



**FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”**

ASOCIACIÓN ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS  
EN MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS: UN ANÁLISIS SECUNDARIO DE LA  
ENDES 2022

**Línea de investigación:**

**Salud pública**

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

**Autora:**

Benites Palacios, Julissa Marjorie Victoria

**Asesor:**

González Toribio, Jesús Ángel

**Jurado:**

Alba Rodríguez, María Esther

Méndez Campos, Julia Honorata

Méndez Campos, María Adelaida

**Lima - Perú**

**2023**

# ASOCIACION ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL Y SINTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS: UN ANALISIS SECUNDARIO DE LA ENDES 2022

## INFORME DE ORIGINALIDAD

21%

INDICE DE SIMILITUD

19%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1

[repositorio.urp.edu.pe](https://repositorio.urp.edu.pe)

Fuente de Internet

2%

2

[upc.aws.openrepository.com](https://upc.aws.openrepository.com)

Fuente de Internet

2%

3

[repositorio.unfv.edu.pe](https://repositorio.unfv.edu.pe)

Fuente de Internet

2%

4

[hdl.handle.net](https://hdl.handle.net)

Fuente de Internet

1%

5

Submitted to Pontificia Universidad Católica del Perú

Trabajo del estudiante

1%

6

[repositorioacademico.upc.edu.pe](https://repositorioacademico.upc.edu.pe)

Fuente de Internet

1%

7

[www.researchgate.net](https://www.researchgate.net)

Fuente de Internet

1%

8

[moam.info](https://moam.info)

Fuente de Internet

1%



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**VRIN** | VICERRECTORADO  
DE INVESTIGACIÓN

**FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”**

ASOCIACION ENTRE EL ESTADO NUTRICIONAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN  
MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS: UN ANALISIS SECUNDARIO DE LA ENDES 2022

**Línea de Investigación:**

**Salud Pública**

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

**Autora:**

Benites Palacios, Julissa Marjorie Victoria

**Asesor:**

González Toribio, Jesús Ángel

**Jurado:**

Alba Rodríguez, María Esther

Méndez Campos, Julia Honorata

Méndez Campos, María Adelaida

**Lima – Perú**

**2023**

*«La obesidad afecta a todos los aspectos de la vida de las personas, desde la salud hasta las relaciones»*

*-Jane Vélez - Mitchell*

## INDICE

I.	INTRODUCCIÓN .....	7
1.1	Descripción y formulación del Problema.....	8
1.2	Antecedentes .....	11
1.3	Objetivos .....	15
1.3.1	<i>Objetivo general</i> .....	15
1.3.2	<i>Objetivo específico</i> .....	15
1.4	Justificación .....	15
1.5	Hipótesis .....	16
II.	MARCO TEÓRICO.....	17
2.1.	Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	17
III.	MÉTODO .....	21
3.1.	Tipo de investigación .....	21
3.2.	Ámbito temporal y espacial .....	21
3.3.	Variables .....	21
3.4.	Población y muestra.....	23
3.5.	Instrumentos.....	24
3.6.	Procedimientos.....	26
3.7.	Análisis de datos .....	26
3.8.	Consideraciones éticas .....	27
IV.	RESULTADOS.....	28

V.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	35
VI.	CONCLUSIONES .....	37
VII.	RECOMENDACIONES .....	38
VIII.	REFERENCIAS .....	39
IX.	ANEXOS .....	46
	Anexo A: Operacionalización de variables.....	46
	Anexo B: Matriz de consistencia .....	48

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la asociación entre el estado nutricional y la presencia de síntomas depresivos en mujeres mayores de 15 años, según el análisis secundario de la ENDES 2022.

**Método:** El estudio presenta un enfoque cuantitativo, es de tipo observacional, analítico, transversal y retrospectivo. Se utilizó la base de datos de la ENDES 2022 y se realizó un análisis multinomial en el que se usarán modelos de regresión de Poisson mediante el programa SPSS.

**Resultados:** La muestra determinada fue 18078 mujeres mayores de 15 años, donde la presencia de síntomas depresivos en las mujeres fue de 29.6% y el estado nutricional fue del 70%, al usar los modelos de regresión se evidencia que hay mayor riesgo, un 20% superior de desarrollar síntomas depresivos en mujeres de 15 a 18 años y que los mayores de 61 años tienen un riesgo del 50 %. Asimismo, las personas de lengua originaria quechua y las mujeres que se autoconsideran quechua hablantes presentaron un rango superior de padecer síntomas depresivos. Las ciudades mas altas y los que se encontraban a una altura mayor de 3000 msnm también presentaban los mismos resultados. Por último, se evidencia que el estado nutricional extremo tanto delgadez con riesgo mayor en 32.7% ( RP:1.327, IC: 1.13-1.55,  $p<0.05$ ) y obesidad con riesgo aumentado 11% (RP:1.11, IC:1.04-1.18,  $p<0.05$ ) favorecen el desarrollo de síntomas depresivos. **Conclusiones:** Se encontró asociación entre el estado nutricional y los síntomas depresivos con respecto a delgadez y obesidad, asimismo presentaron mayor riesgo las edades extremas de 15 a 18 y a más de 61 años. Por otro lado, las mujeres que se autoconsideraban y tenían lengua originaria quechua, que residían en lugares con más de 1000 msnm también presentaron riesgo de presentar síntomas depresivos.

**Palabras clave:** estado nutricional, obesidad, síntomas depresivos.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the association between nutritional status and the presence of depressive symptoms in women older than 15 years, according to the secondary analysis of ENDES 2022.

**Method:** The study presents a quantitative approach and is observational, analytical, cross-sectional and retrospective. The ENDES 2022 database was used and a multinomial analysis was performed using Poisson regression models using the STATA v16 program. **Results:** the determined sample was 18078 women older than 15 years, where the presence of depressive symptoms in women was 29.6% and the nutritional status was 70%, when using the regression models it is evident that there is a greater risk, a 20 Higher % of developing depressive symptoms in women aged 15 to 18 and that those over 61 have a 50% risk. Likewise, people of native language and women who consider themselves Quechua speakers presented a higher range of suffering from depressive symptoms. The highest cities and those that were at an altitude greater than 3000 meters above sea level also presented the same results. Finally, it is evident that the extreme nutritional status is both thinness with a higher risk in 32.7% (RP:1.327, IC: 1.13-1.55,  $p<0.05$ ) and obesity with an increased risk of 11% (RP:1.11, IC:1.04-1.18 ,  $p<0.05$ ) favor the development of depressive symptoms. **Conclusions:** an association was found between nutritional status and depressive symptoms with respect to thinness and obesity, as well as extreme ages from 15 to 18 and over 61 years of age. On the other hand, women who considered themselves to be Quechua native speakers and who lived in places with more than 1000 masl also presented a risk of presenting depressive symptoms.

**Keywords:** nutritional status, obesity, depressive symptoms.

## I. INTRODUCCION

El requerimiento energético se define como la energía dietética necesaria para el crecimiento o mantenimiento de una persona de una determinada edad, sexo, peso, talla y nivel de actividad física. (Escott-Stump y Krause, 2013; C&T, 2012)

Así, el estado nutricional de un individuo puede definirse como el resultado entre el aporte nutricional recibido y las necesidades nutricionales que deben permitir la utilización de los nutrientes, mantener las reservas y compensar las pérdidas. Sin embargo, consumir menos calorías y/o nutrientes de los necesarios agota las reservas en varias partes del cuerpo y hace que nuestro cuerpo sea más susceptible a la descompensación, y es fácil saber cuándo una persona tiene una clara deficiencia de nutrientes. Por otro lado, cuando comemos más de lo necesario, las reservas de energía de nuestro cuerpo se acumulan, lo que indica comer en exceso. (Eva Gimeno et al., 2003). Esto conduce a un fenómeno clínico y social conocido como "obesidad", que empeora la salud mental de las personas afectadas. (Escalante un Jauregui et al., 2018). Debemos recordar que las preocupaciones sobre la imagen corporal son comunes en la adolescencia, y a pesar de tener un peso normal, muchos creen que tienen sobrepeso. (Escott-Stump y Krause, 2013; C&T, 2012)

Según las estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud, la tasa de sobrepeso entre las personas mayores de 18 años es del 59,5%, más de 20 puntos porcentuales superior a la media mundial, y la obesidad entre las personas mayores de 18 años afecta a casi una cuarta parte. para adultos. De manera similar, los estudios han demostrado que las mujeres tienen más prevalencia que los hombres y que las mujeres se ven más afectadas por niveles de inseguridad alimentaria de moderados a graves. (Nutrición, 2020)

La Organización Mundial de la Salud cree que la depresión está estrechamente relacionada con la salud física, por lo que la salud física desempeña un papel en la depresión. (OMS et al., 2016)

En cuanto a los síntomas de la depresión, se consideran el mayor trastorno mental del mundo y son bastante comunes en niños y jóvenes, parecen variar según el género y la edad, y se asocian con un mayor riesgo de desarrollo posterior, como la depresión, síntomas, conducta suicida, deterioro funcional o problemas con el rendimiento académico. (Fonseca et al., 2011)

## **1.1 Descripción y formulación del Problema**

### **1.1.1. Descripción de problema**

El equilibrio entre el ingreso de nutrientes y energía con el gasto se denomina estado nutricional (Escott-Stump & Krause, 2013; S & T, 2012).

