de edad que participaron en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2018

2.4.2 Hipotesis específica:

HE1: Existen factores sociodemográficos asociados a estado de ánimo depresivo.

HE2: Existen factores biológicos asociados a estado de ánimo depresivo.

HE3: Existen factores psicosociales asociados a estado de ánimo depresivo.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

Investigación de carácter retrospectivo, descriptivo, observacional, analítico – correlacional de tipo transversal y de enfoque cuantitativo. Se utilizó una fuente de datos secundarios obtenidos por la ENDES correspondiente al año 2018.

3.2 Diseño de investigación

- Retrospectivo: Ya que el evento de estudio ya ocurrió y por lo tanto se tomó datos de un periodo anterior (2018).
- Descriptivo: Ya que se describirá un evento.
- Observacional: No se realizó alguna intervención, solo se observó variables.
- Analítico – correlacional: ya que se estudió dos o más variables en el estudio.
- Cuantitativo: Se utilizó información recopilada por encuestas y se analizó probables relaciones entre variables a través de métodos estadísticos

3.3 Población y muestra:

3.3.1 Población: Miembros de los hogares particulares que son residentes habituales.

3.3.2 Tamaño de la muestra

Conformada por 3014 personas pertenecientes a 36 760 casas, correspondiendo 14 780 viviendas al área sede (Capitales de los departamentos), 9 320 correspondiente al ámbito urbano y 12 660 al ámbito rural. Luego se aplicó criterios de inclusión y exclusión.

3.3.3 Selección de la muestra

El tamaño de la muestra se utilizó tomando solo datos y variables pertenecientes a la ENDES 2018, la cual tiene un marco muestral constituido por información estadística y cartográfica proveniente de los censos nacionales XI poblacionales y VI de vivienda del año 2007, la actualización SISFOH 2015-2017, y el material

cartográfico actualizado, el cual se actualiza previamente en la cartografía y en un registro de edificios y viviendas. La muestra de la ENDES 2018 es por conglomerados, bietápica, probabilística, estratificada e independiente a nivel departamental y por áreas urbana y rural.³⁷

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

3.4.1 Criterios de inclusión

- Personas que otorgaron el consentimiento para el cuestionario ENDES PERU 2018
- Personas casadas(os) y/o convivientes.
- Personas de 15 años de edad a más.
- Personas que viven en Perú.

3.4.2 Criterios de exclusión

- Personas con una edad menor a los 15 años.
- Personas no casadas y/o conviviendo.
- Personas que viven fuera de Perú.

3.5 Operacionalización de variables

El presente estudio describe sus variables haciendo uso de un cuadro esquemático señalando la definición conceptual y operacional, escala de medición, tipo de variable y categoría. Disponible en Anexo N°10

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizó la base de datos perteneciente a la ENDES 2018 para poder evaluar los factores de riesgo asociados a estado de ánimo depresivo.

3.7 Procesamiento y plan de análisis de datos:

La información fue obtenida a partir de los módulos de las bases de datos correspondientes a la ENDES 2018. Se identificó las variables en el cuestionario de la ENDES y se procedió a formar una base sólo con las variables de interés. Las variables dependientes que midieron el estado de ánimo depresivo se encuentran en el fichero de datos correspondiente al módulo 414 del fichero de

datos CSALUD01.sav, tales como sentirse desanimado, triste y sin esperanza, y sentirse mal consigo mismo o sentir que es un fracasado. Las variables sociodemográficas se ubicaron en el fichero de datos correspondiente al módulo 64 (fichero de datos RECH0) y 414; los factores biológicos y psicosociales se extrajeron del archivo de datos correspondientes al módulo 414.

Posteriormente se tabuló la información recopilada y se realizó gráficos y tablas para poder determinar de manera ordenada las conclusiones correspondientes. Las variables cualitativas se mostraron en tablas de frecuencia haciendo uso de frecuencias y porcentajes. El análisis bivariado se realizó a través de tablas de contingencia, calculando razones de prevalencia crudas (RP_{cruda}) con sus respectivos intervalos de confianza. Finalmente, se identificó los factores asociados a partir de los resultados del modelo de regresión Poisson con varianza robusta a partir del cálculo de los RP ajustados. Las pruebas de hipótesis se plantearon utilizando un nivel de significancia de 0,05.

Para la obtención de los resultados se utilizó el módulo de muestras complejas del software estadístico IBM SPSS V26, respetando el diseño muestral de la encuesta. Se generó un archivo CSPLAN que incluye el mencionado diseño complejo, especificando las variables que contienen los factores de ponderación, la variable de estratificación y la variable de conglomerados. Para el cálculo de las RP crudas y ajustadas se utilizó el software estadístico STATA versión 16.

3.8 Aspectos éticos:

La presente investigación no colisiona con los aspectos éticos. Se gestionó los permisos necesarios al Instituto Nacional de Estadística e Informática previo a la obtención de la información. Cabe resaltar que esta recolección de datos se realizó de manera anónima, protegiendo de manera confidencial a los participantes del estudio. El proyecto de investigación fue revisado por el comité de ética en investigación de la Universidad Ricardo Palma y fue autorizada su ejecución.

El presente trabajo fue realizado en el VI Curso Taller de Titulación por Tesis, según metodología publicada³⁸.

CAPITULO IV: RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por **3014 personas**, de las cuales **9,2% eran mujeres; 29,6% eran mayores de 60 años**. La mediana de la edad fue de 51 años (RI: 19-97).

Respecto a los factores sociodemográficos observamos que en las personas que refieren sentirse deprimidas, tristes o sin esperanza, el 39,5% presentan lengua materna quechua, aymara u otra, un 3,9% manifiesta tener un nivel educativo de inicial y el 33,1% tienen más de 60 años. (Ver tabla 1).

Tabla 1. Análisis bivariado entre sentirse deprimida(o), triste o sin esperanza con los factores sociodemográficos.

Factores Sociodemográficos	Si		No	
	n (2696)	%	n (318)	%
Idioma o lengua materna				
<i>Quechua Aymara - Otros</i>	1372	39,5	81	17,4
<i>Castellano</i>	1324	60,5	237	82,6
Grado de estudios más alto que aprobó				
<i>Secundaria</i>	1033	41,2	136	44,7
<i>Inicial</i>	117	3,9	3	0,7
<i>Primaria</i>	1052	32,8	82	18,8
<i>Superior</i>	494	22	97	35,7
Edad				
<i>>60 años</i>	828	33,1	62	22,2
<i>41 - 60 años</i>	997	40,7	125	40,8
<i><40 años</i>	871	26,1	131	37,1

Respecto a los factores biológicos se observó que aquellas personas que manifestaron sentirse deprimidas, tristes o sin esperanza, el 86,1% tuvo pocas ganas o interés en hacer las cosas, el 62,8% se sintió cansado o sin energía que lo justifique, el 25,4% presentó dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas, el 70,2% tuvo problemas para dormir y el 57,1% presentó poco apetito. (Ver tabla 2).

Tabla 2. Análisis bivariado entre sentirse deprimida(o), triste o sin esperanza con los factores biológicos

Factores Biológicos	Si		No	
	n (2696)	%	n (318)	%
Pocas ganas o interés de hacer las cosas				
<i>Si</i>	2290	86,1	188	62,5
<i>No</i>	406	13,9	130	37,5
Sentirse cansado o sin energía que lo justifique				
<i>Si</i>	1664	62,8	110	31,7
<i>No</i>	1032	37,2	208	68,3
Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas				
<i>Si</i>	1512	25,4	96	25,4
<i>No</i>	1184	43,4	222	74,6
Problemas para dormir				
<i>Si</i>	1912	70,2	159	54,1
<i>No</i>	784	29,8	159	45,9
Poco apetito				
<i>Si</i>	1556	57,1	123	42,4
<i>No</i>	1140	42,9	195	57,6

Respecto a los factores psicosociales se observó que los entrevistados que refieren sentirse deprimida(o), triste o sin esperanza, el 5,1% de personas recibieron golpes por parte de su pareja con alguna parte del cuerpo, así como un 6,7% declararon ser personas con antecedente de tratamiento por depresión, tristeza o desanimo. (Ver tabla 3)

Tabla 3. Análisis bivariado entre sentirse deprimida(o), triste o sin esperanza con los factores psicosociales

Factores Psicosociales	Si		No	
	n (2696)	%	n (318)	%
Recibir golpes por parte de su pareja con alguna parte del cuerpo				
<i>Si</i>	136	5,1	14	5,8
<i>No</i>	2560	94,9	304	94,2
Antecedente de tratamiento por depresión, tristeza, desánimo o falta de interés				
<i>Si</i>	136	6,7	10	4,6
<i>No</i>	2560	93,9	308	95,4

Respecto a los factores sociodemográficos observamos que las personas que refieren sentirse mal acerca de sí misma(o) o ha sentido que es una (un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia, el 46,5% presentan lengua materna quechua, aymara u otra, un 6,1% manifiesta tener un nivel educativo inicial como el más alto aprobado y el 37% presenta más de 60 años de edad. (Ver tabla 4).

