

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE RELACIÓN
SOCIAL ASOCIADAS AL NIVEL DE DEPRESIÓN EN
ADULTOS MAYORES DEL ASILO SAN JOSÉ DURANTE
EL PERIODO JULIO – AGOSTO DEL AÑO 2023”**

Para obtener el Título Profesional de Médico – Cirujano

PRESENTADO POR:

Bach. Jorge Samuel Larico Vilca

ORCID: 0009-0008-6449-7104

ASESOR:

Med. Juan Manuel Cánepa Yzaga

ORCID: 0000-0002-1660-0540

TACNA - PERÚ

2023

DEDICATORIA

A mi padre Julio Larico y a mi madre Carmen Vilca, dos personas muy importantes en mi vida que me brindaron su apoyo, su paciencia, su comprensión e hicieron todo lo posible para que cada día este a un paso menos de alcanzar esta meta.

A mis hermanos Emmanuel y Karen, que estuvieron allí para ayudarme y alentarme en este largo recorrido.

A mis tíos y abuelos, agradecerles de igual forma, por su gran apoyo y preocupación ante cualquier situación que afrontaba.

A mis amigos y compañeros, con quienes compartí buenos y malos momentos durante la etapa universitaria y del internado; especialmente quienes aun permanecen conmigo y me brindan su apoyo.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Privada de Tacna, mi segunda casa que me acogió y me brindó la educación necesaria para mi formación como médico.

A mis docentes de Tacna y Moquegua que con sus enseñanzas y consejos me inspiraron a ser mejor persona y querer más a esta grandiosa profesión.

Al Dr. Juan Cánepa, quien me asesoró en la elaboración del presente trabajo de investigación.

Al Dr. Juan Girón, a la Dra. Regina Rivera y al Dr. Wilson Guzmán quienes brindaron parte de su tiempo y contribuyeron con ideas a fin de enriquecer el presente estudio.

A la madre superiora, las hermanas y los residentes del Asilo San José de Tacna, que me abrieron las puertas de su institución y brindaron las facilidades para poder completar este estudio.

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, **JORGE SAMUEL LARICO VILCA**, en calidad de Bachiller de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, identificado con DNI **73583717**, declaro bajo juramento que:

1. Soy autor de la tesis titulada:

“ CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE RELACIÓN SOCIAL ASOCIADAS AL NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL ASILO SAN JOSÉ DURANTE EL PERIODO JULIO – AGOSTO DEL AÑO 2023 ”

Asesorada por **Med. JUAN MANUEL CÁNEPA YZAGA**, la cual presente para optar el: Título Profesional de Médico Cirujano.

2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, habiéndose respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas.

3. La tesis presentada no atenta contra los derechos de terceros.

4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.

5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a La Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra.

En consecuencia, me hago responsable frente a La Universidad de cualquier responsabilidad que pudiera ocasionar, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar como causa del trabajo presentado, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello a favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontrasen causa en el contenido de la tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Privada de Tacna.



DNI: **73583717**

Fecha: **03/10/2023**

RESUMEN

OBJETIVO: El objetivo fue determinar la asociación entre las características sociodemográficas y de relación social con el nivel de depresión en los adultos mayores del Asilo San José durante el periodo Julio – Agosto del año 2023.

METODOLOGÍA: Es un estudio observacional, de corte transversal, prospectivo y relacional. La población estudiada fueron los adultos mayores del Asilo San José de Tacna, se trabajó con 33 adultos mayores que cumplieron con los criterios establecidos. Se les aplicó la ficha de Relaciones Sociales del Adulto Mayor Institucionalizado y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

RESULTADOS: Se obtuvo que la población de AM del Asilo San José presentaba las siguientes características sociodemográficas: el 54.5% tenía 80 años a más, el 69.7% era de sexo masculino, la mayoría de encuestados eran solteros con un 54.5%, el 33.3% había cursado la primaria, un 75.8% si tenía descendencia, el 69.7% tenía dos o más enfermedades crónicas y el 39.4% tuvo de 1 a 5 años de residencia en asilo. Además, el 69.7% tenía malas relaciones sociales y el 51.5% presentaba algún grado de depresión con la GDS – 15. Se hizo el análisis de las variables y se halló que el nivel de depresión y el nivel de relación social tenían un valor de U de Mann Whitney de 36.500 y una significancia del 0.002.

CONCLUSIONES: Se concluyó que existe una elevada proporción de adultos mayores del Asilo San José que presentan malas relaciones sociales y depresión según la GDS – 15; además que, existe una relación significativa entre las relaciones sociales y la depresión en los adultos mayores del Asilo San José.

PALABRAS CLAVES: Depresión, adulto mayor, relación social del adulto mayor, asilo.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The objective was to determine the association between sociodemographic characteristics and social relationship with the level of depression in older adults of the San Jose Asylum during the period July – August 2023.

METHODOLOGY: Observational, cross-sectional, prospective, and relational study. The population studied was the older adults of the San Jose Asylum of Tacna, with 33 older adults who met the established criteria. The Social Relationships of the Institutionalized Older Adult and the Yesavage Geriatric Depression Scale were applied.

RESULTS: The population of older adults of the San Jose Asylum had the following sociodemographic characteristics: 54.5% were 80 years or older, 69.7% were male, 54.5% were single, 33.3% had completed elementary school, 75.8% had descendants, 69.7% had two or more illnesses and 39.4% had lived in the asylum for 1 to 5 years. In addition, 69.7% had poor social relationships and 51.5% had some degree of depression with GDS – 15. The analyzing of the variables was made, and it was found that the level of depression and the level of social relationship had a U Mann Whitney value of 36.500 and a significance of 0.002.

CONCLUSION: It was concluded that there is a high proportion of older adults at San José Asylum who present poor social relationships and depression according to the GDS – 15; furthermore, there is a significant relationship between social relationships and depression in older adults at San José Asylum.

KEYWORDS: Depression, older adult, social relationships of the older adult, asylum.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	1
ÍNDICE.....	i
ÍNDICE DE TABLAS.....	iv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.2.1 PREGUNTA PRINCIPAL.....	5
1.2.2 PREGUNTAS ESPECIFICAS.....	5
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	6
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	6
1.5 DEFINICIÓN DE ABREVIACIONES.....	8
CAPÍTULO II: REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	9
2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....	9
2.1.1 INTERNACIONALES.....	9
2.1.2 NACIONALES.....	9
2.1.3 LOCALES.....	13

2.2	MARCO TEÓRICO.....	15
2.2.1	DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR	15
2.2.2	ADULTO MAYOR.....	31
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES		41
3.1	HIPÓTESIS.....	41
3.2	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	41
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		47
4.1	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	47
4.2	ÁMBITO DE ESTUDIO.....	47
4.3	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	48
4.3.1	POBLACIÓN.....	48
4.3.2	MUESTRA.....	48
4.3.3	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	48
4.3.4	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	48
4.4	TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	48
4.4.1	TÉCNICA.....	48
4.4.2	INSTRUMENTOS (ver anexos)	49
CAPÍTULO V: PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS.....		52
5.1	PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS	52
5.2	PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	53
5.3	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	53

RESULTADOS.....	55
DISCUSIÓN.....	69
CONCLUSIONES	72
RECOMENDACIONES	73
BIBLIOGRAFÍA.....	75
ANEXOS.....	81
ANEXO N° 01	82
ANEXO N° 02	83
ANEXO N° 03	84
ANEXO N° 04	86
ANEXO N° 05	87
ANEXO N° 06	90
ANEXO N° 07	91
ANEXO N° 08	92
ANEXO N° 09	93
ANEXO N° 10	94
ANEXO N° 11	95
ANEXO N° 12	96

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 01. CARÁCTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL ASILO SAN JOSÉ DE TACNA

TABLA 02. RESULTADOS DE LA FICHA DE RELACIONES SOCIALES EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL ASILO SAN JOSÉ DE TACNA

TABLA 03. INTERPRETACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RELACIONES SOCIALES DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN EL ASILO SAN JOSÉ DE TACNA

TABLA 04. RESULTADOS DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE EN LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO SAN JOSÉ DE TACNA

TABLA 05. INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE EN LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO SAN JOSÉ DE TACNA

TABLA 06. ASOCIACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO SAN JOSÉ DE TACNA

TABLA 07. ASOCIACIÓN ENTRE LAS RELACIONES SOCIALES Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO SAN JOSÉ DE TACNA – PRUEBA DE CHI-CUADRADO

TABLA 08. ASOCIACIÓN ENTRE LAS RELACIONES SOCIALES Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO SAN JOSÉ DE TACNA – PRUEBA DE U DE MANN – WHITNEY

INTRODUCCIÓN

La depresión o trastorno depresivo es considerado la enfermedad mental más común, y esta se caracteriza por un sentimiento de tristeza y/o la pérdida del interés en las actividades que realiza durante un periodo prolongado de tiempo, y que, en un grado severo podría conducir al suicidio. La depresión es considerada un problema de salud pública ya que afecta a aproximadamente el 5 % de la población adulta, ocasiona el suicidio de más de 700.000 personas cada año (3). En Perú, la información estadística brindada por el Seguro Integral de Salud (SIS) reveló que las atenciones por trastornos depresivos están en aumento, alcanzando más de 83 mil atenciones en el año 2020 y sobrepasando las más de 292 mil atenciones en los últimos meses del año 2022 (5).

Por otro lado, en la actualidad la población tiene una mayor expectativa de vida, la cual se debe a los grandes avances en el ámbito de la medicina. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que para el año 2050 la cantidad de adultos mayores será el doble, pasando de un 12% a 22% (6). En el Perú, la población de AM de 60 años a más alcanzó cifras que excedieron los cuatro millones (12.7% de la población total) en el año 2020 (7).

La depresión forma parte de la lista de los padecimientos más frecuente en los AM (1). El riesgo de padecer este trastorno psiquiátrico puede verse influenciado por algunos factores como: edad, sexo, grado de instrucción, dolor o padecimiento crónico, aislamiento social, abandono familiar, residir en asilos (2). Autores como Jauregui (13) y Martínez (14) hallaron que más del 70% de los AM que se encontraban en asilos padecían de depresión según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage; y Martina (10) encontró en su estudio publicado en el año 2022, que la depresión en los adultos mayores peruanos esta

asociada al sexo femenino, tener 75 a más años y no contar con grado de instrucción.

Por consiguiente, con este estudio de investigación se buscó determinar la asociación entre las características sociodemográficas y de relación social con el nivel de depresión en los adultos mayores del Asilo San José durante el periodo Julio – Agosto del año 2023.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión o trastorno depresivo es considerado la enfermedad mental más común, y esta se caracteriza por un sentimiento de tristeza y/o la pérdida del interés en las actividades que realiza durante un periodo prolongado de tiempo, y que, en un grado severo podría conducir al suicidio. Este trastorno puede afectar a toda la población, sin tener en cuenta su edad, sexo, grado de instrucción, estado socioeconómico.

La depresión es considerada un problema de salud pública ya que hay una alta prevalencia en todo el mundo, afectando a aproximadamente el 5 % de la población adulta, ocasiona el suicidio de más de 700.000 personas cada año (3) y ocupa el cuarto puesto para la pérdida de años de vida saludable (4). En Perú, la información estadística brindada por el Seguro Integral de Salud (SIS) reveló que las atenciones por trastornos depresivos están en aumento, alcanzando más de 83 mil atenciones en el año 2020, 270 mil atenciones en el año 2021 y por alrededor de 292 mil atenciones hasta el mes de octubre del año 2022 (5).

Por otro lado, en la actualidad la población tiene una mayor expectativa de vida, la cual se debe a los grandes avances en el ámbito de la medicina, lo que ocasiona cambios demográficos en las pirámides poblacionales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que en el año 2020 la cantidad de personas de 60 años a más logró sobrepasar al grupo de niños menores de cinco años; asimismo calcula que en el año 2050 la cantidad de adultos mayores (AM) de 60 años será el doble, pasando de un 12% a 22%; la cantidad de AM de 80 años a más se triplicará, logrando llegar a los 426 millones (6). En el Perú,

la población de AM de 60 años a más alcanzó cifras que excedieron los cuatro millones (12.7% de la población total) en el año 2020; y la de 80 años a más alcanzó cifras de más de 640 mil (15.6% de la totalidad de los AM), según informó el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (7).

La depresión forma parte de la lista de los padecimientos más frecuente en los AM (1). El riesgo de padecer este trastorno psiquiátrico puede verse influenciado por algunos factores como: edad, sexo, grado de instrucción, pérdida de empleo, menor estabilidad económica, pérdida de la independencia (apoyo para movilizarse, conducir, hacer compras, etc.), factores estresantes agudos (diagnóstico de una enfermedad reciente, pérdida de algún familiar o persona cercana, entre otras), dolor o padecimiento crónico, aislamiento social, abandono familiar, residir en asilos (2), preocupación por el envejecimiento y la muerte cercana.

Algunos autores como Ruiz (8) refiere que, alrededor del 50% de los AM padecían algún grado de depresión moderada a severa, el 28.3% tenían una edad entre 60 a 74 años, el 23.3% eran mujeres, el 33.3% eran casados y el 10% viudos. De manera similar, Baldeón (9) y Martina (10) encontraron en sus estudios publicados en el año 2019 y 2022 respectivamente, que la depresión en los adultos mayores peruanos esta asociada al sexo femenino, tener 75 a más años, no contar con grado de instrucción y ser pobre.

Por tales motivos, con este estudio se pretende determinar la asociación entre las características sociodemográficas y de relación social con el nivel de depresión en los adultos mayores del Asilo San José durante el periodo Julio – Agosto del año 2023.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PREGUNTA PRINCIPAL

¿Existe asociación entre las características sociodemográficas y de relación social con el nivel de depresión en los adultos mayores del Asilo San José durante el periodo Julio – Agosto del año 2023?