El desequilibrio entre el aporte y requerimiento de energía en la persona da lugar a la malnutrición que puede ser por déficit o exceso (obesidad y sobrepeso) (Thomson et al., n.d.).

Un estado nutricional inadecuado genera complicaciones en el ser humano (Organización mundial de la salud, 2016; Sawaya, 2006) lo que podría perjudicar la salud mental (Gatineau & Dent, 2011; Sathyanarayna Rao et al., 2008).

Los síntomas depresivos suelen afectar en personas con un estado nutricional inadecuado (Mitri et al., 2017; Naidoo et al., 2015).

En los pacientes con desnutrición los trastornos mentales pueden manifestarse siendo los factores nutricionales el déficit en la ingesta de proteínas, vitaminas y minerales (Bodnar & Wisner, 2005; Coppen & Bolander-Gouaille, 2005; Jing et al., 2016; Sathyanarayna Rao et al., 2008).

Asimismo los estudios también refieren asociación entre obesidad y depresión (Gatineau & Dent, 2011; Jantaratnotai et al., 2017). Se refiere que el estado inflamatorio y el exceso de adiposidad podría modificar el eje hipotálamo – pituitaria – corteza adrenal lo que podría llevar a la depresión (Galic et al., 2010; Hryhorczuk et al., 2013; Jantaratnotai et al., 2017).

El exceso de peso está asociado a depresión en estudiantes adolescentes existe la relación bidireccional de ambas condiciones, los jóvenes deprimidos tienden a presentar alteraciones en el patrón dietético, predisposición a trastornos del sueño y riesgo incrementado a atracones, la obesidad genera baja autoestima y mala imagen corporal (Mannan et al., 2016)

Entre los factores que favorecen esta malnutrición por exceso se presenta el incremento de la venta e ingesta de alimentos procesados y el bajo consumo de frutas, hortalizas y fibra (Nutricional, 2020; Popkin & Reardon, 2018).

Los síntomas depresivos son las manifestaciones clínicas que presentan las personas que padecen depresión sin embargo éstos no pueden ser interpretados como diagnósticos del trastorno clínico (American Psychiatric Association, 2013).

En el 2016 se estimó que 1900 millones de personas mayores de 18 años presentaron sobrepeso y 650 millones, obesidad(Organizacion mundial de la salud, 2016). En el país según el instituto nacional de estadística e informática (INEI) cerca de la tercera parte de personas mayores de 15 años presentó sobrepeso, siendo Lima metropolitana la que presentó mayor prevalencia (39,9%) con respecto a la obesidad el 17,8% la presentaron a nivel nacional (Instituto Nacional De Estadística e Informatica, 2016).

La depresión se reporta como una condición que afecta a 300 millones de personas(Organización Mundial de la Salud, 2016). A nivel nacional, según el instituto nacional

de salud mental, se reporta que el 6,2% y 6,7% de la población adulta y adulta mayor presentan trastornos depresivos, en la región sierra y selva hay una prevalencia de 4,2% y 3,4% , respectivamente. (Instituto Nacional de Salud Mental [INSM], 2013) .

El estudiar los factores nutricionales en pacientes con síntomas depresivos en jóvenes es importante ya que hay pocos estudios de impacto en este grupo poblacional, es por ello que es menester determinar si hay asociación entre el estado nutricional y los síntomas depresivos en mujeres mayores de 15 años, según la ENDES 2022.

### **1.1.2. Formulación del Problema**

#### ***1.1.2.1. Problema General***

¿Cuál es la asociación entre el estado nutricional y los síntomas depresivos en mujeres mayores de 15 años según la ENDES 2022?

#### ***1.1.2.2. Problemas Específicos***

- ¿Cuál es el estado nutricional en las mujeres mayores de 15 años, según ENDES-Perú en el 2022?
- ¿Cuál es la prevalencia de síntomas depresivos en las mujeres mayores de 15 años, según ENDES-Perú en el 2022?
- ¿Como el estado nutricional influye en los síntomas depresivos caracterizado en los factores sociodemográficos en las mujeres mayores de 15 años, según ENDES – Perú en el 2022?

## 1.2 Antecedentes

### 1.1.2. *Antecedentes Internacionales*

Zavala et al. (2018) realizaron un estudio desarrollado en México en el que determina si las categorías de IMC están asociadas a la depresión, si la gravedad de la obesidad está relacionada y si la obesidad abdominal está asociada a depresión. El estudio tiene una muestra de 45 052 participantes mayores de 20 años en donde se utilizó el instrumento “escala corta de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CESD-SF) para medir depresión y el índice de masa corporal (IMC) para medir estado nutricional. Este estudio determinó que la edad media fue de 41 años, que el 53% eran mujeres, que el 74% vivían en zona urbana y el 61% tenían educación media. Dentro de las categorías del IMC solo el 1% presento bajo peso, el 28% peso normal, el 39% sobrepeso y el 33% obesidad, en este último grupo solo las mujeres al asociarse con depresión se obtuvieron que tenían un 1.28 (IC 95% 1,07-1,53) veces más probabilidad de tener depresión que las mujeres de peso normal. Con respecto a la gravedad de la obesidad y la depresión no se mostró asociación significativa ni en hombres ni mujeres, asimismo, la obesidad abdominal tampoco se asoció con la depresión ni para hombres ni mujeres, Por lo que se concluyó que la obesidad tuvo una asociación modesta con la depresión en las mujeres y no se encontró esta asociación en los hombres.

Guo et al. (2019) realizaron un estudio en la ciudad de Hefei, en la provincia de Anhui (China), en el trabajo buscaron investigar la asociación entre el estado de peso y la ideación suicida entre el peso corporal y la ideación suicida en adolescentes chinos, además de establecer el papel moderador del sexo del niño en esta relación, se estudiaron 16 787 estudiantes entre 12 y 18 años que asistían en escuelas secundarias de la ciudad, siendo seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado, los instrumentos utilizados fueron dos cuestionarios estandarizados para

recopilar datos: el cuestionario de autoinforme de ideación suicida y el cuestionario de autoinforme de índice de masa corporal (IMC). El cuestionario de ideación suicida evaluó la frecuencia de pensamientos suicidas en el último año, mientras que el cuestionario de IMC midió la altura y el peso de los participantes para calcular su IMC. Los resultados mostraron una asociación entre el estado de peso corporal y la ideación suicida, demostrando que los que presentaban un IMC mayor presentaba una mayor probabilidad de tener pensamientos suicidas, el sexo del niño moderó esta relación, de tal manera que las chicas con IMC alto estuvieron más propensas a tener pensamientos suicidas, concluyen que el estudio sugiere que el estado de peso corporal está asociado con la ideación suicida en adolescentes chinos y que el sexo modera esta relación.

Gibson-Smith et al. (2018) en su estudio realizado en Amsterdam (Países bajos) como parte del estudio HELIUS (estudio de salud en la diversidad), en el que buscaron estimar la relación entre la obesidad y el estado de ánimo deprimido en una población multiétnica, la muestra de estudio fueron 21 030 personas de distintas etnias siendo europeos, africanos, surasiáticos, indonesios y latinoamericanos, se utilizaron cuestionarios estandarizados para recopilar información del índice de masa corporal (IMC), el estado de ánimo deprimido, factores sociodemográficos (edad, género y nivel de educación), comportamientos de salud (alcoholismo, tabaquismo y actividad física) y salud somática (enfermedades autoinformadas). Determinando que la obesidad prevalece en todos los grupos étnicos, sin embargo, al asociarse con el estado de ánimo deprimido este fue inconsistente entre los grupos, siendo los europeos y africanos los más afectados y más fuerte en mujeres que en hombres, el estudio concluye que la obesidad se asocia con mayor riesgo de estado de depresión en poblaciones multiétnicas.

Gomes et al. (2019) en su trabajo realizado en Brasil con la cohorte Pelotas, exploraron la asociación entre la adiposidad, trastorno depresivo mayor y trastorno de ansiedad generalizada y

evaluar el papel de inflamación, calidad de dieta y la actividad física en esta asociación, se utilizó una muestra de 2977 individuos entre 18 y 22 años, se utilizó el IMC para delimitar adiposidad, se usó el instrumento HADS-D para depresión, HADS-A para medir ansiedad, asimismo se usaron las variables: percepción de la imagen corporal, apoyo social y actividad física, los resultados del estudio mostraron que había una asociación entre depresión y la ansiedad de los participantes, además se encontró que la percepción negativa de la imagen corporal, la falta de apoyo social y la falta de actividad física podrían mediar la relación entre adiposidad y la depresión/ansiedad.