Tabla 4. Análisis bivariado entre sentirse mal acerca de sí misma(o) o ha sentido que es una (un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia con los factores sociodemográficos.

Factores Sociodemográficos	Si		No	
	n (1080)	%	n (1934)	%
Idioma o lengua materna				
<i>Quechua Aymara - Otros</i>	638	46,5	815	30,7
<i>Castellano</i>	442	53,5	1119	69,3
Grado de estudios más alto que aprobó				
<i>Secundaria</i>	360	38,4	809	43,6
<i>Inicial</i>	67	6,1	53	1,9
<i>Primaria</i>	514	38,7	620	26,5
<i>Superior</i>	139	16,8	452	28
Edad				
<i>>60 años</i>	401	37,0	489	28,5
<i>41 - 60 años</i>	398	41,2	724	40,4
<i><40 años</i>	281	21,8	721	31

Respecto a los factores biológicos se observó que aquellas personas que manifestaron sentirse mal acerca de si misma(o) o ha sentido que es una (un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia, el 91,6% tuvo pocas ganas o interés en hacer las cosas, el 75,6 % se sintió cansado o sin energía que lo justifique, el 73,4% presento dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas, el 81,4% tuvo problemas para dormir y el 69,2% presento poco apetito. (Ver tabla 5).

Tabla 5. Análisis bivariado entre sentirse mal acerca de si misma(o) o ha sentido que es una (un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia con los factores biológicos

Factores Biológicos	Si		No	
	n (1080)	%	n (1934)	%
Pocas ganas o interés de hacer las cosas				
<i>Si</i>	980	91,6	1498	77,8
<i>No</i>	100	8,4	436	22,2
Sentirse cansado o sin energía que lo justifique				
<i>Si</i>	795	75,6	979	48,9
<i>No</i>	285	24,4	955	51,1
Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas				
<i>Si</i>	787	73,4	821	40,3
<i>No</i>	293	26,6	1113	59,7
Problemas para dormir				
<i>Si</i>	890	81,4	1181	60,5
<i>No</i>	190	18,6	753	39,5
Poco apetito				
<i>Si</i>	769	69,2	910	47,2
<i>No</i>	311	30,8	1024	52,8

Respecto a los factores psicosociales se observó que los entrevistados que refieren sentirse mal acerca de si misma(o) o ha sentido que es una (un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia, el 7,6% recibieron golpes por parte de su pareja con alguna parte del cuerpo, así como un 7,8% declararon ser personas con antecedente de tratamiento por depresión, tristeza o desanimo. (Ver tabla 6)

Tabla 6. Análisis bivariado entre sentirse mal acerca de sí misma(o) o ha sentido que es una (un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia con los factores psicosociales.

Factores Psicosociales	Si		No	
	n (1080)	%	n (1934)	%
Recibir golpes por parte de su pareja con alguna parte del cuerpo				
<i>Si</i>	77	7,6	73	3,9
<i>No</i>	1003	92,4	1861	96,1
Antecedente de tratamiento por depresión, tristeza, desánimo o falta de interés				
<i>Si</i>	68	7,8	78	5,7
<i>No</i>	1012	92,2	1856	94,3

Respecto a los factores sociodemográficos observamos que las personas que refieren sentirse deprimida(o), triste o sin esperanza, resultaron estadísticamente significativo el tener un idioma o lengua materna quechua, aymara u otra diferente al castellano (F corregida: 30,249; p=0,000); tener un grado de estudio inicial como el más alto aprobado (F corregida: 9,672; p=0,000) y tener una edad mayor a 60 años (F corregida 4,807; p=0,004). (Ver tabla 7)

Tabla 7. Asociación entre sentirse deprimida(o), triste o sin esperanza con los factores sociodemográficos.

Factores Sociodemograficos	F corregido	p valor
Idioma o lengua materna		
<i>Quechua Aymara - Otros</i>	30,249	0,000
<i>Castellano</i>		
Grado de estudios más alto que aprobó		
<i>Inicial</i>		
<i>Primaria</i>	9,672	0,000
<i>Secundaria</i>		

Superior

Edad

>60 años

41 - 60 años

4,807 0,000

<40 años

Respecto a los factores biológicos asociados al estado de ánimo depresivo de sentirse deprimido(a), triste o sin esperanza, resultaron estadísticamente significativo tener pocas ganas o interés en hacer las cosas (F corregida: 57,957; p=0,000); problemas para dormir (F corregida: 16,085; p=0,000); sentirse cansada(o) o con poca energía (f corregida: 55,078; p= 0,000); poco apetito (F corregida: 10,626; p=0,001) y tener dificultad para poner atención o concentrarse (F corregida: 53,648; p=0,000). (Ver tabla 8).

Tabla 8. Asociación entre sentirse deprimida(o), triste o sin esperanza con los factores biológicos.

Factores Biológicos	F corregido	p valor
Pocas ganas o interés de hacer las cosas		
<i>Si</i>	57.957	0,000
<i>No</i>		
Problemas para dormir		
<i>Si</i>	16,085	0,000
<i>No</i>		
Sentirse cansada(o) o con poca energía sin motivo que lo justifique		
<i>Si</i>	55.078	0,000
<i>No</i>		
Poco apetito		
<i>Si</i>	10,626	0,001
<i>No</i>		
Dificultad para poner atención o concentrarse		
<i>Si</i>	53.648	0,000
<i>No</i>		

Respecto a los factores psicosociales asociados al estado de ánimo depresivo de sentirse deprimido(a), triste o sin esperanza, sólo resultó estadísticamente significativo haber recibido golpes por parte de su pareja con alguna parte del cuerpo (F corregida: 9,989; p=0,046). Ver tabla 9)

Tabla 9. Asociación entre sentirse deprimida(o), triste o sin esperanza con los factores psicosociales.

Factores Psicosociales	F corregido	p valor
Recibir golpes por parte de su pareja con alguna parte del cuerpo		
<i>Si</i>	9,989	0,046
<i>No</i>		
Antecedente de tratamiento por depresión, tristeza, desánimo o falta de interés		
<i>Si</i>	0,676	0,325
<i>No</i>		

Respecto a los factores sociodemográficos asociados al estado de ánimo depresivo de sentirse mal acerca de sí misma(o) o ha sentido que es una (un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia resultaron estadísticamente significativo el idioma o lengua materna (F corregida=34,086; p=0,000), el grado de instrucción (F corregida=18,522; p=0,000) y finalmente la edad (F corregida=7,982; p=0,000). (Ver tabla 10).

Tabla 10. Asociación entre sentirse mal acerca de sí misma(o) o ha sentido que es una (un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia con los factores sociodemográficos.

Factores Sociodemográficos	F corregido	p valor
Idioma o lengua materna		
<i>Quechua Aymara - Otros</i>	34,086	0,000
<i>Castellano</i>		
Grado de estudios más alto que aprobó		
<i>Secundaria</i>		
<i>Primaria</i>	18,522	0,000
<i>Superior</i>		
<i>Inicial</i>		
Edad		
<i>>60 años</i>		
<i>41 - 60 años</i>	7,982	0,000
<i><40 años</i>		

Respecto a los factores biológicos asociados al estado de ánimo depresivo de sentirse mal acerca de si misma(o) o ha sentido que es una (un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia resultaron estadísticamente significativo tener pocas ganas o interés en hacer las cosas (F corregida: 47,588; p=0,000); problemas para dormir (F corregida: 56,285; p=0,000); sentirse cansada(o) o con poca energía (f corregida: 97,116; p= 0,000); poco apetito (F corregida: 51,556; p=0,000) y tener dificultad para poner atención o concentrarse (F corregida: 139,288 p=0,000). (Ver tabla 11).

Tabla 11. Asociación entre sentirse mal acerca de si misma(o) o ha sentido que es una (un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia con los factores biológicos.

Factores Biológicos	F corregido	p valor
Pocas ganas o interés en hacer las cosas		
<i>Si</i>		
<i>No</i>	47,588	0,000
Problemas para dormir		
<i>Si</i>		
<i>No</i>	56,258	0,000
Sentirse cansada(o) o con poca energía sin motivo que lo justifique		
<i>Si</i>		
<i>No</i>	97,116	0,000
Poco apetito		
<i>Si</i>		
<i>No</i>	51,556	0,000
Dificultad para poner atención o concentrarse		
<i>Si</i>		
<i>No</i>	139.288	0,000

Respecto a los factores psicosociales asociados sentirse mal acerca de si mismo o sentir que es un fracasado o que se ha fallado a sí mismo o a su familia resultaron estadísticamente significativos haber recibido golpes por parte de la pareja con alguna parte del cuerpo (F corregida: 9,989; p=0,017) y tener como antecedente tratamiento por depresión tristeza o desanimo (F corregida:1,540; p= 0,010). (Ver tabla 12)

Tabla 12. Asociación entre sentirse mal acerca de sí misma(o) o ha sentido que es una (un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia con los factores psicosociales.