1.2.2 PREGUNTAS ESPECIFICAS

- a. ¿Cuáles son las características sociodemográficas en los adultos mayores del Asilo San José durante el periodo Julio – Agosto del año 2023?
- b. ¿Cómo son las relaciones sociales en los adultos mayores del Asilo San José durante el periodo Julio – Agosto del año 2023?
- c. ¿Cuáles son los niveles de depresión en los adultos mayores del Asilo San José durante el periodo Julio – Agosto del año 2023?
- d. ¿Cuál es la asociación entre las característica sociodemográficas y el nivel de depresión en los adultos mayores del Asilo San José durante el periodo Julio – Agosto del año 2023?
- e. ¿Cuál es la asociación entre los niveles de relaciones sociales y el nivel de depresión en los adultos mayores del Asilo San José durante el periodo Julio – Agosto del año 2023?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre las características sociodemográficas y de relación social con el nivel de depresión en los adultos mayores del Asilo San José durante el periodo Julio – Agosto del año 2023.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores del Asilo San José durante el periodo Julio – Agosto del año 2023.
- b. Identificar los niveles de relaciones sociales que presentan los adultos mayores del asilo San José durante el periodo Julio – Agosto del año 2023
- c. Determinar los niveles de depresión en los adultos mayores del asilo San José durante el periodo Julio – Agosto del año 2023.
- d. Determinar la asociación entre las características sociodemográficas y el nivel de depresión en los adultos mayores del asilo San José durante el periodo Julio – Agosto del año 2023.
- e. Determinar la asociación entre los niveles de relaciones sociales y el nivel de depresión en los adultos mayores del asilo San José durante el periodo Julio – Agosto del año 2023.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La presente tesis es de relevancia ya que el trastorno depresivo es una de las enfermedades mentales más prevalentes, siendo así que en

durante el año 2021 se encontró un aumento de 12% de los casos respecto años previos según informó el Ministerios de Salud (MINSA) (11).

Como dato, un estado depresivo grave puede llegar a disminuir la expectativa de vida en diez hasta veinte años comparado con el resto de la población, siendo así también la principal causa de los suicidios (12). En tal sentido, es tan importante cuidar del estado salud físico como mental ya que “no hay salud sin salud mental” como lo menciona la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Se hallaron investigaciones similares en otras regiones del Perú, entre ellos, los autores Jauregui (13) y Martínez (14) hallaron que más del 70% de los AM que se encontraban en asilos padecían de depresión según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Siendo este uno de los motivos por el cual se decide dar inicio a este trabajo de investigación.

Y como motivo personal, se observó que los AM corresponden a un grupo poblacional que a menudo no son tomados en consideración en los trabajos de investigación hechos por los alumnos de pregrado.

Se pretende que los resultados obtenidos sirvan en beneficio de las personas que conforman este asilo de ancianos, tanto como para su personal como para sus residentes, ya que contribuirá en hacer un diagnóstico temprano en aquellos adultos mayores que posiblemente ya estén manifestando síntomas de esta enfermedad, y que probablemente no hayan podido ser reconocidos por sus cuidadores, así como, tomar medidas de promoción y prevención, y conocer el porcentaje de residentes con depresión, el cual permitirá realizar las intervenciones necesarias en beneficio de reducir la morbimortalidad, mejorar la salud mental y las relaciones sociales en los AM de esta institución. Además, se espera que la información presente de este

trabajo de investigación pueda servir de base para próximas investigaciones.

1.5 DEFINICIÓN DE ABREVIACIONES

OMS: Organización Mundial de la Salud.

AM: adultos mayores.

INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

MINSA: Ministerio de Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

GDS – 15: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage – versión reducida de 15 preguntas.

CAM: Círculo del Adulto Mayor.

ENDES: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

IMAO: Inhibidores de la mono-amino-oxidasa.

ATC: Antidepresivos tricíclicos.

IRSN: Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina.

IRND: Inhibidores de noradrenalina y dopamina.

IRNA: Inhibidores de noradrenalina.

CAPITULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

2.1.1 INTERNACIONALES

Ibarra A. (Ecuador) en el año 2019, realizó su estudio el cual fue denominado **“Depresión en adultos mayores abandonados en asilos: Hogar de Ancianos ‘Corazón de María’”**. Es de tipo descriptivo, de corte transversal y no experimental. Tuvo un muestreo del tipo no probabilístico y lo conformaron 44 adultos mayores. Como instrumento se usó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS – 15) y un cuestionario sociodemográfico propio, los cuales se aplicaron mediante una entrevista. Se halló que el 83.33% de mujeres y un 59.09% de hombres presentó algún grado de depresión; el 12.5% de los solteros presentaban depresión severa; el 71.43% de encuestados tienen un rango de entre 76 a 80 años y presentan depresión leve; el 47.5% nunca tuvo hijos, de los cuales 68.42% tuvieron depresión leve y severa; el 100% con depresión severa fueron internados hace 3.5 años; el 44.44% que padecen depresión severa no recibieron visitas; el 100% de quienes no recibieron ninguna visita desde su internamiento tuvieron depresión entre leve y severa. Se concluyó que hay gran cantidad de casos de depresión en la población geriátrica que se encontraba internada en el asilo (15).

2.1.2 NACIONALES

Velezmoro Y. realizó su estudio en 2020 llamado **“Depresión y abandono familiar en el adulto mayor en un asilo de ancianos en Chiclayo, 2020”** con el que buscaba definir la

asociación entre las 2 variables. La investigación fue de tipo correlacional, no experimental y de corte transversal. Su muestra estuvo compuesta por 57 AM. Empleó la GDS – 15 y una escala de abandono familiar (abandono económico, emocional, social y por rechazo) mediante un cuestionario. En la correlación de ambas variables se obtuvo un coeficiente de Pearson de 0.748 y si el valor de $p < 0.05$ se consideraba una relación estadísticamente significativa. Se encontró que el 58% son mujeres, el 42% tuvieron 70 años, 32% eran viudos, 33% con grado de instrucción secundaria, 28% no tenían hijos; el 70.2% presentó nivel leve de depresión, el 50.9% se encontraban en abandono familiar, de los cuales el 33.4% presentaba depresión leve. El investigador concluyó que efectivamente existe una correlación significativa entre depresión y abandono familiar en los adultos mayores del asilo San José de Chiclayo ($p= 0.000$) (16).

Saldaña S. en el año 2023 describió el **“Perfil clínico epidemiológico de la depresión en adultos mayores con diabetes mellitus e hipertensión arterial atendidos en un Hospital de Trujillo”** el estudio era de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo, descriptivo y de corte transversal. La muestra fue conformada por 37 AM que tenían el diagnóstico de diabetes e hipertensión y que fueron tratados en los consultorios externos de medicina y psicología. Se realizó la lectura de las historias clínicas y se obtuvieron los datos del formato de atención integral del adulto mayor que proporciona el MINSA. Los resultados mostraron que un 10.81% de los pacientes de 80 a más años, y que tanto los varones como las damas presentaban algún grado de depresión; el 78.38% de

pacientes con diabetes e hipertensión no tenían depresión y un 21.62% si padecía de depresión leve, así como el 13.51% de los que tenían estado civil de convivientes y grado de instrucción primaria; los síntomas que más se repitieron eran: cansancio (8.73%), mala digestión (7.94%), dolor de cabeza, alteración del apetito y tristeza (7.14%) y problemas con el sueño y anhedonia (6.35%). Obtuvo como conclusión que los pacientes gerontes de este estudio no padecen de depresión; el factor epidemiológico con mayor asociación fue la edad y los síntomas depresivos con mayor frecuencia fueron cansancio, mala digestión, dolor de cabeza, poco apetito y tristeza (17).

Martínez S. (14) en el año **2019** publicó su investigación nombrada “**Nivel de depresión en adultos mayores en el asilo “Los hermanos desamparados” sede Callao en el mes de marzo – abril 2018**” con el objetivo de determinar el grado de depresión en dicho asilo. Realizó un estudio de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, descriptivo y de corte transversal. Tuvo una muestra de 50 AM, a los cuales se les aplicó la GDS – 15 mediante una entrevista. Los resultados fueron: el 52% de adultos mayores presentó un grado de depresión leve, de los cuales el 14% tenían entre 70 y 75 años y el 21% eran de grado de instrucción primaria. Concluyendo así que, gran cantidad de los entrevistados poseía un grado de depresión leve y pertenecían al grupo etario de 70 a 75 años con un nivel de instrucción de primaria.

Palomino Mauricio R., et al. en el año **2019** publicaron un estudio denominado “**Factores sociodemográficos y depresión en adultos mayores, Curgo 2018**”. Su

investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre factores sociodemográficos con el grado de depresión en los AM que pertenecían al Centro Materno Infantil Walter Velarde Arteaga, Curgos, La Libertad. El estudio fue descriptivo, correlacional y de corte transversal. Se realizó la determinación de muestra por conglomerado, se trabajó con 120 AM. Mediante una encuesta se aplicaron los instrumentos Cuestionario: Percepción de funcionalidad familiar (valoró 7 dimensiones de funcionalidad familiar) y la GDS – 15. Se procesó y analizó la información con el uso de la prueba de chi-cuadrado. Se hallaron los siguientes resultados: 34.2% tenían una familia disfuncional, las cuales eran mujeres (20.8%) y tenían entre 60 a 69 años (21.7%). Así también, un 37.5% padecía de depresión severa, quienes eran mujeres (20.0%) de 60 a 69 años (25.0%) con familias severamente disfuncionales (16.75). Con los datos previos se pudo concluir que, si hay asociación entre factores sociodemográficos (funcionalidad familiar, sexo y edad) con el grado de depresión en la población estudiada (18).

Somoza Becerra W. en el año **2018** realizó un estudio el cual tuvo por nombre “**Depresión en adultos mayores del Asilo San José de Casma, 2018**” . El trabajo de investigación tuvo como objetivo principal describir el grado de depresión que padecían los AM. Su estudio fue del tipo descriptivo, cuantitativo, no experimental y de corte transversal. Se realizó la muestra por conveniencia y se trabajó con 17 adultos mayores provenientes de los distritos de Ancash. Se aplicó el instrumento denominado Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en la versión de 30 ítems por medio de una

entrevista. Con lo previamente mencionado se obtuvo que: el 64.7% de los AM presentaban un nivel de depresión moderada y el 11.8% depresión severa. El 60% de los que tenían 60 a 74 años presentaron depresión en grado moderado y el 40% tuvo depresión en grado severo. Un 83.3% de las personas viudas presentó depresión de grado moderado y un 28.6% de los solteros tuvo depresión severa (19).

Polar Apaza S. en su estudio publicado el año **2020** bajo el nombre de **“Nivel de depresión en adultos mayores del Asilo Apaktone de Madre de Dios, 2019”** con el objetivo de determinar los niveles de depresión. Este estudio que realizó era de tipo descriptivo, no experimental y corte transversal. La población y muestra estuvo constituida de 23 AM. Se usó el instrumento GDS-15 mediante una encuesta. Los resultados mostraron que: el 56.52% tuvo depresión severa, de los cuales el 55% tienen entre 71 a 80 años, el 80% son varones y 55% son analfabetos. Con la información previa se llegó a la conclusión que sí existe depresión en la mayoría de los AM pertenecientes al asilo Apaktone de Puerto Maldonado y que ellos tienen de 71 a 80 años, son sexo masculino y no tienen grado de instrucción (20).

2.1.3 LOCALES

En el año **2021** se publicó un estudio realizado en un centro de salud de Tacna nombrado **“La depresión del adulto mayor en el contexto COVID – 19”** realizada por **Choque K.** la cual tenía como objetivo principal determinar la existencia de relación entre factores psicosociales y depresión de los adultos mayores (AM) perteneciente al Círculo del Adulto Mayor

(CAM) del Centro de Salud Leoncio Prado. La investigación que realizó fue del tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo constituida de 80 AM a quienes se les aplicó 3 instrumentos (el GDS – 15, de autoestima de Rossemberg y la de valoración social del AM) mediante una encuesta. Los resultados indicaron que el 65% padecían de depresión leve, 15% presentó autoestima baja y el 62.5% poseía relaciones sociales medias y bajas. Concluyó que si hubo relación significativa entre ambas variables (21).

Chucuya P. presentó su investigación en el año **2011** el cual llevó por nombre **“Relación de los factores psicosociales y la autonomía funcional del adulto mayor institucionalizado del centro de atención residencial del adulto mayor San Pedro Tacna – 2011”**, con el objetivo de determinar la relación entre ambas variables. Su estudio fue descriptivo, relacional y de corte transversal. La población lo conformaron 25 AM pertenecientes al Asilo San Pedro de Tacna. Utilizó los instrumentos: la GDS – 15, la escala de autoestima de Rosemberg, el índice de Katz, la ficha de relaciones sociales del adulto mayor institucionalizado; los cuales fueron aplicados mediante una entrevista. Empleó la prueba de chi – cuadrado para medir la relación entre ambas variables. Los resultados que halló fueron: el 68% tenían una edad de 80 años a más; de los cuales un 64% eran del sexo masculino; el 80% no tenían pareja como estado civil; 80% eran de religión católica y el 4% no tenían religión; el 68% presentaban mala relaciones sociales; un 56% presentó depresión grave y el 24% no la padecía; el 52% tenían baja autoestima; el 40% se encontraba con incapacidad moderada. Con los resultados

previos, concluyó que la mayoría de los adultos mayores tienen 80 años a más, de los cuales más de la mitad presentó depresión grave y baja autoestima. Además, halló que si existe relación significativa entre factores psicosociales (edad) y autonomía funcional, aceptando como válida su hipótesis general (22).

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

2.2.1.1 Definición

Según la OPS y OMS, la depresión es definida como una afección que interfiere con las actividades de la vida diaria, altera la capacidad de trabajar, dormir, estudiar, comer, etc.; la cual es debida por un sentimiento de tristeza duradero y que esta acompañado de la pérdida del interés en aquellas acciones que se disfrutaban previamente, por un tiempo mínimo de 2 semanas (23).