### **1.2.2. Antecedentes Nacionales**

Escalante Ramírez & Jauregui Huamán (2018) realizaron un estudio en el que determinan la asociación entre el estado nutricional y los síntomas depresivos en población peruana adulta, se estudió una muestra de 26 306 adultos entre 15 y 60 años, se utilizó el instrumento PHQ-9 para determinar síntomas depresivos y el índice de masa corporal para determinar estado nutricional , donde se determinó la prevalencia de obesidad era de 24.6% y la de depresión era 5.9% y que dentro de este porcentaje el mayor era de mujeres con un 73.2%, siendo la población adulta mayor mas vulnerable. En relación a la obesidad y la depresión al realizar el análisis multivariado se obtuvo un OR de 1.02 con un  $p > 0.5$  por lo que el resultado no hay diferencia estadísticamente significativa. Concluyendo que no se encontró asociación entre la obesidad y síntomas depresivos en población peruana entre 15 y 64 años.

Lazarte (2021) realizó una investigación en la que busca analizar la asociación entre el exceso de peso y los síntomas depresivos en 310 estudiantes de medicina entre 19 y 24 años, se utilizó el instrumento para medir síntomas depresivos mediante el inventario de depresión de Beck, asimismo el exceso de peso se midió mediante índice de masa corporal. Se determinó mediante un estudio transversal la relación entre síntomas depresivos y exceso de peso presentando 1.33 veces

mas riesgo de desarrollar sintomas depresivos los alumnos que presentaron exceso de peso (RP: 1.33, IC: 95%, 1.06 – 1.67;  $p < 0.05$ ), concluyendo que se demostro que si existe asociaci3n estadisticamente significativa entre exceso de peso, obesidad y perfil depresivo.

Chavez gomez & Rojas Torres (2023) realizaron una tesis en la que buscaron determinar la relaci3n entre los sintomas depresivos y ansiedad en 320 pacientes con obesidad y sobrepeso del centro de salud de Characato, se utilizaron el 3ndice de masa corporal como instrumento para determinar sobrepeso y obesidad asimismo las escalas de PHQ-9 para sintomas depresivos y GAD-7 para ansiedad, se evaluaron como variables num3ricas mediante el coeficiente de correlaci3n de Pearson, se delimit3 que hubo una relaci3n positiva y directa en el caso de la relaci3n de sintomas depresivos e 3ndice de masa corporal obteniendo un valor  $r = 0.378$  ( $p < 0.01$ ). en conclusion se encontr3 una frecuencia elevada de s3ntomas de depresi3n y ansiedad en pacientes con sobrepeso y obesidad.

Cabanillas Torres & Dios Salazar (2019) realizaron una investigaci3n en la que determinaron la relaci3n entre la depresi3n y el estado nutricional en 137 estudiantes de secundaria de los 3ltimos a3os, para medir la depresi3n utilizaron la escala de autoevaluaci3n para depresi3n de Zung y para estadificar el estado nutricional utilizaron el 3ndice de masa corporal, se utiliz3 la prueba de chi cuadrado y porcentajes encontrando que el 57% de los pacientes presentaron sintomas depresivos, y el 45% de los pacientes presentaron un estado nutricional alterado, siendo un valor  $p < 0.05$ , siendo el 23% los que presentaron sintomas depresivos y estado nutricional alterado, demostrando la asociaci3n entre las variables depresi3n y estado nutricional en los estudiantes.

## **1.3 Objetivos**

### ***1.3.1 Objetivo general***

- Determinar la asociación entre el estado nutricional y la presencia de síntomas depresivos en mujeres mayores de 15 años, según ENDES-Perú en el 2022.

### ***1.3.2 Objetivo específico***

- Identificar el estado nutricional en mujeres de 12 a 29 años según ENDES – Perú en el 2022.
- Identificar la existencia de síntomas depresivos en mujeres mayores de 15 años, según ENDES – Perú en el 2022.
- Caracterizar la asociación de los factores sociodemográficos con la presencia de síntomas depresivos en mujeres mayores de 15 años en la ENDES-Perú 2022.

## **1.4 Justificación**

La población peruana actualmente sufre un vínculo superior hacia la globalización y los estándares de peso convencionales, por lo que las mujeres más jóvenes con alteraciones en el estado nutricional podrían verse afectadas psicológicamente por estas tendencias.

Dentro la afectación psicológica principal se encuentra la depresión, el cual entendemos como un trastorno mental que afecta la calidad de vida de millones de personas en todo el mundo, en adultos genera costes de atención sanitaria, reducción de producción laboral, costes para el sistema de justicia y costes por pérdida de oportunidades educativas.

En nuestro país, la población particularmente vulnerable desde el punto de vista psicológico y nutricional son mujeres a partir de los 15 años, las cuales, durante este período de la

vida, experimentan cambios hormonales significativos, presiones sociales, estrés académico y emocional, así como cambios en los patrones de alimentación y estilo de vida.

Por lo que el presente estudio permitirá conocer los desencadenantes y riesgos que presentan las mujeres peruanas a desarrollar síntomas depresivos según su estado nutricional, el comprender la relación nos permitiría identificar factores de riesgo o mecanismos que podrían favorecer la depresión en mujeres, además esto es importante debido a que se podrían ejecutar políticas de salud pública que prevendrían esta condición ya que se sabe que los primeros episodios de depresión se producen durante la adolescencia temprana y que estos tienden a recurrir de no realizar intervenciones iniciales.

## **1.5 Hipótesis**

### **1.5.1. *Hipótesis nula:***

- El estado nutricional no influye en los síntomas depresivos en mujeres mayores de 15 años, según ENDES-Perú 2022.

### **1.5.2. *Hipótesis alterna:***

- El estado nutricional influye en los síntomas depresivos en mujeres mayores de 15 años, según ENDES-Perú 2022.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

#### 2.1.1. *Estado nutricional*

- **Definición:**

El conocer el estado nutricional estima el delimitar indicadores directos como antropometría, clínica y exámenes laboratoriales, estos indicadores son reproducibles, confiables, modificables a intervenciones alimenticias y susceptibles de validación, los principales objetivos de la estadificación del estado nutricional son el conocer el estado nutricional, medir impacto de nutrición e identificar individuos en riesgo. (Quero Acosta, 2003)

- **Epidemiología:**

En el Perú se ha presentado un estado nutricional, en adolescentes, del 1.9% delgadez, 77.6% normal, 15.8% sobrepeso y 4.6% en obesidad, lo que refleja más de la quinta parte de los adolescentes con alteraciones en el estado nutricional, con respecto al sexo se evidencia que en el caso de las mujeres más del 23% presentan alteraciones en el peso, de las cuales el 20.9% fueron el exceso de peso (INS/CENAN-INEI, 2012).

En jóvenes se establece que el estado de nutrición es representado con 1.9% delgadez, 57.1% normal, sobrepeso 33.4% y 7.5% de obesidad, lo que refleja que el 42.8% de los pacientes jóvenes presentaron alteración en el estado nutricional, siendo el 43.9% de las mujeres, de las cuales el 41.8% presentaron exceso de peso (INS/CENAN-INEI, 2012)

- **Estadificación:**

El estado nutricional se puede estadificar de acuerdo a grupo etario, en los adolescentes se tiende a clasificar con percentiles siendo menor a percentil 15, delgadez; entre 15 y 85, adecuado para la edad; entre 85 y 97, sobrepeso y más de 97, obesidad. (Jebeile et al., 2022)

En el caso de los jóvenes se estadifica a partir del índice de masa corporal, considerando un valor inferior a 18.5 de delgadez, entre 18.5 y 24.9 en valor normal, entre 25 y 29.9 sobrepeso y superior a 30 en obesidad. (Rosales Pimentel et al., 2018)

**Delgadez:**

Se debe a la deficiencia de ingesta de alimentos, sin embargo, frecuentemente está asociado a otros cuadros como enfermedades metabólicas como hipertiroidismo, diabetes mellitus o incluso la combinación de ingesta deficiente y metabolismo aumentado como en el caso de cáncer, parasitosis, cirrosis hepática, insuficiencia suprarrenal o anemia perniciosa. (Martín Asenjo et al., 2018)

**Obesidad:**

Las causas son multifactoriales, desde las causas genéticas hasta los factores sociales como el socioeconómico, la raza, medios de comunicación y marketing con entorno físico influyen en el consumo y gasto de energía (Güngör, 2014)

Los hábitos alimenticios como el consumo de bebidas azucaradas, porciones de mayor tamaño, comida con alto contenido en grasas y el estilo de vida como trastornos en el sueño, consumo de medicamentos, y sedentarismo (ver televisión, uso de juegos de video) son factores ambientales determinantes. (Vargas Aguilar et al., 2020)

- **Evaluación:**

La evaluación adecuada del paciente radica en una historia clínica completa (determinar hábitos alimenticios, actividad física, medicación diaria, antecedentes), examen físico (examinar circunferencia abdominal, IMC, presión arterial y sistemas), y estudios laboratoriales (Vargas Aguilar et al., 2020).