Factores Psicosociales	F corregido	p valor
Recibir golpes por parte de su pareja con alguna parte del cuerpo		
<i>Si</i>		
<i>No</i>	9,989	0,017
Antecedente de tratamiento por depresión, tristeza, desánimo o falta de interés		
<i>Si</i>		
<i>No</i>	1,540	0,010

Luego de aplicar la regresión Poisson con varianza robusta se identificó que los factores asociados al estado de ánimo depresivo: sentirse deprimida(o), triste o sin esperanza fueron, presentar un idioma o lengua materna quechua, aymara u otro diferente al castellano, un grado de estudios inicial como el más alto aprobado, pocas ganas o interés de hacer las cosas, sentirse cansado o sin energía y tener dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas (**Tabla 13**). El tener un idioma o lengua materna quechua, aymara u otro diferente al castellano incrementa en 1,19 veces (RP_{ajustado}: 1,19; IC95%: 1,069 – 1,168) el riesgo de sentirse deprimida(o), triste o sin esperanza respecto a quienes presentan un idioma castellano; tener un nivel de educación inicial como el más alto aprobado incrementa en 1.14 veces (RP_{ajustado}: 1,14 ; IC95%: 1,051 – 1,238) el riesgo respecto a quienes tienen un nivel de educación superior; tener pocas ganas o interés en hacer las cosas incrementa en 1,19 veces (RP_{ajustado}: 1,19 ; IC95%: 1,079 – 1,315) el riesgo respecto a quienes si mostraron ganas o interés en hacer las cosas; ; sentirse cansada(o) o con poca energía incrementa en 1.12 veces (RP_{ajustado}: 1,12 ; IC95%: 1,051 – 1,192) respecto a quienes no se sintieron cansadas(os); y finalmente haber tenido dificultad para prestar atención o concentrarse incrementa en casi 1,12 veces (RP_{ajustado}: 1,12 ; IC95%: 1,063 – 1,190) el riesgo respecto a quienes no tuvieron esa dificultad.

Tabla 13. Análisis multivariado de los factores asociados a sentirse deprimida(o), triste o sin esperanza.

Factores	RP _{crudo}	IC95%	RP _{ajustado}	IC95%
Idioma o lengua materna				
<i>Quechua Aymara, otros</i>	1,146	1,096 - 1,199	1,19	1,069 - 1.168
<i>Castellano</i>	1,000			
Grado de estudios más alto que aprobó				
<i>Inicial</i>	1,235	1,143 - 1,334	1,14	1,051 - 1,238
<i>Primaria</i>	1,162	1,080 - 1,249	1,09	1,017 - 1,175
<i>Secundaria</i>	1,076	0,996 - 1,164	1,06	0,977 - 1,139
<i>Superior</i>	1,000			
Edad				
<i>>60 años</i>	1,114	1,041 - 1,192	1,07	0,997 - 1,152
<i>41 - 60 años</i>	1,060	0,992 - 1,133	1,04	0,974 - 1,112
<i><40 años</i>	1,000			
Pocas ganas o interés en hacer las cosas				
<i>Si</i>	1,299	1,183 - 1,427	1,19	1,079 - 1,315
<i>No</i>	1,000			
Problemas para dormir				
<i>Si</i>	1,116	1,050 - 1,186	1,02	0,958 - 1,095
<i>No</i>	1,000			
Sentirse cansada(o) o con poca energía sin motivo que lo justifique				
<i>Si</i>	1,209	1,142 - 1,279	1,12	1,051 - 1,192
<i>No</i>	1,000			
Poco apetito				
<i>Si</i>	1,090	1,035 - 1,148	0,99	0,932 - 1,041
<i>No</i>	1,000			
Dificultad para poner atención o concentrarse				
<i>Si</i>	1,200	1,139 - 1,265	1,12	1,063 - 1,190
<i>No</i>	1,000			
Recibir golpes por parte de su pareja con alguna parte del cuerpo				
<i>Si</i>	1,038	0,939 - 1,147	1,35	0,936 - 1,144
<i>No</i>	1,000			
Antecedente de tratamiento por depresión, tristeza, desánimo o falta de interés				
<i>Si</i>	1,051	0,951 - 1,162	1,05	0,949 - 1,160
<i>No</i>	1,000			

Se identifico que los factores asociados al estado de ánimo depresivo: sentirse mal acerca de si misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a si misma(o) o a su familia fueron tener un idioma o lengua materna quechua aymara u otro diferente al castellano, tener un grado de estudios inicial como el más alto aprobado, pocas ganas o interés en hacer las cosas, problemas para dormir, sentirse cansada(o) o con poca energía sin motivo que lo justifique, tener dificultad para poner atención o concentrarse y tener antecedente de tratamiento por depresión, tristeza, desanimo o falta de interés (**Tabla 14**). El tener un idioma o lengua materna quechua, aymara u otro diferente al castellano incrementa en 1,19 veces ($RP_{ajustado}$: 1,28; IC95%: 1,072 – 1,533) el riesgo de sentirse mal acerca de si misma(o) o sentir que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a si misma(o) o a su familia respecto a aquellos que presentaron un idioma castellano; ; tener un nivel de educación inicial como el más alto aprobado incrementa en 2.1 veces ($RP_{ajustado}$: 2,16 ; IC95%: 1.499 - 3,124) el riesgo respecto a quienes tienen un nivel de educación superior; tener pocas ganas o interés en hacer las cosas incrementa en 1.5 veces ($RP_{ajustado}$: 1,59 ; IC95%: 1,187 – 2,123) respecto a quienes si mostraron ganas o interés en hacer las cosas; tener problemas para dormir incrementa en 1,3 veces ($RP_{ajustado}$: 1,37 ; IC95% 1,067 – 1,760) respecto a los que no presentaron dicho problema; sentirse cansada(o) o con poca energía incrementa en 1.6 veces ($RP_{ajustado}$: 1,61 ; IC95%: 1,281 – 2,014) respecto a quienes no se sintieron cansadas(os); tener poco apetito incrementa en 1.3 veces ($RP_{ajustado}$: 1,35 ; IC95%: 1,088 - 1,665) respecto a quienes si tuvieron apetito; haber tenido dificultad para prestar atención o concentrarse incrementa en casi 1,2 veces ($RP_{ajustado}$: 1,24 ; IC95%: 0,870 – 2,803) respecto a quienes no tuvieron esa dificultad; y finalmente tener antecedente de tratamiento por depresión, tristeza, desanimo o falta de interés incrementa 1.5 veces el riesgo ($RP_{ajustado}$: 1,54 ; IC95%: 1,093 - 2,177) respecto a quienes no presentaron dicho antecedente.

Tabla 14. Análisis multivariado de los factores asociados a sentirse mal acerca de sí misma(o) o ha sentido que es una (un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia

Factores	RP_{crudo}	IC95%	RP_{ajustado}	IC95%
Idioma o lengua materna				
<i>Quechua Aymara, otros</i>	1,450	1,225 - 1,717	1,28	1,072 - 1,533
<i>Castellano</i>	1,000			
Grado de estudios más alto que aprobó				
<i>Inicial</i>	2,644	1,907 - 3,666	2,16	1,499 - 3,124
<i>Primaria</i>	1,815	1,419 - 2,321	1,55	1,189 - 2,016
<i>Secundaria</i>	1,356	1,034 - 1,777	1,29	0,980 - 1,691
<i>Superior</i>	1,000			
Edad				
<i>>60 años</i>	1,521	1,203 - 1,923	1,26	0,982 - 1,623
<i>41 - 60 años</i>	1,310	1,034 - 1,660	1,20	0,949 - 1,528
<i><40 años</i>	1,000			
Pocas ganas o interés en hacer las cosas				
<i>Si</i>	3,018	2,283 - 3,990	1,59	1,187 - 2,123
<i>No</i>	1,000			
Problemas para dormir				
<i>Si</i>	2,275	1,768 - 2,927	1,37	1,067 - 1,760
<i>No</i>	1,000			
Sentirse cansada(o) o con poca energía sin motivo que lo justifique				
<i>Si</i>	2,623	2,104 - 3,271	1,61	1,281 - 2,014
<i>No</i>	1000			
Poco apetito				
<i>Si</i>	2,232	1,830 - 2,723	1,35	1,088 - 1,665
<i>No</i>	1,000			
Dificultad para poner atención o concentrarse				
<i>Si</i>	3,271	2,694 - 3,971	2,28	1,858 - 2,803
<i>No</i>	1000			
Recibir golpes por parte de su pareja con alguna parte del cuerpo				
<i>Si</i>	1,273	0,899 - 1,802	1,24	0,870 - 1,761
<i>No</i>	1,000			
Antecedente de tratamiento por depresión, tristeza, desánimo o falta de interés				
<i>Si</i>	1,563	1,111 - 2,197	1,54	1,093 - 2,177
<i>No</i>	1,000			

CAPITULO V: DISCUSION

Actualmente los trastornos mentales y depresivos se encuentran entre los mas graves del mundo, y según la OMS, ha ido aumentando en las ultimas décadas. Los datos recogidos por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018, encontró a una mayor población adulta entre 41 a 60 años de edad representada en su mayoría por hombres en un 90.7%.