Según la CIE – 10 es denominado “Episodio depresivo” y lo define como una alteración del ánimo, con disminución de su energía y actividad llegando a causar deterioro en la concentración, pérdida del interés, cambios de apetito, sentimiento de culpa o de no sentirse útil, además puede añadirse síntomas somáticos (24).

2.2.1.2 Epidemiología

A nivel mundial, esta enfermedad cuenta con una elevada prevalencia, hablamos acerca de un 18% en aquellos países desarrollados y de un 9.2% en los países subdesarrollados (24). Es considerada la enfermedad mental más frecuente en los AM,

alcanzando una prevalencia de 13.5% en todo el mundo (25).

A nivel de Perú, según la información estadística que brinda el SIS se encontró que las atenciones por trastornos depresivos están en aumento en comparación con años previos, siendo así que en el año 2020 se tuvo alrededor de 83 mil atendidos a comparación de los más de 292 mil atendidos que se dieron hasta el mes de octubre del año 2022 (5). Además, la prevalencia de depresión alcanzó cifras del 10.8% en los AM peruanos durante el año 2020, según datos publicados por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) (10).

2.2.1.3 Etiología

La etiología del trastorno depresivo es multifactorial, entre los cuales tenemos a (24):

- **Factores biológicos:**
 - **Aminas biogénicas:** en este grupo encontramos a la serotonina, noradrenalina y dopamina.
La disminución de serotonina es la que está más relacionada con el trastorno depresivo. Es importante ya que regula el sueño, el apetito, el comportamiento sexual, la secreción de hormonas, entre otras.
La disminución de noradrenalina se encuentra relacionada con las alteraciones: afectivas, en la motivación, el estado de alerta, el aprendizaje, etc.

La alteración de los niveles de dopamina se encuentra ligado a la anhedonia, el cual es el síntoma específico del trastorno depresivo.

- **Alteración hormonal:** aquí podemos encontrar a la hormona somatostatina y la hormona liberadora de corticotropina (CRH) que producen la inhibición en la secreción de noradrenalina y dopamina. Ya que se vio que el estrés crónico se relaciona con el trastorno depresivo. En los pacientes con depresión, esta alteración es mayor con cada evento estresante que va presentando posteriormente (26).
- **Procesos inflamatorios:** la alteración en las citoquinas pro-inflamatorias produce cambios en la plasticidad neuronal de forma semejante a lo mencionado en el párrafo previo.
- **Neuroanatómicas:** se observan cambios estructurales y funcionales en los cerebros de algunos pacientes con depresión al realizar estudios por imágenes. En ellos se observa: hiperintensidades anómalas en región subcortical, periventricular, ganglios basales y tálamo. Los estudios de tomografía por emisión de positrones (PET) encuentran anomalías a nivel límbico – cortical, reducción de la sustancia gris prefrontal y mayor actividad en la amígdala.

- **Factores genéticos:**
 - **Herencia:** se vio que, si alguno de los procreadores tiene trastorno depresivo, su descendencia tiene una probabilidad de hasta el 25% de heredarlo; en el caso que ambos progenitores lo presenten, las probabilidades se duplican. Añadido a ello, las mujeres pueden verse más afectada que los varones (40% vs 30% de probabilidad, respectivamente).
 - **Genes:** se conoce que hay aproximadamente 200 genes implicados, pero no todos han podido ser señalados, ya que, otros factores como el social y el ambiental también son considerados como gatillantes. Algunos reconocidos son: gen COMT (altera las dimensiones del hipocampo), alelo FKBP5 (altera el eje hipotálamo – hipofisario – adrenal), gen BDNF (se vincula con la severidad del cuadro de depresión) y gen 5 – HTTLPR (se encarga de sintetizar al transportador de recaptación de serotonina).

- **Factores psicosociales:**
 - **Situaciones vitales y estrés ambiental:** los episodios de estrés ocasionan cambios anatómicos y funcionales en el cerebro (pérdida neuronal, alteración en los neurotransmisores, disminución de contactos sinápticos). Se está estudiando que si ocurren

factores estresantes importantes en algunos periodos críticos de la infancia, los afectados tienen mayor probabilidades de padecer trastornos depresivos a futuro (24).

2.2.1.4 Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo que podemos encontrar para desarrollar síntomas depresivos en los adultos mayores tenemos a (27,28):

- Bajo soporte social (OR 2.9 – 13.7).
- Institucionalizados (OR 5.1 – 10.7).
- Problemas financieros (OR 4.98).
- Antecedente de depresión (OR 2.2 – 3.7).
- Comorbilidades de inicio reciente, de mayor número o mayor severidad (OR 1.5 – 5.4).
- Deterioro funcional (OR 1.5 – 6.3).
- Deterioro cognitivo (OR 1.4 – 3.9).
- Alcoholismo (OR 2.3 – 4.4).
- Insomnio (OR 1.7).
- Sexo femenino (OR 1.3 – 3.4).
- Dolor crónico (OR 1.2 – 3).
- Eventos estresantes (OR 1.2 – 2.9).
- Nivel socioeconómico bajo (OR 1.3 – 2.7).
- Estado civil de soltero(a), divorciado(a) o viudo(a) (OR 1.1 – 2).

2.2.1.5 Manifestaciones clínicas

La clínica de la depresión se caracteriza por tener alteraciones en el estado de ánimo, síntomas neurovegetativos, cognitivos y conductuales por un tiempo mínimo de dos semanas.

Como igual sucede en otras enfermedades que padecen los adultos mayores, estas no suelen tener la presentación típica. Algunas peculiaridades que podemos encontrar son:

- Son poco los motivos de consultas por presentar estados de ánimo triste.
- Sus motivos de consulta más frecuentes incluyen: síntomas somáticos, problemas de memoria, ansiedad o irritabilidad.
- Los síntomas que padece se les atribuye frecuentemente a otras causas como: enfermedades físicas, a su proceso de envejecimiento o incluso a la demencia.

La síntomas que pueden llegar a dominar el cuadro clínico de depresión en el adulto mayor incluyen (2):

- Deterioro cognitivo.
- Trastorno de la conducta como: ansiedad, irritabilidad, agitación psicomotriz.
- Síntomas de psicosis: ideas delirantes o alucinaciones.
- Exceso en el consumo de alcohol o de otras drogas.
- Alteración del comportamiento.
- Síntomas somáticos como: dolor, cansancio, dolor de cabeza, molestias gastrointestinales, entre otros.
- Cuidado personal deteriorado.
- Pérdida en la capacidad para resolver problemas.

2.2.1.6 Tamizaje y diagnóstico

El tamizaje de la depresión se puede hacer en consultorios externos por un personal de salud como: médico general, médico familiar, enfermera(o), psicólogo(a), asistente social u obstetra. Ellos deben buscar e identificar aquellos síntomas o signos de depresión, reconocer los factores de riesgo o ideas/riesgos suicidas que pudieran manifestar los pacientes.

Para realizar este tamizaje se suelen usar instrumentos como la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS – 15) para los pacientes AM. Este posee un valor mínimo de cero puntos y un máximo de 15 puntos. El punto de corte para considerar como positivo este tamizaje es más de cinco puntos. Esto indica un probable diagnóstico de depresión que debe ser confirmada por un médico especialista. Así mismo, todo aquel paciente que tenga un tamizaje positivo debe recibir consejería en salud mental. Por otro lado, si a pesar de tener un tamizaje negativo se observaran signos de depresión, se debe hacer la interconsulta a los especialistas en salud mental para una evaluación.

Como se nombro anteriormente, si hay un tamizaje positivo, este debe ser confirmado para su diagnóstico. El diagnóstico es netamente clínico, debe basarse en la anamnesis (indagar en las características del episodio de depresión, valorar su apoyo social, relaciones interpersonales, enfermedades o

discapacidades asociadas, riesgo suicida, tratamiento previo, etc.) y en la exploración del paciente.

El “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM – 5)” (29) nos indica cuales son los criterios que deben ser considerados para que un paciente pueda ser diagnosticado correctamente, los cuales son:

A. Al menos 5 de los siguientes síntomas (incluir **1 de los 2 primeros**) por **≥ 2 semanas**:

1. **Ánimo deprimido** la mayor parte del día, casi todos los días.
2. **Disminución del interés o placer** por casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.
3. **Pérdida o ganancia** significativa de **peso** (sin dieta), o disminución o aumento del **apetito**, casi todos los días.
4. **Insomnio o hipersomnia**, casi todos los días.
5. **Agitación o enlentecimiento psicomotor**, casi todos los días.
6. **Fatiga o pérdida de energía**, casi todos los días.
7. **Sentimiento de inutilidad o culpa** excesiva o inapropiada.
8. **Disminución de la concentración** o capacidad de pensar o tomar decisiones, casi todos los días.
9. **Pensamiento de muerte** recurrentes, ideas/plan/intento suicida.

- B. Síntomas causan malestar significativo o deterioro** social, laboral o en otra área importante.
- C. No se atribuye a efectos de una sustancia o afección médica.**
- D. No se explica por trastorno del espectro de esquizofrenia ni otro trastorno psicótico.**
- E. Nunca ha presentado episodio maníaco o hipomaníaco.**

2.2.1.7 Tratamiento

El manejo de la depresión puede ser del tipo farmacológico, no farmacológico o una asociación de ambas.

- **Tratamiento farmacológico:** En la actualidad se cuenta con una amplia variedad de fármacos antidepresivos. La FDA ha aprobado más de 20 antidepresivos para el manejo de la depresión en los adultos mayores. Los fármacos antidepresivos están indicados en pacientes que padecen depresión mayor o trastornos depresivo. Estos fármacos se han clasificado según su mecanismo de acción en (30):
 - **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS):** tiene como función inhibir de forma selectiva y potente al receptor de serotonina. Son metabolizados por la enzima citocromo P450, incluso también pueden llegar a inhibirla causando

alteración del metabolismo de otros fármacos que sean degradados por esta misma enzima.

A pesar de lo mencionado anteriormente, son considerados de primera elección por su seguridad, por la menor cantidad de efectos adversos y su bajo costo.

Tienen buena absorción oral que no se ve alterada al consumirla con los alimentos. Logra ser metabolizada por el hígado por la citocromo P450. No requiere monitorización sérica ya que no existe asociación positiva entre los niveles séricos y el efecto terapéutico.

- **Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO):** la monoaminooxidasa (MAO) es la encargada que degrada las monoaminas (noradrenalina, dopamina y serotonina). Por lo tanto, este grupo farmacológico impiden la degradación de las monoaminas y aumentan su disponibilidad en la hendidura sináptica. El aumento de las tres monoaminas, que se encuentran alteradas en el trastorno depresivo, la vuelven una de las alternativas más eficaces, pero no siendo la opción que ofrece mayor seguridad debido a las reacciones adversas que pueden producir.

Se absorbe bien mediante la vía oral, pero disminuida al consumir antiácidos o comidas. Se metaboliza en el hígado principalmente. Su medición sérica no es de utilidad para medir el

efecto farmacológico. El efecto farmacológico prevalece por siete a catorce días tras suspender su administración, tiempo que toma la resintetizar la MAO.

- **Antidepresivos tricíclicos (ATC):** fármacos que a nivel de su estructura química están formados por tres anillos. Su efecto antidepresivo es debido a un bloqueo de la recaptación de noradrenalina, serotonina y dopamina. Así también, actúan de forma antagonista sobre los receptores de histamina, colinérgicos – muscarínicos y alfa que generan su gran cantidad de efectos adversos. Tiene absorción muy lenta y llega al hígado por la circulación enterohepática, en donde se metaboliza. Se debe monitorizar los niveles séricos de este fármaco con el fin de evitar la cardiotoxicidad y neurotoxicidad, así como, controlar su eficacia.
- **Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN):** se unen a las bombas encargadas de recaptar la serotonina y la noradrenalina, tienen un efecto parecido a los antidepresivos tricíclicos, pero sin efecto sobre los receptores muscarínicos, ni nicotínicos, ni histamina, ni alfa-adrenérgicos, ni MAO. Tienen buena absorción por la vía oral, además de ser metabolizados en el hígado.

- **Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y dopamina (IRND):** tiene efecto débil en inhibir la recapturación de noradrenalina y dopamina. Produce un metabolito activo que tiene mayor afinidad para inhibir el transportador de noradrenalina (NET) y el transportador de dopamina (DAT), por tal motivo es considerado más como un fármaco precursor. No efectos sobre receptores de histamina, ni muscarínicos, ni alfa; no efectos adversos en la esfera sexual como lo son otros fármacos antidepresivos.
- **Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (IRNA):** actúan inhibiendo de forma selectiva la recaptación de la monoamina llamada noradrenalina. Este grupo farmacológico tenía altas expectativas antes de su comercialización, pero tuvo que ser discontinuado debido a la mala respuesta en el contexto clínico.

Algunas recomendaciones generales a tomar en cuenta cuando se usan los fármacos antidepresivos en los AM:

- Evaluar la respuesta al tratamiento después de 2 a 4 semanas del inicio del tratamiento, o semanalmente si hay alto riesgo de suicidio.
- Se prefiere la monoterapia para favorecer la adherencia al tratamiento y minimizar los efectos adversos.

- Iniciar los fármacos antidepresivos con dosis bajas y aumentar progresivamente según la tolerancia, hasta alcanzar la dosis límite recomendada y el cese de las manifestaciones clínicas.
- Tener en cuenta las interacciones farmacológicas que pudieran darse, sobretodo en los pacientes con polifarmacia.
- Involucrar a los familiares para mejorar la adherencia al tratamiento.
- Si se presentaran efectos adversos, no mejoría clínica o remisión incompleta, se debe considerar rotar de fármaco antidepresivo.
- Mantener la dosis del medicamento con el que se logró la remisión clínica por lo menos 12 meses para evitar las recaídas.
- No suspender el medicamento inmediatamente, sino disminuir gradualmente la dosis hasta lograr su retiro.
- Usar antidepresivos sin efecto anticolinérgico para evitar el empeoramiento de los síntomas cognitivos.
- Tratar de evitar el uso de las benzodiazepinas cuando estas no sean necesarias ya que agrava los síntomas cognitivos, causan sedación y cuadros confusionales.
- Se prefiere mantener el tratamiento por tiempo indefinido en aquellos pacientes que presenten su tercer episodio depresivo o desde el segundo

episodio si este se encuentra ligado a consecuencias graves.