- **Manejo:**

El enfoque en modificación de estilo de vida en hábitos dietéticos y actividad física sigue siendo la base del enfoque de tratamiento de la obesidad infantil. El tratamiento debe de ayudar a presentar un balance energético negativo, por lo que se debería de priorizar la reducción de la ingesta calórica y el aumento del gasto energético. (Güngör, 2014)

- **Prevención:**

Es relevante debido a distintas razones como la complejidad de la pérdida de peso y la del mantenimiento, asimismo el peso incrementado en la adolescencia y niñez está asociado a un mayor riesgo y aparición temprana de enfermedades como diabetes mellitus, además de la reducción del nivel educativo y consecuencias psicosociales. (NCD Risk Factor Collaboration, 2017)

### **2.1.2. Síntomas depresivos**

Son síntomas y signos que pueden no alcanzar un nivel clínico, sin embargo presentan un impacto en el funcionamiento de las personas (Fonseca et al., 2011).

Para Gladstone y colaboradores los factores de riesgo pueden ser específicos y no específicos. Dentro de los específicos se encuentra al progenitor con depresión (principal), baja

autoestima, imagen corporal negativa, apoyo social escaso, dificultad en el afrontamiento y el ser mujer. Con respecto a los inespecíficos están: la pobreza, violencia y exposición a la violencia, maltrato infantil, inestabilidad familiar. (Gladstone et al., 2011)

Asimismo, existen factores de protección, los cuales frenan el desarrollo de la depresión, tales como las relaciones de apoyo y las habilidades eficaces de afrontamiento y autorregulación. (Joorman et al., 2009)

También debemos mencionar que la prevención en los síntomas depresivos es fundamental debido a las limitaciones asociadas a la disponibilidad de tratamientos, acceso a la atención sanitaria y el impacto de la depresión en la salud en general (Mendelson & Tandon, 2016). Pese a la respuesta a tratamiento, se estima que se pierde años de vida relacionados a la discapacidad (Andrews et al., 2004). La depresión coexiste con otros problemas de la salud, como enfermedades crónicas, abuso de sustancias y trastornos de ansiedad (Moussavi et al., 2007). Dentro de los principales métodos encontramos la identificación de factores de riesgo y de protección para su desarrollo (Mannan et al., 2016).

Las categorías de prevención son tres, las intervenciones universales (programas que incluyen poblaciones enteras), las intervenciones preventivas selectivas (se desarrollan en grupos de riesgo a presentar depresión) e intervenciones preventivas indicadas (personas en grupos de riesgo con síntomas y signos subclínicos que no cumplen criterios de elegibilidad) (Mendelson & Tandon, 2016)

### III. MÉTODO

#### 3.1. Tipo de investigación

Este estudio presenta un enfoque cuantitativo, es de método observacional, de tipo analítico, de diseño transversal y según el tiempo es retrospectivo.

#### 3.2. Ámbito temporal y espacial

Se estudiará mujeres mayores de 15 años de edad, en el 2022, entrevistadas en la Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES).

#### 3.3. Variables

##### 3.3.1. Variable dependiente:

#### Síntomas depresivos

Los síntomas depresivos se midieron mediante la encuesta PHQ-9 delimitada en la ENDES a partir de 9 preguntas que definen la presencia en los últimos 14 días de sentir molestias o problemas como:

**Tabla 1:**

*Variable independiente*

ITEM	PREGUNTA
Poco interés	¿Pocas ganas o interés en hacer las cosas?
Depresión	¿Sentirse desanimada(o), deprimida(o), triste o sin esperanza?
Dificultad al dormir o dormir demasiado	¿Problemas para dormir o mantenerse dormida(o), o en dormir demasiado
Cansancio	¿Sentirse cansada (o) o tener poca energía sin motivo que lo justifique?
Disminución del apetito o incremento	¿Poco apetito o comer en exceso?

Atención	¿Dificultad para poner atención o concentrarse en las cosas que hace?
Movilidad	¿Moverse más lento o hablar más lento de lo normal o sentirse más inquieta(o) o intranquila (o) de lo normal?
Autolesión y búsqueda de la muerte	¿Pensamientos de que sería mejor estar muerta (o) o que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir?
Sentirse mal	¿Sentirse mal acerca de si misma(o) o sentir que es una (un) fracasada (o) que se ha fallado a si misma (o) o a su familia?

Cada respuesta tiene un subpuntaje, la suma total de éstos generará el puntaje total del instrumento, determinando depresión mínima, leve, moderada, moderadamente severa y severa (con puntajes 1 a 4, 5 a 9, 10 a 14, 15 a 19 y más de 19, respectivamente). Para nuestro estudio se tomará como referencia los síntomas depresivos como presencia de síntomas depresivos cuando el puntaje sea superior a 5 y ausencia en el caso de valores inferiores. (Aslan et al., 2020)

### 3.3.2. *Variable independiente:*

#### **Estado nutricional**

El estado nutricional se determinó a partir de la fórmula del índice de masa corporal la cual se obtuvo aplicándola en las variables “Peso (QS900)” y “talla (QS901)”, al realizar este cálculo de variable se obtuvo una numérica continua a partir de ésta clasificamos según la literatura preestablecida delimitando: delgadez, normopeso, sobrepeso y obesidad con los valores menor a 18.49, 18.5 a 24.99, 25 a 29.99 y más de 30 kg/m<sup>2</sup>.

#### **Factores predisponentes:**

- Edad: Se categorizará en grupos de 15 a 18 años, 19 a 26 años, 27 a 60 años y más de 60 años.

- Nivel educativo completado: Se categorizó de acuerdo al nivel completado, siendo inicial, primaria, secundaria y superior.
- Idioma que aprendió hablar en su niñez (S119): Se delimitó en lengua originaria, siendo castellano, quechua, otra lengua nativa y lengua extranjera los valores.
- Área de residencia: Se delimitó como urbano y rural
- Lugar de residencia: Se estableció como gran ciudad, pequeña ciudad, pueblo y campo.
- Altura a nivel del mar: A partir del UBIGEO se delimita el distrito en el que se sitúa la unidad, de acuerdo con ello se establece la altura de cada uno, se definen como menores de 1000 metros, de 1000 a 3000 metros y más de 3000 metros sobre el nivel del mar.
- Autopercepción de la etnia: Se delimitaron como mestizo, quechua, aimara, nativo de la amazonia, afroperuano, blanco y otros.

#### **Factores de capacidad:**

- Índice de riqueza: Se delimitó a partir de quintil de riqueza “el más pobre”, “pobre”, “medio”, “rico” y “más rico”.

#### **3.4. Población y muestra**

La encuesta demográfica y de salud familiar del 2022 (ENDES) tiene como cobertura temática los cuestionarios del hogar, individual de la mujer y de la salud, asimismo presenta un tipo de muestra bietápico, probabilístico, estratificado e independiente.

Se entrevistó a 34 115 personas de 35 847 viviendas de las cuales 12 660 viviendas fueron rurales y el resto consideradas urbanas y área sede.

La submuestra determinada en el presente trabajo incluyó 18 078 mujeres mayores de 15 años que presentaron en el registro su peso, talla y respondieron el cuestionario PHQ-9.

### 3.4.1. Criterios de selección

#### Criterios de inclusión:

- Mujeres mayores de 15 años, que hayan sido entrevistadas en la ENDES 2022.
- Mujeres que hayan respondido los ítems asociados a síntomas depresivos.

#### Criterios de exclusión:

- Personas con registro incompleto de peso y talla.

### 3.5. Instrumentos

Se usará la base de datos de la ENDES, sus respuestas están registradas en la base de datos en el programa SPSS, la cual está subida en la página del INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática) en el siguiente enlace [http://inei.inei.gob.pe/microdatos/Consulta\\_por\\_Encuesta.asp](http://inei.inei.gob.pe/microdatos/Consulta_por_Encuesta.asp)

Los datos están ordenados según la variable de unión y selección, diseño y análisis.

#### Tabla 2:

*Variables de unión y selección y variables de diseño*

<b>Variables de unión y selección</b>		
<b>variables</b>	<b>contenido</b>	<b>Base de datos</b>
QSNUM ERO	Número de la persona seleccionada	Cuestionario de salud (CSALUD01)
HHID	Identificador de hogar	Hogar (RECH0), Hogar (RECH23), Cuestionario de Salud (CSALU001)
QSSEXO	Sexo	Cuestionario de Salud (CSALU001))
<b>Variables de diseño</b>		

<b>variables</b>	<b>contenido</b>	<b>Base de datos</b>
HV001	Conglomerado	Hogar (RECH0), Hogar (RECH23), Cuestionario de Salud (CSALU001)
HV022	Estrato	Hogar (RECH0), Hogar (RECH23), Cuestionario de Salud (CSALU001)
HV005	Factor de ponderación	Hogar (RECH0), Hogar (RECH23), Cuestionario de Salud (CSALU001)