Para el presente estudio, se midió el estado de ánimo depresivo a través de las variables: sentirse desanimado, triste o sin esperanza, y sentirse mal acerca de si mismo o sentir que es un fracasado.

En cuanto a los factores sociodemográficos se pudo observar que tener como idioma o lengua materna quechua aymara u otro diferente al castellano incremento el riesgo de presentar un estado de ánimo depresivo (RP: 1,28; IC95%: 1,072 - 1,533), al igual que Salazar Pousada D. en su estudio Evaluación de síntomas depresivos en personas de América del Sur, revelando que tener una lengua materna quechua era estadísticamente significativo (OR: 1,106; IC95%: 0,564 – 1,819) para presentar un estado de ánimo depresivo. Probablemente el motivo de la relación se deba a que las personas con una lengua materna quechua, aymara u otra diferente al castellano residen en lugares más alejados de la ciudad, los cuales muchas veces se encuentran incomunicados, con menos oportunidades de desarrollo y a lo que se suma el poco acceso de la medicina profesional en los pueblos quechua-aymaras, los cuales presentan dentro de sus síndromes afectivos más comunes la pena o tristeza, generando un impacto negativo en la calidad de vida.

Tener un grado de estudio inicial como el más alto aprobado, mostro ser el factor escolar con mayor riesgo (RP: 2,16; IC95%: 1.499 - 3,124) aunque, un nivel de estudios primaria o secundaria también mostraron ser significativos, pero en menor magnitud, al igual que la investigación de Gaviria L. en su estudio realizado en Colombia, donde observo que tener un nivel de estudio inferior a secundaria como el más alto aprobado es factor de riesgo para tener un estado de ánimo depresivo (OR: 3,650; IC95%: 1,410 – 9,410). Si bien es cierto, los niveles de

estudio no son los mismos respecto a nuestro estudio, puede ser sugerente de que las personas a temprana edad sin estudios, no logran superar esta adversidad en un futuro, probablemente involucrándose en problemas como alcoholismo, delincuencia, desintegración familiar y problemas económicos graves que según otros estudios muestran ser, además, factores de riesgo para presentar un estado de ánimo depresivo.

Respecto a los factores biológicos, mostraron ser factores de riesgo el tener pocas ganas o interés en hacer las cosas (RP: 1,59 ; IC95%: 1,187 - 2,123) , presentar problemas para dormir (RP: 1,37 ; IC95%: 1,067 - 1,760), sentirse cansado o con poca energía sin motivo que lo justifique (RP: 1,61 ; IC95%: 1,281 - 2,014) , tener poco apetito (RP:1,35 ; IC95%: 1,088 - 1,665), y haber presentado dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas (RP:2,28 ; IC95%: 1,858 - 2,803). Estos resultados, concuerdan con los investigados por F. Rice en su estudio, donde evidencia como factor de riesgo el tener pocas ganas o interés en hacer las cosas (OR: 1,319 ; IC95%: 1,143 – 1,670), tener problemas para dormir (OR: 1,476 ; IC95%: 1,020 – 2,703) , sentirse cansado o con poca energía sin motivo que lo justifique (OR: 2,764 ; IC95%: 1,631 – 4.674) , tener poco apetito (OR:1,272 ; IC95%: 0,826 – 1,961), y haber presentado dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas (OR:1,337 ; IC95%: 0,705 – 2,532) todo ello respaldado por la teoría de las catecolaminas, tales como serotonina, dopamina y norepinefrina, las cuales alteran la sinapsis en el cerebro, provocando cambios en el apetito, sueño, interés y atención. Es probable que la depresión de estas catecolaminas, sea el resultado de la falta de ciertos neurotransmisores químicos en el cerebro las cuales tienen un papel fundamental en el estado de ánimo.

Finalmente, respecto a los factores psicosociales, el haber tenido tratamiento por depresión, tristeza o desanimo, revelo ser un factor de riesgo (RP: 1,54; IC95%: 1,093 - 2,177) como lo describe J. Buckman en su artículo, señalándolo también como factor de riesgo (OR: 1,34; IC95%: 1,01 - 1,77). Probablemente esta asociación se deba a la poca adherencia o continuidad que tienen los pacientes respecto a su tratamiento, además de los síntomas residuales post tratamiento, sin embargo, sería recomendable un estudio a profundidad para detallar el motivo exacto de la asociación.

La presente investigación tuvo como limitación el factor de riesgo edad mayor a 60 años, y el antecedente de haber recibido golpes por parte de la pareja, los cuales a través de otras publicaciones si han mostrado ser factor de riesgo. Esta limitación, se debe probablemente a que nuestra investigación presenta una población general y no clínica, lo cual podría ocasionar un sesgo de respuesta en cuanto a la identificación del estado de ánimo depresivo. Así mismo, la comparación de nuestros resultados a través de razones de prevalencia con las RP de otras investigaciones no se pudo realizar, por lo cual se decidió comparar con los ORs de otras investigaciones respectivamente.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES

6.1 Conclusión general

Se determinó que existe asociación entre los factores sociodemográficos, biológicos y psicosociales para presentar un estado de ánimo depresivo.

6.2 Conclusiones específicas

Se establece que el idioma o lengua materna es un factor de riesgo asociado al estado de ánimo depresivo en el año 2018. Donde los que tienen un idioma quechua, aymara u otro diferente al castellano tienen mayor riesgo de tener un estado de ánimo depresivo

Se establece que el grado de estudios es un factor de riesgo asociado al estado de ánimo depresivo en el año 2018. Donde los que tienen un nivel educativo inicial tienen mayor riesgo de tener un estado de ánimo depresivo.

Se establece que las ganas o interés en hacer las cosas es un factor de riesgo asociado al estado de ánimo depresivo en el año 2018. Donde los que tienen pocas ganas o interés en hacer las cosas tienen mayor riesgo de tener un estado de ánimo depresivo.

Se establece que el sueño es un factor de riesgo asociado al estado de ánimo depresivo en el año 2018. Donde los que tienen problemas para dormir tienen mayor riesgo de tener un estado de ánimo depresivo.

Se establece que el cansancio es un factor de riesgo asociado al estado de ánimo depresivo en el año 2018. Donde los que tienen cansancio o poca energía sin motivo que lo justifique tienen mayor riesgo de tener un estado de ánimo depresivo.

Se establece que el apetito es un factor de riesgo asociado al estado de ánimo depresivo en el año 2018. Donde los que tienen poco apetito tienen mayor riesgo de tener un estado de ánimo depresivo.

Se establece que la atención es un factor de riesgo asociado al estado de ánimo depresivo en el año 2018. Donde los que tienen dificultad para prestar atención o concentrarse en las cosas usuales en la vida diaria tienen mayor riesgo de tener un estado de ánimo depresivo.

Se establece que el antecedente de tratamiento por depresión, tristeza o desánimo es un factor de riesgo asociado al estado de ánimo depresivo en el año 2018.

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda que el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) siga realizando encuestas como la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018 (ENDES 2018) que recolecta muestras representativas a nivel nacional para poder tener una visión amplia acerca de la salud mental en el Perú.

Se sugiere la oportunidad de hacer un seguimiento a aquellas personas que participaron en esta investigación, que presentaron un estado de ánimo depresivo para que sean debidamente intervenidos dentro de sus localidades con ayuda de su familia y comunidad con el fin de que no progrese en un futuro a un trastorno del estado de ánimo.

Se recomienda al INEI que en las próximas versiones de la ENDES continúe con la sección destinada a la salud mental pero que además incluya a personas menores de 15 años.

Se sugiere hacer uso de los resultados obtenidos en esta investigación para ser tomado como antecedentes dentro de futuros estudios que puedan contribuir o enriquecer la información acerca de la situación actual de la salud mental en el Perú.