- **Tratamiento no farmacológico:** es útil en aquellos pacientes con depresión leve o incluso puede asociarse al tratamiento fármacológico. Las intervenciones que lograron ser beneficiosas son:
 - **Consejería:** deben ser de 4 a 6 sesiones, con un tiempo aproximado de 1 hora en cada una de las sesiones. Esta consejería permitirá que el paciente tenga herramientas que le permitan poner frente a los conflictos que lo abruma (31).
 - **Psicoeducación:** deben ser de 4 a 6 sesiones, con un tiempo aproximado de 1 hora en cada sesión. En las sesiones se centrarán en fortalecer las habilidades propias del paciente que permitirán afrontar su enfermedad, así como tomar conciencia en el cumplimiento del tratamiento (31).
 - **Psicoterapia:** mediante cambios conductuales que consideren tanto a la persona, su grupo familiar y grupo social. Se aplica la psicoeducación, el fomentar actividades de que disminuyan su estrés, el tener redes de apoyo y el fomentar un adecuado desempeño en sus rutina diaria.
 - **Ejercicio físico:** es tan buena como cumplir con la medicación o acudir a las terapias psicológicas. Entre sus beneficios se

encuentran: mejorar la autoestima, las interacciones sociales, mejorar los hábitos de sueño y trastornos cognitivos. Se recomienda que sean en una frecuencia de dos a tres veces por semana, durante un tiempo de 45 a 60 minutos por 10 a 14 semanas; y que la actividad física sea a preferencia del paciente para mejorar su adherencia (32).

- **Intervenciones del estilo de vida:** con el propósito de disminuir la probabilidad de desarrollar enfermedades no transmisibles, y mejorar los problemas de salud previos. Se puede incluir algunos como: a) aseo y vestido diarios tras despertar ya que permanecer en pijama robustece el papel de enfermo, b) salir a dar un paseo o tener una caminata diariamente que ayude a despejar la mente, o incluso c) tener 3 comidas en el día, que favorecerá una mayor sociabilización.
- **Terapia electroconvulsiva**

Se usa en aquellos casos en que no se obtenga un resultado favorable con el tratamiento farmacológico ni con el tratamiento no farmacológico.

Para su aplicación se le administra un miorelajante y un anestésico por un tiempo breve. El paciente no está consciente al aplicar este tipo de terapia. La terapia electroconvulsiva se aplica 2 a 3 veces a la semana y se le asocia con fármacos antidepresivos para evitar las recaídas. En algunos

casos será necesario que reciban la terapia por periodos más largo, pero reduciendo la frecuencia de su aplicación a cada semana, mes o año. Se nombra ciertos efectos adversos a corto plazo que incluyen: desorientación, confusión, alteración de la memoria.

2.2.1.8 Prevención

Implementar actividades en favor de mejorar la salud mental mediante algunas actividades como:

- Promoción de la salud mental dirigida a toda la comunidad y tomar medidas preventivas en aquellas personas de riesgo.
- Promover la actividad física que permitirá liberar endorfinas y mejorar el estado de ánimo, así como, mejorar sus hábitos que permitan disminuir el riesgo de padecer enfermedades.
- Reconocer precozmente a los pacientes con depresión mediante la aplicación de tamizajes.
- En aquellos con enfermedades discapacitantes, hacer el seguimiento adecuado para brindar rehabilitación y evitar la evolución de la enfermedad.
- Implementar estrategias para mejorar la convivencia en las familias y las comunidades a fin de reducir los factores psicosociales que promueven la depresión.
- Promover la participación de los agentes comunitarios a fin de vigilar los factores de riesgo que pudieran estar alterando la salud mental en los

grupo como instituciones educativas, asilo de adultos mayores, etc. (31).

2.2.1.9 Pronóstico

Las personas con depresión que no fueron diagnosticadas, ni se les brindó un tratamiento adecuado tienen un alto riesgo de suicidio. Este riesgo se cuadruplica en los adultos mayores, comparado con la población de menor edad que también padece esta enfermedad. Algunas situaciones que aumentan el riesgo de actitudes suicidas son: falta de apoyo familiar, no gozar de buena salud física, problemas de alcoholismo, sentimiento de culpa, antecedente de intentos autolíticos, entre otros.

Por otra parte, suele haber un buen pronóstico si el adulto mayor tiene un manejo adecuado ya que los síntomas y los signos que padecen revierten (33).

2.2.2 ADULTO MAYOR

2.2.2.1 Definición

Una persona es denominada como adulto mayor (AM) si tiene una edad de sesenta años a más (> 60 años), según la OMS y la legislación del Perú (34).

2.2.2.2 Epidemiología

En el mundo, la OMS informó que, durante el año 2020, la cantidad de AM superó a la población de niños < 5 años. Así también, calculó que la población de AM duplicará su cifra, pasando de 12% al 22% entre los años 2015 y 2050 (6).

En el Perú, la población de AM de 60 años a más alcanzó cifras que excedieron los cuatro millones (12.7% de la población total) en el año 2020; y la de 80 años a más alcanzó cifras de más de 640 mil (15.6% de los AM), según informó el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (7).

2.2.2.3 Teorías del envejecimiento

El envejecimiento sigue un curso constante, multifacético e irreversible de cambios bio-psico-sociales a lo largo de los años de vida, que conducen al debilitamiento progresivo de sus habilidades físicas y mentales, a tener una mayor probabilidad para padecer enfermedades y que en último lugar concluya con la muerte (6). Frecuentemente se la asocia con los años que tiene una persona, pero con lo mencionada previamente, es mucho más complejo que solo un número.

Existen múltiples teorías que explican el proceso, tal como lo describe la Dra. Paulido Álvarez (35):

- **Teoría de la sustancia vital:** esta se refiere a que los seres vivos nacen con cierta cantidad de sustancia vital, pero que esta se va agotando con el tiempo y finalmente acaba en la muerte del ser vivo.
- **Teoría del error catastrófico y la mutación de los genes:** refiere que el envejecimiento se da por la interacción de los genes y el entorno que ocasionan cambios a nivel nuclear, lugar en donde se encuentra el ADN, estas modificaciones manifestarán los cambios del envejecimiento y

también explica porque no todos envejecen de la misma manera.

- **Teoría del telómero y telomerasa:** esta teoría explica que los telómeros (material de ADN repetido que se encuentra en lo extremos de los cromosomas) se van acortando en cada proceso de mitosis, llegando a un límite en el que ya no será posible continuar con el ciclo celular. Por otro lado, hay un grupo de células que cuentan con una enzima, telomerasa, encargada de formar más telómeros para perpetuar los ciclos de división celular, estas son las células cancerígenas.
- **Teoría de la muerte celular apoptótica:** esta teoría plantea que la muerte celular programada se da durante el proceso de envejecimiento e incluso se dice que se encuentra inducido por los corticoides, la formación de radicales libres y menor disponibilidad de agentes bioenergéticos.
- **Teoría del envejecimiento programado:** aquí se explica que los organismos cuentan con un “reloj genético” que está programado por los genes, y estos son los que programan el envejecimiento.
- **Teoría endocrina:** esta teoría propone que una alteración en la cantidad de hormonas puede estimular o retardar el proceso de envejecimiento. Dando como ejemplo a la menopausia y las modificaciones que produce en los distintos sistemas de la mujer.
- **Teoría del desgaste natural:** explica que los órganos y sistemas envejecen por el uso que tienen

o a los procesos estresante a los que son sometidos durante el día a día.

- **Teoría de la acumulación de productos de desecho:** menciona que llega un momento en que las células producen una mayor cantidad de toxinas (lipofuscinas) de las que puede eliminar, causando alteración en la función celular y su posterior muerte.
- **Teoría del daño por radicales libres:** propone que ciertas sustancias reaccionan con el oxígeno y liberan productos altamente inestables que buscan unirse a otras moléculas que se encuentran próximas a esta, al producirse esta unión alteran el ADN provocando daños y muerte celular.
- **Teoría inmunológica del envejecimiento:** menciona que, con el tiempo, las células de defensa que poseemos ya no se producen en la misma cantidad y no realizan adecuadamente sus funciones, lo que ocasiona daños a las propias células del organismo e incluso su muerte.

2.2.2.4 Cambios físicos

Con el paso del tiempo, se pueden observar pérdida del tono y elasticidad de la piel que produce arrugas, flacidez, presencia de manchas; alteración en la proporción de masa muscular y de tejido graso que tiene como consecuencia reducción de la fuerza, alteración del peso y mayor riesgo de caídas; menor rango de movimiento en las articulaciones; los huesos son más propensos a las fracturas por disminución de la densidad ósea; la columna se distorsiona en su

forma y los espacios intervertebrales disminuyen causando el encorvamiento y disminución de la talla, disminuye la capacidad de visión y audición; la cantidad de nefronas disminuye causando problemas renales; se encuentran cambios en el corazón y las arterias que ocasionan problemas como infartos o insuficiencia cardíaca; la dentadura cambia y no permite la alimentación adecuada; entre muchas otras más.

2.2.2.5 Cambios cognitivos

Este hace referencia a los cambios o alteraciones de las funciones intelectuales.

Se encuentran alteración de la memoria a corto plazo, pero la memoria de largo plazo esta inalterada por lo que aún pueden recordar hechos antiguos con normalidad.

No se observan cambios en la inteligencia ni el lenguaje, pero si se nota dificultad para mantener la atención y un enlentecimiento.

La capacidad que se tiene para resolver problemas esta alterada por una mala organización de la información, por otro lado, la capacidad creativa se mantiene. En la personalidad, hay una mayor tendencia a preservar y atesorar cosas, suele haber mayor resistencia a los cambios, pero se mantiene la esencia de su identidad. El área afectiva también presenta algunas variaciones, ya que, por la pérdida de comunicación con sus contactos, amigos del trabajo o fallecimiento de seres cercanos, tienden a establecer nuevos lazos que previamente no se pudieron establecerse.

2.2.2.6 Cambios psicosociales

Se encuentran pensativos por su desempeño laboral, ya que están cerca a la jubilación. Esta etapa puede llevar en algunos casos a que la persona se sienta inútil, marginado socialmente, frustrado, abrumado por temas económicos.

También se encuentran preocupados porque suelen asociar el envejecimiento con la pérdida de la memoria, depresión, ansiedad, enfermedades, no asimilación de nuevos aprendizajes, incapacidad de adaptación, desinterés por la sexualidad, dependencia, soledad y miedo a la muerte.

2.2.2.7 Adulto mayor viviendo en el asilo

Los asilos, residencias geriátricas o casas de descanso son lugares donde se alojan a los adultos mayores que tienen un mayor grado de dependencia y/o vulnerabilidad comparados con el resto de AM en general.

En la actualidad, algunos familiares prefieren dejar a sus parientes en los asilos por distintos motivos, tales como: trabajo, falta de tiempo, falta de conocimiento sobre los cuidados que deben recibir u otros. Estos lugares pueden ayudar en su cuidado, alimentación, vestido, aseo, entre otras; brindar mayor atención por motivos de salud, realizar actividades recreativas que le permitan sociabilizar con sus otros, etc.

Pero, por otro lado, tanto el adulto mayor como el familiar tienen temor porque estos cuidados no se cumplan o que el ambiente no sea grato para el futuro residente; o el mismo AM se niegue a ser hospedado

por miedo al maltrato, el no querer dejar su rutina, sus familiares u hogar en donde vivió gran parte de su vida.

2.2.2.8 Relaciones sociales del adulto mayor

El AM atraviesa por una serie de cambios, uno de ellos es el aspecto social. A lo largo de los años, los vínculos que formó van disminuyendo debido a distintas causas como la mudanza a un nuevo domicilio o un asilo, esto puede complicar el mantenerse en contacto con los viejos amigos y hacer laborioso el vínculo con las nuevas personas que lo rodean. Igualmente, el padecer nuevas enfermedades o que estas lleguen a comprometer su independencia o funcionalidad haciendo que se debiliten las relaciones interpersonales.

Es conocido que el aspecto social es muy importante en la vida de las personas, ya que no solo crea vínculos emocionales, sino que también repercute en el estado de la salud mental y física. Se conoce que las personas con malas relaciones sociales poseen mayor probabilidad de padecer problemas cardiovasculares, depresión, deterioro cognitivo, demencia, tener una estancia hospitalaria más prolongada e incluso mayor riesgo de muerte (36).

Las acciones que pueden tomarse para combatir el aislamiento social son:

- a) Retomar viejos hobbies o tomar una clase que le permite aprender cosas nuevas, de esta forma puede conocer a otros adultos mayores que compartan sus mismo gustos e intereses.

- b) Agendar tiempo para ponerse en contacto con familiares, amigos o vecinos, esto puede darse de forma presencial, a través de videollamadas, teléfono, mensajes de texto o cartas. Esto ayudará a reforzar los vínculos afectivos.
- c) Formar parte de una organización religiosa para tratar temas espiritualidad, ser partícipes de los eventos que organizan y crear nuevos vínculos.
- d) Realizar actividades deportivas acorde a su capacidad físicas como caminatas, yoga, tai-chi, baile, levantamiento de pesas, entre otros. Esto no solo ayuda a mejorar su salud mental y física, sino que fomentará las actividades grupales y reforzará los nexos sociales.

2.2.2.9 Envejecimiento saludable

La OPS lo delimita como: “...una serie continua de afinamiento de oportunidades para conservar y enriquecer la salud física y mental, la independencia y la calidad de vida durante los años de vida” (37). Esto quiere decir que, no solo es vivir la mayor cantidad de años posibles, sino que en cada año se goce de una apropiada calidad de vida y que le permitan participar activamente tanto en su familia como en su comunidad.

El periodo 2020 – 2030 es denominado el decenio del envejecimiento saludable, este tiene como fin el impulsar el envejecimiento saludable y enriquecer la calidad de vida de los AM, de sus parientes y de su comunidad. Para ellos se requiere: a) modificar el pensamiento y la manera de actuar cuando se hable del

proceso de envejecimiento, b) garantizar que la comunidad promueva las aptitudes de los AM, c) proporcionar atención y servicios de salud de calidad según las necesidades que presenten los AM, d) facilitar el acceso a los cuidados por tiempo prolongado a los AM que así lo requieran (38).

Algunas recomendaciones que se les pueda brindar a los adultos mayores para un envejecimiento son (39):

- Mantener la mente activa: realizar tareas que permitan ejercitar su cerebro, actividades que le generen placer o le permitan sociabilizar con otras personas para fortalecer los vínculos sociales.
- Mantener una adecuada alimentación: consumir alimentos como carnes magras, carbohidratos complejos, grasas saludables, frutas y verduras para mantener un peso adecuado, fortalecer su sistema inmunológico y disminuir la probabilidad de padecer enfermedades no transmisibles como diabetes e hipertensión, etc.
- Ejercitarse regularmente: favorece el desarrollo y mantenimiento de la masa muscular y el fortalecimiento de los huesos, además de mejorar el rango de movimiento. Se debe avanzar progresivamente en la intensidad y la frecuencia.
- Adecuada higiene del sueño: tratar de dormir sus ocho horas para alcanzar un sueño reparador y despertar con energías. Así como evitar el consumo de café u otros estimulantes antes de dormir.

- Dejar los hábitos no saludables: dejar de consumir alcohol, tabaco u otros tóxicos para disminuir la probabilidad de padecer enfermedades.
- Reducir el accidente de caídas: si tuviera dificultad para su adecuada movilización, deberá usar medidas de soporte como bastón o andador. Mantener iluminado los ambientes por donde deambula, así como subir/bajar las escaleras lentamente mientras se sostiene de la baranda.
- Realizarse chequeos de salud: acudir con su médico de confianza periódicamente para prevenir o detectar precozmente problemas en su salud.

CAPITULO III

HIPÓTESIS, VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS

H1: Existe asociación entre las características sociodemográficas y de relación social con el nivel de depresión en los adultos mayores del Asilo San José durante el periodo Julio – Agosto del año 2023.

H0: No existe asociación entre las características sociodemográficas y de relación social con el nivel de depresión en los adultos mayores del Asilo San José durante el periodo Julio – Agosto del año 2023.

3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
Características sociodemográficas	Edad	Tiempo vivido en años desde el nacimiento hasta la actualidad	60 – 69 70 – 79 años ≥ 80 años	Ordinal
	Sexo	Característica biológica que diferencia a un hombre de una mujer.	Femenino Masculino	Nominal

	Estado civil	Situación jurídica que indica el estado del individuo.	-Soltero -Casado -Divorciado -Viudo	Nominal
	¿Tiene hijos?	Presencia de hijos.	- Sí - No	Nominal
	Grado de instrucción	Nivel máximo de estudios alcanzado.	-Analfabeto -Primaria -Secundaria -Superior no universitario -Superior universitario	Ordinal
	Número de enfermedades crónicas	Número de patologías crónicas diagnosticadas hasta el momento.	- Ninguno - Una enfermedad - Pluripatológico	Ordinal
	Tiempo de residencia en el asilo	Tiempo de permanencia en el asilo desde su ingreso, en años.	- < 1 año - 1 a 5 años - > 5 años	Ordinal

<p>Relaciones sociales</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recibe visitas de familiares o amigos. 2. Se comunica por teléfono. 3. Sale del asilo para visitar o realizar otras actividades. 4. Se comunica con sus compañeros del asilo. 5. Participa en actividades recreativas o sociales del asilo. 6. Hace uso del tiempo libre para estar acompañado de otros AM. 7. Se relaciona adecuadamente con el personal del asilo. 	<p>Actividades que permiten interactuar con las personas que lo rodean.</p>	<p>0 – 7 pts= malas relaciones sociales.</p> <p>8 – 14 pts= buenas relaciones sociales.</p>	<p>Ordinal</p>
-----------------------------------	---	---	---	----------------

<p>Nivel de depresión (Escala geriátrica de Yesavage)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Se encuentra satisfecho con su vida? 2. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses o actividades? 3. ¿Siente que su vida esta vacía? 4. ¿Se encuentra con frecuencia aburrido? 5. ¿Se encuentra alegre y con buen humor la mayor parte del tiempo? 6. ¿Teme que algo malo le pase? 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? 8. ¿Se siente con frecuencia desamparado 	<p>Cuestionario que evalúa aspectos cognitivos – conductuales relacionados a la depresión en adultos mayores.</p>	<p>-Normal = 0 a 5 pts.</p> <p>-Depresión moderada = 6 a 10 pts.</p> <p>-Depresión severa = 11 a 15 pts.</p>	<p>Ordinal</p>
--	---	---	--	----------------

	<p>o que no vale nada?</p> <p>9. ¿Prefiere quedarse en su habitación que salir de ella?</p> <p>10. ¿Siente que tiene más problemas de memoria que las demás personas?</p> <p>11. ¿Piensa que es agradable estar vivo?</p> <p>12. ¿Se siente inútil o despreciable en su situación actual?</p> <p>13. ¿Se siente aun lleno de energía?</p> <p>14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación?</p> <p>15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está</p>			
--	--	--	--	--

	mejor que usted?			
--	---------------------	--	--	--

CAPITULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

- **Tipo de investigación:** de tipo observacional, de corte transversal, prospectivo y analítico.

El presente trabajo de investigación es observacional y de corte transversal porque se centró en la observación, registro y anotación de los datos encontrados, de una determinada población en un tiempo definido.

Es prospectivo porque los datos no fueron extraídos de un registro previo, sino que fueron recopilados por el investigador mediante la encuesta.

- **Nivel de investigación:** relacional.

El presente trabajo de investigación corresponde al tipo relacional ya que las variables fueron sometidas a estudio, midiéndose estadísticamente para evaluar su asociación entre ambas.

- **Diseño de investigación:** no experimental.

El presente trabajo de investigación es de tipo no experimental dado que no hubo manipulación de las variables.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El Asilo San José esta localizado en la Av. Santa Cruz #1255 que forma parte del sector de Ciudad Perdida, a una distancia de 5 minutos del Paseo Cívico de ciudad de Tacna. Este asilo tuvo su apertura el 19 de marzo del año 2013. Esta a cargo de la congregación religiosa Hermanitas de los Pobres quienes acogen a los adultos mayores que se encuentran en condición de pobres o son de escasos recursos.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1 POBLACIÓN

La población a estudiar la conformaron un aproximado de 45 AM, de ambos sexos, que se hallaban institucionalizados en el Asilo San José.

4.3.2 MUESTRA

Se decidió encuestar a todos los adultos mayores que residen en el Asilo San José. El tamaño de la muestra lo conformaron aquellos participantes que reunieron los criterios de inclusión y de exclusión, que se detallan en los siguientes párrafos.

4.3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adultos mayores de 60 años a más, de sexo masculino y femenino.
- Adultos mayores que expresen su voluntad para participar en el presente estudio.

4.3.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adultos mayores sin el deseo de participar del estudio.
- Adultos mayores con alteración del estado de conciencia, con alguna enfermedad o discapacidad que no le permitan responder el cuestionario.

4.4 TÉCNICA Y FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.4.1 TÉCNICA

La técnica que se empleó fue la encuesta, mediante una entrevista a cada uno adultos mayores institucionalizado del Asilo San José. Cada entrevista duró 20 minutos

aproximadamente. Se empleó la ficha sociodemográfica y la ficha de relaciones sociales del adulto mayor institucionalizado, así como la escala de Yesavage que permitió evaluar la depresión en los AM.

4.4.2 INSTRUMENTOS (ver anexos)

Se usaron 3 instrumentos para medir las variables a estudiar.

a) Ficha sociodemográfica del adulto mayor (ANEXO N° 1)

La ficha fue elaborada por el investigador y consta de ítems que incluyen: edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, si cuenta con hijos, número de enfermedades crónicas y tiempo de residencia en el asilo.

b) Ficha de relaciones sociales del adulto mayor institucionalizado (ANEXO N° 2)

La sección de relaciones sociales constó de 7 ítems que tienen como respuesta 3 posibles alternativas: “Nunca”, “A veces” y “Siempre”; tienen un puntaje máximo de hasta 2 puntos por ítem y mínimo de 0 puntos.

- Nunca: corresponde cuando no realiza las actividades en ningún momento de la semana. Equivale a 00 puntos.
- A veces: corresponde cuando realiza las actividades 1 a 2 veces a la semana. Equivale a 01 puntos.
- Siempre: corresponde cuando realiza las actividades 3 veces a la semana o diariamente. Equivale a 02 puntos.

La sumatoria total de esta sección permitió su clasificación en dos grupos: buenas relaciones sociales (08 a 14 puntos) y malas relaciones sociales (00 a 07 puntos).

Cabe resaltar que esta ficha fue tomada del trabajo de investigación de Chucuya P. (22), el cual tenía por objetivo evaluar los factores psicosociales de un grupo de AM pertenecientes al asilo San Pedro de Tacna. Así mismo, el realizó la validación y encontró un Alfa de Cronbach de 0,940.

c) Escala de depresión geriátrica de Yesavage – modificada (ANEXO N° 3)

La Geriatric Depression Scale o la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage fuera elaborada por Brinck y Yesavage en el año 1982. El instrumento esta conformado por 30 ítems en su versión original, pero en su forma abreviada consta de 15 preguntas, la cuál se usó en el presente trabajo de investigación.

Las respuestas a estas preguntas dicotómicas son: “Si” y “No”, las cuales tienen asignado un puntaje de hasta 1 punto por cada una. Aquellas respuestas que son positivas para síntomas depresivos se les otorgó 1 punto y aquellas negativas para síntomas depresivos se otorgó 0 puntos. Consta de 10 preguntas con respuesta afirmativa (2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 15) y 5 preguntas con respuesta negativa (1, 5, 7, 11, 14). El puntaje va desde un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 15 puntos. El puntaje obtenido se pudo clasificar en alguna de las siguientes tres opciones:

- “Normal” de 0 a 5 puntos;
- “Depresión moderada: de 6 a 10 puntos;
- “Depresión severa” de 11 a 15 puntos.

Esta escala ha sido usada en la investigación de Velezmoro Zavala (16) en el año 2021, y demostró que tiene un Alfa de Cronbach de 0.78 lo que demuestra que se puede obtener resultados veraces con esta escala de depresión. Cuenta con una sensibilidad del 95.7% y una especificidad del 84.3% si el puntaje límite es igual o mayor de seis puntos (40).

CAPITULO V

PROCEDIMIENTO DE ANALISIS

5.1 PROCEDIMIENTO DE RECOJO DE DATOS

Se realizó la recolección de información mediante los siguientes pasos:

- a) Se envió el documento respectivo dirigido a la persona encargada del Asilo San José, y se solicitó el permiso para la aplicación de las encuestas a los adultos mayores.
- b) Se estableció una fecha disponible entre el investigador y la persona encargada del Asilo San José para iniciar con la recolección de datos.
- c) Se coordinaron las horas disponibles para encuestar a los AM, para no alterar la rutina que siguen diariamente.
- d) Se buscó a cada AM y se los llevó a un espacio tranquilo donde solo pudiera estar el entrevistador y el entrevistado. Se explicó a cada participante del motivo del estudio y a aquellos que deseaban contestar la encuesta se les hizo firmar/colocar su huella en el consentimiento informado.
- e) Mediante un formulario virtual hecho en la aplicación Formulario de Google, el entrevistador leyó las preguntas y marcó en su dispositivo móvil las respuestas brindadas por el entrevistado. El motivo de esta decisión es porque algunos de los AM tenían déficit visual que no le permitían llenar el cuestionario adecuadamente. En aquellos con déficit auditivo, se empleó un tono de voz más alto para que pudieran escuchar mejor y lograran responder a las interrogantes.

5.2 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

La información obtenida de las encuestas se exportó a un archivo en Excel. Luego, se hizo la exportación de datos al programa IBM SPSS v.27 en donde se hicieron los análisis, se aplicó la prueba de chi-cuadrado y la prueba no paramétrica U de Mann Whitney. Posteriormente, se elaboraron las tablas y gráficos estadísticos necesarios. Si el valor de coeficiente de p fue menor a 0.05 se consideró como estadísticamente significativo. Aquellas tablas que no cumplieron los criterios de Cochran no fueron aceptadas para determinar la asociación.

5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Permisos y Autorizaciones Institucionales

El trabajo de investigación fue enviado para su evaluación por parte del docente dictaminador de la Universidad Privada de Tacna. Posteriormente, el documento se remitió al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud (CEI – FACSA) quienes revisó y emitió la resolución de aprobación.

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en el Asilo San José que se encuentra ubicado en la ciudad de Tacna. Se solicitó la autorización mediante un documento (**ANEXO N° 4**) dirigido a la persona encargada del establecimiento pidiendo el acceso a sus ambientes para recolectar los datos necesarios.

Consentimiento informado

Las entrevistas se realizaron bajo el consentimiento de cada uno de los participantes. Previamente se les explicó el motivo de la entrevista y se les hizo firmar la ficha de consentimiento informado (**ANEXO N° 5**) a cada uno de los adultos mayores que decidieron dar sus datos para la elaboración de este trabajo de investigación.

Compromiso de confidencialidad

El investigador se comprometió a guardar la confidencialidad de los datos obtenidos mediante las entrevistas hechas a los adultos mayores que pertenecieron al Asilo San José durante el periodo Julio – Agosto del año 2023; y se les informó que estos datos solo serán usados con fines de investigación.

RESULTADOS

TABLA 01. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN EL ASILO SAN JOSÉ DE TACNA

		n	%
Edad	60 a 69 años	5	15.2%
	70 a 79 años	10	30.3%
	80 a más años	18	54.5%
	Total	33	100.0%
Sexo	Femenino	10	30.3%
	Masculino	23	69.7%
	Total	33	100.0%
Estado civil	Casado	4	12.1%
	Divorciado	4	12.1%
	Soltero	18	54.5%
	Viudo	7	21.2%
	Total	33	100.0%
Grado de instrucción	Analfabeto	5	15.2%
	Primaria	11	33.3%
	Secundaria	8	24.2%
	Superior NO universitario	4	12.1%
	Superior universitario	5	15.2%
	Total	33	100.0%
¿Tiene hijos?	No	8	24.2%
	Si	25	75.8%
	Total	33	100.0%
Número de enfermedades crónicas	Ninguna	1	3.0%
	Una patología	9	27.3%
	Pluripatológico	23	69.7%
	Total	33	100.0%
Tiempo de residencia en el asilo	Menos de 1 año	8	24.2%
	De 1 a 5 años	13	39.4%
	Más de 5 años	12	36.4%
	Total	33	100.0%

En la tabla 01 observamos que la mayor proporción de adultos mayores presentan 80 a más años con un 54.5%, en su mayoría son de sexo masculino con un 69.7%, el 54.5% esta soltero, respecto al nivel de educación el 33.3% solo tiene primaria, el 75.8% tiene hijos. Al analizar los antecedentes patológicos observamos que el 69.7% tiene múltiples patologías y el 39.4% tiene de 1 a 5 años de residencia.

TABLA 02. INTERPRETACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RELACIONES SOCIALES DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN EL ASILO SAN JOSÉ DE TACNA

		n	%
Nivel de relación social	Malas relaciones sociales	23	69.7%
	Buenas relaciones sociales	10	30.3%
	Total	33	100.0%

Al observar la presente tabla, el 69.7% de la muestra presenta malas relaciones sociales, mientras que el 30.3% evidencia buenas relaciones sociales.

En la Tabla 03 se puede observar las respuestas que brindaron cada uno de los residentes tras aplicar la ficha de recolección de datos.

TABLA 03. RESULTADOS DE LA FICHA DE RELACIONES SOCIALES EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO DEL ASILO SAN JOSÉ DE TACNA

		n	%
Recibe visitas de familiares y/o amigos.	A veces	14	42.4%
	Nunca	17	51.5%
	Siempre	2	6.1%
	Total	33	100.0%
Se comunica por teléfono con familiares, amigos u otros.	A veces	11	33.3%
	Nunca	16	48.5%
	Siempre	6	18.2%
	Total	33	100.0%
Sale del centro de atención residencial para visitar o realizar otras actividades con amigos y/o familiares.	A veces	2	6.1%
	Nunca	31	93.9%
	Total	33	100.0%
Se comunica con sus compañeros del asilo.	A veces	7	21.2%
	Nunca	11	33.3%
	Siempre	15	45.5%
	Total	33	100.0%
Participa en actividades recreativas y/o sociales que organiza el asilo (paseos, caminatas, agasajos).	A veces	11	33.3%
	Nunca	3	9.1%
	Siempre	19	57.6%
	Total	33	100.0%
Hace uso del tiempo libre para estar acompañado de otros adultos mayores del asilo.	A veces	9	27.3%
	Nunca	21	63.6%
	Siempre	3	9.1%
	Total	33	100.0%
Se relaciona adecuadamente con el personal asistencial del hogar.	A veces	5	15.2%
	Nunca	5	15.2%
	Siempre	23	69.7%
	Total	33	100.0%

En la tabla 03 observamos que, el 51.5% nunca recibe visitas de familiares o amigos, el 48.5% nunca se comunica por teléfono con familiares, amigos u otra persona, el 93.9% nunca sale de la residencia para realizar otras actividades, el 45.5% mantiene una comunicación con sus compañeros, el 57.6% siempre participa en las actividades recreativas por parte del asilo, el 63.6% no usa su tiempo libre para mantenerse acompañado por sus compañeros y el 69.7% siempre mantiene una buena relación con el personal asistencial del asilo.

TABLA 04. INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE EN ADULTOS MAYORES DEL ASILO SAN JOSÉ DE TACNA

		n	%
Nivel de depresión	Normal	16	48.5%
	Depresión moderada	13	39.4%
	Depresión severa	4	12.1%
	Total	33	100.0%

En la presenta tabla se muestra que, el 39.4% de los encuestados sufre de depresión moderada y el 12.1% presenta una depresión severa según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

En la Tabla 05 se puede observar las respuestas que brindaron cada uno de los residentes tras aplicar la GDS – 15.

TABLA 05. RESULTADOS DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE EN ADULTOS MAYORES DEL ASILO SAN JOSÉ DE TACNA

		n	%
¿Se encuentra satisfecho con su vida?	NO	11	33.3%
	SI	22	66.7%
	Total	33	100.0%
¿Ha abandonado muchos de sus intereses o actividades?	NO	8	24.2%
	SI	25	75.8%
	Total	33	100.0%
¿Siente que su vida esta vacía?	NO	13	39.4%
	SI	20	60.6%
	Total	33	100.0%
¿Se encuentra con frecuencia aburrido?	NO	25	75.8%
	SI	8	24.2%
	Total	33	100.0%
¿Se encuentra alegre y con buen humor la mayor parte del tiempo?	NO	11	33.3%
	SI	22	66.7%
	Total	33	100.0%
¿Teme que algo malo le pase?	NO	18	54.5%
	SI	15	45.5%
	Total	33	100.0%
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	NO	9	27.3%
	SI	24	72.7%
	Total	33	100.0%
¿Se siente con frecuencia desamparado o que no vale nada?	NO	18	54.5%
	SI	15	45.5%
	Total	33	100.0%
¿Prefiere quedarse en su habitación que salir de ella?	NO	11	33.3%
	SI	22	66.7%
	Total	33	100.0%
¿Siente que tiene más problemas de memoria que las demás personas?	NO	24	72.7%
	SI	9	27.3%
	Total	33	100.0%

¿Piensa que es agradable estar vivo?	NO	7	21.2%
	SI	26	78.8%
	Total	33	100.0%
¿Se siente inútil o despreciable en su situación actual?	NO	18	54.5%
	SI	15	45.5%
	Total	33	100.0%
¿Se siente aun lleno de energía?	NO	5	15.2%
	SI	28	84.8%
	Total	33	100.0%
¿Se encuentra sin esperanza ante su situación?	NO	15	45.5%
	SI	18	54.5%
	Total	33	100.0%
¿Piensa que la mayoría de la gente está mejor que usted?	NO	19	57.6%
	SI	14	42.4%
	Total	33	100.0%

Se observa que, el 66.7% de los encuestados se encuentra satisfecho con su vida, el 75.8% ha abandonado muchas actividades o intereses, el 60.6% siente su vida vacía, el 75.8% no se encuentra frecuentemente aburrido, el 66.7% se encuentra alegre y buen humor la mayoría del tiempo, el 54.5% no tiene miedo a que les suceda algo malo, el 73.7% comenta sentirse feliz la mayoría del tiempo, el 54.5% no se siente desamparado, el 66.7% prefiere quedarse en su habitación, el 72.7% no siente que tenga más problemas de memoria que los demás, el 78.8% piensa que es agradable estar vivo, el 54.5% no se siente inútil o despreciable, el 84.8% se siente lleno de energía, el 54.5% se siente sin esperanza respecto a su situación y el 57.6% no piensa que la mayoría de gente este mejor que ellos mismos.

TABLA 06. ASOCIACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO SAN JOSÉ DE TACNA

		Nivel de depresión								X ²	p
		Normal		Depresión moderada		Depresión severa		Total			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Edad	60 a 69 años	2	40.0%	3	60.0%	0	0.0%	5	100%	3.945 ^{a, b}	0.413
	70 a 79 años	3	30.0%	5	50.0%	2	20.0%	10	100%		
	80 a más años	11	61.1%	5	27.8%	2	11.1%	18	100%		
	TOTAL	16	48.5%	13	39.4%	4	12.1%	33	100%		
Sexo	Femenino	5	50.0%	5	50.0%	0	0.0%	10	100%	2.156 ^a	0.34
	Masculino	11	47.8%	8	34.8%	4	17.4%	23	100%		
	TOTAL	16	48.5%	13	39.4%	4	12.1%	33	100%		
Estado civil	Casado	0	0.0%	2	50.0%	2	50.0%	4	100%	12.209 ^{a, b}	0.057
	Divorciado	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	4	100%		
	Soltero	8	44.4%	8	44.4%	2	11.1%	18	100%		
	Viudo	4	57.1%	3	42.9%	0	0.0%	7	100%		
	TOTAL	16	48.5%	13	39.4%	4	12.1%	33	100%		
Grado de instrucción	Analfabeto	0	0.0%	3	60.0%	2	40.0%	5	100%	11.622 ^{a, b}	0.169
	Primaria	4	36.4%	5	45.5%	2	18.2%	11	100%		
	Secundaria	5	62.5%	3	37.5%	0	0.0%	8	100%		
	Superior NO universitario	3	75.0%	1	25.0%	0	0.0%	4	100%		
	Superior universitario	4	80.0%	1	20.0%	0	0.0%	5	100%		
	TOTAL	16	48.5%	13	39.4%	4	12.1%	33	100%		
¿Tiene hijos?	No	5	50.0%	4	40.0%	1	10.0%	10	100%	0.61 ^a	0.97
	Si	11	47.8%	9	39.1%	3	13.0%	23	100%		
	TOTAL	16	48.5%	13	39.4%	4	12.1%	33	100%		
Número de enfermedades crónicas	Ninguna	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100%	3.153 ^{a, b}	0.533
	Una patología	4	50.0%	2	25.0%	2	25.0%	8	100%		
	Pluripatológico	11	45.8%	11	45.8%	2	8.3%	24	100%		
	TOTAL	16	48.5%	13	39.4%	4	12.1%	33	100%		
Tiempo de residencia en el asilo	Menos de 1 año	4	50.0%	4	50.0%	0	0.0%	8	100%	1.656 ^{a, b}	0.799
	Más de 5 años	6	50.0%	4	33.3%	2	16.7%	12	100%		
	De 1 a 5 años	6	46.2%	5	38.5%	2	15.4%	13	100%		
	TOTAL	16	48.5%	13	39.4%	4	12.1%	33	100%		

a: >20% casilleros tienen un valor esperado < 5. Los resultados del X2 podrían no ser validos.

b: existen casilleros con un valor esperado <1. Los resultados de X2 podrían no ser validos.

Cochrane recomienda aceptar el chi-cuadrado (X2) si:

1. Menos del 20% de casilleros tienen valor esperado <5.
2. Ningun casillero tiene valor esperado <1.

En la primera parte de la tabla 06 se observa la asociación entre edad y nivel de depresión en los AM, siendo que un 60% de los participantes de 60 a 69 años tenía depresión moderada, el 50% de aquellos con 70 a 79 años tenían depresión moderada y el 61.1% con 80 a más años no demostraba depresión.

Respecto a la asociación de sexo con depresión, se encontró que el 50% de mujeres presentaba depresión moderada y otro porcentaje igual no tenía rasgos de depresión, el 47.8% de los varones eran considerados como normales.

Revisando la asociación de estado civil y depresión, el 100% de casados tenía algún grado de depresión, contrario a ello, el 100% de divorciados no presentaron depresión. Se observó que el 44.4% de solteros se encontraban en el grupo de depresión moderada; contrario a ello, otro igual porcentaje no expresaba depresión, así como el 57.1% de los viudos.

Se vio que el 60% de los analfabetos exteriorizaban una depresión moderada, así como el 45.5% de aquellos que tenían primaria. Por otro parte, el 62.5% con secundaria, el 75% con grado de instrucción superior no universitario y el 80% con grado universitario lograron encajar en el grupo de normales.

El 50% de AM no tenía hijos y no demostraba estigmas de depresión, así como el 47.8% que si tenía descendencia.

No se encontró depresión en el 100% de los AM que no tenían ninguna enfermedad crónica, de igual forma en el 50% de los que padecían una patología o en el 45.8% de los pluripatológicos.

Por otro lado, el 50% de los AM con residencia de menos de 1 año fue clasificado con depresión moderada y la mayoría de aquellos con más de 1 año de residencia fueron considerados dentro del grupo de normalidad.

Esta tabla no cumple los criterios de Cochrane para interpretar la asociación.

TABLA 07. ASOCIACIÓN ENTRE LAS RELACIONES SOCIALES Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO SAN JOSÉ DE TACNA – PRUEBA DE CHI-CUADRADO

		Nivel de depresión								X2	p
		Normal		Depresión moderada		Depresión severa		Total			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Nivel de relaciones sociales	Malas relaciones sociales	7	30.4%	12	52.2%	4	17.4%	23	100%	9.986 ^a	0.007
	Buenas relaciones sociales	9	90.0%	1	10.0%	0	0.0%	10	100%		
	TOTAL	16	48.5%	13	39.4%	4	12.1%	33	100%		

a: >20% casilleros tienen un valor esperado < 5. Los resultados del X2 podrían no ser válidos.

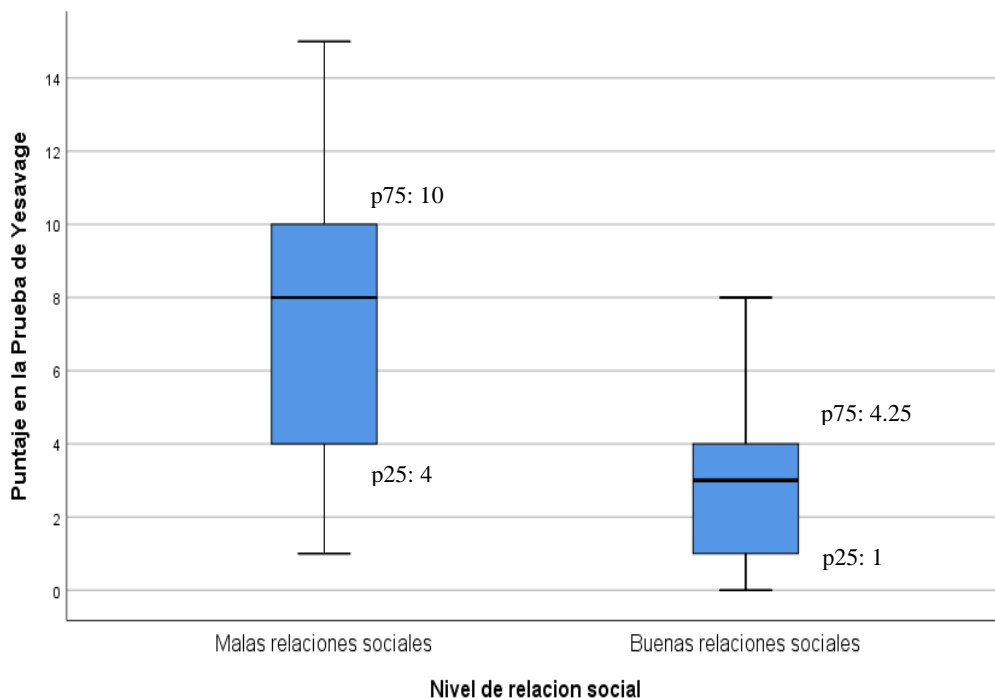
Cochrane recomienda aceptar el chi-cuadrado (X2) si:

3. Menos del 20% de casilleros tienen valor esperado <5.
4. Ningun casillero tiene valor esperado <1.

En la tabla 07 se aprecia que, el 52.2% de los AM con malas relaciones sociales tiene depresión moderada. Por otra parte, el 90% de los residentes con buenas relaciones sociales resultaron con un tamizaje normal para depresión.

Esta tabla no cumple los criterios de Cochrane para interpretar la asociación.

GRÁFICO 01. ASOCIACIÓN ENTRE LAS RELACIONES SOCIALES Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO SAN JOSÉ DE TACNA



En el gráfico 01 se observa que, los residentes con malas relaciones sociales presentaban un mayor puntaje en la Prueba de Yesavage, con una $\bar{x} = 7.52$ IC95% [5.86 – 9.19] y mediana de 8.00, p75= 10.00 y p25= 4.00.

Por otro lado, aquellos con buenas relaciones sociales tenían un menor puntaje en la escala de Yesavage, siendo la $\bar{x} = 3.10$ IC95% [1.47 – 4.73] y la mediana de 3.00, p75= 4.25 y p25= 1.00.

Son estadísticamente significativos porque no existe un entrecruzamiento entre los gráficos de cada nivel de relación.

TABLA 08. ASOCIACIÓN ENTRE LAS RELACIONES SOCIALES Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO SAN JOSÉ DE TACNA – PRUEBA U DE MANN – WHITNEY

Nivel de relación social		N		Rango promedio	Suma de rangos
		n	%		
Nivel de depresión	Malas relaciones sociales	23	69.6%	20.41	469.50
	Buenas relaciones sociales	10	30.3%	9.15	91.50
	Total	33	100%		

U de Mann-Whitney: 36.500 p: 0.002

En la última tabla, se analiza la asociación entre el nivel de sociabilidad y el nivel de depresión. Se observa que tras aplicar la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney, un 69.6% son aquellos adultos mayores con malas relaciones sociales y presentan depresión, mientras que el 30.3% con buenas relaciones sociales tienen un menor rango promedio de depresión.

Analizando su nivel de asociación con U de Mann Whitney se halló que, existe una significancia de 0.002 entre las variables; es significativo.

DISCUSIÓN

El estudio se realizó en una sola etapa en la cual se hizo la recolección de información a través del cuestionario de características sociodemográficas, el cuestionario de nivel de relaciones sociales y el cuestionario de depresión geriátrica de Yesavage; estos instrumentos fueron aplicados en una población de adultos mayores que residen en el Asilo San José de Tacna, la cual representaba un total de 45 adultos mayores, de las cuales 12 participantes tuvieron que ser excluido de la investigación debido a que 3 participantes no desearon ser parte de la investigación y 9 no tenían la capacidad para comunicarse adecuadamente y poder responder las interrogantes; con esto tuvimos una muestra de 33 adultos mayores, mayoritariamente conformados en un 54.5% por los adultos mayores de 80 a más años, eran principalmente hombres en un 69.7%, la mayor parte eran solteros con un 54.4%, y con primaria como grado de instrucción en un 33.3%, al analizar el número de hijos denotamos que la mayor proporción si tenía hijos con un 75.8%, el 69.7% tienen dos a más enfermedades crónicas y el 39.4% tenía una residencia de 1 a 5 años.

En los últimos años los trastornos de salud mental vienen siendo una de las patologías más comunes encontradas en la sociedad, siendo aproximadamente su prevalencia en una cuarta parte de la población, dentro de estas la depresión es la más frecuente y la que tiene más repercusiones en la sociedad, el paciente con depresión presenta un sentimiento de tristeza, pérdida en el ánimo o el interés por realizar actividades cotidianas, anhedonia o la autolisis; es de interés sanitario el diagnosticarla y resolverla para evitar sus complicaciones. Basándonos en los principios teóricos, podemos observar que la depresión del adulto mayor va a estar propiciada por factores como la institucionalización, la ausencia en el soporte social, problemas de relación o un estado civil como viudo, divorciado o soltero, el sexo femenino. En la presente investigación se denotó que existe un 51.5% de adultos mayores presentan depresión según la GDS – 15, dentro del cual el 39.4% evidencia una depresión moderada y el 12.1% lo presentan en un

nivel severo, datos que coinciden con la presencia de depresión en los adultos mayores como en los antecedentes presentados como en el de Martínez. (14), Ibarra (15), Velezmorro (16), Palomino (18), Somoza (19), Polar (20) y Choque (21), quienes en sus investigaciones demostraron altos niveles de depresión en los adultos mayores con la Escala Geriátrica de Yesavage, lo cual expresa la frágil situación en la salud mental de los adultos mayores, la necesidad de propiciar un ambiente idóneo para estos y la atención médica integral que posiblemente este ausente en esta población.

Por otro lado, tenemos la evaluación sobre el nivel de relaciones sociales que adquieren los adultos mayores, el cual debido a los factores que propician la depresión, la fatiga, el estrés por la presencia de distintas enfermedades, el propio estado fisiológico, o entre otras razones condicionan al adulto mayor a la búsqueda del aislamiento o la dificultad para poder entablar nuevas relaciones que mejoren su estado anímico; apoyado por la base teórica, los resultados apuntan que existe una proporción predominante de adultos mayores que tienen una mala relación social con un 69.7%, y que tras analizar los ítems del instrumento que permite valorar la esfera social del adulto mayor, el 51.5% no recibe visitas y aun así el 48.5% no se comunica con familiares o amigos por vía telefónica, el 93.9% no sale del asilo lo cual es un condicionante a la pérdida de la socialización y el 66.7% prefiere quedarse en su habitación, esta ausencia en la comunicación y la falta de la familia en la vida de nuestros pacientes se ve reflejado en el estudio de Velezmorro (16) que evidencia que existe abandono familiar en los adultos que residen en los asilos, así mismo esta deficiente capacidad social se ve reafirmada como en los tratados de Palomino (18), Choque (21) y Chucuya (22), que también evidenciaron una mala relación social por parte de los adultos mayores que residen en los asilos, esto ingresa en el círculo vicioso de la presentación de la depresión ya que forman parte de los factores que propician el presentar esta enfermedad. Además, que en la intervención de aquellos pacientes que ya presentan depresión un buen método para remediarla consiste en socializar al paciente, buscar nuevas actividades de recreación, crear

actividades que faculten al adulto a crear vínculos afectivos con otros adultos para evitar la sensación de soledad o el aislamiento y de manera paralela la necesidad de reintegrar a la familia en el desarrollo del paciente. Al no tener en cuenta esos factores no se podrá realizar una correcta atención del paciente adulto mayor y facultará la presentación de trastornos psicológicos.

La depresión del adulto mayor va a verse relacionada al factor psicosocial mayoritariamente, se observa que el factor social interviene en la posibilidad de facilitar la patología depresiva y al aplicarla esta puede intervenir como un tratamiento no farmacológico. En el estudio realizado se encontró que la variable del nivel de relación social con el nivel de depresión hallado por el cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage tienen una significancia de 0.002, lo cual es menor a la p estimada, por lo cual aceptamos la hipótesis planteada, se afirma que existe asociación entre las variables antes mencionadas. Esto viene apoyado con el estudio realizado por Chucuya (22), que logró encontrar la relación entre la depresión, los niveles de autonomía y los factores psicosociales, esto puede deberse a múltiples factores psicosociales que pueden aquejar al adulto mayor, las experiencias, la cultura y las prácticas de afrontamiento al estrés o a situaciones que puedan desencadenar depresión en nuestra muestra, pero hay que tener en cuenta aún la existencia de un alto porcentaje de pacientes con depresión hallados por la GDS – 15, por lo cual es necesario las intervenciones psicológicas, y por parte de recursos humanos para la reinserción del adulto mayor en el ámbito social, con planes estratégicos para crear actividades de entretenimiento, relación y reinserción a la familia.

CONCLUSIONES

1. Se identificó que la mayoría de los adultos mayores del Asilo San José presenta las siguientes características sociodemográficas: el 54.5% tienen 80 años a más, el 69.7% es de sexo masculino, la mayor proporción de los encuestados son solteros con un 54.5%, el 33.3% ha cursado la primaria, el 75.8% tiene descendencia, el 69.7% son pluripatológicos y el 39.4% tiene de 1 a 5 años de residencia en el Asilo San José.
2. Se identificó que el 69.7% de los adultos mayores del Asilo San José tienen una mala relación social.
3. Existe un alto porcentaje de adultos mayores en el Asilo San José que presentan depresión con un 51.5%, dentro del cual el 39.4% tiene una depresión moderada y el 12.1% presenta una depresión severa tras aplicar la GDS – 15.
4. Se llegó a concluir que si existe asociación entre el nivel de relaciones sociales y el nivel de depresión calculado por el cuestionario de Yesavage realizado en los adultos mayores del Asilo San José;
5. No se pudo determinar asociación entre las características sociodemográficas y el nivel de depresión en los adultos mayores del Asilo San José.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere al Asilo San José que implemente más talleres como pintura, jardinería, carpintería, baile u otros que sean de interés por los residentes. Esto fomentará su participación y fortalecerá los lazos sociales entre ellos, lo que impactará positivamente en su bienestar.
2. Teniendo en cuenta que la mayoría de los residentes presenta depresión según la GDS – 15, se recomienda una evaluación íntegra por psiquiatría o su atención por los centros de salud mental comunitario para que reciban un diagnóstico preciso y puedan iniciar oportunamente con el manejo multidisciplinario de ser necesario en cada caso.
3. Habiendo demostrado la asociación entre las relaciones sociales y el nivel de depresión, se recomienda al trabajador social, los centros de atención del adulto mayor y las familias a que fomenten actividades y programas de reintegración del AM en la sociedad. Estos pueden abarcar a las actividades grupales, eventos comunitarios u otros;
4. Es de necesidad contar con psicólogos capacitados en el trabajo con adultos mayores para que brinden apoyo psicológico, métodos de resolución de conflictos y charlas que busquen promover el bienestar emocional y mental de los residentes.
5. Se recomienda a los próximos investigadores que realicen un estudio más amplio sobre el nivel de relaciones sociales que incluya a los trabajadores y a los adultos mayores del Asilo San José de Tacna.

6. Se recomienda la elaboración de una próxima investigación con una muestra mayor que incluya a otros asilos de la ciudad de Tacna a fin de poder determinar la asociación entre las características sociodemográficas y el nivel de depresión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 16 de mayo de 2023]. Table: Enfermedades más frecuentes en los adultos mayores. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/multimedia/table/enfermedades-m%C3%A1s-frecuentes-en-los-adultos-mayores>
2. González Molejón JA. LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO. DEPRESIÓN EN EL Anc. 1 de noviembre de 2018;50(50):1-50. [Internet]. [citado 20 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/8/la-depresion-en-el-anciano>
3. Depresión [Internet]. [citado 16 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
4. Descifremos [Internet]. [citado 16 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/280081/descifremos15-2.pdf>
5. Más de 650 mil atenciones por depresión fueron cubiertas por el SIS [Internet]. [citado 16 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/sis/noticias/689829-mas-de-650-mil-atenciones-por-depresion-fueron-cubiertas-por-el-sis>
6. Envejecimiento y salud [Internet]. [citado 16 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. [citado 16 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-cuatro-millones-de-adultos-mayores-12356/>
8. Ruiz Huancayo ME. Factores sociodemográficos asociados al Nivel de depresión del adulto Mayor. Hospital Clínica Geriátrica San Isidro Labrador, 2016. Univ Cesar Vallejo [Internet]. 2016 [citado 22 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/4058>
9. Baldeón-Martínez P, Luna-Muñoz C, Mendoza-Cernaqué S, Correa-

López LE. Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. Rev Fac Med Humana. octubre de 2019;19(4):47-52. [Internet]. [citado 22 de mayo de 2023]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2308-](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2308-05312019000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

05312019000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

10. Martina Chávez M, Amemiya Hoshi I, Suguimoto Watanabe SP, Arroyo Aguilar RS, Zeladita Huaman JA, Castillo Parra H, et al. Depresión en adultos mayores en el Perú: distribución geoespacial y factores asociados según ENDES 2018 - 2020. An Fac Med. julio de 2022;83(3):180-7. [Internet]. [citado 23 de mayo de 2023]. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-55832022000300180&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

55832022000300180&lng=es&nrm=iso&tlng=es

11. Minsa: Más de 300 mil casos de depresión fueron atendidos durante el 2021 [Internet]. [citado 24 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/575899-minsa-mas-de-300-mil-casos-de-depresion-fueron-atendidos-durante-el-2021>

12. “No hay salud sin salud mental” - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 24 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>

13. Jauregui Lozano JJ. Nivel de depresión en adultos mayores del Asilo de ancianos Virgen de Asunta. Chachapoyas - 2022. 2022 [citado 24 de mayo de 2023]; Disponible en:

<https://repositorio.untrm.edu.pe/handle/20.500.14077/2997>

14. Martínez S. Nivel de depresión en adultos mayores en el asilo “Los hermanos desamparados” sede Callao en el mes de marzo- abril 2018. 2019 [Internet]. [citado 24 de mayo de 2023]; Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/35539/B_Mart%C3%ADnez_SSJ.pdf?sequence=5&isAllowed=y

15. Ibarra Araujo AY. Depresión en adultos mayores abandonados en asilos: Hogar de Ancianos «Corazón de María» [Internet] [bachelorThesis]. Quito:

UCE; 2019 [citado 24 de mayo de 2023]. Disponible en:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/19965>

16. Velezmoro Zavala YS. Depresión y abandono familiar en el adulto mayor en un asilo de ancianos en Chiclayo, 2020. Repos Inst - USS [Internet]. 2021 [citado 25 de mayo de 2023]; Disponible en:
<http://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/9466>

17. Saldaña S. Perfil clínico epidemiológico de la depresión en adultos mayores con diabetes mellitus e hipertensión arterial atendidos en un hospital de Trujillo. 2023;41. [Internet]. [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/108455/Salda%C3%B1a_ZSS-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

18. Palomino Mauricio RK, Peña Alfaro MD. Factores sociodemográficos y depresión en adultos mayores, Curgos 2018. Univ Nac Trujillo [Internet]. 25 de febrero de 2019 [citado 26 de mayo de 2023]; Disponible en:
<http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/11629>

19. Somoza Becerra W. Depresión en adultos mayores del Asilo San José de Casma, 2018. Univ San Pedro [Internet]. 13 de marzo de 2019 [citado 27 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2676140>

20. Polar Apaza SG. Nivel de depresión en adultos mayores del Asilo Apaktone de Madre de Dios, 2019. Univ Nac Amaz Madre Dios - UNAMAD Repos Inst [Internet]. enero de 2020 [citado 27 de mayo de 2023]; Disponible en:
<https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3111196>

21. Choque K. La depresión del adulto mayor en el contexto COVID-19. 2021 [citado 25 de mayo de 2023]. La depresión del adulto mayor en el contexto COVID-19 | Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería. Disponible en: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/iirce/article/view/1224>

22. Chucuya P. Relación de los factores psicosociales y la autonomía funcional del adulto mayor institucionalizado del centro de atención residencial del Adulto Mayor San Pedro Tacna - 2011. 2011 [citado 18 de mayo de 2023]; Disponible en:

<http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/343/TG0201.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

23. Depresión - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 30 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depression>

24. eCIE-Maps - CIE-10 [Internet]. [citado 14 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/advanced_search/cie10_advanced_search.jsp?term=DF320&table=D

25. Sancho GP, Brenes GS, Villalobos NDLC. Actualización sobre el trastorno depresivo mayor. *Rev Medica Sinerg.* 1 de diciembre de 2020;5(12):e610-e610. [Internet]. [citado 30 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/610>

26. Julio MPM, Clavero AE, Miralles MVL, Ayora AF. Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enferm Glob.* 5 de junio de 2019;18(3):58-82. [Internet]. [citado 30 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/610>

27. Mayo Clinic [Internet]. [citado 30 de mayo de 2023]. El estrés crónico pone tu salud en riesgo. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/stress/art-20046037>

28. Brüning I. K. Depresión en adultos mayores: una mirada desde la medicina familiar [Internet]. *Escuela de Medicina.* [citado 28 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/depression-en-adultos-mayores-una-mirada-desde-la-medicina-familiar/>

29. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand.* mayo de 2006;113(5):372-87. [Internet]. [citado 29 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16603029/>

30. Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). 5ta ed. España y América Latina:

Panamericana; 2014. 947 p.

31. Moduladores de neurotransmisores con acciones antidepresivas: Bases biológicas para su comprensión, en atención primaria y equipo interdisciplinario de salud mental [Internet]. [citado 29 de mayo de 2023]. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/antidepresivos_cap1.pdf

32. Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años desde el primer nivel de atención [Internet]. [citado 30 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4105349/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica.pdf?v=1676036146>

33. Recomendaciones para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de la salud mental. 2022;55:21. [Internet]. [citado 30 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media->

34. Gomez Ayala A. La depresión en el anciano. *Offarm*. 1 de octubre de 2007;26(9):80-94. [Internet]. [citado 28 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-la-depresion-el-anciano-13111062>

35. Defensoria del Pueblo - Perú [Internet]. [citado 30 de mayo de 2023]. Adulto mayor. Disponible en: https://www.defensoria.gob.pe/grupos_de_proteccion/adultos-mayores/

36. Cortés JM. ENVEJECIMIENTO Y LONGEVIDAD. [Internet]. [citado 30 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2011/06/ENVEJECIMIENTO-Y-LONGEVIDAD.pdf>

37. National Institute on Aging [Internet]. [citado 7 de septiembre de 2023]. Soledad y aislamiento social: Consejos para mantenerse conectado. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/espanol/soledad-aislamiento-social-consejos->

mantenerse-conectado

38. Envejecimiento saludable - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 31 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>

39. Caribe CE para AL y el. El Decenio del Envejecimiento Saludable (2020-2030) en el contexto de la pandemia de COVID-19: Las pandemias deberán cambiar la manera de ver la edad y el envejecimiento [Internet]. CEPAL; 2021 [citado 31 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/enfoques/decenio-envejecimiento-saludable-2020-2030-contexto-la-pandemia-covid-19-pandemias-deberan>

40. Envejecimiento saludable [Internet]. Cinfasalud. [citado 31 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://cinfasalud.cinfa.com/p/envejecimiento-saludable/>

41. Izal M, Montorio I, Nuevo R, Pérez-Rojo G. Comparación de la sensibilidad y la especificidad entre diferentes versiones de la Escala de Depresión Geriátrica. Rev Esp Geriatria Gerontol. 1 de julio de 2007;42(4):227-

32. [Internet]. [citado 02 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-comparacion-sensibilidad-especificidad-entre-diferentes->

S0211139X07735552

ANEXOS

ANEXO N° 02

**FICHA DE RELACIONES SOCIALES DEL
ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO.**

ITEMS		Nunca	A veces	Siempre
1	Recibe visitas de familiares y/o amigos.			
2	Se comunica por teléfono con familiares, amigos u otros.			
3	Sale del centro de atención residencial para visitar o realizar otras actividades con amigos y/o familiares.			
4	Se comunica con sus compañeros del asilo.			
5	Participa en actividades recreativas y/o sociales que organiza el asilo (paseos, caminatas, agasajos).			
6	Hace uso del tiempo libre para estar acompañado de otros adultos mayores del asilo.			
7	Se relaciona adecuadamente con el personal asistencial del hogar.			

Opciones de respuesta		
Nunca	No realiza las actividades en ningún momento.	0 puntos
A veces	Realiza las actividades 1 a 2 veces a la semana.	1 punto
Siempre	Realiza las actividades 3 veces a la semana o diariamente.	2 puntos

INTERPRETACIÓN Y PUNTUACIÓN	
Buenas relaciones sociales	8 a 14 puntos
Malas relaciones sociales	0 a 7 puntos

ANEXO N° 03

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

ITEMS		Marca con una “X” o “+”	
1	¿Se encuentra satisfecho con su vida?	SI	NO
2	¿Ha abandonado muchos de sus intereses o actividades?	SI	NO
3	¿Siente que su vida esta vacía?	SI	NO
4	¿Se encuentra con frecuencia aburrido?	SI	NO
5	¿Se encuentra alegre y con buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6	¿Teme que algo malo le pase?	SI	NO
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8	¿Se siente con frecuencia desamparado o que no vale nada?	SI	NO
9	¿Prefiere quedarse en su habitación que salir de ella?	SI	NO
10	¿Siente que tiene más problemas de memoria que las demás personas?	SI	NO
11	¿Piensa que es agradable estar vivo?	SI	NO
12	¿Se siente inútil o despreciable en su situación actual?	SI	NO
13	¿Se siente aun lleno de energía?	SI	NO

14	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación?	SI	NO
15	¿Piensa que la mayoría de la gente está mejor que usted?	SI	NO

Otorgar 1 punto por cada pregunta si marca "NO"	1, 5, 7, 11, 13.
Otorgar 1 punto por cada pregunta si marca "SI"	2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15.

Interpretación	
Normal	00 a 05 puntos
Depresión moderada	06 a 10 puntos
Depresión severa	11 a 15 puntos

ANEXO N° 04

“AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO”

**SOLICITO: AUTORIZACION PARA
APLICAR ESTUDIO DE INVESTIGACION**

MADRE SUPERIORA

MARÍA DEL CARMEN YUGUEROS RECIO

Encargada del Asilo San José

Por el presente, yo **JORGE SAMUEL LARICO VILCA**, bachiller de medicina de la Universidad Privada de Tacna,

Le expreso mi cordial saludo, y a la vez le solicito a Ud. se me brinde la autorización para realizar el estudio de investigación que lleva por nombre: **“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADAS AL NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL ASILO SAN JOSÉ DURANTE EL PERIODO JUNIO – JULIO DEL AÑO 2023”**. La ejecución consiste en realizar una entrevista que permitirá recolectar datos generales y también la aplicación de un cuestionario sobre depresión, con el objetivo de determinar la asociación entre las características sociodemográficas y el nivel de depresión.

Seguro de contar con su aprobación, le agradezco de antemano.

Tacna, 18 de julio del 2023

Atentamente,

.....

JORGE SAMUEL LARICO VILCA

ANEXO N° 05

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN

Buen día querido(a) participante,

Se le invita a formar parte de este estudio llamado **“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADAS AL NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL ASILO SAN JOSÉ DURANTE EL PERIODO JULIO – AGOSTO DEL AÑO 2023”** y que tiene como objetivo *Determinar la asociación entre las características sociodemográficas y el nivel de depresión en los adultos mayores del asilo San José durante el periodo Julio – Agosto del año 2023.* Su participación será de suma importancia porque ayudará al investigador a cumplir uno de los requisitos para obtener el título profesional de médico – cirujano. El desarrollo de estudio es realizado por el **Bach. Jorge S. Larico Vilca** y esta bajo la guía del Mag. Juan Cánepa, quién es docente de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna.

A continuación, se le brinda información breve, clara y precisa acerca de esta investigación:

Procedimientos:

- Se solicitará el permiso respectivo a la madre superiora encargada para la aplicación del presente estudio.
- Se le hará una breve entrevista la cual permitirá recolectar sus datos generales, así mismo, responderá algunas preguntas que ayudarán con el estudio.

- Los datos obtenidos serán registrados mediante dispositivos electrónicos que serán usados por el entrevistador.

Riesgos:

- Su participación en este estudio no le causará algún tipo de daño.

Beneficios:

- La información obtenida servirá para conocer si los adultos mayores del Asilo San José presentan síntomas de depresión, que probablemente no hayan sido reconocidos por el personal que cuida de usted.
- Si hubiese casos probables de depresión, se reportarán los datos a la encargada del asilo quien se encargará de solicitar y coordinar la ayuda necesaria.
- Si no hubiese casos probables de depresión se podrá sugerir que se realicen actividades que ayuden a fortalecer la salud mental y prevenir la depresión.

Costo por participar y compensación económica:

- Su amable participación no esta condicionada a algún costo o gasto.
- Así mismo, no recibirá alguna recompensa monetaria por dicha participación; solo los beneficios que se explicaron anteriormente.

Confidencialidad:

- Los datos obtenidos en la presente entrevista se mantendrán con total confidencialidad y serán utilizados con la única finalidad de realizar la presente investigación

Derechos del participante:

- El participante es libre de retirar su participación en cualquier momento de la entrevista, si así lo decidiera.
- Si tuviera alguna duda extra, siéntase con la seguridad y libertad de ponerse en contacto con el investigador principal JORGE S. LARICO VILCA vía correo electrónico: jorge_lv98@hotmail.com.

Comité de ética:

- Si presentará dudas acerca de los temas éticos de la investigación, puede ponerse en contacto con el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud mediante el correo electrónico: cei_facsa@upt.pe

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN

- Mediante su nombre y firma/huella digital acepta voluntariamente que participará del estudio denominado **“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADAS AL NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL ASILO SAN JOSÉ DURANTE EL PERIODO JULIO – AGOSTO DEL AÑO 2023”**. También conoce que puede revocar su consentimiento en cualquier momento de la entrevista si así lo desea.

Fecha: ____ / ____ / _____

FIRMA O HUELLA DEL PARTICIPANTE

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

ANEXO N° 06
FRONTIS E INTERIOR DEL ASILO SAN JOSÉ DE TACNA



ANEXO N° 07

SALA DE ESPERA Y MAQUETA DEL ASILO SAN JOSÉ DE TACNA



ANEXO N° 08
INTERIOR Y EXTERIOR DE LAS HABITACIONES DE LOS
RESIDENTES DEL ASILO SAN JOSÉ DE TACNA



ANEXO N° 09
COMEDORES DEL ASILO SAN JOSÉ DE TACNA



ANEXO N° 10
TALLER DE MANUALIDADES
DEL ASILO SAN JOSÉ DE TACNA



ANEXO N° 11
SALA DE ENFERMERÍA Y MINIGIMNASIO
DEL ASILO SAN JOSÉ DE TACNA



ANEXO N° 12
EXTERIOR E INTERIOR DE LA CAPILLA
DEL ASILO SAN JOSÉ DE TACNA