**Tabla 3:***Variables de estudio*

<b>Variable de estudio</b>	<b>Código</b>	<b>Contenido del código</b>	<b>Base de datos</b>
Edad	QS23	Edad	Cuestionario de Salud (CSALU001)
Índice de riqueza	HV270	Índice de riqueza	Hogar (RECH23)
Nivel educativo completado	QS25N	Nivel que aprobó	Cuestionario de Salud (CSALU001)
Estado nutricional	QS900	Personas de 15 años a más de edad - Peso en kilogramos	Cuestionario de Salud (CSALU001)
	QS901	Personas de 15 años a más de edad - Talla en centímetros	Cuestionario de Salud (CSALU001)
Área de residencia	HV025	Área de residencia	Hogar (RECH0)
Lugar de residencia	HV026	Lugar de residencia	Hogar (RECH0)
Lengua originaria	QS25A A	Idioma o lengua materna que aprendió en su niñez	Cuestionario de Salud (CSALU001)
Autopercepción de etnia	QS25B B	Por sus antepasados y costumbres, Ud. se considera	Cuestionario de Salud (CSALU001)
Altura de lugar de residencia	UBIGE O	Código de ubicación geográfica	Datos básicos de mef (REC 0111)
Síntomas depresivos	QS700 A	Últimos 14 días ha sentido molestias o problemas como: Poco interés	Cuestionario de salud (CSALUD01)
	QS700 B	Últimos 14 días ha sentido molestias o problemas como: Deprimido	Cuestionario de salud (CSALUD01),

	QS700 C	Últimos 14 días ha sentido molestias o problemas como: No puede dormir/dormir demasiado	Cuestionario de salud (CSALUD01),
	QS700 D	Últimos 14 días ha sentido molestias o problemas como: Cansado	Cuestionario de salud (CSALUD01),
	QS700 E	Últimos 14 días ha sentido molestias o problemas como: Poco apetito/comer en exceso	Cuestionario de salud (CSALUD01),
	QS700 F	Últimos 14 días ha sentido molestias o problemas como: Poner atención	Cuestionario de salud (CSALUD01),
	QS700 G	Últimos 14 días ha sentido molestias o problemas como: Moverse	Cuestionario de salud (CSALUD01),
	QS700 H	Últimos 14 días ha sentido molestias o problemas como: Hacerse daño de alguna forma buscando morir	Cuestionario de salud (CSALUD01),
	QS700I	Últimos 14 días ha sentido molestias o problemas como: Sentirse mal	Cuestionario de salud (CSALUD01),

### 3.6. Procedimientos

El proyecto de investigación se envió a la oficina de grados y títulos para que sea recibido y se apruebe por los revisores de proyecto, una vez aprobado se procedió a extraer los datos en una base de datos.

### 3.7. Análisis de datos

Se descargarán las bases de datos de la página de microdatos del INEI (<http://iinei.inei.gob.pe/microdatos/>), en el formato “sav”, las bases a utilizar se traspasarán al programa STATA v16., asimismo se unirán los archivos mediante las variables de unión con el comando “merge 1:1”, para estimar si hubo alteración se realizará una prueba de hipótesis de sensibilidad.

En el análisis descriptivo se caracterizará las variables categóricas y cuantitativas mediante frecuencias, porcentajes y media, desviación estándar, respectivamente. Para el análisis de dos variables se usarán tablas de 2 x 2 y la prueba de chi cuadrado en el caso de variables dicotómicas.

Se realizó un análisis multinomial en el que se usó modelos de regresión de poisson, en el que en el primer modelo se usó un análisis crudo, en el segundo modelo se ajustó con las variables con un valor  $p < 0.2$  en el modelo crudo, se usó razones de prevalencias como estadígrafo considerando un intervalo de confianza del 95%.

### **3.8. Consideraciones éticas**

Se usó una base de datos secundaria que presenta identificadores con códigos por lo que no se contó con datos personales de los participantes.

Se usó la declaración de Taipéi como referencia para el manejo adecuado de manejo de datos en el presente artículo.

#### IV. RESULTADOS

Se tiene los datos de 18078 mujeres, éstos fueron extraídos de las bases de datos de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud 2022, donde se extrajeron 09 variables independientes las cuales se relacionaron con una variable dependiente.

**Tabla 4:**

*Características sociodemográficas en pacientes con síntomas depresivos*

<b>SINTOMAS DEPRESIVOS</b>			
	Si	No	p
<b>Total</b>	5358 (29.6)	12720 (70.4)	
<b>Edad</b>			0.000
15 a 18 años	430(33.88)	839(66.12)	
19 a 26 años	847(25.29)	2502(74.71)	
27 a 60 años	3177(28.06)	8146(71.94)	
61 a más	904(42.30)	1233(57.7)	
<b>Nivel educativo completado inicial</b>			0.000
primaria	1364(33.28)	2734(66.72)	
secundaria	2316(29.26)	5599(70.74)	
superior	1254(24.61)	3841(75.39)	
<b>lengua originaria</b>			0.000
castellano	3715(27.77)	9664(72.23)	
quechua	1463(37.59)	2429(62.41)	
otra nativa	172(21.99)	610(78.01)	
otra extranjera	8(32)	17(68)	
<b>Percepción de identidad</b>			0.000
Mestizo	1872(26.47)	5199(73.53)	
quechua	2080(35.81)	3727(64.18)	
aimara	159(26.11)	450(73.89)	
nativo de la amazonia	65(18.06)	295(81.94)	
afroperuano	525(28.04)	1347(71.96)	
blanco	307(26.11)	869(73.89)	
Otros	350(29.59)	833(70.41)	
<b>Residencia</b>			0.500
urbano	3469(29.49)	8296(70.51)	
rural	1889(29.92)	4424(70.08)	

<b>Lugar de residencia</b>			0.869
Gran ciudad	610(30)	1423(70)	
pequeña ciudad	1468(29.45)	3517(70.55)	
pueblo	1391(29.30)	3356(70.70)	
campo	1889(29.92)	4424(70.08)	
<b>Índice de riqueza</b>			0.000
medio	1041(30.42)	2381(69.58)	
más pobre	1759(30.46)	4016(69.54)	
pobre	1427(30.16)	3304(69.84)	
rico	705(29.22)	1708(70.78)	
muy rico	426(24.53)	1311(75.47)	
<b>Altura de lugar de residencia</b>			0.000
0 a 1000 msnm	2755(26.48)	7649(73.52)	
1000 a 3000 msnm	1088(30.16)	2520(69.84)	
más de 3000 msnm	1515(37.26)	2551(62.74)	
<b>Estado nutricional</b>			0.004
normopeso	1591(29.34)	3832(70.66)	
delgadez	97(38.96)	152(61.04)	
sobrepeso	2046(28.97)	5017(71.03)	
obesidad	1624(30.39)	3719(69.61)	

En la tabla 4 se describe a mujeres con síntomas depresivos, la presencia de síntomas depresivos en la población estudiada fue del 29.6%, de los cuales las mujeres con edades entre 15 y 18 años y las mayores de 61 años presentaron mayor distribución de síntomas depresivos (33.8% y 42.3%, respectivamente,  $p=0.000$ ), con respecto al nivel educativo se determinó que las mujeres con una instrucción de primaria presentaron mayor presencia de síntomas depresivos (33.28%,  $p=0.000$ ) en comparación al resto, cuando se evaluó a las mujeres y su lengua originaria se determinó que hubo mayor frecuencia de presencia de síntomas depresivos en mujeres quechua-hablantes (37.59%,  $p=0.000$ ) en comparación al resto, de manera similar en la percepción de identidad en las que las mujeres autoconsideradas como quechuas presentaron mayor proporción de síntomas depresivos (35.81%,  $p=0.000$ ) en comparación al resto. Las mujeres de los estratos

económicos más bajos presentaron mayor porcentaje de síntomas depresivos (más pobre: 30.46%, pobre: 30.16%,  $p=0.000$ ) . Con respecto a la altura de residencia se determinó que las mujeres que vivían en zonas más altas presentaron una presencia mayor de síntomas depresivos (1000 a 3000 msnm: 30.16%, más de 3000 msnm: 37.26%,  $p=0.000$ )

Al evaluar el estado nutricional se determinó que la presencia de síntomas depresivos se distribuyó principalmente en los estados nutricionales extremos siguiendo el orden de distribución: delgadez (38.96%), obesidad (30.39%), normopeso (29.34%) y sobrepeso (28.97%), teniendo un valor  $p=0.004$ .