Se recomienda la implementación de programas de salud mental con fines de prevención destinados a personas que presentan las variables sociodemográficas, biológicas y psicosociales asociadas al estado de ánimo depresivo halladas en este estudio para evitar el progreso a un trastorno de estado de ánimo.

Se incita al Estado Peruano no abandonar las necesidades del sector salud, tanto en la salud mental como en otros ámbitos, ya que los adultos mayores, se lo merecen por su valioso aporte a nuestra sociedad, y en cualquier ámbito de la convivencia humana.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Kessler RC, Üstün TB, World Health Organization, editores. The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders. Cambridge ; New York : Geneva: Cambridge University Press ; Published in collaboration with the World Health Organization; 2008. 580 p.
2. Marina Piazza, Fabián Fiestas. PREVALENCIA ANUAL DE TRASTORNOS Y USO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN EL PERÚ: RESULTADOS DEL ESTUDIO MUNDIAL DE SALUD MENTAL.
3. María de los Ángeles María Mendoza Vilca Yuri Licinio Cutipé Cárdenas MEBC, Vanesa Herrera López. LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL EN SALUD MENTAL PERÚ 2018 [Internet]. 2018. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *PERU. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2014*. Perú, 2015. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf.
5. Agudelo-Suárez AA, Posada-López A, Meneses-Gómez EJ. Salud mental en adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública de Medellín, Colombia. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015;32(4):701-8.
6. Vásquez-Rosati A, Montefusco-Siegmund R, López V, Cosmelli D. Emotional Influences on Cognitive Flexibility Depend on Individual Differences: A Combined Micro-Phenomenological and Psychophysiological Study. *Front Psychol*. 2019;10:1138.
7. Behnke A, Conrad D, Kolassa I-T, Rojas R. Higher sense of coherence is associated with better mental and physical health in emergency medical services: results from investigations on the revised sense of coherence

- scale (SOC-R) in rescue workers. *Eur J Psychotraumatol*. 2019;10(1):1606628.
8. Aguado A, García Del Álamo M. [Gastrointestinal comorbidity and symptoms associated with depression in patients aged over 60 years]. *Semergen*. 16 de mayo de 2019;
 9. Hickey EJ, Hartley SL, Papp L. Psychological Well-Being and Parent-Child Relationship Quality in Relation to Child Autism: An Actor-Partner Modeling Approach. *Fam Process*. 7 de marzo de 2019;
 10. Maino, María de la Paz, Susana Morales, Orietta Echávarri, Jorge Barros, Arnol García, Claudia Moya, Tita Szmulewicz, Ronit Fischman, Catalina Núñez, y Alemka Tomicic. «Suicide Risk Configuration System in a Clustered Clinical Sample: A Generalized Linear Model Obtained through the LASSO Technique». *Revista Brasileira De Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)* 41, n.º 2 (abril de 2019): 112-21. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-0028>.
 11. Maino M de la P, Morales S, Echávarri O, Barros J, García A, Moya C, et al. Suicide risk configuration system in a clustered clinical sample: a generalized linear model obtained through the LASSO technique. *Braz J Psychiatry*. abril de 2019;41(2):112-21.
 12. Nomura Y, Davey K, Pehme PM, Finik J, Glover V, Zhang W, et al. Influence of in utero exposure to maternal depression and natural disaster-related stress on infant temperament at 6 months: The children of Superstorm Sandy. *Infant Ment Health J*. 2019;40(2):204-16
 13. Gaviria SL, Duque M, Vergel J, Restrepo D. Síntomas depresivos perinatales: prevalencia y factores psicosociales asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. julio de 2019;48(3):166-73.

14. González-Parra S, Daudén E. Psoriasis and Depression: The Role of Inflammation. *Actas Dermosifiliogr.* febrero de 2019;110(1):12-9.
15. López Espuela F, Portilla Cuenca JC, Leno Díaz C, Párraga Sánchez JM, Gamez-Leyva G, Casado Naranjo I. Sex differences in long-term quality of life after stroke: Influence of mood and functional status. *Neurologia.* 19 de diciembre de 2017;
16. Ferreira TS, Moreira CZ, Guo J, Noce F. Effects of a 12-hour shift on mood states and sleepiness of Neonatal Intensive Care Unit nurses. *Rev Esc Enferm USP.* 9 de marzo de 2017;51:e03202.
17. Múnera Restrepo LM, Uribe Restrepo L, Yepes Delgado CE. Meaning of Depressive Syndrome for General Practice Physicians in a Colombian Region. *Rev Colomb Psiquiatr.* marzo de 2018;47(1):21-31.
18. Simón Saiz MJ, Fuentes Chacón RM, Garrido Abejar M, Serrano Parra MD, Díaz Valentín MJ, Yubero S. [Profile of drug use in adolescents. Protective factors]. *Semergen.* 21 de julio de 2019;
19. Salazar-Pousada D, Monterrosa-Castro A, Ojeda E, Sánchez SC, Morales-Luna IF, Pérez-López FR, et al. Evaluation of depressive symptoms in mid-aged women: report of a multicenter South American study. *Menopause.* noviembre de 2017;24(11):1282-8.
20. Kwan E, Draper B, Harvey SB, Endre ZH, Brown MA. Prevalence, detection and associations of depression in Australian dialysis patients. *Australas Psychiatry.* octubre de 2019;27(5):444-9.
21. Rice F, Riglin L, Lomax T, Souter E, Potter R, Smith DJ, et al. Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. *Journal of Affective Disorders.* enero de 2019;243:175-81.

22. Montesó-Curto P, Aguilar C, Lejeune M, Casadó-Marin L, Casanova Garrigós G, Ferré-Grau C. Violence and depression in a community sample. *J Clin Nurs*. agosto de 2017;26(15-16):2392-8.
23. Buckman JEJ, Underwood A, Clarke K, Saunders R, Hollon SD, Fearon P, et al. Risk factors for relapse and recurrence of depression in adults and how they operate: A four-phase systematic review and meta-synthesis. *Clinical Psychology Review*. agosto de 2018;64:13-38.
24. Sistematización del primer Hogar Protegido de Socios En Salud Sistematización de la implementación del Primer [Internet]. Joomag. [citado 15 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://view.joomag.com/0021010001505939958>
25. Castillo-Martell, Humberto, y Yuri Cutipé-Cárdenas. «Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018». *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 36, n.º 2 (26 de junio de 2019): 326-33. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4624>.
26. Murillo-Pérez L, Rojas-Adrianzén C, Ramos-Torres G, Cárdenas-Vicente B, Hernández-Fernández W, Larco-Castilla P, et al. Asociación entre el riesgo de depresión mayor y el bajo nivel de actividad física en trabajadores peruanos que cursan estudios universitarios. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [Internet]. 25 de septiembre de 2015 [citado 15 de septiembre de 2019];31(3). Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/90>
27. Universidad de San Martín de Porres, Perú, Navarro-Loli JS, Moscoso M, Universidad de San Martín de Porres, Perú, Calderón-De La Cruz G, Universidad de San Martín de Porres, Perú. Research on depression in

- adolescents in Peru: a systematic review. *Liberabit*. 28 de junio de 2017;23(1):57-74.
28. Rivera C. R, Arias-Gallegos WL, Cahuana-Cuentas M. Perfil familiar de adolescentes con sintomatología depresiva en la ciudad de Arequipa, Perú. *Rev chil neuro-psiquiatr*. junio de 2018;56(2):117-26.
29. Garcia Condori, Rocio Milagros, Quispe Caceres, Maria Pilar. "INTELIGENCIA EMOCIONAL EN ADOLESCENTES CON FAMILIAS INTEGRADAS Y DESINTEGRADAS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS SECUNDARIAS DEL DISTRITO DE AYAVIRI – PUNO - 2018. [peru]: UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN; 2018.
30. Masías Salinas MA, Arias Gallegos WLA. Prevalencia de la depresión post parto en Arequipa, Perú. *Rev Med Hered*. 4 de enero de 2019;29(4):226.
31. Gallegos WLA. AGRESIÓN Y VIOLENCIA EN LA ADOLESCENCIA: LA IMPORTANCIA DE LA FAMILIA. 2013;12.
32. Zegarra-Valdivia J, Cazorla Pérez E, Chino Vilca B. Perfil clínico y epidemiológico de pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental "Moisés Heresi" de Arequipa - Perú, entre los años 2011 y 2013. *Rev Neuropsiquiatr*. 2 de julio de 2016;79(2):98.
33. Diez-Canseco F, Ipince A, Toyama M, Benate-Galvez Y, Galán-Rodas E, Medina-Verástegui JC, et al. Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [Internet]. 18 de marzo de 2014 [citado 15 de septiembre de 2019];31(1). Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/19>

34. Zúñiga AB, Villegas MAS, Torres CCU, Juárez NH, Bayardo SJV. LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO. *Revista Digital Universitaria*. 2005;14.
35. Jorge Romel Zavaleta Huamanyauri. Factores de riesgo asociados con trastorno depresivo en estudiantes adolescentes de la I.E. Manuel Gonzalez Prada de Ate en el 2015. [Peru]: Universidad Nacional De San Marcos; 2015.
36. Maurilia Araceli Sandoval Villegas, Norma Helen Juárez. «TRASTORNOS DEPRESIVOS». *Revista Digital Universitaria*, 2005, 14.
37. Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; c2019 [Citado 31 mayo 2021]. Disponible en:
http://webinei.inei.gob.pe/anda_inei/index.php/catalog/671/studydescription#page=sampling&tab=s
38. De La Cruz-Vargas JA, Correa-Lopez LE, Alatriza-Gutierrez de Bambaren M del S, Sanchez Carlessi HH, Luna Muñoz C, Loo Valverde M, et al. Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades: experiencia del Curso Taller de Titulación por Tesis. *Educación Médica*. julio de 2019;20(4):199-205.

ANEXOS:

1. ACTA DE APROBACION 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 “**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO ENDES 2018**”, que presenta el SR MARCO ANTONIO GOICOCHEA MAYHUIRE, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, 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:



Mg. Willer David Chanduvi Puicon
ASESOR DE LA TESIS



Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

Lima, 29 de septiembre de 2019

2. CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS

Carta compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de tesis de estudiante de Medicina Humana: MARCO ANTONIO GOICOCHEA MAYHUIRE

Me comprometo a:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el reglamento de grados y títulos de la Facultad de Medicina Humana- URP, capítulo V 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 Jurados de Tesis.
4. Considerar **6 meses como tiempo máximo** para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente.
5. Cumplir los principios éticos que correspondan a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida.
8. Asesorar al estudiante para la presentación de su información ante el jurado del examen profesional.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

ATENTAMENTE


.....
MG. WILLER DAVID CHANDUVI PUICON

Lima, 29 de septiembre de 2019

3. CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 040-2016-SUNEDU/CD

Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero



Oficio N° 3793-2019-FMH-D

Lima, 04 de octubre de 2019

Señor
GOICOCHEA MAYHUIRE MARCO ANTONIO
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis-Pre Internado Médico

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO ENDES 2018", presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 03 de octubre de 2019.

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,

Dr. Menandro Ortiz Pretel
Secretario Académico

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco - Central: 708-0000
Apartado postal 1801, Lima 33 - Perú Anexos: 6010
E-mail: dec.medicina@urp.pe - www.urp.edu.pe/medicina Telefax: 708-0106

4. ACTA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ ETICA

COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION

FACULTAD DE MEDICINA "MANUEL HUAMAN GUERRERO"

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

CONSTANCIA

El Presidente del Comité de Etica de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación :

Título: "**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO ENDES 2018**".

Investigador :

MARCO ANTONIO GOICOCHEA MAYHUIRE

Código del Comité: **PG-006-2020**

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría EXENTO DE REVISION, por un período de 1 año.

El investigador podrá continuar con su proyecto de investigación y deberá presentar un informe escrito a este Comité al finalizar el mismo. Así mismo, la publicación del presente proyecto quedará a criterio del investigador.

Lima, 24 de febrero del 2020



Dra. Sonia Indacochea Cáceda
Presidente del Comité de Etica de Investigación

5. ACTA DE APROBACION DEL BORRADOR DE TESIS




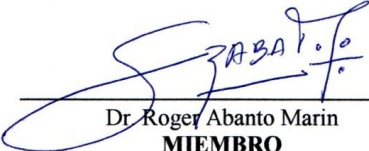

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos


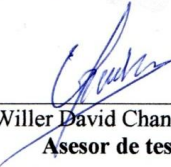
FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO ENDES 2018”, que presenta el señor Marco Antonio Goicochea Mayhuire 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.

 _____ Dr. Pablo Adán Bustamante PRESIDENTE
 _____ Dr. Roger Abanto Marín MIEMBRO
 _____ Mg. Rubén Espinoza Rojas MIEMBRO

 _____ Dr. Jhony De La Cruz Vargas Director de Tesis
 _____ Mg- Willer David Chanduvi Puicon Asesor de tesis

Lima, 02 de mayo del 2021

6. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO

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 brinde es estrictamente confidencial y permanecerá en absoluta reserva.

En este momento, ¿Usted desea preguntarme algo acerca de esta investigación o estudio? ¿Puedo iniciar la entrevista ahora?

FIRMA DE LA ENTREVISTADORA: _____

FECHA: _____

SI, ACEPTA: 1

SI, EN OTRO MOMENTO: 2

NO, NO ACEPTA LA ENTREVISTA: 3

7. REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ESTADO DE ANIMO DEPRESIVO ENDES 2018

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	webinei.inei.gob.pe Fuente de Internet	3%
2	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Peru Trabajo del estudiante	1%
3	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	www.scielosp.org Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	1%
6	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	www.frontiersin.org Fuente de Internet	1%
8	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%

9	www.scielo.br Fuente de Internet	1 %
10	onlinelibrary.wiley.com Fuente de Internet	<1 %
11	Submitted to University Of Tasmania Trabajo del estudiante	<1 %
12	Submitted to Universidad del Rosario Trabajo del estudiante	<1 %
13	Submitted to Queen Mary and Westfield College Trabajo del estudiante	<1 %
14	Submitted to Universidad Europea de Madrid Trabajo del estudiante	<1 %
15	repositorio.uta.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
16	www.tandfonline.com Fuente de Internet	<1 %
17	ateneo.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
18	jmr.tums.ac.ir Fuente de Internet	<1 %
19	www.redalyc.org Fuente de Internet	<1 %
20	www.researchsquare.com Fuente de Internet	

21	www.elsevier.es Fuente de Internet	<1 %
22	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	<1 %
23	revistas.usil.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
24	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1 %
25	creativecommons.org Fuente de Internet	<1 %
26	globalizationandhealth.biomedcentral.com Fuente de Internet	<1 %
27	lume.ufrgs.br Fuente de Internet	<1 %
28	repositorio.ufrn.br Fuente de Internet	<1 %
29	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov Fuente de Internet	<1 %
30	uaeh.redalyc.org Fuente de Internet	<1 %
31	Submitted to Universidad Nacional de Educacion Enrique Guzman y Valle	<1 %

32	Submitted to Universidad Señor de Sipan Trabajo del estudiante	<1 %
33	scielo.conicyt.cl Fuente de Internet	<1 %
34	amedeo.com Fuente de Internet	<1 %
35	dspace.uniandes.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
36	lorenzcolombiawww.redalyc.org Fuente de Internet	<1 %
37	aeem.es Fuente de Internet	<1 %
38	rpmesp.ins.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
39	acreditacioninvestigadores.senescyt.gob.ec:8080 Fuente de Internet	<1 %
40	idoc.pub Fuente de Internet	<1 %
41	repositorio.ucsp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
42	ucsp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

43	A. Aguado, M. García del Álamo. "Comorbilidad y síntomas digestivos asociados a depresión en pacientes mayores de 60 años", Medicina de Familia. SEMERGEN, 2020 Publicación	<1 %
44	worldwidescience.org Fuente de Internet	<1 %
45	consultoriopsicologicodelboy.blogspot.com Fuente de Internet	<1 %
46	view.joomag.com Fuente de Internet	<1 %
47	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
48	Submitted to Universidad Nacional del Centro del Peru Trabajo del estudiante	<1 %
49	repositorio.upsb.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
50	www.gutmacher.org Fuente de Internet	<1 %
51	www.ibhpartners.org Fuente de Internet	<1 %
52	Silvia L. Gaviria, Marle Duque, Juliana Vergel, Diana Restrepo. "Síntomas depresivos"	<1 %

perinatales: prevalencia y factores
psicosociales asociados", Revista Colombiana
de Psiquiatría, 2019

Publicación

53	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1 %
54	repositorio.uncp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
55	repositorio.upec.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
56	daneshyari.com Fuente de Internet	<1 %
57	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
58	www.aanep.com Fuente de Internet	<1 %
59	bmcp psychiatry.biomedcentral.com Fuente de Internet	<1 %
60	doczz.net Fuente de Internet	<1 %
61	publicaciones.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
62	www.unic.org.ar Fuente de Internet	<1 %

63	obesidadorg.wordpress.com Fuente de Internet	<1 %
64	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %
65	psychologie.unibas.ch Fuente de Internet	<1 %
66	www.ins.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
67	es.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
68	mejorconsalud.as.com Fuente de Internet	<1 %
69	revistamedicinainterna.net Fuente de Internet	<1 %
70	ruidera.uclm.es Fuente de Internet	<1 %
71	tesis.pucp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
72	www.guatire.net Fuente de Internet	<1 %
73	www.iin.oas.org Fuente de Internet	<1 %
74	Laura Milena Múnica Restrepo, Lucía Uribe Restrepo, Carlos Enrique Yepes Delgado.	<1 %

"Significado del síndrome depresivo para médicos generales en una región colombiana", Revista Colombiana de Psiquiatría, 2018

Publicación

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

8. CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO**

VI CURSO TALLER PARA LA TITULACIÓN POR TESIS

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que el Sr.