**Tabla 5:**

*Características sociodemográficas en pacientes con estado nutricional alterado*

	ESTADO NUTRICIONAL		
	Alterado	No alterado	P
<b>Total</b>	12655 (70)	5423 (30)	
<b>Edad</b>			
15 a 18 años	449(35.38)	820(64.62)	0.000
19 a 26 años	1913(57.12)	1436(42.88)	
27 a 60 años	8837(78.04)	2486(21.96)	
61 a más	1456(68.13)	681(31.87)	
<b>Nivel educativo completado</b>			
inicial	32(76.19)	10(23.81)	0.000
primaria	3011(73.47)	1087(26.53)	
secundaria	5444(68.78)	2471(31.22)	
superior	3626(71.17)	1469(28.83)	
<b>Lengua originaria</b>			
castellano	9598(71.74)	3781(28.26)	0.000
quechua	2541(65.29)	1351(34.71)	
otra nativa	501(64.07)	281(35.93)	
otra extranjera	15(60)	10(40)	
<b>Percepción de identidad</b>			
Mestizo	5145(72.76)	1926(27.24)	0.000
quechua	3857(66.42)	1950(33.58)	

aimara	475(78)	134(22)	
nativo de la amazonia	185(51.39)	175(48.61)	
afroperuano	1342(71.69)	530(28.31)	
blanco	838(71.26)	338(28.74)	
Otros	813(68.72)	370(31.28)	
<b>Residencia</b>			
urbano	8689(73.85)	3076(26.15)	
rural	3966(62.82)	2347(37.18)	0.500
<b>Lugar de residencia</b>			
Gran ciudad	1515(74.52)	518(25.48)	0.000
pequeña ciudad	3703(74.28)	1282(25.72)	
pueblo	3471(73.12)	1276(26.88)	
campo	3966(62.82)	2347(37.18)	
<b>Índice de riqueza</b>			
medio	2562(74.87)	860(25.13)	0.000
más pobre	3546(61.4)	2229(38.6)	
pobre	3442(72.75)	1289(27.25)	
rico	1840(76.25)	573(23.75)	
muy rico	1265(72.83)	472(27.17)	
<b>Altura de lugar de residencia</b>			
0 a 1000 msnm	7645(73.48)	2759(26.52)	0.000
1000 a 3000 msnm	2494(69.12)	1114(30.88)	
más de 3000 msnm	2516(61.88)	1550(38.12)	

En la tabla 5 se describe a mujeres y su estado nutricional, la presencia de estado nutricional alterado en la población estudiada fue del 70%, de las cuales las mujeres con edades entre 27 y 60 años y las mayores de 61 años presentaron mayor distribución en estado nutricional alterado (78.04% y 68.13%, respectivamente,  $p=0.000$ ), al evaluar el nivel educativo se evidenció que las mujeres con una instrucción de inicial presentaron mayor presencia del estado nutricional alterado (76.19%,  $p=0.000$ ) en comparación al resto, cuando se estudiaron a las mujeres y su percepción de identidad se determinó que hubo mayor frecuencia de presencia de estado nutricional alterado en mujeres aimaras y mestizas (78% y 72.76%, respectivamente,  $p=0.000$ ) en comparación al resto.

Asimismo se delimitó que los estados nutricionales alterados se presentaron en mayor distribución en las mujeres que pertenecían a ciudades (grandes ciudades: 74.52% y pequeña ciudad: 74.28%,  $p=0.000$ ), además las mujeres que tenían un índice de riqueza superior presentaron distribuciones de estados nutricionales alterados superiores en comparación al resto (muy rico: 72.83%, rico: 76.25%,  $p=0.000$ ), con respecto a la altura de residencia se encontró que a menor altitud hubo mayor porcentaje de estado nutricional alterado (0 a 1000 msnm: 73.48%, 1000 a 3000 msnm: 69.12% y más de 3000 msnm: 61.8%,  $p=0.000$ ).

**Tabla 6:**

*Análisis regresional*

	<b>Modelo crudo</b>				<b>Modelo ajustado</b>			
	p.	RP	Inferior	Superior	p.	RP	Inferior	Superior
<b>Edad</b>								
15 a 18 años	0.00	1.2	1.11	1.31	0.00	1.22	1.12	1.33
19 a 26 años	0.00	0.901	0.844	0.962	0.005	0.94	0.87	0.99
27 a 60 años	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
61 a más	0.00	1.507	1.423	1.597	0.00	1.46	1.37	1.54
<b>Nivel educativo completado</b>								
inicial	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.				
primaria	0.226	1.39	0.812	2.405				
secundaria	0.456	1.22	0.71	2.11				
superior	0.905	1.033	0.6	1.779				
<b>Lengua originaria</b>								
castellano	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	ref.	Ref.	Ref.	Ref.
quechua	0	1.353	1.289	1.421	0.008	1.09	1.025	1.176
otra nativa	0.001	0.792	0.692	0.906	0.129	0.86	0.714	1.043
otra extranjera	0.627	1.152	0.65	2.04	0.453	1.25	0.69	2.257

<b>Percepción de identidad</b>								
Mestizo	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	ref.	Ref.	Ref.	Ref.
quechua	0	1.35	1.284	1.425	0	1.15	1.07	1.23
aimara	0.845	0.986	0.858	1.133	0.769	1.02	0.86	1.22
nativo de la amazonia	0.001	0.682	0.545	0.852	0.16	0.82	0.63	1.07
afroperuano	0.17	1.05	0.975	1.15	0.11	1.06	0.98	1.15
blanco	0.791	0.98	0.888	1.093	0.783	0.98	0.88	1.09
Otros	0.023	1.11	1.015	1.23	0.124	1.07	0.97	1.18
<b>Residencia</b>								
urbano	0.54	0.985	0.94	1.03				
rural	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.				
<b>Lugar de residencia</b>								
Gran ciudad	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.				
pequeña ciudad	0.643	0.981	0.906	1.062				
pueblo	0.561	0.976	0.901	1.057				
campo	0.944	0.038	0.923	1.076				
<b>Índice de riqueza</b>								
medio	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.				
mas pobre	0.969	1.001	0.939	1.067				
pobre	0.802	0.991	0.927	1.059				
rico	0.323	0.96	0.886	1.04				
muy rico	0	0.806	0.731	0.888				
.	.	.	.	.				
<b>Altura de lugar de residencia</b>								
.	.	.	.	.				
0 a 1000 msnm	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	ref.	Ref.	Ref.	Ref.
1000 a 3000 msnm	0	1.138	1.073	1.208	0.038	1.06	1	1.13
más de 3000 msnm	0	1.407	1.33	1.48	0	1.24	1.16	1.32
<b>Estado nutricional</b>								
normopeso	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	ref.	Ref.	Ref.	Ref.
delgadez	0.001	1.327	1.13	1.55	0.003	1.26	1.08	1.48
sobrepeso	0.652	0.987	0.934	1.04	0.104	1.04	0.99	1.1
obesidad	0.231	1.036	0.97	1.09	0	1.11	1.04	1.18

En la tabla 6 se evidencian los modelos de regresión, se utilizaron dos, en el primero se estima el crudo de cada una de las variables independientes con el desenlace dependiente (síntomas depresivos), en este modelo se evidencia que hay un riesgo del 20% superior de desarrollar síntomas depresivos en mujeres entre 15 y 18 años en comparación a las mujeres de 27 a 60 años (RP: 1.2 IC: 1.11 – 1.31,  $p < 0.05$ ), en el caso de las mujeres mayores de 60 años se delimitó un riesgo superior de 50% a desarrollar síntomas depresivos (RP:1.507, IC: 1.42 – 1.59,  $p < 0.05$ ).

Con respecto a la lengua originaria, se determina que las personas quechua hablantes presentaron un riesgo superior del 35.3% en comparación a las personas que hablan castellano (RP: 1.35, IC: 1.28-1.42,  $p < 0.05$ ). De manera similar sucedió con los pacientes que se perciben como Quechuas.

Las personas que radicaron en ciudades más altas presentaron un riesgo superior de desarrollar síntomas depresivos, el cual incrementó conforme se incrementaba la altura de la ciudad en comparación a ciudades de menos de 1000 msnm, con respecto a las que estaban entre 1000 y 3000 msnm el riesgo fue un 13.8% superior (RP:1.13, IC:1.073-1.208,  $p < 0.05$ ), asimismo las ciudades con altura superior a 3000 metros sobre el nivel del mar presentaron un riesgo superior del 40.7% de desarrollar síntomas depresivos (RP:1.407, IC:1.33-1.48,  $p < 0.05$ ).

En el modelo regresional ajustado se evidencia que el estado nutricional extremo favorece el desarrollo de síntomas depresivos en comparación a los estados nutricionales no alterados, en el caso de la delgadez esta favorece en un 26% el desarrollo los síntomas (RP: 1.26, IC: 1.08-1.48,  $p < 0.05$ ) y en el caso de la obesidad el riesgo incrementado fue del 11% para desarrollo de síntomas depresivos (RP:1.11, IC:1.04-1.18,  $p < 0.05$ ).

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La investigación busca delimitar la asociación entre los síntomas depresivos y el estado nutricional en pacientes mujeres mayores de 15 años en la ENDES 2022. Los síntomas depresivos, de acuerdo con esta encuesta, encontramos una presencia considerable en la población peruana.

Estudios grandes sobre carga global determinan el papel de los trastornos depresivos como el mayor contribuyente no fatal a la carga global de enfermedades (Ferrari et al., 2013).

Instrumentos con PHQ-9 son significativos en la detección y cribaje de síntomas depresivos y por consiguiente apoyo en el diagnóstico de depresión (Jackson & Machen, 2020). Es preciso establecer que los pacientes con síntomas depresivos, en primera instancia, no sugieren una evidencia clínica notoria en su vida diaria (Jackson & Machen, 2020) por lo que este instrumento favorecería de manera sistemática la ubicación de los pacientes con síntomas depresivos y por ende un mayor riesgo al diagnóstico de depresión (Kvalbein-Olsen et al., 2023)

El presente trabajo evidencia los síntomas depresivos están establecidos en la población peruana y cerca de la tercera parte de ésta (29.6%), asimismo la edad poblacional más afectada en esta condición llegan a ser los pacientes más jóvenes (15 a 18 años) y los pacientes más longevos (61 a más), en este rango de edad se ha coincidido con estudios en la región como en Chile en el que los pacientes mayores presentan una prevalencia del 29.19% de síntomas depresivos (Moreno et al., 2022), asimismo en otras latitudes se ha evidenciado una distribución similar (Glaesmer et al., 2011; Li & Shou, 2021; Kvalbein-Olsen et al., 2023)

Existe una baja producción científica en la investigación de poblaciones quechua hablantes, pese a ser una población amplia a nivel latinoamericano (Cjuno et al., 2021), se ha estimado que a diferencia de otros pueblos originarios las pacientes quechua hablantes presentan hasta más de 5

veces más síntomas depresivos(Ojeda et al., 2011), en nuestro estudio el riesgo de desarrollar síntomas depresivos fue superior al 35% en pacientes quechua hablantes (RP:1.353, IC: 1.289 – 1.421,  $p=0.00$ ), a diferencia de las otras lenguas nativas en las que no estimamos un riesgo a desarrollo de síntomas depresivos (RP:0.792, IC: 0.692 – 0.906,  $p:0.001$ ), se sustenta que esta relación se debería a acontecimientos como la sensación de exclusión por la pobreza, el miedo por acontecimientos del pasado y presente, la exposición a eventos de muerte violenta, entre otras causas culturales (Pedersen et al., 2010).

Debemos considerar que la construcción de teorías relacionadas a la comprensión de la biología del estigma y la exclusión social es evidenciar que el estigma del peso está ejerciendo consecuencias negativas en la salud y la biología humana (Brewis et al., 2017).

En nuestro estudio al evaluar el estado nutricional con la presencia de síntomas depresivos se determinó que los estados nutricionales alterados, y extremos, como la delgadez y la obesidad presentan un riesgo incrementado al desarrollo de síntomas depresivos, estudios en Estados unidos refieren que hay un riesgo de 10 a un 33% de síntomas depresivos en mujeres con obesidad (Pan et al., 2012) (Ball et al., 2009), nuestro estudio coincide con las mencionadas investigaciones, de la misma forma con poblaciones similares a la nuestra como la mexicana en la que para los investigadores el riesgo para desarrollo de depresión fue del 28% (IC 95%:1.07-1.53,  $p<0.05$ ).

De manera consistente podríamos aseverar la postulación de la hipótesis, sin embargo, se debe de considerar que dentro de los límites en la investigación se presenta el estudio de bases de datos secundarias además de la toma retrospectiva de los valores, por lo que podría haber un sesgo por parte de los entrevistadores.

## VI. CONCLUSIONES

- Los síntomas depresivos están asociados al estado nutricional, como delgadez y obesidad, en mujeres mayores de 15 años peruanas, según la ENDES 2022.
- El estado nutricional alterado estuvo presente en el 70% de las pacientes peruanas mayores de 15 años, según la ENDES 2022.
- Los síntomas depresivos estuvieron presentes en el 29.6% de las pacientes peruanas mayores de 15 años, según la ENDES 2022.
- Las pacientes que presentaron un riesgo establecido de presentar síntomas depresivos fueron la de edades extremas para el estudio (entre 15 y 18 años, y mayores de 61 años), las que se identificaban y tenían como lengua originaria al quechua, residían en lugares con una altitud superior a los 1000 metros sobre el nivel del mar y las que estaban en estado nutricional alterado como delgadez y obesidad.

## **VII. RECOMENDACIONES**

- Se sugiere realizar trabajos de investigación de corte prospectivo con base de datos primarios debido a que esto nos daría información más detallada y apertura a estudiar más dimensiones de las variables.
- Se sugiere realizar intervenciones en los programas de atención integral las intervenciones en psicología a los pacientes que cuenten con estado nutricional alterado.

## VIII. REFERENCIAS

- Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*, 9, 208–220. <https://doi.org/10.3205/psm000089>
- American psychiatric association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., & Lapsley, H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: Comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184(JUNE), 526–533. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.6.526>
- Bodnar, L. M., & Wisner, K. L. (2005). Nutrition and depression: Implications for improving mental health among childbearing-aged women. *Biological Psychiatry*, 58(9), 679–685. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.05.009>
- Cabanillas Torres, A., & Dios Salazar, P. (2019). Depresión y el estado nutricional en estudiantes de 4to y 5to de secundaria de la institución educativa “001 José Lishner Tudela.” *Universidad Nacional de Tumbes*. <http://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/20.500.12874/285/browse?type=title>
- Chávez Gómez, V. del M., & Rojas Torres, J. (2023). Relación de síntomas de depresión y ansiedad generalizada en pacientes con sobrepeso y obesidad en el centro de salud Characato, Arequipa 2023 [Universidad Católica de Santa María]. <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/10773>

- Coppen, A., & Bolander-Gouaille, C. (2005). Treatment of depression: Time to consider folic acid and vitamin B 12. *Journal of Psychopharmacology*, 19(1), 59–65. <https://doi.org/10.1177/0269881105048899>
- Escalante Ramírez, D., & Jauregui Huamán, V. (2018). Asociación entre el estado nutricional y la presencia de síntomas depresivos en una población adulta peruana. Un sub-análisis de la ENDES 2015. 1–38. <http://hdl.handle.net/10757/624966>
- Escott-Stump, & Krause, J. (2013). *Dietoterapia* (13th ed.). Elsevier.
- Fonseca, E., Paino, M., Lemos, S., & Muñiz, J. (2011). Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescentes no clínicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(4), 217–225. <http://www.p3-info.es/pdf/prevalenciaycaracteristicassintomatologiadepresivaadolescentes.pdf>
- Galic, S., Oakhill, J. S., & Steinberg, G. R. (2010). Adipose tissue as an endocrine organ. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 316(2), 129–139. <https://doi.org/10.1016/j.mce.2009.08.018>
- Gatineau, M., & Dent, M. (2011). *Obesity and mental health oxford: National obesity observatory*. <https://scirp.org/reference/referencespapers.aspx?referenceid=1392845>
- Gibson-Smith, D., Bot, M., Snijder, M., Nicolaou, M., Derks, E. M., Stronks, K., Brouwer, I. A., Visser, M., & Penninx, B. W. J. H. (2018). The relation between obesity and depressed mood in a multi-ethnic population. The HELIUS study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(6), 629–638. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1512-3>

- Gladstone, T. R. G., Beardslee, W. R., & O'Connor, E. E. (2011). The Prevention of Adolescent Depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 34(1), 35–52. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.11.015>
- Gomes, A. P., Soares, A. L. G., Menezes, A. M. B., Assunção, M. C., Wehrmeister, F. C., Howe, L. D., & Gonçalves, H. (2019). Adiposity, depression and anxiety: Interrelationship and possible mediators. *Revista de Saude Publica*, 53(2019), 1–11. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053001119>
- Güngör, N. K. (2014). Overweight and obesity in children and adolescents. *JCRPE Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, 6(3), 129–143. <https://doi.org/10.4274/jcrpe.1471>
- Guo, L., Xu, Y., Huang, G., Gao, X., Deng, X., Luo, M., Xi, C., Zhang, W. H., & Lu, C. (2019). Association between body weight status and suicidal ideation among Chinese adolescents: the moderating role of the child's sex. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(7), 823–833. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01661-6>
- Hernández Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación. In *TextilWirtschaft* (Issue 41).
- Hryhorczuk, C., Sharma, S., & Fulton, S. E. (2013). Metabolic disturbances connecting obesity and depression. *Frontiers in Neuroscience*, 7 OCT. <https://doi.org/10.3389/fnins.2013.00177>
- INS/CENAN-INEI. (2012). Estado Nutricional en el Perú. In Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional - DEVAN.

[https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/van/vigilancia\\_poblacion/Estado\\_Nutricional\\_Peru\\_2011.pdf](https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/van/vigilancia_poblacion/Estado_Nutricional_Peru_2011.pdf)

Instituto nacional de estadística e informática. (2016). Perú: enfermedades no transmisibles y transmisibles.

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1432/index.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1432/index.html)

Instituto Nacional de Salud Mental (INSM). (2013). Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao. Informe General Anales de Salud Mental, XXIX(1), 1–392.

[http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012\\_asm\\_eesm\\_lm.pdf](http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012_asm_eesm_lm.pdf)

Jantaratnotai, N., Mosikanon, K., Lee, Y., & McIntyre, R. S. (2017). The interface of depression and obesity. *Obesity Research and Clinical Practice*, 11(1), 1–10.

<https://doi.org/10.1016/j.orcp.2016.07.003>

Jebeile, H., Kelly, A., O'Mallery, G., & Bour, L. (2022). Obesity in children and adolescents: epidemiology, causes, assessment, and management. *The Lancet*, January, 19–21.

Jing, D., Ming, Z., Hongkun, B., Bai, L., Yilong, D., Chunjie, X., Grace, Z., Loline, H., Matthew, R., & Benedetto, V. (2016). The Role of Nutrients in Protecting Mitochondrial Function and Neurotransmitter Signaling: Implications for the Treatment of Depression, PTSD, and Suicidal Behaviors. *Crit Rev Food Sci Nutr*, 56(15), 100–106.

<https://doi.org/10.1080/10408398.2013.876960>

Joorman, J., Eugene, F., & Gotlib, H. (2009). Parental depression: Impact on offspring and mechanisms underlying transmission of risk. (H. of depression in adolescence. N. Y. T. &

F. Group (ed.)). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4706755/>

- Lazarte, P. R. A. (2021). Depresión asociada a sobrepeso y obesidad en estudiantes de pregrado de la Facultad de medicina humana de la Universidad Ricardo Palma del ciclo 2019 – II, lima presentado. Universidad Ricardo Palma. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/4075>
- Mannan, M., Mamun, A., Doi, S., & Clavarino, A. (2016). Prospective associations between depression and obesity for adolescent males and females - A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *PLoS ONE*, 11(6), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157240>
- Mendelson, T., & Tandon, S. D. (2016). Prevention of Depression in Childhood and Adolescence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 25(2), 201–218. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.11.005>
- Mitri, R., Boulos, C., & Adib, S. M. (2017). Determinants of the nutritional status of older adults in urban Lebanon. *Geriatrics and Gerontology International*, 17(3), 424–432. <https://doi.org/10.1111/ggi.12732>
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370(9590), 851–858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61415-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9)
- Naidoo, I., Charlton, K. E., Esterhuizen, T. M., & Cassim, B. (2015). High risk of malnutrition associated with depressive symptoms in older South Africans living in KwaZulu-Natal, South Africa: A cross-sectional survey. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 33(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s41043-015-0030-0>

NCD Risk Factor Collaboration. (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*, 390(10113), 2627–2642. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32129-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32129-3)

Nutricional, S. A. Y. (2020). FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF. 2020. Panorama de la seguridad alimentaria y nutrición en América Latina y el Caribe 2020. Santiago de Chile. Un Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2020. <https://www.fao.org/3/cb2242es/cb2242es.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2016). Obesidad y sobrepeso. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2016). La depresión. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Popkin, B. M., & Reardon, T. (2018). Obesity and the food system transformation in Latin America. *Obesity Reviews*, 19(8), 1028–1064. <https://doi.org/10.1111/obr.12694>

Quero Acosta, L. (2003). Valoración del estado nutricional. *Pediatría Integral*, 7(4), 269–276.

Rosales Pimentel, R. S., Chávez Ochoa, H. W., De la Cruz Egoavil, L., Gómez Guizado, G. L., Maldonado Carrasco, R. A., & Girón Torrealva, E. (2018). Estado nutricional en adultos de 18 a 59 años , Perú: 2017 - 2018 Informe Técnico de la Vigilancia Alimentaria Nutricional por Etapas de Vida: Adultos. In *Vianev-Ins* (Vol. 1). <https://web.ins.gob.pe/es/alimentacion-y-nutricion/vigilancia-alimentaria-y-nutricional/vigilancia-del-estado-nutricional-en-poblacion%0Ahttps://alimentacionsaludable.ins.gob.pe/adultos/cantidades-por-dia>

S, G., & T, C. (2012). *Advanced Nutrition and Human Metabolism* (6ta ed.). Cengage Learning Ed.

Sathyanarayna Rao, T., Asha, M. ., Ramesh, B. ., & Jagannatha Rao, K. . (2008). Understanding nutrition, depression and mental illnesses. *Indian Journal of Psychiatry*, 50(2), 77–82.  
<https://doi.org/10.4103/0019>

Sawaya, A. L. (2006). Malnutrition: long-term consequences and nutritional recovery effects. *Estudos Avançados*, 20(58), 147–158. <http://www.revistas.usp.br/eav/article/view/10186>

Thomson, J., Manore, M., & Vaughan, L. (s.f.). *Nutrition*.

Vargas Aguilar, K., Polanco Méndez, D., & González Villegas, W. (2020). Obesidad en niños: un diagnóstico cada vez más frecuente. *Revista Ciencia y Salud: Integrando Conocimientos*, 4(3), 18–27.  
<http://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/149/206>

Zavala, G. A., Kolovos, S., Chiarotto, A., Bosmans, J. E., Campos-Ponce, M., Rosado, J. L., & Garcia, O. P. (2018). Association between obesity and depressive symptoms in Mexican population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(6), 639–646.  
<https://doi.org/10.1007/s00127-018-1517-y>

## IX. ANEXOS

## Anexo A: Operacionalización de variables

<b>Variables</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Valores</b>
<b>Síntomas depresivos</b>	Cualitativa	Nominal	Suma total de los ítems del cuestionario PHQ-9	0 a 4: Sin síntomas depresivos >5: Con síntomas depresivos
<b>Estado nutricional</b>	Cualitativa	Ordinal	Índice de masa corporal establecido con peso y talla	< 18.45: bajo peso 18.5 a 24.99: normopeso 25 a 29.99: sobrepeso Más de 30: obesidad
<b>Edad</b>	Cuantitativa	Razón	Edad en años cumplidos indicado en la encuesta	Años
	Cualitativa	Ordinal		15 a 18 años 19 a 26 años 27 a 60 años 61 a más años
<b>Nivel educativo completado</b>	Cualitativa	Ordinal	Nivel educativo completado indicado en cuestionario	Inicial Primaria Secundaria Superior
<b>Área de residencia</b>	Cualitativa	Nominal	Área de residencia indicado en el cuestionario	Urbano Rural
<b>Lugar de residencia</b>	Cualitativa	Nominal	Lugar de residencia indicado en cuestionario	Gran ciudad Pequeña ciudad Pueblo Campo
<b>Altura de la ciudad a nivel del mar</b>	Cualitativa	Ordinal	Altura sobre el nivel del mar según la ciudad y su ubigeo	Menor a 1000 metros: baja 1000 a 3000 metros: media Más de 3000: alta
<b>Percepción de identidad</b>	Cualitativa	Nominal	Identificación en costumbres y antepasados del entrevistado	Mestizo Quechua Aimara Nativo de la amazonia Afroperuano Blanco Otros
<b>Lengua originaria</b>	Cualitativa	Nominal	Idioma o lengua materna que aprendió en la niñez	Castellano Quechua

				Otra nativa Otra extranjera
<b>Índice de riqueza</b>	Cualitativa	Ordinal	Índice de riqueza según lo encuestado	Medio Más pobre Pobre Rico Muy rico

## Anexo B: Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables e indicadores
<b>Problema general</b> ¿Cuál es la asociación entre el estado nutricional y los síntomas depresivos en mujeres mayores de 15 años, según la ENDES 2022?	<b>Objetivo general</b> Determinar la asociación entre el estado nutricional y la presencia de síntomas depresivos en mujeres mayores de 15 años, según ENDES-Perú en el 2022.	<b>Hipótesis alterna:</b> El estado nutricional influye en los síntomas depresivos en mujeres mayores de 15 años según ENDES-Perú 2022	<b>Variables principales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas depresivos</li> <li>• Estado nutricional</li> </ul>
<b>Problema específico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es el estado nutricional en las mujeres mayores de 15 años, según ENDES-Perú en el 2022?</li> <li>• ¿Cuál es la prevalencia de síntomas depresivos en las mujeres mayores de 15 años, según ENDES-Perú en el 2022?</li> <li>• ¿Como el estado nutricional influye en los síntomas depresivos caracterizado en los factores sociodemográficas en las mujeres mayores de 15 años según ENDES – Perú en el 2022?</li> </ul>	<b>Objetivo específico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar el estado nutricional en mujeres mayores de 15 años, según ENDES – Perú en el 2022</li> <li>• Identificar la prevalencia de síntomas depresivos en mujeres mayores de 15 años según ENDES – Perú en el 2022</li> <li>• Caracterizar la asociación de los factores sociodemográficos con la presencia de síntomas depresivos en mujeres mayores de 15 años, en la ENDES-Perú 2022</li> </ul>	<b>Hipótesis nula:</b> El estado nutricional no influye en los síntomas depresivos en mujeres mayores de 15 años según ENDES-Perú 2022	<b>Variables secundarias</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Características del paciente</li> <li>• Edad</li> <li>• Lugar de residencia</li> <li>• Área de residencia</li> <li>• Nivel educativo completado</li> <li>• Altura a nivel del mar</li> <li>• Percepción de identidad</li> <li>• Lengua originaria</li> <li>• Índice de riqueza</li> </ul>
<b>Diseño metodológico</b> Observacional Analítico Transversal Retrospectivo	<b>Población</b> Personas que hayan respondido las preguntas relacionadas a síntomas depresivos en la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) del año 2022.  <b>Muestra</b> Se usará los participantes de la ENDES que cumplan los criterios de inclusión y exclusión, se respetará una potencia estadística del 80%	<b>Instrumentos:</b> Se tomo los datos de la base de ENDES. Se tiene en cuenta: Cuestionarios de la salud Cuestionarios del hogar	