MARCO ANTONIO GOICOCHEA MAYHUIRE

Ha cumplido con los requerimientos del curso-taller para la Titulación por Tesis, durante los meses de agosto, setiembre, octubre, noviembre y diciembre del presente año, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el Título de la Tesis:

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ESTADO DE ÁNIMO
DEPRESIVO ENDES 2018”**

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

Lima, 05 de diciembre del 2019



Dr. La Cruz Vargas
Director del Curso Taller


Dra. María del Socorro Alatriza Gutiérrez Vda. de Bambarén
Decana

9. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	POBLACIÓN Y MUESTRA	METODOLOGIA
GENERAL ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a estado de ánimo depresivo en personas mayores de 15 años de edad que participaron en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2018?	GENERAL Determinar los factores de riesgo asociados a estado de ánimo depresivo en personas mayores de 15 años de edad que participaron en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2018	GENERAL: Existen factores de riesgo asociados a estado de ánimo depresivo en personas mayores de 15 años de edad que participaron en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2018	DEPENDIENTES: Sentirse desanimado, triste sin esperanza Sentirse mal acerca de sí mismo o sentir que es un fracasado que se ha fallado a sí mismo o a su familia	Población: La población está constituida por personas mayores de 15 años de edad que participaron en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2018. Muestra: El tamaño de la muestra está conformado por 3014 personas pertenecientes a 36 760 casas, correspondiendo 14 780 viviendas al área sede (Capitales de los departamentos), 9 320 correspondiente al resto urbano y 12 660 al resto rural.	Tipo y diseño de investigación: Retrospectivo- cohorte transversal: debido a que el evento de estudio ya ocurrió y por lo tanto se tomara datos de un periodo anterior (2018). Descriptivo: Ya que se describe un hecho. Observacional: porque no presentará intervención, solo se observarán variables. Análítico – correlacional: ya que se pretende estudiar dos o más variables en el estudio. Cuantitativo: en razón a que se utiliza datos recogidos de encuestas y se estudiará con métodos estadísticos posibles relaciones entre las variables. Procesamiento y plan de análisis de datos: La información fue obtenida a partir de los módulos de las bases de datos correspondientes a la ENDES 2018. Se identifico las variables en el cuestionario de la ENDES y se procedió a formar una base sólo con las variables de interés. Las variables dependientes que midieron el estado de ánimo depresivo se encuentran en el fichero de datos correspondiente al módulo 414 del fichero de datos CSALUD01.sav, tales como sentirse desanimado, triste y sin esperanza, y sentirse mal consigo mismo o sentir que es un fracasado. Las variables independientes se dividieron en sociodemográficas las cuales se ubicaron en el fichero de datos correspondiente al módulo 64 (fichero de datos RECH0) y 414; mientras que las variables biológicas y psicosociales se extrajeron del archivo de datos correspondientes al módulo 414. Posteriormente se tabulo la información recopilada y se realizó gráficos y tablas para poder determinar de manera ordenada las conclusiones correspondientes. Las variables cualitativas se mostraron en tablas de frecuencia haciendo uso de frecuencias y porcentajes. El análisis bivariado se realizó a través de tablas de contingencia, calculando razones de prevalencia crudas (RPcruda) con sus respectivos intervalos de confianza. Finalmente, se identificó los factores asociados a partir de los resultados del modelo de regresión Poisson con varianza robusta a partir del cálculo de los RP ajustados. Las pruebas de hipótesis se plantearon utilizando un nivel de significancia de 0,05.
	ESPECIFICOS Determinar los factores biológicos asociados a estado de ánimo depresivo	ESPECIFICAS Existen factores biológicos asociados a estado de ánimo depresivo	INDEPENDIENTES: Interés Cansancio Concentración Sueño Hambre		
	Determinar los factores sociodemográficos asociados a estado de ánimo depresivo.	Existen factores sociodemográficos asociados a estado de ánimo depresivo.	Edad Nivel de estudios Idioma		
	Determinar los factores psicosociales asociados a estado de ánimo depresivo.	Existen factores psicosociales asociados a estado de ánimo depresivo.	Conductas suicidas Violencia con pareja		

10. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	CATEGORIA O UNIDAD
Sexo	Genero orgánico	Genero indicado en encuesta	Nominal dicotómica	Independiente Cualitativa	1= Hombre 2 = Mujer
Edad	Número de años al momento de la entrevista	Número de años indicado en encuesta	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa	Años cumplidos
Grado de estudios	Grado académico más alto determinado por alguna institución académica	Grado académico indicado en encuesta.	Nominal Politómica	Independiente Cualitativa	0= Inicial/ 1= primaria 2=Secundaria 3= Superior 4=Universitario 5= Postgrado
Lengua	Sistema de comunicación verbal y escrito	Sistema de comunicación que utiliza al momento de la encuesta	Nominal Politómica	Independiente Cualitativa	1= Quechua 2= Aimara 3= Shaninka 4= Wajun 5= Shipibo 6= Shawi 7= Matsigenka 8= Achuar 9= Otra nativa 10= Castellano

Poco Interés	Valor o utilidad que en sí tiene una cosa.	Pocas ganas en hacer las cosas, no disfruta sus actividades cotidianas durante los últimos 12 meses	Ordinal Politómica Ordenada	Independiente Cualitativa	0= Para nada 1= Varios días (1 – 6 días) 2= Mayoría de días (7 a 11 días) 3= Casi todos los días (12 a más días)
Deprimida(o)	Estado de ánimo negativo	Sensación de desanimo, triste sin esperanza durante los últimos 12 meses	Ordinal Politómica ordenada	Independiente Cualitativa	0= Para nada 1= Varios días (1 – 6 días) 2= Mayoría de días (7 a 11 días) 3= Casi todos los días (12 a más días)
Sueño	Estado de reposo	Problemas para dormir o mantenerse dormido durante los últimos 12 meses	Ordinal Politómica ordenada	Independiente Cualitativa	0= Para nada 1= Varios días (1 – 6 días) 2= Mayoría de días (7 a 11 días) 3= Casi todos los días (12 a más días)
Cansancio	Sensación de falta de fuerzas.	Poca energía sin motivo que lo justifique durante los últimos 12 meses	Ordinal Politómica ordenada	Independiente Cualitativa	0= Para nada 1= Varios días (1 – 6 días) 2= Mayoría de días (7 a 11 días) 3= Casi todos los días (12 a más días)

Apetito	deseo psicológico de ingerir alimentos.	Poco apetito o comidas en exceso durante los últimos 12 meses	Ordinal Politómica ordenada	Independiente Cualitativa	0= Para nada 1= Varios días (1 – 6 días) 2= Mayoría de días (7 a 11 días) 3= Casi todos los días (12 a más días)
Atención	Aplicación voluntaria de la actividad mental o de los sentidos a un determinado estímulo u objeto mental o sensible.	Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace cotidianamente durante los últimos 12 meses	Ordinal Politómica ordenada	Independiente Cualitativa	0= Para nada 1= Varios días (1 – 6 días) 2= Mayoría de días (7 a 11 días) 3= Casi todos los días (12 a más días)
Morir	Deseo de quitarse o perder la vida.	Pensamientos de que sería mejor estar muerto(a) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir durante los últimos 12 meses	Ordinal Politómica ordenada	Independiente Cualitativa	0= Para nada 1= Varios días (1 – 6 días) 2= Mayoría de días (7 a 11 días) 3= Casi todos los días (12 a más días)
Sentirse mal	Sensación de malestar emocional	Sentimiento de fracaso, fallarse a si mismo, o a su familia durante los últimos 12 meses	Ordinal Politómica ordenada	Independiente Cualitativa	0= Para nada 1= Varios días (1 – 6 días) 2= Mayoría de días (7 a 11 días) 3= Casi todos los días (12 a más días)

Antecedente tratamiento depresivo	Conjunto de medios cuya finalidad es la curación.	En los últimos 12 meses recibió tratamiento por depresión, tristeza, desanimo, falta de interés o irritabilidad	Nominal Politómica	Independiente Cualitativa	1= Si 2= No 3= No recuerda
Violencia (Sin Objetos)	Interacción que se manifiesta de manera agresiva con el fin de hacer daño a través del del pie, puño, o alguna otra parte del cuerpo.	Número de veces que su pareja le golpeo con alguna parte del cuerpo durante los últimos 12 meses	Ordinal Politómica ordenada	Independiente Cualitativa	1= No 2= Rara vez (1-2 veces) 3= A veces (3-5 veces) 4= A menudo (6 a más veces)

11.FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

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																																																						
PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS			PASE A																																																	
704	<p>Por favor, recuerde en los últimos 12 meses, uno de los momentos en que tuvo estas molestias o problemas y dígame ¿cuando fue? _____</p> <p>Ahora hablemos solo de las molestias o problemas que tuvo cuando (en) _____</p> <p>NO HACER INFERENCIAS DE CAUSALIDAD</p> <p>SI RESPONDE "SÍ", PREGUNTE: ¿Cuántos días?</p> <p>SI RESPONDE "NO", CIRCULE "0" (PARA NADA)</p> <p>A. ¿Ha tenido pocas ganas o interés en hacer las cosas? (DE SER NECESARIO LEA: Es decir, no disfruta sus actividades cotidianas)</p> <p>B. ¿Se ha sentido desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?</p> <p>C. ¿Ha tenido problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado?</p> <p>D. ¿Se ha sentido cansada(o) o ha tenido poca energía sin motivo que lo justifique?</p> <p>E. ¿Ha tenido poco apetito o ha comido en exceso?</p> <p>F. ¿Ha tenido 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. ¿Se ha movido o hablado más lento de lo normal o se ha sentido más inquieta(o) o intranquila(o) de lo normal?</p> <p>H. ¿Ha tenido pensamientos de que sería mejor estar muerta(o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?</p> <p>I. ¿Se ha sentido mal acerca de sí misma(o) o ha sentido que es una(un) fracasada(o) o que se ha fallado a sí misma(o) o a su familia?</p>	<table border="1"> <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																																																		
705	<p>VERIFIQUE PREGUNTA 704:</p> <p>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>			707																																																	
706	¿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>MUCHO..... 1</p> <p>POCO..... 2</p> <p>NADA..... 3</p>																																																				
707	¿En los últimos 12 meses usted ha recibido tratamiento de algún profesional de salud por depresión, tristeza, desánimo, falta de interés o irritabilidad?	<p>SI..... 1</p> <p>NO..... 2</p> <p>NO SABE / NO RECUERDA..... 8</p>		709																																																		

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
708	¿Dónde recibió tratamiento? ¿En algún otro lugar?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... A ESSALUD..... B FFAA Y PNP..... C HOSPITAL/ OTRO MUNICIPAL..... D CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... E POLICLÍNICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP..... F SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... G CONSULTORIO PARTICULAR..... H ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... I HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... J OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... Y	
709	¿En los últimos 12 meses, es decir desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, usted ha estado casada(o) o conviviendo?	SI..... 1 NO..... 2	712

A continuación me gustaría preguntarle sobre algunos aspectos de su relación de pareja. Sabemos que algunas de estas preguntas son muy personales, sin embargo, sus respuestas son muy importantes para ayudar a entender la condición de las parejas en el país.

710	¿En los últimos 12 meses, cuántas veces su pareja le golpeó con el pie, el puño o alguna otra parte del cuerpo (cabeza, codo, rodilla)?	NUNCA / NO..... 1 RARA VEZ (1 - 2 VECES)..... 2 A VECES (3 - 5 VECES)..... 3 A MENUDO (6 VECES O MÁS)..... 4	
711	¿En los últimos 12 meses, cuántas veces su pareja le golpeó, agredió con un objeto como: correa, palo, cuchillo o arma?	NUNCA / NO..... 1 RARA VEZ (1 - 2 VECES)..... 2 A VECES (3 - 5 VECES)..... 3 A MENUDO (6 VECES O MÁS)..... 4	

712	VERIFIQUE PREGUNTA 209: RESPONDIÓ "SÍ" (CÓDIGO 1) <input type="checkbox"/>	RESPONDIÓ "NO" (CÓDIGO 2) O NS / NR (CÓDIGO 8) O NO SE HIZO LA PREGUNTA <input type="checkbox"/>	730
-----	--	--	-----

A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre los problemas que pudo haber tenido a causa de la bebida alcohólica y que le ocurrieron más de una vez

713	SI LA (EL) ENTREVISTADA(O) SE NIEGA A CONTESTAR 2 PREGUNTAS, CIRCULE "9" A TODAS LAS DEMÁS PREGUNTAS DEL GRUPO 713 A 717 Y PASE A 730 ¿En los últimos 12 meses, es decir, desde _____ del año pasado hasta _____ de este año, hubo momentos en que la bebida o la resaca le dificultaron realizar sus actividades o sus responsabilidades en los estudios, en el trabajo o en la casa? (DE SER NECESARIO LEA: Resaca es el malestar que se siente después de la borrachera)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
-----	---	--	--

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
714	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que el consumo de alcohol le provocó discusiones u otros problemas con su familia, amigos, vecinos o compañeros de trabajo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	716
715	¿Siguió bebiendo a pesar de que le provocaba problemas con estas personas?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
716	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que estuvo bajo los efectos del alcohol en situaciones en las que podía hacerse daño, por ejemplo andando en bicicleta, manejando auto, manejando una máquina o en cualquier otra situación?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
717	¿Le han detenido más de una vez por alterar el orden o manejar bajo los efectos del alcohol?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
718	VERIFIQUE PREGUNTAS 713, 714, 715, 716 Y 717: AL MENOS UNA RESPUESTA CON CÓDIGO "1"	NINGUNA RESPUESTA CON CÓDIGO "1"	730
719	SI LA (EL) ENTREVISTADA(O) SE NIEGA A CONTESTAR 2 PREGUNTAS, CIRCULE "9" A TODAS LAS DEMÁS PREGUNTAS DEL GRUPO 719 A 729 Y PASE A 730		
	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que tuvo tantas ganas de beber que no pudo resistirse a tomar una copa o le resultó difícil pensar en otra cosa?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
720	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos que necesitó beber más cantidad de alcohol para sentir el mismo efecto, o notó que ya no conseguía "ponerse alegre" con la misma cantidad que bebía habitualmente?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
721	Cuando las personas que tienen costumbre de beber, empiezan a beber menos o dejan de beber, pueden sentir malestar intenso que dura más que una resaca normal. ¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que tuvo síntomas como cansancio, dolores de cabeza, diarrea, temblores o problemas emocionales cuando bebió menos, dejaba de beber o estaba sin beber?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	723
722	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que tomó un vaso, copa o botella para evitar tener problemas como los mencionados anteriormente? (DE SER NECESARIO LEA: Como cansancio, dolores de cabeza, diarrea, temblores o problemas emocionales)	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
723	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que continuó bebiendo a pesar de que se había prometido que no lo haría, o bebió mucho más de lo que se había propuesto?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	726

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORÍAS Y CÓDIGOS	PASE A
724	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que bebió más frecuentemente o durante más días seguidos de lo que se había propuesto?	SI..... 1 → 726 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
725	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que empezó a beber y se emborrachó cuando no quería hacerlo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
726	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que intentó beber menos o dejar de beber y no pudo hacerlo?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
727	¿En los últimos 12 meses, hubieron periodos de varios días o más en los que pasó tanto tiempo bebiendo o recuperándose de los efectos del alcohol que casi no le quedaba tiempo para nada más?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
728	¿En los últimos 12 meses, tuvo un periodo de un mes o más en que dejó de hacer actividades importantes (como trabajar, estudiar, ver a amigos, familiares o practicar deportes), o las redujo considerablemente a causa de la bebida?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
729	¿En los últimos 12 meses, hubo momentos en que siguió bebiendo aunque sabía que tenía un problema físico o emocional grave que podría haber sido provocado o empeorado por la bebida?	SI..... 1 NO..... 2 NO SABE/ NO RECUERDA..... 8 REHUSA..... 9	
731	¿Dónde recibió tratamiento? ¿En algún otro lugar?	SECTOR PÚBLICO HOSPITAL MINSA..... A ESSALUD..... B FFAA Y PNP..... C HOSPITAL/ OTRO MUNICIPAL..... D CENTRO/ PUESTO DEL MINSA..... E POLICLÍNICO/ POSTA DE ESSALUD/ UBAP..... F SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR..... G CONSULTORIO PARTICULAR..... H ONG CLÍNICA/ POSTA DE ONG..... I HOSPITAL/ OTRO DE IGLESIA..... J OTRO..... X (ESPECIFIQUE) NO SABE/ NO RECUERDA..... Y	
731A	ANOTE LA HORA DE TÉRMINO	HORA..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTOS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

12. BASES DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP