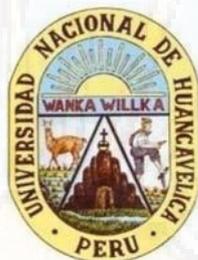


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA**  
(CREADA POR LEY N°25265)

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**



**TESIS**

**DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS  
EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ROSA DE  
SACCO, YAULI - JUNÍN 2019**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**  
**SALUD DE LA POBLACIÓN INDÍGENA Y GRUPOS  
VULNERABLES**

**PRESENTADO POR:**  
**POCOMUCHA SUMARI, JANET MIRIAM**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:**  
**SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**HUANCAVELICA – PERÚ**

**2019**

# ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 11 días del mes de diciembre a las 16:00 horas del año 2019 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) Egresado(a):

POCOMUCHA SUNARI, JANET MIRIAM

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Mg. Tula Susana, GUERRA OLIVARES

Secretario : Dra. Jenny, MENDOZA VILCAHUAMAN

Vocal : Dra. Rossibel Juana, MUÑOZ DE LA TORRE

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

"DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ROSA DE SACCO, YDULI JUNIN 2019"

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 722-2019 concluyendo a las 12:00 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD.

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 11 de diciembre 2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELCA

[Firma]  
PRESIDENTE PRINCIPAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

[Firma]  
Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman  
SECRETARIO

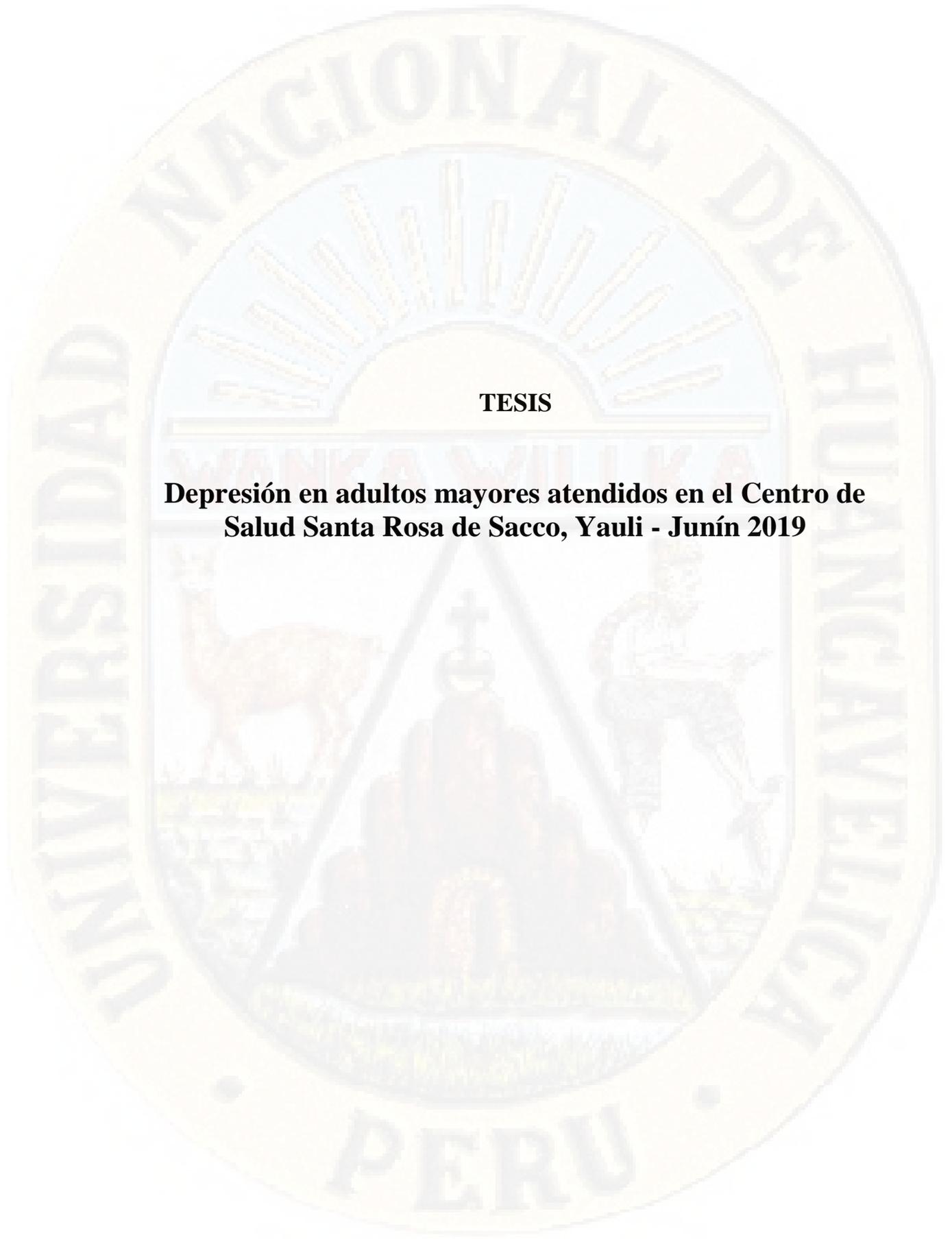
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE INGENIERÍA DE INGENIERÍA DE INGENIERÍA DE INGENIERÍA

[Firma]  
Mg. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE  
VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DECANATO  
[Firma]  
VºBº DECANO

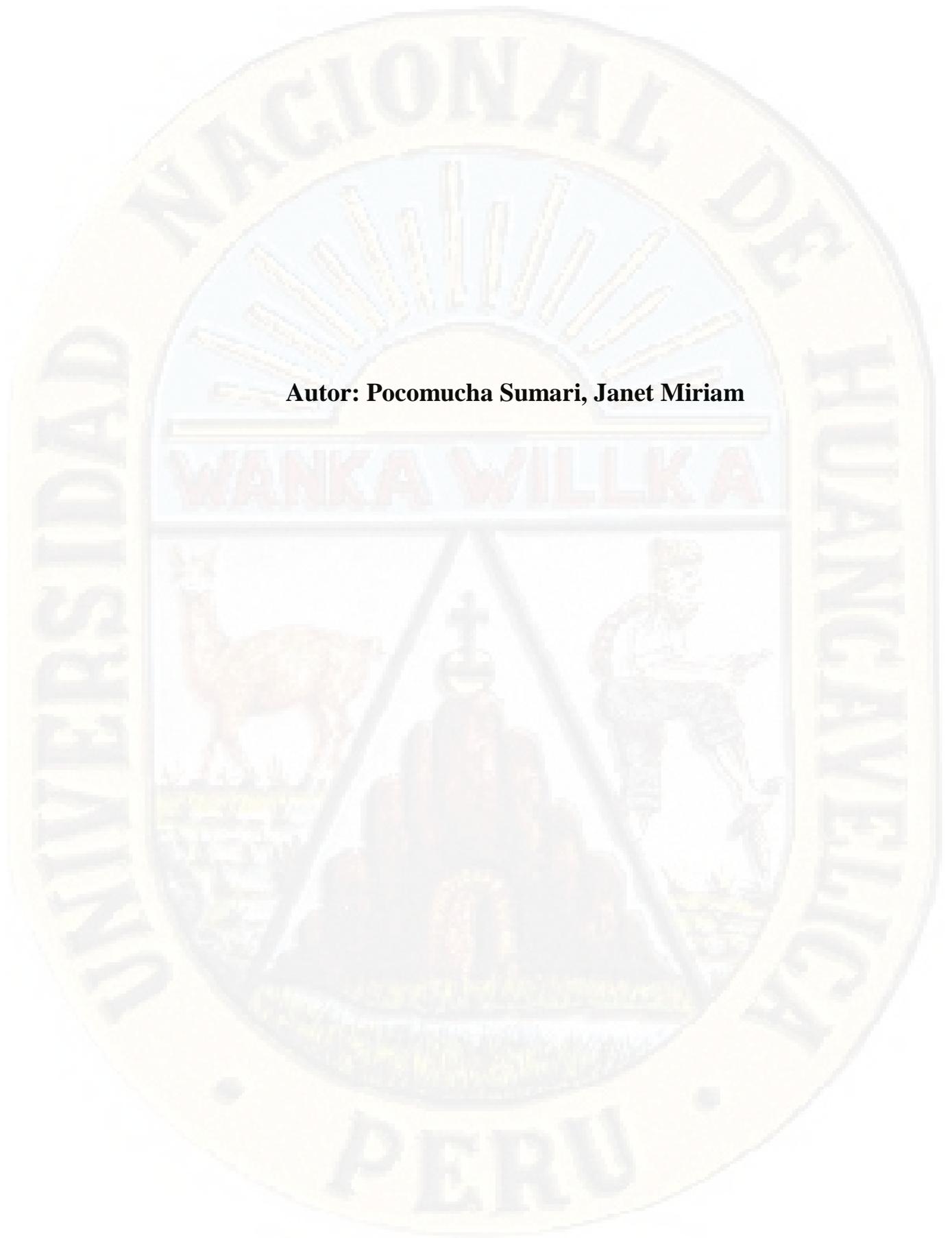
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SECRETARIA DOCENTE

[Firma]  
Kelly T. Riveros Laurente  
OBSTETRA  
C.O.P. N° 36759  
VºBº SECRETARIA DOC.

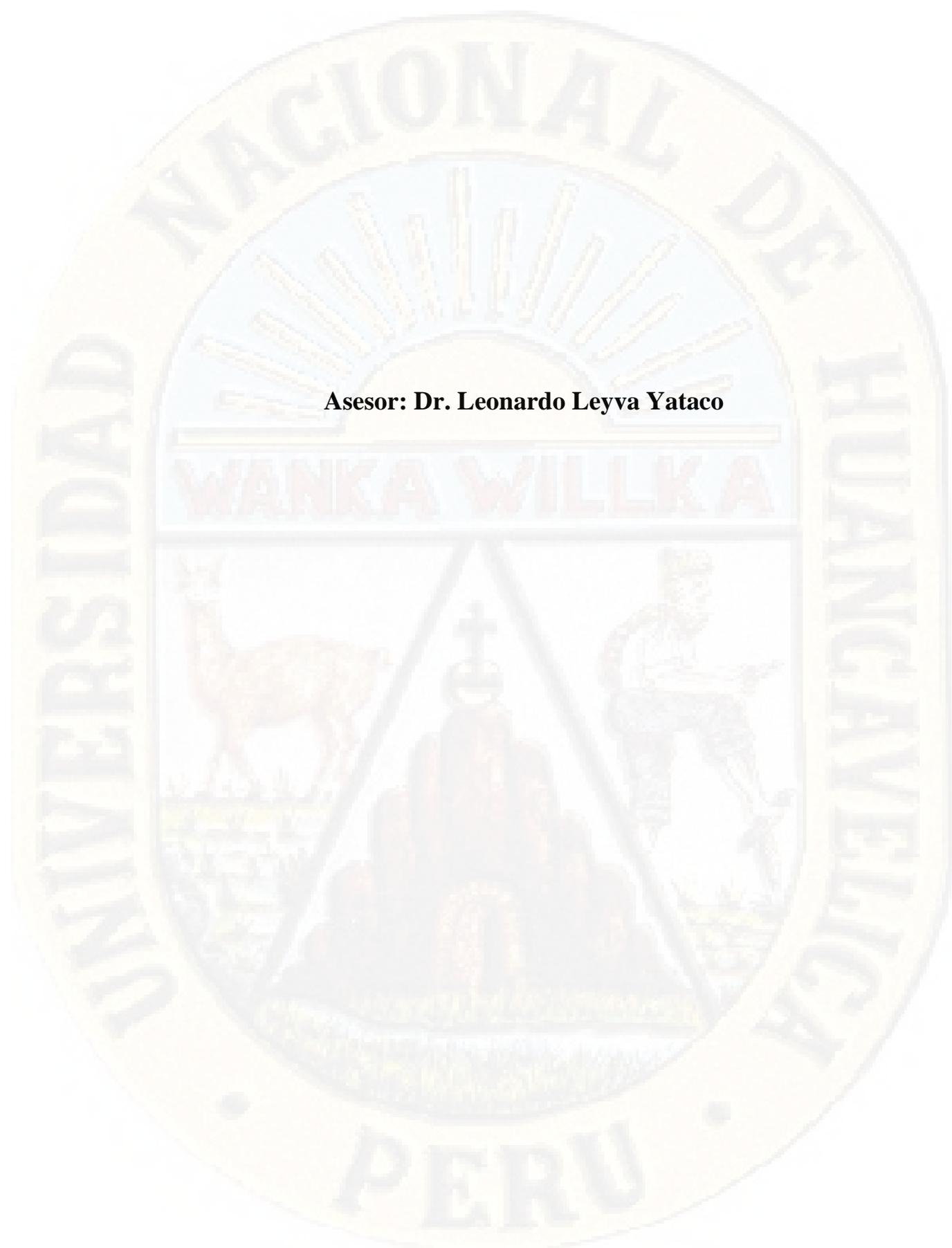


**TESIS**

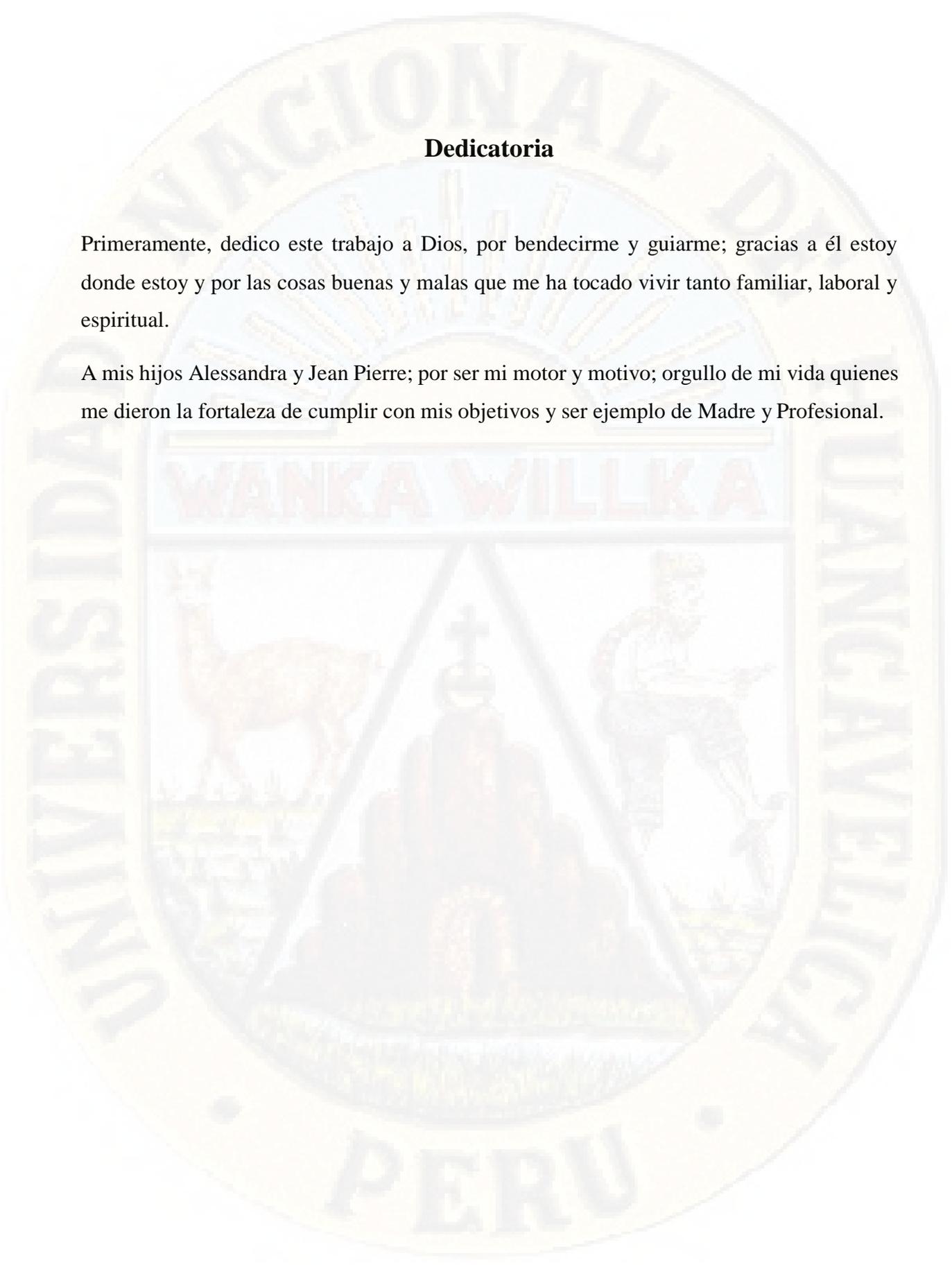
**Depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco, Yauli - Junín 2019**



**Autor: Pocomucha Sumari, Janet Miriam**



**Asesor: Dr. Leonardo Leyva Yataco**



## **Dedicatoria**

Primeramente, dedico este trabajo a Dios, por bendecirme y guiarme; gracias a él estoy donde estoy y por las cosas buenas y malas que me ha tocado vivir tanto familiar, laboral y espiritual.

A mis hijos Alessandra y Jean Pierre; por ser mi motor y motivo; orgullo de mi vida quienes me dieron la fortaleza de cumplir con mis objetivos y ser ejemplo de Madre y Profesional.

## **Agradecimiento**

Agradezco a los docentes de la Universidad por su enseñanza y a todas las personas que contribuyeron para culminar la especialidad.

A mi Padre que está con nuestro divino celestial, por cuidarme siempre y haberme dado buenos valores y ser buena hija, gracias a él soy lo que soy y a mi Madre por enseñarme a ser perseverante y a no rendirse hasta alcanzar mis objetivos.

A mi familia esposo e hijos, por brindarme su tiempo y paciencia a cumplir con mis objetivos y por no estar y compartir algunos momentos familiares.

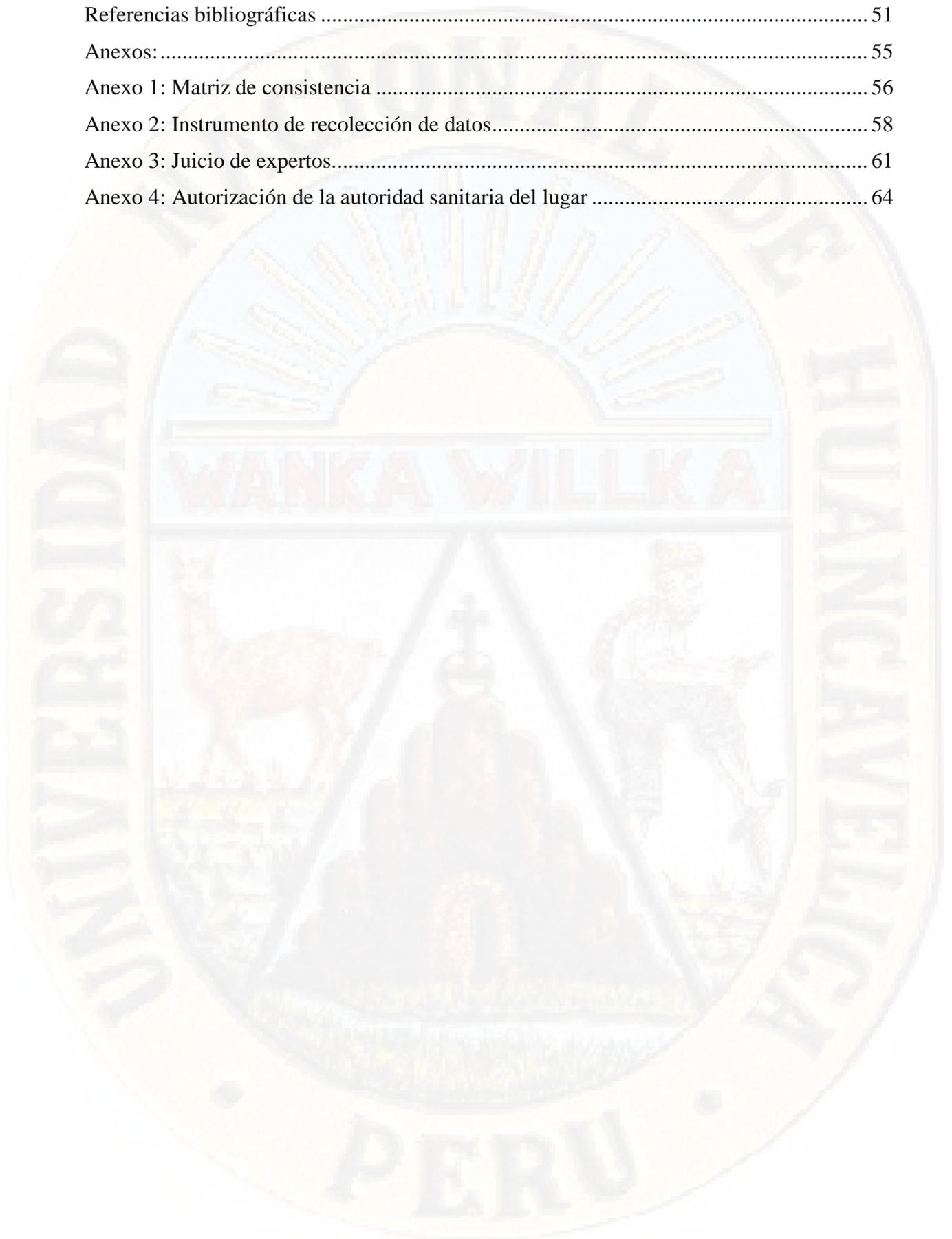
A mi Asesor Dr. Leonardo Leyva Yataco, por su dedicación y sabiduría por guiarme en este trabajo.

Al Centro de Salud Santa Rosa de Sacco por brindarme las facilidades, para poder realizar y culminar mi tesis.

## Índice

Dedicatoria.....	vi
Agradecimiento .....	vii
Índice .....	viii
Índice de tablas .....	x
Resumen .....	xi
Abstract.....	xii
Introducción.....	xiii
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1. Descripción del problema .....	15
1.2. Formulación del problema.....	16
1.3. Objetivos de la investigación.....	17
1.4. Justificación .....	18
1.5. Limitaciones .....	19
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	20
2.2. Bases teóricas y conceptuales.....	23
2.3. Definición de términos .....	35
2.4. Variables.....	36
2.5. Operacionalización de variables.....	36
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
3.1. Ámbito temporal y espacial .....	37
3.2. Tipo de investigación.....	37
3.3. Nivel de investigación .....	38
3.4. Métodos de investigación .....	38
3.5. Diseño de investigación.....	38
3.6. Población, muestra y muestreo.....	39
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	39
3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	40
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>PRESENTACION DE RESULTADOS</b>	
4.1. Análisis de información.....	41
4.2. Discusión de resultados .....	46
Conclusiones.....	49
Recomendaciones .....	50

Referencias bibliográficas .....	51
Anexos:.....	55
Anexo 1: Matriz de consistencia .....	56
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos.....	58
Anexo 3: Juicio de expertos.....	61
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar .....	64



## Índice de tablas

Tabla 1.	Edad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco de la provincia de Yauli, Junín de agosto a octubre del 2019.	41
Tabla 2.	Características de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco de la provincia de Yauli, Junín de agosto a octubre del 2019.	42
Tabla 3.	Niveles de depresión en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco de la provincia de Yauli, Junín de agosto a octubre del 2019.	43
Tabla 4.	Niveles de depresión según sexo en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco de la provincia de Yauli, Junín de agosto a octubre del 2019.	44
Tabla 5.	Manejo médico y complicaciones del paciente diabético según sexo, atendidos en el Centro de Atención Primaria III Mantaro de Huancayo, Junín de enero a junio del 2019.	45

## Resumen

**Objetivo.** Determinar el nivel de depresión según sexo y apoyo familiar en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco de la provincia de Yauli, Junín de agosto a octubre del 2019. **Método.** La investigación fue observacional, transversal de nivel descriptivo. El método fue inductivo, diseño descriptivo simple. La población fueron todas las personas adultas mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco de la provincia de Yauli, de la región Junín de agosto a octubre del 2019; que según registros estadísticos fueron un total de 81. La muestra fue censal. La técnica fue la encuesta, el instrumento fue el cuestionario con preguntas básicas para caracterizar al adulto mayor y preguntas para evaluar la depresión, según la Escala de depresión de Yesavage versión reducida (GDS 15). **Resultados.** La edad promedio de los adultos mayores fue de 73.5 años. El 50% tuvieron más de 72 años. La edad mínima fue de 61 años y la máxima 90 años. El 72.8% (59) fueron de sexo femenino y el 27.2% (22) fueron de sexo masculino. El 43.2% (35) fueron casados, el 37% (30) fueron viudos, el 11.1% (9) fueron solteros, el 6.2% (5) fueron divorciados y el 2.5% (2) fueron convivientes. El 46.9% (38) realizaban labores del hogar, el 27.2% (22) fueron comerciantes, el 18.5% (15) realizaban trabajos activos remunerados y el 7.4% (6) no realizaban actividades. El 2.5% (2) casi siempre recibieron apoyo familiar, el 50.6% (41) algunas veces recibieron apoyo familiar y el 46.9% (38) casi nunca recibieron apoyo familiar. El 39.5% (32) recibieron ayuda de su(s) hijo(s), el 4.9% (4) recibieron ayuda de su hermana(o), el 3.7% (3) recibieron ayuda de su esposa(o), el 2.5% (2) recibieron ayuda de su sobrina(o) y el 49.4% (40) no recibieron ayuda de un miembro de su familia. El 25.9% (21) no tuvieron depresión, el 19.8% (16) tuvieron depresión leve y el 54.3% (44) tuvieron depresión establecida. La depresión establecida se presentó en mayor proporción en el grupo de varones con un 59.1% en comparación al grupo de mujeres que tuvo un 52.5%. La depresión establecida se presentó en mayor proporción en el grupo de adultos mayores que casi nunca recibió apoyo familiar en un 65.8% y en el grupo que algunas veces recibió apoyo familiar en un 46.3%. Los adultos mayores sin depresión se presentaron en mayor proporción en el grupo que casi siempre recibieron apoyo familiar en un 50%, luego en el grupo que algunas veces recibió apoyo familiar en un 26.8% y en menor proporción en el grupo que casi nunca recibió apoyo familiar en un 23.7%. **Conclusiones.** Más de la mitad de adultos mayores tuvieron depresión establecida; así mismo esta se presentó en mayor proporción en el grupo de varones y en el grupo que casi nunca recibió apoyo familiar. En el grupo que recibió apoyo familiar la proporción de depresión en el adulto mayor fue menor.

**Palabras clave:** Depresión, adultos mayores, escala de Yesavage, depresión establecida.

## Abstract

**Objective.** Determine the level of depression according to sex and family support in older adults treated at the Santa Rosa de Sacco Health Center in the province of Yauli, Junín from August to October 2019. **Method.** The research was observational, cross-sectional of descriptive level. The method was inductive, simple descriptive design. The population was all older adults treated at the Santa Rosa de Sacco Health Center in the province of Yauli, in the Junín region from August to October 2019; which according to statistical records were 81. The sample was census. The technique was the survey, the instrument was the questionnaire with basic questions to characterize the elderly and questions to assess depression, according to the Yesavage Depression Scale reduced version (GDS 15). **Results.** The average age of the elderly was 73.5 years. 50% were over 72 years old. The minimum age was 61 years and the maximum was 90 years. 72.8% (59) were female and 27.2% (22) were male. 43.2% (35) were married, 37% (30) were widowed, 11.1% (9) were single, 6.2% (5) were divorced and 2.5% (2) were living together. 46.9% (38) performed household chores, 27.2% (22) were merchants, 18.5% (15) performed paid active jobs and 7.4% (6) did not perform activities. 2.5% (2) usually received family support, 50.6% (41) sometimes received family support and 46.9% (38) almost never received family support. 39.5% (32) received help from their child (ren), 4.9% (4) received help from their sister (s), 3.7% (3) received help from their spouse, 2.5% (2) received help from their niece (o) and 49.4% (40) did not receive help from a family member. 25.9% (21) had no depression, 19.8% (16) had mild depression and 54.3% (44) had established depression. The established depression occurred in a greater proportion in the group of men with 59.1% compared to the group of women who had 52.5%. Established depression occurred in a greater proportion in the group of older adults who almost never received family support in 65.8% and in the group that sometimes received family support in 46.3%. Older adults without depression presented a greater proportion in the group that usually received family support by 50%, then in the group that sometimes received family support in 26.8% and to a lesser extent in the group that almost never received support. 23.7% family. **Conclusions.** More than half of older adults had established depression; It was also presented in greater proportion in the male group and in the group that almost never received family support. In the group that received family support, the proportion of depression in the elderly was lower.

**Keywords:** Depression, older adults, Yesavage scale, established depression.

## **Introducción**

La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo; según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%; los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer (1).

Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad; la demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad (1). En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores (1, 2).

Los adultos mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas como las enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial o la diabetes; este trastorno también aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria (1, 2).

En el contexto andino del distrito de Santa Rosa de Sacco de la provincia de Yauli, Junín; se ha percibido que los adultos mayores que se atienden en la institución prestadora de servicios de salud del MINSA, presentan ciertos problemas en su salud como tristeza, falta de interés por la vida, sentimientos de culpa, trastornos del sueño o del apetito entre otros y que en varias ocasiones el personal de salud y los propios ancianos no reconocen estos problemas en su verdadera dimensión como un problema de salud mental.

Estos adultos mayores pueden presentar ciertos niveles de depresión que no son evaluados para su intervención sanitaria, el no intervenirlas puede generar problemas a su salud; por lo cual surgió la motivación de investigar el nivel de depresión en el adulto mayor, atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco de la provincia de Yauli, para contribuir a mejorar las intervenciones sanitarias en este grupo vulnerable.

El informe de investigación se describe en cuatro capítulos; el Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II detalla el marco teórico, el Capítulo III describe la metodología de la investigación; y el IV Capítulo describe el análisis e interpretación de resultados.

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción del problema

La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo; Según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%; en números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años; los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer (1).

Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad; la demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad (1).

La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana; la depresión unipolar afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores. En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores (1, 2).

La depresión cada día cobra mayor importancia; se estima que en el año 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados, por lo que el diagnóstico adecuado y oportuno permitirá brindar manejo integral que incluye psicoterapia y tratamiento médico adecuado, lo que

mejora de manera significativa la calidad de vida y el pronóstico de estas personas (3).

Los adultos mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas como las enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial o la diabetes; este trastorno también aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria (1, 2).

En el contexto andino del distrito de Santa Rosa de Sacco de la provincia de Yauli, Junín; se ha percibido que los adultos mayores que se atienden en la institución prestadora de servicios de salud del MINSA, presentan ciertos problemas en su salud como tristeza, falta de interés por la vida, sentimientos de culpa, trastornos del sueño o del apetito entre otros y que en varias ocasiones el personal de salud y los propios ancianos no reconocen estos problemas en su verdadera dimensión como un problema de salud mental.

Estos adultos mayores pueden presentar ciertos niveles de depresión que no son evaluados para su intervención sanitaria, el no intervenirlos puede generar en el adulto mayor graves implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad así como en la calidad de vida de estos ancianos; por lo cual surgió la motivación de investigar el nivel de depresión en el adulto mayor, atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco de la provincia de Yauli, para contribuir a mejorar las intervenciones sanitarias en este grupo vulnerable.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es el nivel de depresión según sexo y apoyo familiar en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco de la provincia de Yauli, Junín de agosto a octubre del 2019?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿Cuáles son las características de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco de la provincia de Yauli, Junín de agosto a octubre del 2019?
- ¿Cuáles son los niveles de depresión según sexo en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco de la provincia de Yauli, Junín de agosto a octubre del 2019?
- ¿Cuáles son los niveles de depresión según el apoyo familiar en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco de la provincia de Yauli, Junín de agosto a octubre del 2019?

## **1.3. Objetivos de la investigación**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar el nivel de depresión según sexo y apoyo familiar en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco de la provincia de Yauli, Junín de agosto a octubre del 2019.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Identificar las características de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco de la provincia de Yauli, Junín de agosto a octubre del 2019.
- Determinar los niveles de depresión según sexo en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco de la provincia de Yauli, Junín de agosto a octubre del 2019.
- Determinar los niveles de depresión según el apoyo familiar en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco de la provincia de Yauli, Junín de agosto a octubre del 2019.

#### **1.4. Justificación**

La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana; la depresión unipolar afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores. En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores (1, 2).

En el contexto andino del distrito de Santa Rosa de Sacco de la provincia de Yauli, Junín; se ha percibido que los adultos mayores que se atienden en la institución prestadora de servicios de salud del MINSA, presentan ciertos problemas en su salud como tristeza, falta de interés por la vida, sentimientos de culpa, autoestima disminuida, trastornos del sueño o del apetito, cansancio, falta de concentración y que en varias ocasiones el personal de salud y los propios ancianos no reconocen estos problemas en su verdadera dimensión como un problema de salud mental y por otra parte el temor de tener un problema de salud mental propicia que las personas sean aún más reacias a buscar ayuda.

Estos adultos mayores pueden presentar ciertos niveles de depresión que no son evaluados para su intervención sanitaria el no intervenirlos puede generar en el adulto mayor graves implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad, así como en la calidad de vida de estos ancianos

Por esta razón surgió la motivación de investigar el nivel de depresión en el adulto mayor, atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco de la provincia de Yauli; ya que en el ámbito no existen estudios que permitan saber cómo afecta la depresión en el adulto mayor; el resultado de esta investigación permitirá conocer la magnitud del problema, plantear estrategias adecuadas al contexto para su intervención y control de este problema de salud en este grupo vulnerable.

Así mismo los resultados de este estudio, servirán como evidencia científica para otras investigaciones, que aporte información necesaria para mejorar e incentivar la

participación de los adultos mayores y sus familias en el cuidado y la atención necesaria para su familiar.

### **1.5. Limitaciones**

Los resultados de la investigación y su interpretación son representativos en el contexto y ámbito de estudio; pueden tener limitaciones al extrapolarse a otros contextos o realidades, debido a que las condiciones socio culturales y otros determinantes propios del contexto pueden ser diferentes en otros ámbitos. Por otra parte, la aplicación de los instrumentos de investigación como los cuestionarios tomo más tiempo de lo previsto, debido al desplazamiento del investigador de campo a los domicilios de los adultos mayores.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de la investigación**

Padilla et al (4); investigaron los factores asociados a la sospecha de depresión identificada a través de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage; con el objetivo principal de establecer los factores asociados a la sospecha de depresión identificada en la población de un CESFAM de la comuna de Recoleta, a través de la “Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage”; Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo-transversal, en 92 personas de 65 años o mayores, con “Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage” aplicada; a través de recolección de datos de pacientes a través de fuente secundaria, desde sistema de ficha electrónica de CESFAM de procedencia; Resultados principales: Un 51,08% presentó algún grado de sospecha de depresión; 58,7% eran solteros/as; 16,30% completó la enseñanza media; 14,13% tenían empleo; 90,22% presentó redes de apoyo; 58,70% con inactividad física; Conclusión: La depresión es una enfermedad afecta a los adultos mayores acarreando efectos deletéreos para su salud, por esto es importante establecer un enfoque preventivo en salud, a través de identificación de factores de riesgo.

Zamora (5); en su tesis investigo los determinante s que influyen en la prevalencia de la depresión del adulto mayor que habita en la Cooperativa Tácito Ortiz Urriola en la ciudad de Esmeralda; con el objetivo de identificar la depresión del adulto mayor que habita en la cooperativa Tácito Ortiz Urriola, de Esmeraldas, Ecuador; dentro de la problemática se refiere que las personas de la tercera edad deben ser especiales, ya que su organismo no es el mismo y ha sufrido diversos cambios, por eso el problema se formuló para saber cuáles son los determinantes que influyen en la prevalencia de la depresión del adulto mayor que habita en esa cooperativa. El diseño de investigación fue cuali-cuantitativo, de alcance descriptivo y de corte

transversal. La población total la conformaron 34 adultos mayores, pero para la obtención de la muestra probabilística, se aplicó la fórmula aleatoria simple, quedando como muestra 30 adultos mayores de 65 años en adelante. Los resultados muestran el 33,3% de los adultos mayores estudiados se encuentra con depresión moderada y el 10% presenta depresión severa; el 50% de estas personas tienen un estado civil de divorciado o viudo; las principales enfermedades concomitantes que producen dolor crónico, presentes en 12 de los 13 adultos con sintomatología depresiva son la artritis, artrosis, y el cáncer. Existe la percepción de que la funcionalidad familiar no es como hace 30 o 40 años atrás. Hay un 61,53% de los adultos mayores que evitan salir por sentimientos de vergüenza por poder presentar incontinencia urinaria o de flatulencias intestinales. Se concluye que el estado depresivo más común fue la depresión moderada y los determinantes que influyen en la prevalencia de la depresión del adulto mayor que habita en la cooperativa Tácito Ortiz Urriola son el estado civil de viudo/a o divorciado/a, el bajo nivel de ingreso económico en la familia donde reside cada anciano, el tiempo de convivencia del cuidador con el anciano, el estado de soledad mantenida, y la indiferencia de los familiares hacia los adultos mayores, que provocan alteraciones significativas en su estado de ánimo.

Carvajal (6); en su tesis investigó las causas asociadas a la depresión en los residentes de la fundación hogar del anciano de Belén de Umbría, Risaralda, Colombia; con el objetivo de conocer los factores de riesgo ligados a la depresión que poseen los adultos mayores institucionalizados en el hogar del anciano de Belén de Umbría Risaralda, el estudio fue descriptivo y transversal en una población de 38 adultos mayores, de género masculino y femenino, edades entre 58 años y 95 años; donde 29 adultos mayores cumplieron con los criterios de inserción y se les aplicó el Test de Yesavage que permite evaluar los síntomas depresivos en los adultos mayores; al tabular la información del test se pudo constatar que el 63% fueron mujeres y el 37% varones, el 42% de este grupo etario no tuvieron depresión, mientras que el 26% padecen una depresión leve, el 8% una depresión establecida y el 24% no fueron evaluados; las principales causas de depresión en los adultos mayores fueron: las patologías degenerativas con un 41%, dolor crónico un 14%, abandono 34%, nivel socioeconómico bajo 55%, y falta de apoyo familiar 65%; Concluyendo así que los

principales factores de riesgo que afligen a los adultos mayores para adquirir una patología depresiva son los factores biológicos, factores psicológicos y los factores sociales.

Quispe (7); en su tesis investigo la ansiedad depresión y factores de riesgo del adulto mayor beneficiarios del programa pensión 65; con el objetivo de determinar la prevalencia de ansiedad, depresión y sus factores de riesgo en los Adultos Mayores beneficiarios del programa pensión 65 Puesto de Salud Pata-Pata, Cajamarca 2018, el tipo de estudio fue descriptivo-transversal, la muestra estuvo conformada por 40 Adultos Mayores de ambos sexos, a quienes se les aplicó la Escala de Yesavage, la Escala de Goldberger y un cuestionario de factores biopsicosociales; procesando los datos con el SPSS versión 19, respetándose los principios éticos y de rigor científico; Resultados: la prevalencia encontrada fue 20% y 72,5% de ansiedad y nivel leve de depresión respectivamente; se encontró como factores de riesgo biológicos: presentan dolor crónico 72,5%, presencia de enfermedades crónicas 70%, la falta de tratamiento médico 57,5%, y el sexo femenino con 52,5%; en los factores psicológicos: los más relevantes son: temor a enfermarse 95%, temor a la muerte 75%, sienten que el desempeño de sus actividades de la vida diaria lo realizan con dificultad 70%, suelen estar tristes o llorosos 57,5%; respecto al factor social: sus familias no les hacen partícipe en la toma de decisiones respecto a sus actividades de la vida diaria 47,5%; la frecuencia de acercamiento con sus amigos o vecinos es de 45%; no participan en ningún tipo de actividad recreativa, deportiva o social 35%; están en situación de viudez 30%, Conclusión: La prevalencia de ansiedad, depresión y factores de riesgo biopsicosociales presentes en los Adultos Mayores varían de acuerdo a las situaciones favorables o desfavorables que les han tocado vivir, en la mayoría son positivas, las mujeres tienen en mayor porcentaje ansiedad y depresión.

Palomino y Peña (8); en su tesis investigaron los factores sociodemográficos y depresión en adultos mayores atendidos en un centro de salud, distrito de Curgos - provincia de Sánchez Carrión, año 2018; con la finalidad de determinar la relación existente entre los factores sociodemográficos y el nivel de depresión en adultos mayores de 60 a 80 años; Metodología: La investigación fue cuantitativa, descriptiva, correlacional, de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 120 adultos

mayores; para la recolección de datos se utilizó el cuestionario: percepción de funcionalidad familiar y la escala de depresión geriátrica de Yesavage; Los resultados fueron presentados en tablas de simple y doble entrada, la información fue procesada y analizada mediante la prueba estadística “chi-cuadrado”; se encontró que el mayor porcentaje (34,2%) fueron adultos mayores con familias disfuncionales, de los cuales el 20,8% fueron mujeres, el 21,7% estuvieron entre los 60 a 69 años de edad; seguido del (28,3%) con familia severamente disfuncional, siendo el 17,5% mujeres, el 19,2% estuvieron entre 60 a 69 años de edad; el (19,2%) fueron adultos mayores con familias moderadamente funcional, el 10,0% varones, estuvieron entre los 60 a 69 años de edad; solo el (18,3%) fueron adultos mayores con familia funcional, el 15,0% mujeres y el 11,7% estuvieron entre 60 a 69 años de edad; respecto al nivel de depresión, el mayor porcentaje (37,5%) de adultos mayores presentaron depresión severa, seguido depresión moderada (29,2%), depresión leve (20%) y 13,3% sin depresión; concluyendo que existe relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre los factores sociodemográficos: Grado de funcionalidad familiar, sexo y edad con el nivel de depresión en adultos mayores.

## **2.2. Bases teóricas y conceptuales**

### **2.2.1. Envejecimiento: denominaciones y connotaciones**

El envejecimiento es un proceso natural que consiste en un deterioro progresivo del organismo; comienza antes del nacimiento y continúa durante todo el ciclo de vida; no obstante, las personas no envejecen de la misma manera, y ya está bien documentado que la calidad de vida y el funcionamiento durante la vejez es el resultado a las acciones y omisiones que se desarrollan durante las diferentes etapas de vida (9).

En distintas épocas el proceso de envejecer ha sido denominado de diferentes formas: ancianidad, senectud, senescencia, senilidad, gerontes, abuelos, tercera edad, cuarta edad, adultos mayores, entre otros. Para la Organización Mundial de la Salud – OMS, una persona mayor es quien tiene 60 años y más. En 1996 las Naciones Unidas proponen denominar a este grupo poblacional personas adultas mayores, con la resolución 50/141 aprobada en Asamblea General (9).

La vivencia del envejecimiento es una experiencia singular ligada a los diferentes significados que tiene el envejecer y que se inscriben en un determinado contexto histórico-social; este produce una variedad de discursos, instituyendo y legitimando algunas prácticas que en lo relativo a la vejez la connotan negativamente<sup>7</sup>. En tal escenario, las personas adultas mayores se sienten censuradas, excluidas e inhiben sus capacidades; es cierto que el envejecimiento físico trae como consecuencia la pérdida de un conjunto de habilidades, pero la mayor pérdida que puede resentir una persona es la social y afectiva (9).

### **2.2.2. Persona adulta mayor**

Según Ley Peruana N° 30490, Ley de la persona adulta mayor, publicada en El peruano el jueves 21 de julio de 2016 (10).

La persona adulta mayor es a aquella que tiene 60 o más años de edad (10).

Son principios generales para la aplicación de la Ley de la persona adulta mayor:

- a) Promoción y protección de los derechos de las personas adultas mayores  
Toda acción pública o privada está avocada a promover y proteger la dignidad, la independencia, protagonismo, autonomía y autorrealización de la persona adulta mayor, así como su valorización, papel en la sociedad y contribución al desarrollo (10).
- b) Seguridad física, económica y social  
Toda medida dirigida a la persona adulta mayor debe considerar el cuidado de su integridad y su seguridad económica y social (10).
- c) Protección familiar y comunitaria  
El Estado promueve el fortalecimiento de la protección de la persona adulta mayor por parte de la familia y la comunidad (10).
- d) Atención de la salud centrada en la persona adulta mayor  
Todas las acciones dirigidas a la persona adulta mayor tienen una perspectiva biopsicosocial, promoviendo las decisiones compartidas entre los profesionales de la salud y la persona adulta mayor; integrando en la atención los aspectos biológicos, emocionales y contextuales junto a las expectativas

de los pacientes y valorando además la interacción humana en el proceso clínico (10).

### **2.2.3. Trastornos del estado de ánimo**

El estado de ánimo se define como un tono emocional o sentimental generalizado y sostenido que influye en el comportamiento de una persona y proporciona “color” a su percepción de formar parte del mundo; los trastornos del estado de ánimo –en ocasiones llamados trastornos afectivos– constituyen una categoría importante dentro de las enfermedades psiquiátricas y engloban el trastorno depresivo, el trastorno bipolar y otros trastornos que se comentan en esta sección y en la siguiente (11).

Se emplea una gran variedad de adjetivos para describir el estado de ánimo: deprimido, triste, vacío, melancólico, angustiado, irritable, inconsolable, exultante, eufórico, maníaco, alegre y muchos otros, todos de naturaleza descriptiva; algunos los puede observar el clínico (por ejemplo, un semblante triste) y otros sólo puede sentirlos el paciente (por ejemplo, desesperanza) (11). El estado de ánimo puede ser lábil, fluctuando o alternando rápidamente entre extremos (por ejemplo, fuertemente y de forma expansiva en un momento, y al siguiente llorar desesperadamente); otros signos y síntomas de los trastornos del estado de ánimo son el cambio en el nivel de actividad, las funciones cognitivas, el habla y las funciones vegetativas (como sueño, apetito, actividad sexual y otros ritmos biológicos) (11). Estos cambios originan casi siempre un deterioro del funcionamiento interpersonal, social y laboral; resulta tentador considerar los trastornos del estado de ánimo como un continuo de las variaciones normales del estado de ánimo, pero los pacientes que presentan estos problemas atribuyen una calidad inexplicable, aunque característica, a su estado patológico (11).

### **2.2.4. Depresión**

El trastorno de depresión mayor aparece sin antecedentes de un episodio de manía, mixto o hipomanía; el episodio depresivo mayor debe durar al menos 2 semanas, y la persona con este diagnóstico generalmente experimenta también al menos cuatro síntomas de una lista en la que se incluyen cambios

en el apetito y el peso, en el sueño y la actividad, falta de energía, sentimientos de culpa, problemas para pensar y tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio (12).

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (2). La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria; en su forma más grave, puede conducir al suicidio; si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional; la depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria (2).

### **2.2.5. Factores contribuyentes y prevención de la depresión**

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos; quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión; a su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión (2, 13).

Hay relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa (2, 13).

Está demostrado que los programas de prevención reducen la depresión; entre las estrategias comunitarias eficaces para prevenirla se encuentran los programas escolares para promover un modelo de pensamiento positivo entre los niños y adolescentes; las intervenciones dirigidas a los padres de niños con problemas de conducta pueden reducir los síntomas depresivos de los padres y mejorar los resultados de sus hijos; los programas de ejercicio para

las personas mayores también pueden ser eficaces para prevenir la depresión (2, 13).

## 2.2.6. Diagnóstico de la depresión

Se establece con base en el interrogatorio propositivo y examen mental. En el adulto mayor las quejas somáticas, el deterioro cognitivo y los trastornos del sueño suelen predominar, siendo éstos los principales motivos de demanda de atención; Más de la mitad de los pacientes que acuden a medicina familiar con trastornos de ansiedad y depresión mayor refieren síntomas somáticos más que psicológicos (14) (III,C).

### DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN MAYOR EN EL ADULTO MAYOR

#### Criterio A

En este último mes, durante al menos 2 semanas, casi todos los días:

Síntomas	Preguntas
Estado de ánimo bajo con presencia de consternación, tristeza, melancolía y pesadumbre, desesperanza y desamparo, apatía, falta de iniciativa y/o irritabilidad.	¿Se ha sentido triste, desanimado o deprimido?
Pérdida de capacidad para disfrutar actividades previamente placenteras (Anhedonia).	¿Ha perdido el interés en las actividades que antes le ocasionaban placer?
Pérdida de energía o fatiga; con una reducción significativa del nivel de actividad.	¿Se ha sentido con falta de energía o cansado todo el tiempo, aun cuando no haya realizado sus actividades habituales?

- Si al menos una de las tres preguntas anteriores es contestada afirmativamente, el paciente se considera con posible depresión, y está indicado pasar a las preguntas del criterio B, para diagnóstico de certeza y grado en caso de existir.  
- Si todas las respuestas son negativas, no continuar con la entrevista.

#### Criterio B

En este último mes, durante al menos 2 semanas, casi todos los días: (Se evalúa por síntomas positivos, y las preguntas sirven para explorar los síntomas; una o más respuestas positivas de las preguntas de un síntoma lo hacen positivo):

Síntomas	Preguntas
Disminución de la atención y concentración	¿Ha presentado dificultad para pensar o concentrarse en actividades como leer, platicar, ver la televisión, o realizar sus tareas domésticas? ¿Ha presentado dificultad para tomar sus propias decisiones, en cosas que antes no le costaban trabajo?
Pérdida de confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad	¿Se ha sentido inferior a otras personas? ¿Ha perdido la confianza en usted mismo a un grado que no se atreve a opinar acerca de nada?
Ideas de culpa y de ser inútil	¿Se ha sentido culpable por todo lo que le pasa o todo lo que sucede a su alrededor? ¿Se siente inútil para realizar las actividades que habitualmente realiza?
Perspectiva sombría del futuro	¿Ha perdido la esperanza en el futuro?
Alteraciones en el apetito y peso (disminución o incremento).	¿Ha notado que ha aumentado o disminuido su apetito? ¿Ha notado que ha perdido o ganado peso por lo menos un kilogramo por semana o más sin utilizar dieta alguna?
Trastornos de sueño (Insomnio o hipersomnia)	¿Ha presentado dificultad para empezar a dormir en el momento de acostarse? ¿Ha presentado dificultad para permanecer dormido o se ha despertado más temprano de lo habitual? ¿Permanece dormido más tiempo del habitual? ¿Le cuesta trabajo despertar por la mañana, después de haber dormido el tiempo habitual?
Pensamientos y actos suicidas o autoagresiones	¿Ha pensado usted en morir o desaparecer? ¿Ha pensado usted en querer matarse?

### 2.2.6.1. Criterios para las especificaciones de gravedad para el episodio depresivo

**Síndrome depresivo:** Para realizar el diagnóstico deben estar presentes 3 o menos síntomas del criterio A + criterio B (15);

aunque en la presente guía el diagnóstico se fundamenta en CIE 10, se agrega esta salida para alertar al médico de primer contacto de la existencia de pacientes en riesgo de síndrome depresivo que amerite manejo psicofarmacológico y la necesidad de darles consejería médica con vigilancia periódica.

**Depresión (15)** (Esta gradación del CIE 10, podría ser comparable con Depresión mayor del DSM IV TR).

**Leve (15)** Para realizar el diagnóstico, deben estar presentes dos de los tres síntomas del criterio A (16), más dos de los síntomas complementarios del criterio B (16); Además, puede presentarse alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no la deje por completo.

**Moderada (15):** Para realizar el diagnóstico, deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas del criterio A, más tres de los síntomas complementarios del criterio B; Además de grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica (15).

**Grave (15)** Para realizar el diagnóstico, deben estar presentes los tres síntomas del criterio A, y por lo menos cuatro de los síntomas complementarios del criterio B; porque no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado, y el riesgo suicida está presente, o porque pudo haber realizado intentos suicidas (15).

**Con síntomas psicóticos:** Además de los criterios para episodio depresivo mayor grave, presenta: ideas delirantes que suelen incluir temas de pecado, ruina o catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable; alucinaciones auditivas u olfatorias que suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias y/o cacosmia;

inhibición psicomotriz grave que puede progresar hasta estupor depresivo (15). El riesgo suicida es elevado.

**O sin síntomas psicóticos.**

#### **2.2.6.2. Criterios de referencia al psiquiatra**

- Paciente con depresión que ha recibido en el primer nivel de atención el manejo psicoterapéutico, psicosocial y psicofarmacológico con dosis terapéutica, por lo menos durante 6 semanas, pero sin mejoría o que empeora (17).
- Depresión grave con deterioro psicosocial significativo.
- Pacientes con riesgo suicida (15) daño auto infligido deliberadamente, pensamientos y/o conductas suicidas; manejo previo con diferentes antidepresivos; pacientes manejados con antidepresivos a dosis superiores a las terapéuticas; pacientes manejados con dosis sub-terapéuticas de antidepresivos por más de 30 días; pacientes manejados con fluoxetina y que además consumen por iniciativa propia alcohol y/o drogas de abuso (18).
- Síntomas psicóticos. Los dos últimos puntos se consideran condiciones de urgencia médica, y se debe valorar el manejo hospitalario.

#### **2.2.7. Tratamiento de la depresión**

El tratamiento debe iniciar al momento de realizarse el diagnóstico. Los pacientes deprimidos tratados con antidepresivos tienen una mejoría significativamente mayor que aquellos tratados con placebo o no tratados, pero si se agregan al manejo los aspectos psicológicos, incrementa su efectividad; las metas del tratamiento son: mejorar el humor y la calidad de vida, reducir la morbilidad y mortalidad, prevenir la recurrencia del trastorno, minimizar los efectos adversos del tratamiento, así como reestablecer y/o mejorar la funcionalidad física, mental y social (19).

El estándar de tratamiento incluye tres intervenciones en conjunto: psicofarmacológica, psicoterapéutica y psicosocial, con citas a consulta de vigilancia cada dos semanas durante las primeras seis semanas en el primer nivel de atención; esto ha evidenciado la mejora del apego al tratamiento hasta 40% (80% de mejoría para pacientes con triple manejo y 40% para pacientes sólo con manejo psicofarmacológico además de consultas mensuales) (19).

**Intervención psicoterapéutica.** Es la educación sobre la enfermedad y el apoyo emocional, que el médico dará a su paciente durante su consulta habitual, el usar sólo esta medida, no es efectivo para el manejo de la depresión.

**Intervención psicofarmacológica.** Para decidir el tratamiento de elección se recomienda verificar siempre las posibles interacciones medicamentosas y contraindicaciones; en enfermedades crónicas se debe evaluar la función renal con la fórmula de Cockcroft- Gault (19):

$$CL_{Cr} = [140 - \text{edad (años)}] \times \text{peso (kg)} / [72 \times \text{niveles de creatinina sérica (mg/dL)}] \times 0,85 \text{ en mujeres};$$

para hacer el ajuste correspondiente.

Los antidepresivos tricíclicos (ADT) (imipramina y amitriptilina) tienen más efectos secundarios (anticolinérgicos y cardiotoxicos) que los antidepresivos heterocíclicos o inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), y se administran tres veces al día; por lo que su uso no se recomienda en el primer nivel de atención y debe reservarse para indicación exclusiva del médico especialista en psiquiatría (19).

Los ISRS son de mayor costo económico, menos efectos secundarios y se administran una vez al día, por lo que existe mayor apego al tratamiento y en el paciente ambulatorio adulto mayor, la combinación de ISRS y terapias psicológicas es el tratamiento más efectivo para la depresión mayor leve o moderada. Los medicamentos sugeridos son: fluoxetina (fluoxac, prozac), o citalopram (seropram), o paroxetina (aropax, paxil) (en ese orden de recomendación), los tres en presentación de tabletas o cápsulas orales de 20 miligramos (19).

En los pacientes que además presenten ansiedad y/o insomnio se sugiere utilizar clonazepam (rivotril) en gotas para un mejor control de dosis, ya que las modificaciones se podrán realizar a micro dosis de 0,1 mg = 1 gota, en dosis respuesta, debiendo suspenderse al desaparecer la ansiedad o insomnio; en todos los casos debe existir monitorización frecuente por la posible aparición de sedación como efecto secundario, adecuando la dosis a las necesidades de cada paciente (19).

**Intervención psicosocial.** Es el tercer punto de la terapia combinada y se refiere a mantener un contexto social sano, debido a que no es posible sanar a un individuo si permanece enfermo el ambiente social que le rodea; para lograrlo se pueden recomendar actividades que mejoren la salud psicosocial del individuo como la incorporación a grupos de ayuda mutua o grupos de voluntarios en clubes de adultos mayores, casas de la cultura, unidades operativas de prestaciones sociales, unidades de medicina familiar, organizaciones no gubernamentales, etc; con el fin de favorecer el establecimiento de redes de apoyo social formales e informales (19).

### Intervención psicofarmacológica en el adulto mayor con depresión

Presentación	Dosis inicial	Dosis de mantenimiento	Eventos adversos	Interacciones y contraindicaciones
1ª elección Fluoxetina 20 mgs. (ISRS)	10 o 20 mgs. vía oral c/24 hrs. Matutina por 1 semana	20-40 mgs. c/24 hrs.	Ansiedad, cefalea, hiporexia, temblor y disfunción sexual	Difenilhidantoina, carbamacepina, haloperidol, diazepam, alprazolam, litio, warfarina. Contraindicación: uso de inhibidores de la monoaminoxidasa.
2ª elección Citalopram 20 mgs. (ISRS)	10 o 20 mgs. vía oral c/24 hrs. Matutina por 1 semana	20-40 mgs. c/24 hrs.	Resequedad de mucosa (boca seca, estreñimiento, disminución en la producción de lágrimas), mareo, náusea, ansiedad, insomnio, cefalea, vértigo y disfunción sexual.	Interacciones: Triptanos para tratamiento de migraña (sumatriptam). Contraindicación: uso de inhibidores de la monoaminoxidasa.
3ª elección Paroxetina 20 mgs. (ISRS)	10 o 20 mgs. vía oral c/24 hrs. Matutina por 1 semana	20-40 mgs. c/24 hrs.		Interacciones: Difenilhidantoina, haloperidol, diazepam, litio, warfarina. Contraindicaciones: consumo de alcohol, y otros psicotrópicos, uso de inhibidores de la monoaminoxidasa.
En caso de ansiedad y/o insomnio:				
Clonazepam gotas 2.5mgs/ml.	0.1 mg. vía oral diluido c/24 hrs.	De 0.1 a 3 mgs. en 24 hrs vía oral diluido, a dosis respuesta	Sedación, hiporreflexia, fatiga tácil, debilidad y estado confusional.	Contraindicaciones: Manejo de máquinas de precisión o vehículos. Consumo de alcohol. Hipersensibilidad. Miastenia gravis. Glaucoma de ángulo cerrado.

### 2.2.8. Escala de Depresión Geriátrica (GDS), creada por Yesavage

La Escala de Depresión Geriátrica (GDS), creada por Yesavage et al, ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores. El

cuestionario largo GDS es una herramienta breve de 30 puntos en el que los participantes deben responder por sí o por no con respecto a cómo se sintieron en la última semana; en 1986, se creó un cuestionario corto GDS, que consiste de 15 preguntas; para la versión corta, se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación; de los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente (20).

La escala de Depresión de Yesavage (versión reducida), conocida también con el nombre de GDS - 15. Se considera el único auto informe construido específicamente para adultos mayores y su principal ventaja es que no mezcla síntomas físicos con los depresivos. Se centra en aspectos cognitivo conductuales relacionados con las características específicas de la depresión del adulto mayor (21).

La Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) categoriza la depresión en tres niveles: Sin depresión o ausente (0 a 5), depresión leve (6 a 9), depresión establecida (10 o más), la versión de 15 ítems ha demostrado una fiabilidad ínter intra-observador muy alta, con una validez predictiva similar a la referida: sensibilidad del 80% y especificidad del 75% para el punto de corte 5 (21).

El uso del test de depresión geriátrica de Yesavage ha demostrado ser un instrumento de mucha utilidad en la detección de trastornos depresivos por su alta sensibilidad y especificidad; identificar las características sociodemográficas y clínicas asociadas a síntomas depresivos contribuirá a orientar la aplicación del screening en aquellos ancianos que tengan más probabilidad de padecerlo (22).

### **2.2.9. Características sociales**

Un factor social es una vía de explicación multilateral de la complejidad de una realidad concreta o sistema social, gracias al análisis de las múltiples conexiones que como parte de ese sistema y de otros se establecen a través suyo, permitiendo obtener una visión parcial de la totalidad de la misma (23). Los factores sociales en cualquier realidad concreta están constituidos por las interacciones que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación de lo social, como son: las estructuras sociales, las instituciones sociales como la familia, la escuela, el estado, la religión, la cultura, etcétera (23).

#### **2.2.9.1. Edad**

Tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento; La edad también representa cada una de las etapas del desarrollo físico y los periodos en que se divide la vida humana, como la infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez (23).

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas.

#### **2.2.9.2. Educación**

La educación materna ha mostrado una relación inversamente proporcional con los problemas de salud; según algunos investigadores esto se explicaría porque las personas con un mejor nivel educacional optan por cuidados y el control de su salud; Mosley menciona que en países subdesarrollados la educación paterna puede ser tan importante como la materna, ya que un padre mejor educado es quien decide en última instancia por una adecuada atención médica o cuidados de sus hijos (24).

#### **2.2.9.3. Estado civil**

Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto; Conjunto de

las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas (25).

Estado civil es esencialmente un atributo de la persona, una cualidad que lleva consigo que le permite diferenciarse y distinguirse legalmente de los demás; se distinguen 06 tipos.

Soltero: Es la persona que no tiene unión legal con otra persona.

Casado: Persona que legalmente está unida a otra persona atribuyéndoseles derechos y obligaciones de la otra (26).

Conviviente: es la persona que legalmente no está unida, pero que desarrolla una vida de convivencia con otra atribuyéndosele algunas obligaciones y responsabilidades (26).

Divorciado: Es la persona que legalmente por trámite judicial culmina el matrimonio, pudiendo desarrollar de forma libre acciones personales y/o familiares (27).

#### **2.2.9.4. La Familia**

Para la Organización Mundial de la Salud, “La familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella” (28).

La familia puede definirse según los sociólogos como un grupo social primario de la sociedad de la cual forma parte y a la que pertenece el individuo, dotando a este de características materiales, genéticas, educativas y afectivas (28).

Según definición de Horwitz la familia es una unidad de atención médica, que incluye a todas las personas que conviven en una misma unidad residencial entre las cuales existen lazos de

dependencia y obligaciones recíprocas, y que, por lo general, están ligadas por lazos de parentescos (29).

### 2.3. Definición de términos

**Depresión.** Es un trastorno mental frecuente, se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (2).

**Persona adulta mayor.** Persona que tiene 60 o más años de edad.

**Test de depresión geriátrica de Yesavage (GDS 15).** Es un cuestionario corto, que consiste de 15 preguntas; que guardan la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudio; es un instrumento de mucha utilidad en la detección de trastornos depresivos por su alta sensibilidad y especificidad (22).

**Característica.** Una característica es una cualidad o particularidad que permite identificar a algo o alguien, distinguiéndolo de sus semejantes. Puede tratarse de cuestiones vinculadas al aspecto social, médico, personal, biológico, físico, temperamento, la personalidad entre otros.

**Aspectos Sociales.** Es aquello que está relacionado o apunta a la sociedad. Este concepto engloba al grupo de individuos que comparten una cultura y que interactúan entre sí para conformar una comunidad. Estas definiciones nos permiten entender la noción de contexto social, la cual abarca todos los factores culturales, económicos, históricos, etc. que forman parte de la identidad y de la realidad de una persona.

**Atención en Salud.** Es el conjunto de procesos o asistencia sanitaria a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población.

## 2.4. Variables

**Variable:** Nivel de depresión según sexo y apoyo familiar en adultos mayores

**Dimensión:** Características de la persona adulta mayor

Edad del adulto mayor

Sexo del adulto mayor

Estado civil del adulto mayor

Actividad realiza la mayor parte del tiempo el adulto mayor

Apoyo familiar del adulto mayor

Miembro de la familia que ayuda al adulto mayor

**Dimensión:** Depresión

Nivel de depresión del adulto mayor

## 2.5. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor
Nivel de depresión según sexo y apoyo familiar en adultos mayores	Es la valoración de la depresión en el adulto mayor a través de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15), creada por Yesavage et al., que consiste en 15 preguntas que guardan la mayor correlación con los síntomas depresivos.	Cuestionario para la evaluación de la depresión aplicado a personas adultas mayores atendidas en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco	Características del paciente	Edad del adulto mayor	¿Cuántos cumpleaños tienen a la fecha?	Numérico
				Sexo del adulto mayor	¿Cuál es su sexo?	Masculino (1) Femenino (2)
				Estado civil del adulto mayor	¿Cuál es su estado civil?	Soltera (1) Conviviente (2) Casada (3) Viuda (4) Divorciada (5)
				Actividad realiza la mayor parte del tiempo el adulto mayor	¿Qué actividad realiza la mayor parte del tiempo?	Labores del hogar (1) Trabajo activo remunerado (2) No realizo actividades (3) Otro especificar (4)
				Apoyo familiar del adulto mayor	¿Recibe apoyo familiar?	Casi siempre (1) Algunas veces (2) Casi nunca (3)
				Miembro de la familia que ayuda al adulto mayor	¿Qué miembro de su familia le ayuda?	Esposa(o) (1) Hijos(as) (2) Hermano(a) (3) Sobrino(a) (4) Ninguno (5) Otros detalle (6)
			Depresión	Nivel de depresión del adulto mayor	Preguntas del Cuestionario sobre depresión en el adulto mayor según la Escala de depresión de Yesavage (GDS 15 versión reducida)  Anexo 2: Instrumento de recolección de datos.	Sin depresión o normal (0 a 5) Depresión leve (6 a 9) Depresión establecida (10 a mas)

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. Ámbito temporal y espacial**

La investigación sobre la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco, Yauli - Junín 2019; se realizó en el distrito de Santa Rosa de Sacco, de la Provincia de Yauli de la región Junín.

El distrito de Santa Rosa de Sacco es uno de los diez que conforman la provincia de Yauli, ubicada en el departamento de Junín en el centro del Perú.

El distrito, se encuentra linealmente a lo largo de la Carretera Central, dividido por los ríos Yauli y Mantaro, en el paralelo y al Nor Oeste de La Oroya. Tiene una altura capital de 3,814 m.s.n.m., latitud sur 11° 33' 15", Longitud oeste 75° 57' 15 y Densidad de población (hab/km<sup>2</sup>) 111.75. Presenta una extensión territorial de 101, 90 km<sup>2</sup> y cuenta con una geografía accidentada entre los distritos de Pacha y Morococha. Por el Norte, limita con el distrito de Paccha; hacia el Sur, con el distrito de Yauli; por el Este, con el distrito de La Oroya; y por el Oeste, con el distrito de Morococha. Su orientación es de Sur-Este a Norte-Oeste.

El clima es sub-húmedo y frío, con una temperatura media anual de 7.5°C y una precipitación total anual de 650 mm; la mayor cantidad de lluvias se concentran entre enero y marzo. Santa Rosa de Sacco presenta un único piso ecológico denominado puna, cuya altitud va entre 3,750 y 4,100 m.s.n.m.

#### **3.2. Tipo de investigación**

El estudio fue una investigación observacional, descriptiva, de corte transversal; observacional porque no existió intervención del investigador, transversal porque todas las mediciones se hicieron en una sola ocasión, por lo que no existió períodos de seguimiento, descriptivo porque sus datos fueron utilizados con finalidades puramente descriptivas; Su propósito fue describir la variable y analizarla en un momento dado (30-32).

### **3.3. Nivel de investigación**

El nivel de investigación fue descriptivo (DANKHE 1986); Su propósito fue describir (medir) el comportamiento de la variable en forma independiente; la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento; es decir, midió y/o recogió información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren (30, 33-35).

### **3.4. Métodos de investigación**

#### **3.4.1. Método general.**

Se utilizó el método inductivo. Según Pimienta es aquel que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares; se trata del método científico más usual, en el que pueden distinguirse cuatro pasos esenciales: la observación de los hechos y su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización y la contrastación; es un método científico que elabora conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares y parte de lo particular a lo general (36).

#### **3.4.2. Método Básico**

Se utilizó el método descriptivo porque se describió las características de la población de estudio en su forma natural, basada en la observación (36).

### **3.5. Diseño de investigación**

Según Hernández el diseño es el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea; El estudio correspondió a un diseño descriptivo simple; porque se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental fue la de realizar una interpretación correcta del fenómeno (32, 34, 35).

**Donde:**

**M O**

**M:** Personas adultas mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco de la provincia de Yauli, Junín de agosto a octubre del 2019.

**O:** Características del adulto mayor y nivel de depresión.

### 3.6. Población, muestra y muestreo

#### 3.6.1. Población

Fueron todas las personas adultas mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco de la provincia de Yauli, de la región Junín de agosto a octubre del 2019; que según registros estadísticos fueron un total de 81 adultos mayores.

Según Hernández una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación (32, 34, 37, 38).

#### 3.6.2. Muestra:

El estudio fue censal. Es decir se consideró para el estudio a toda la población (32, 34, 37, 38).

### 3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Toda la información recolectada de manera individual fue de absoluta reserva, no se vulnero los derechos humanos.

**La técnica** utilizada fue la **encuesta**; esta técnica utilizo un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recogió y analizo una serie de datos de una muestra representativa de una población del que se pretendió explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características (39).

**El instrumento** fue el **cuestionario** con preguntas básicas para caracterizar al adulto mayor y preguntas para evaluar la depresión, según la Escala de depresión de Yesavage - GDS versión reducida (GDS 15). Esta escala tiene la particularidad de que explora únicamente síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, con un patrón de respuesta dicotómica para facilitar el diligenciamiento por el evaluado. Una primera versión de la escala constaba de 30 ítems (GDS-30) (Yesavage & Brink, 1983). Posteriormente, se publicó una versión más corta con 15 ítems (GDS-15) (Sheik & Yesavage, 1986) que ha mostrado su utilidad como instrumento de tamizaje en grandes poblaciones. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 14. Cada respuesta errónea puntúa 1.

Los datos recogidos fueron ordenados, codificados e ingresados a una tabla en Excel y luego para el análisis fue transportada al software SPSS, paquete estadístico intuitivo y versátil que posibilita en análisis de datos de investigaciones con enfoque cuantitativo.

### **3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

Las técnicas de procesamiento descriptivo que se usaron fueron: clasificación, registro, tabulación, codificación y almacenamiento para la construcción de tablas estadísticas de los datos recolectados en el trabajo de campo.

Para ello se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2013; esto se realizó por el fácil uso y familiaridad con el aplicativo ofimático.

Para el análisis de datos se utilizó como técnica la estadística descriptiva. Se importó la base de datos del Excel al programa estadístico SPSS versión 18 para Windows, con la finalidad de realizar el análisis estadístico descriptivo, se construyeron tablas de frecuencias absolutas y relativas, tablas de doble entrada.

El ingreso de datos lo realizó una persona con experiencia en el manejo de equipos de cómputo, hojas de cálculo Excel y software SPSS. Los datos fueron presentados en tablas de frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central.

## CAPÍTULO IV

### PRESENTACION DE RESULTADOS

#### 4.1. Análisis de información

En el presente estudio, se investigó la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco, Yauli – Junín, de agosto a octubre del 2019.

Tabla 1. Edad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco de la provincia de Yauli, Junín de agosto a octubre del 2019.

Estadísticos	Edad del adulto mayor
Cantidad de adultos mayores	81.0
Media	73.5
Mediana	72.0
Mínimo	61.0
Máximo	90.0
Percentiles 25	67.5
Percentiles 50	72.0
Percentiles 75	79.0
Percentiles 90	84.0

Fuente: Cuestionario sobre depresión aplicados en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco, Yauli – Junín, de agosto a octubre del 2019.

Tabla 1. Del total de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco, Yauli – Junín, de agosto a octubre del 2019. La edad promedio de los adultos mayores fue de 73.5 años. El 50% tuvieron más de 72 años. La edad mínima fue de 61 años y la máxima 90 años. El 25% tuvieron menos de 67.5 años, el 75% tuvieron menos de 79 años y el 10% tuvieron más de 84 años.

Tabla 2. Características de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco de la provincia de Yauli, Junín de agosto a octubre del 2019.

Características del adulto mayor	Frecuencia (n=81)	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Sexo del adulto mayor</b>			
Masculino	22	27.2	27.2
Femenino	59	72.8	100.0
<b>Estado civil del adulto mayor</b>			
Casada(o)	35	43.2	43.2
Viuda(o)	30	37.0	80.2
Soltera(o)	9	11.1	91.4
Divorciada(o)	5	6.2	97.5
Conviviente	2	2.5	100.0
<b>Actividad realiza la mayor parte del tiempo</b>			
Labores del hogar	38	46.9	46.9
Comerciante	22	27.2	74.1
Trabajo activo remunerado	15	18.5	92.6
No realiza actividades	6	7.4	100.0
<b>Apoyo familiar</b>			
Casi siempre	2	2.5	2.5
Algunas veces	41	50.6	53.1
Casi nunca	38	46.9	100.0
<b>Miembro de la familia que ayuda al adulto mayor</b>			
Hijos(as)	32	39.5	39.5
Hermano(a)	4	4.9	44.4
Esposa(o)	3	3.7	48.1
Sobrino(a)	2	2.5	50.6
Ninguno	40	49.4	100.0

Fuente: Cuestionario sobre depresión aplicados en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco, Yauli – Junín, de agosto a octubre del 2019.

Tabla 2. Del total de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco, Yauli – Junín, de agosto a octubre del 2019. El 72.8% (59) fueron de sexo femenino y el 27.2% (22) fueron de sexo masculino. El 43.2% (35) fueron casados, el 37% (30) fueron viudos, el 11.1% (9) fueron solteros, el 6.2% (5) fueron divorciados y el 2.5% (2) fueron convivientes. El 46.9% (38) realizaban labores del hogar, el 27.2% (22) fueron comerciantes, el 18.5% (15) realizaban trabajos activos remunerados y el 7.4% (6) no realizaban actividades.

El 2.5% (2) casi siempre recibieron apoyo familiar, el 50.6% (41) algunas veces recibieron apoyo familiar y el 46.9% (38) casi nunca recibieron apoyo familiar.

El 39.5% (32) recibieron ayuda de su(s) hijo(s), el 4.9% (4) recibieron ayuda de su hermana(o), el 3.7% (3) recibieron ayuda de su esposa(o), el 2.5% (2) recibieron ayuda de su sobrina(o) y el 49.4% (40) no recibieron ayuda de un miembro de su familia.

Tabla 3. Niveles de depresión en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco de la provincia de Yauli, Junín de agosto a octubre del 2019.

Escala de depresión de Yesavage (GDS 15 versión reducida)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin depresión o normal	21	25.9	25.9
Depresión leve	16	19.8	45.7
Depresión establecida	44	54.3	100.0

Fuente: Cuestionario sobre depresión aplicados en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco, Yauli – Junín, de agosto a octubre del 2019.

Tabla 3. Del total de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco, Yauli – Junín, de agosto a octubre del 2019. El 25.9% (21) no tuvieron depresión, el 19.8% (16) tuvieron depresión leve y el 54.3% (44) tuvieron depresión establecida. El 45.7% de los adultos mayores no tuvieron depresión o tuvieron depresión leve.

Tabla 4. Niveles de depresión según sexo en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco de la provincia de Yauli, Junín de agosto a octubre del 2019.

Escala de depresión de Yesavage (GDS versión reducida)	Sexo del adulto mayor			
	Masculino		Femenino	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sin depresión o normal	7	31.8%	14	23.7%
Depresión leve	2	9.1%	14	23.7%
Depresión establecida	13	59.1%	31	52.5%
Total	22	100.0%	59	100.0%

Fuente: Cuestionario sobre depresión aplicados en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco, Yauli – Junín, de agosto a octubre del 2019.

Tabla 4. Del total de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco, Yauli – Junín, de agosto a octubre del 2019. La depresión establecida se presentó en mayor proporción en el grupo de varones con un 59.1% en comparación al grupo de mujeres que tuvo un 52.5%. La depresión leve se presentó en mayor proporción en el grupo de mujeres en un 23.7% en comparación al grupo de varones que presentaron una proporción de 9.1%. La mayor proporción de adultos mayores sin depresión se presentó en el grupo de varones en un 31.8% en comparación al grupo de mujeres que presentó una proporción del 23.7%.

Tabla 5. Manejo médico y complicaciones del paciente diabético según sexo, atendidos en el Centro de Atención Primaria III Mantaro de Huancayo, Junín de enero a junio del 2019.

Escala de depresión de Yesavage (GDS versión reducida)	Apoyo familiar					
	Casi siempre		Algunas veces		Casi nunca	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sin depresión o normal	1	50.0%	11	26.8%	9	23.7%
Depresión leve	1	50.0%	11	26.8%	4	10.5%
Depresión establecida	0	0.0%	19	46.3%	25	65.8%
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100.0%</b>	<b>41</b>	<b>100.0%</b>	<b>38</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Cuestionario sobre depresión aplicados en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco, Yauli – Junín, de agosto a octubre del 2019.

Tabla 5. Del total de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco, Yauli – Junín, de agosto a octubre del 2019.

La depresión establecida se presentó en mayor proporción en el grupo de adultos mayores que casi nunca recibió apoyo familiar en un 65.8% y en el grupo que algunas veces recibió apoyo familiar en un 46.3%.

La depresión leve se presentó en mayor proporción en el grupo de adultos mayores que casi siempre recibieron apoyo familiar en un 50%, luego en el grupo que algunas veces recibió apoyo familiar en un 26.8% y en menor proporción en el grupo que casi nunca recibió apoyo familiar en un 10.5%.

Los adultos mayores sin depresión se presentaron en mayor proporción en el grupo que casi siempre recibieron apoyo familiar en un 50%, luego en el grupo que algunas veces recibió apoyo familiar en un 26.8% y en menor proporción en el grupo que casi nunca recibió apoyo familiar en un 23.7%.

## 4.2. Discusión de resultados

Del total de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco, Yauli – Junín, de agosto a octubre del 2019.

La edad promedio de los adultos mayores fue de 73.5 años. El 50% tuvieron más de 72 años. La edad mínima fue de 61 años y la máxima 90 años. El 25% tuvieron menos de 67.5 años, el 75% tuvieron menos de 79 años y el 10% tuvieron más de 84 años. Estos resultados indican que hay una buena proporción de adultos mayores con una considerable esperanza de vida que necesitan tener una adecuada calidad de vida, así como el soporte familiar y sanitarios ante los problemas de salud propios de este grupo etario; que deben ser identificados a tiempo para brindarles una atención integral y familiar oportuna.

El 72.8% (59) fueron de sexo femenino y el 27.2% (22) fueron de sexo masculino. El 43.2% (35) fueron casados, el 37% (30) fueron viudos, el 11.1% (9) fueron solteros, el 6.2% (5) fueron divorciados y el 2.5% (2) fueron convivientes. El 46.9% (38) realizaban labores del hogar, el 27.2% (22) fueron comerciantes, el 18.5% (15) realizaban trabajos activos remunerados y el 7.4% (6) no realizaban actividades. En referencia al estado civil y empleo los resultados fueron diferentes a lo hallado por Padilla et al (4); quienes encontraron una mayor proporción de adultos mayores solteros y una menor proporción de adultos mayores con trabajos activos remunerados probablemente por la diferencia en el contexto socio cultural entre otros. Los resultados permiten conocer que siete de cada diez adultos mayores son mujeres, lo que indica que hay una considerable mayor proporción de mujeres en los adultos mayores. Los adultos mayores investigados se caracterizaron en su mayoría por ser de sexo femenino, de estado civil casados, que realizan labores del hogar y trabajos activos remunerados. Lo que indica que la mayoría de estos adultos están en actividad y pueden sentirse útiles.

El 2.5% (2) casi siempre recibieron apoyo familiar, el 50.6% (41) algunas veces recibieron apoyo familiar y el 46.9% (38) casi nunca recibieron apoyo familiar.

El resultado indica que el apoyo familiar que recibe el adulto mayor es muy escaso o insuficiente; y es en esta etapa de vida donde necesitan más apoyo familiar; que se les proporcionen seguridad, amor y confianza; lo cual permite una salud física y

psicológica a este grupo vulnerable. Por otra parte, el entorno socio cultural saludable y las relaciones sociales contribuyen a la salud en esta etapa de vida. Las acciones de promoción de la salud y prevención deben ser articuladas con los actores sociales.

El 39.5% (32) recibieron ayuda de su(s) hijo(s), el 4.9% (4) recibieron ayuda de su hermana(o), el 3.7% (3) recibieron ayuda de su esposa(o), el 2.5% (2) recibieron ayuda de su sobrina(o) y el 49.4% (40) no recibieron ayuda de un miembro de su familia. Casi la mitad de adultos mayores no reciben ayuda de los miembros de su familia; y los que comúnmente brindan ayuda fueron sus hijos. Ante esta situación es necesario implementar estrategias sanitarias que sensibilicen a los miembros de la familia y los involucren; en la salud del adulto mayor.

El 25.9% (21) no tuvieron depresión, el 19.8% (16) tuvieron depresión leve y el 54.3% (44) tuvieron depresión establecida. El 45.7% de los adultos mayores no tuvieron depresión o tuvieron depresión leve. Estos resultados fueron similares a lo hallado por Padilla et al (4), Zamora (5), Carvajal (6), Quispe (7), Palomino y Peña (8); quienes también encontraron proporciones considerables o elevadas de depresión en los adultos mayores, esto indica que la depresión es un problema que afecta a muchos adultos mayores y que requiere una intervención adecuada y oportuna; considerando el involucramiento familiar, estrategias de promoción de la salud y estrategias por niveles de prevención.

La depresión establecida se presentó en mayor proporción en el grupo de varones con un 59.1% en comparación al grupo de mujeres que tuvo un 52.5%. La depresión leve se presentó en mayor proporción en el grupo de mujeres en un 23.7% en comparación al grupo de varones que presentaron una proporción de 9.1%. La mayor proporción de adultos mayores sin depresión se presentó en el grupo de varones en un 31.8% en comparación al grupo de mujeres que presento una proporción del 23.7%. Los resultados indican que la depresión establecida es más frecuente en varones y la depresión leve más frecuente en mujeres; por lo cual las intervenciones sanitarias deben conocer estas características e identificar los factores asociados que producen estas diferencias para intervenciones más costo efectivas.

La depresión establecida se presentó en mayor proporción en el grupo de adultos mayores que casi nunca recibió apoyo familiar en un 65.8% y en el grupo que algunas veces recibió apoyo familiar en un 46.3%. La depresión leve se presentó en mayor proporción en el grupo de adultos mayores que casi siempre recibieron apoyo familiar en un 50%, luego en el grupo que algunas veces recibió apoyo familiar en un 26.8% y en menor proporción en el grupo que casi nunca recibió apoyo familiar en un 10.5%. Los adultos mayores sin depresión se presentaron en mayor proporción en el grupo que casi siempre recibieron apoyo familiar en un 50%, luego en el grupo que algunas veces recibió apoyo familiar en un 26.8% y en menor proporción en el grupo que casi nunca recibió apoyo familiar en un 23.7%. Estos resultados indican el apoyo familiar tiene beneficios en la salud mental del adulto mayor sobre todo contribuyendo a una menor depresión en este grupo vulnerable.

## Conclusiones

- Primero. La edad promedio de los adultos mayores fue de 73.5 años y la mitad tuvieron más de 72 años.
- Segundo. Existe una buena proporción de adultos mayores con una considerable esperanza de vida que necesitan tener una adecuada calidad de vida, así como el soporte familiar y sanitarios ante los problemas de salud propios de este grupo etario.
- Tercero. Siete de cada diez adultos mayores son mujeres, lo que indica que hay una considerable mayor proporción de mujeres en los adultos mayores.
- Cuarto. Los adultos mayores investigados se caracterizaron en su mayoría por ser de sexo femenino, de estado civil casados, que realizan labores del hogar y trabajos activos remunerados. Lo que indica que una buena proporción de estos adultos están en actividad y pueden sentirse útiles.
- Quinto. El apoyo familiar que recibe el adulto mayor es muy escaso o insuficiente; y es en esta etapa de vida donde necesitan más soporte; que se les proporcione seguridad, amor y confianza; lo cual contribuirá a su salud física y psicológica.
- Sexto. Casi la mitad de adultos mayores no reciben ayuda de los miembros de su familia y los que comúnmente brindan ayuda son sus hijos.
- Séptimo. Más de la mitad de adultos mayores tuvieron depresión establecida y esta fue más frecuente en el grupo de varones; así como en el grupo que casi nunca recibió apoyo familiar.
- Octavo. La depresión establecida fue más frecuente en varones y la depresión leve fue más frecuente en mujeres.
- Noveno. La depresión es un problema que afecta a muchos adultos mayores y que requiere una intervención adecuada y oportuna; considerando el involucramiento familiar.
- Décimo. En el grupo que recibió apoyo familiar la proporción de depresión fue menor.

## **Recomendaciones**

Al gobierno regional, implementar e impulsar el desarrollo de políticas públicas que consideren entornos saludables seguros, espacios de recreación considerando las etapas de vida y las necesidades de la población de vivir una vida sana con calidad. Estas políticas deben promover también estilos de vida saludables y mejora de los determinantes de la salud. Los gobiernos locales deben estar involucrados en estos procesos y operativizar estas políticas públicas acordes a su contexto e implementar otras que contribuyan al mismo fin. Estos procesos deben permitir mayores oportunidades de salud en los adultos mayores, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

Por otra parte, el entorno socio cultural saludable y las relaciones sociales contribuyen a la salud en esta etapa de vida. Las acciones de promoción de la salud y prevención deben ser articuladas con los actores sociales.

Al sector salud implementar un programa de fortalecimiento de competencias profesionales en salud familiar y comunitaria; para intervenciones costo efectivas en pro de la salud del adulto mayor sobre todo en la salud mental con involucramiento familiar.

Las estrategias sanitarias deben contemplar la sensibilización de los miembros de la familia y su involucramiento; en la salud del adulto mayor.

El sector salud debe fortalecer sus estrategias de intervención valorando de manera integral al adulto mayor como grupo vulnerable, detectando a tiempo riesgo y daños a su salud para una intervención oportuna y adecuada; en este proceso el personal de salud es clave para identificar de manera precoz cualquier daño o riesgo a su salud; sobre todo en la salud mental de las personas mayores, tanto desde el punto de vista afectivo como cognitivo.

Por otra parte, es pertinente realizar investigaciones que permitan evaluar el impacto de las intervenciones sanitarias en salud mental en las personas adultas mayores.

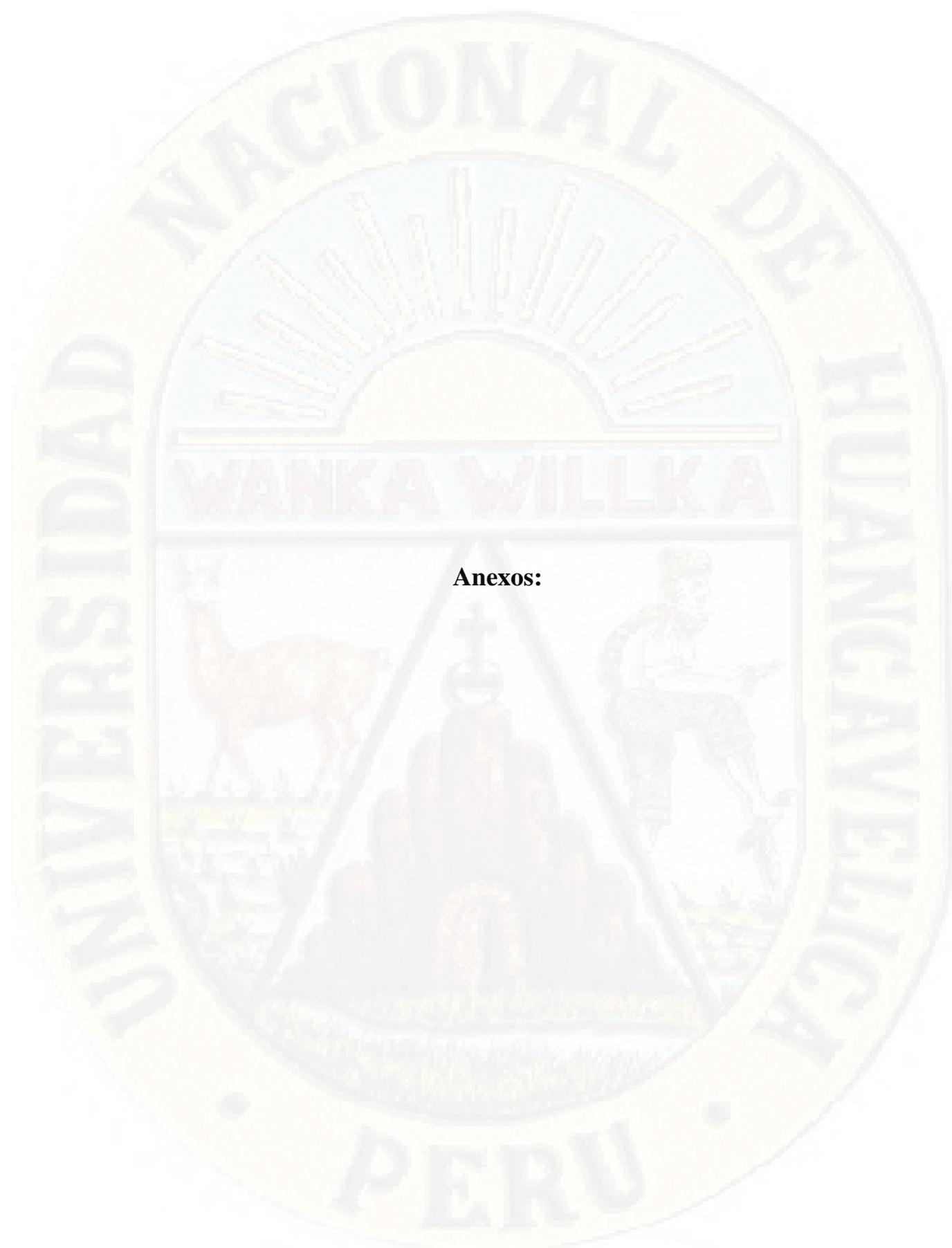
## Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. Centro de prensa. Notas descriptivas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 [updated 12 de diciembre del 2017; cited 28 de octubre 2019]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>.
2. Organización Mundial de la Salud. Depresión. Centro de prensa. Notas descriptivas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 [updated 22 de marzo del 2018; cited 28 de octubre 2019]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
3. Katon W, Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. General hospital psychiatry. 1992;14(4):237-47.
4. Padilla Villablanca K, Zamudio Aravena C, Rodríguez Morales M, Mejía Díaz V. Factores asociados a la sospecha de depresión identificada a través de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Salud Mental, Investigación y Humanidades. Presencia. 2019;15.
5. Zamora Quispe TJ. Determinantes que influyen en la prevalencia de la depresión del adulto mayor que habita en la Cooperativa Tácito Ortiz Urriola en la ciudad de Esmeraldas. [Tesis de titulación]. Esmeraldas: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Esmeraldas; 2019.
6. Carvajal Velasquez AM. Causas asociadas a la depresión en los residentes de la fundación hogar del anciano de Belén de Umbría, Risaralda, Colombia. [Tesis de titulación]. Bogotá: Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano, Facultad de Ciencias Sociales; 2018.
7. Quispe Sangay A. Ansiedad depresión y factores de riesgo del adulto mayor beneficiarios del programa pensión 65 Puesto de Salud Pata-Pata Cajamarca 2018. [Tesis de titulación]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca, Facultad de Ciencias de la Salud; 2019.
8. Palomino Mauricio RK, Peña Alfaro MD. Factores sociodemográficos y depresión en adultos mayores, Curgos 2018. [Tesis de titulación]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Enfermería; 2019.

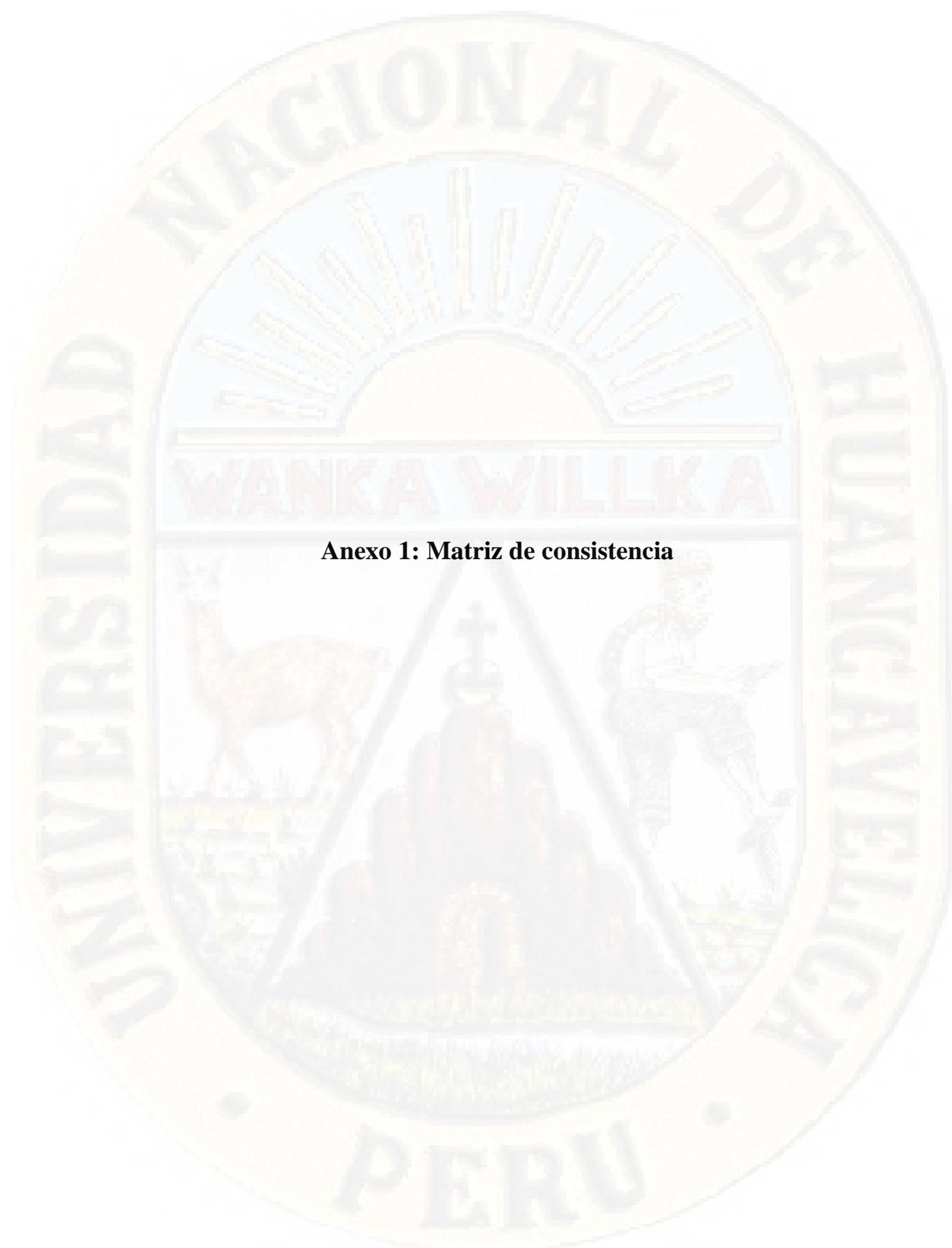
9. Castro A, Rocabado F, Baca ME. Políticas saludables para adultos mayores en los municipios. Cuadernos de Promoción de la Salud N° 12. Ministerio de Salud; Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social; Red de Municipios y Comunidades Saludables; Organización Panamericana de la Salud. Lima: Organización Panamericana de la Salud; 2004. p. 68.
10. Congreso de la República del Perú. Ley N° 30490. Ley de la Persona Adulta Mayor. Diario Oficial El Peruano. Normas Legales. Lima: Editora Perú; 2016. p. 593718-23
11. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock Manual de psiquiatría clínica. 4ta ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2018.
12. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría. 11va ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2016.
13. Organización Mundial de la Salud. Depresión. Salud Mental. Recomendaciones con fundamento científico para el tratamiento de la depresión en centros asistenciales no especializados. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 [updated 22 de marzo del 2018; cited 28 de octubre 2019]. Available from: [https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/evidence/depression/es/](https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/depression/es/).
14. Pérez Franco B, Turabián Fernández J. ¿Es válido el abordaje ortodoxo de la depresión en atención primaria? Atención Primaria. 2006;37(1):37-9.
15. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). 5ta ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2014. 948 p.
16. Ruiz JS, Cuadrado ÁI. Diagnóstico de equivalentes depresivos. Revista clinica espanola. 2002;202(2):88-90.
17. Churchill R, Dewey M, Gretton V, Duggan C, Chilvers C, Lee A. Should general practitioners refer patients with major depression to counsellors? A review of current published evidence. Nottingham Counselling and Antidepressants in Primary Care (CAPC) Study Group. Br J Gen Pract. 1999;49(446):738-43.
18. Jick SS, Dean AD, Jick H. Antidepressants and suicide. Bmj. 1995;310(6974):215-8.
19. Espinosa-Aguilar A, Caraveo-Anduaga J, Zamora-Olvera M, Arronte-Rosales A, Krug-Llamas E, Olivares-Santos R, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. Salud mental. 2007;30(6):69-80.
20. Kurlowicz L, Greenberg SA. La escala de depresión geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés). Try This: De The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing. 2007(4).

21. Bacca AM, González A, Rodríguez AFU. Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento psicológico*. 2005;1(5):53-64.
22. Fernández Vázquez A, Dávila Mendoza R, Moreno Castillo YdC, Pedraza Avilés AG. Importancia del diagnóstico de la depresión en adultos mayores en una clínica de medicina familiar. *Neurol Neurocir Psiquiat*. 2008;41(3):83-9.
23. Guzmán-Miranda CO, Caballero-Rodríguez CT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. *Santiago*. 2015(128):336-50.
24. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. *Rev Soc Bol Ped*. 2000;39(3):1-22.
25. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 2003;82(2):182-8.
26. Inga Castillo G. Factores asociados a aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años de edad del hospital Militar Central en el año 2016. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Huamana; 2017.
27. Sánchez Vidal KJ. Nivel de participación de las personas en la decisión del aborto provocado-Hospital Nacional Sergio Bernales, 2004. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San marcos, Facultad de Medicina; 2005.
28. OMS-OPS. La familia y la salud. 37a sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo. Washington, D.C., EUA, 26 al 28 de marzo de 2003.p.5.
29. Ortiz Gómez MT. La salud familiar. *Revista cubana de medicina general integral*. 1999;15(4):439-45.
30. Artilles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. 65-78 p.
31. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.
32. Martínez Montaña MdL, Briones Rojas R, Cortes Riveroll R. Metodología de la investigación para el área de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 47-62 p.
33. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.

34. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MDP. Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 600 p.
35. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar NE, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 202 p.
36. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.
37. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.
38. García García JA, López Alvarenga JC, Jiménez Ponce F, Ramírez Tapia Y, Lino Pérez L, Reding Bernal A. Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 447 p.
39. García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Madrid: Alianza Universidad Textos; 1993. 141-70 p.



**Anexos:**



**Anexo 1: Matriz de consistencia**





**Anexo 2: Instrumento de recolección de datos**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**

**Cuestionario sobre depresión en adultos mayores**

**Investigación: Depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco, Yauli - Junín 2019. (agosto - octubre 2019)**

**PRESENTACIÓN.** Estimado Sr(a) tenga Ud. Muy buenos (días, tardes), soy egresada de la especialidad en Salud Familiar y Comunitaria; de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Huancavelica, me encuentro desarrollando una investigación sobre “depresión en adultos mayores”; por lo cual solicito su participación en la presente investigación, la información que nos brinde será de carácter CONFIDENCIAL Y ANONIMO. Le agradecemos anticipadamente por su valiosa colaboración.

**I. DATOS PARA SER LLENADO POR EL INVESTIGADOR DE CAMPO:**

- 1.1. Ficha N° \_\_\_\_\_  
1.2. Nombre del investigador de campo \_\_\_\_\_  
1.3. Fecha del llenado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2019. Hora del llenado: \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas  
1.4. Región: \_\_\_\_\_ 1.5. Provincia: \_\_\_\_\_  
1.6. Distrito: \_\_\_\_\_ 1.7. N° de Historia Clínica: \_\_\_\_\_

**II. INSTRUCCIONES.**

Registre la información solicitada en cada ítem o marque con un aspa (x) según sea su caso, por favor conteste todas las preguntas.

**III. DATOS PERSONALES Y SOCIALES:**

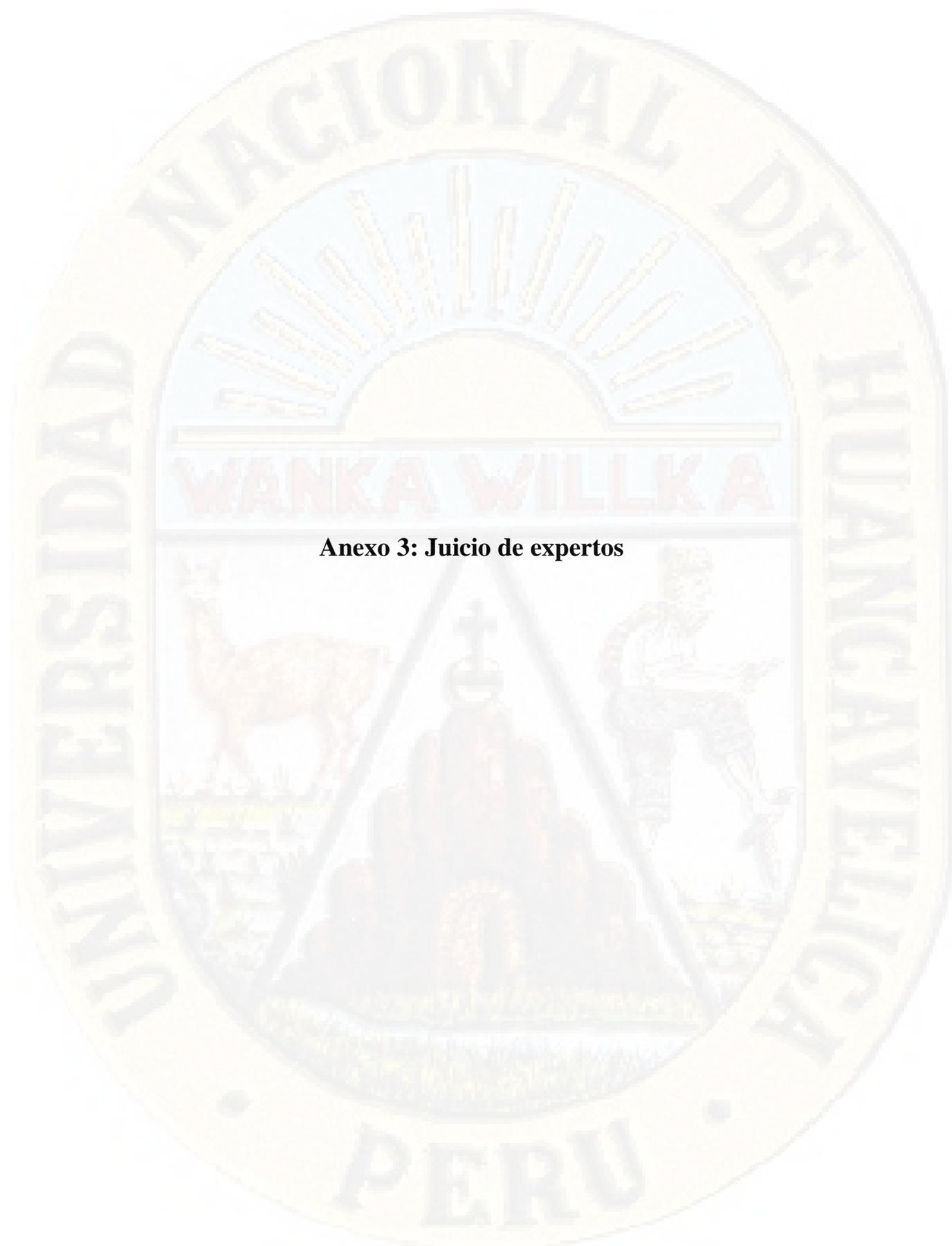
- 4.1. ¿Cuántos cumplidos tienen a la fecha?: \_\_\_\_\_ años.  
4.2. ¿Cuál es su sexo?:            Masculino (1)            Femenino (2)  
4.3. ¿Cuál es su estado civil?:  
a) Soltero(a)                            (1)  
b) Conviviente                            (2)  
c) Casado(a)                                (3)  
d) Viudo(a)                                 (4)  
e) Divorciado(a)                         (5)  
4.4. ¿Qué actividad realiza la mayor parte del tiempo?:  
a) Labores del hogar            (1)  
b) Trabajo activo remunerado (2)  
c) No realizo actividades(3)  
d) Otro especificar            (4) \_\_\_\_\_  
4.5. ¿Recibe apoyo familiar?  
a. Casi siempre (1)    b) Algunas veces (2)    c) Casi nunca (3)  
4.6. ¿Qué miembro de su familia le ayuda?  
a) Esposa(o)                                (1)  
b) Hijos(as)                                 (2)  
c) Hermano(a)                              (3)  
d) Sobrino(a)                                (4)  
e) Ninguno                                  (5)  
f) Otros detalle                            (6) \_\_\_\_\_

**IV. PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO** (Escala de depresión de Yesavage - GDS versión reducida).

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que considere refleja mejor su estado en las últimas semanas hasta hoy. Marque con un aspa (x) según sea su caso, por favor conteste todas las preguntas.

Ord	Preguntas	SI	NO
1	¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1
2	¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4	¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5	¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6	¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7	¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8	¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9	¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
10	¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11	¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12	¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13	¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14	¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0

Puntaje total obtenido: \_\_\_\_\_ puntos



**Anexo 3: Juicio de expertos**

## Juicio de Experto

**INVESTIGACIÓN:** Depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco, Yauli - Junín 2019.

**Investigador:** Pocomucha Sumari, Janet Miriam

**Indicación:** Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems del “Cuestionario sobre depresión en adultos mayores” que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

**NOTA:** Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy deficiente	2.- Deficiente	3.- Regular	4.- Buena	5.- Muy buena
-------------------	----------------	-------------	-----------	---------------

### INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO

Variables de Estudio / ITEMS	1	2	3	4	5
<b>Variable propia del estudio</b>					
Nivel de depresión según sexo y apoyo familiar en adultos mayores					
<b>Dimensión: Características del paciente</b>					
1 Edad del adulto mayor					
2 Sexo del adulto mayor					
3 Estado civil del adulto mayor					
4 Actividad realiza la mayor parte del tiempo el adulto mayor					
5 Apoyo familiar del adulto mayor					
6 Miembro de la familia que ayuda al adulto mayor					
<b>Dimensión: Depresión</b>					
7 Nivel de depresión del adulto mayor					

**Recomendaciones:**

.....  
.....

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

a) Muy deficiente    b) Deficiente    c) Regular    d) Buena, para mejorar    e) Muy buena, para aplicar

<b>Nombres y Apellidos:</b>	<b>DNI N°</b>
<b>Dirección:</b>	<b>Teléfono/Celular:</b>
<b>Título Profesional:</b>	
<b>Grado Académico:</b>	
<b>Mención:</b>	

\_\_\_\_\_  
Firma

Lugar y Fecha .....

**Ficha de evaluación del instrumento de investigación por el criterio de experto o Juez**

**Instrumento:** Cuestionario sobre depresión en adultos mayores.

**Investigación:** Depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco, Yauli - Junín 2019.

**1. DATOS GENERALES**

- 1.1. Apellidos y nombres del Juez : \_\_\_\_\_
- 1.2. Grado académico : \_\_\_\_\_
- 1.3. Mención : \_\_\_\_\_
- 1.4. DNI/ Celular : \_\_\_\_\_
- 1.5. Cargo e institución donde labora : \_\_\_\_\_
- 1.6. Lugar y fecha : \_\_\_\_\_

**2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN**

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada.					
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.					
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					

CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)	A	B	C	D	E

**CALIFICACIÓN GLOBAL:** Coeficiente de validez =  $\frac{? ? ? + ? ? ? + ? ? ? + ? ? ? + ? ? ?}{??} = \text{-----}$

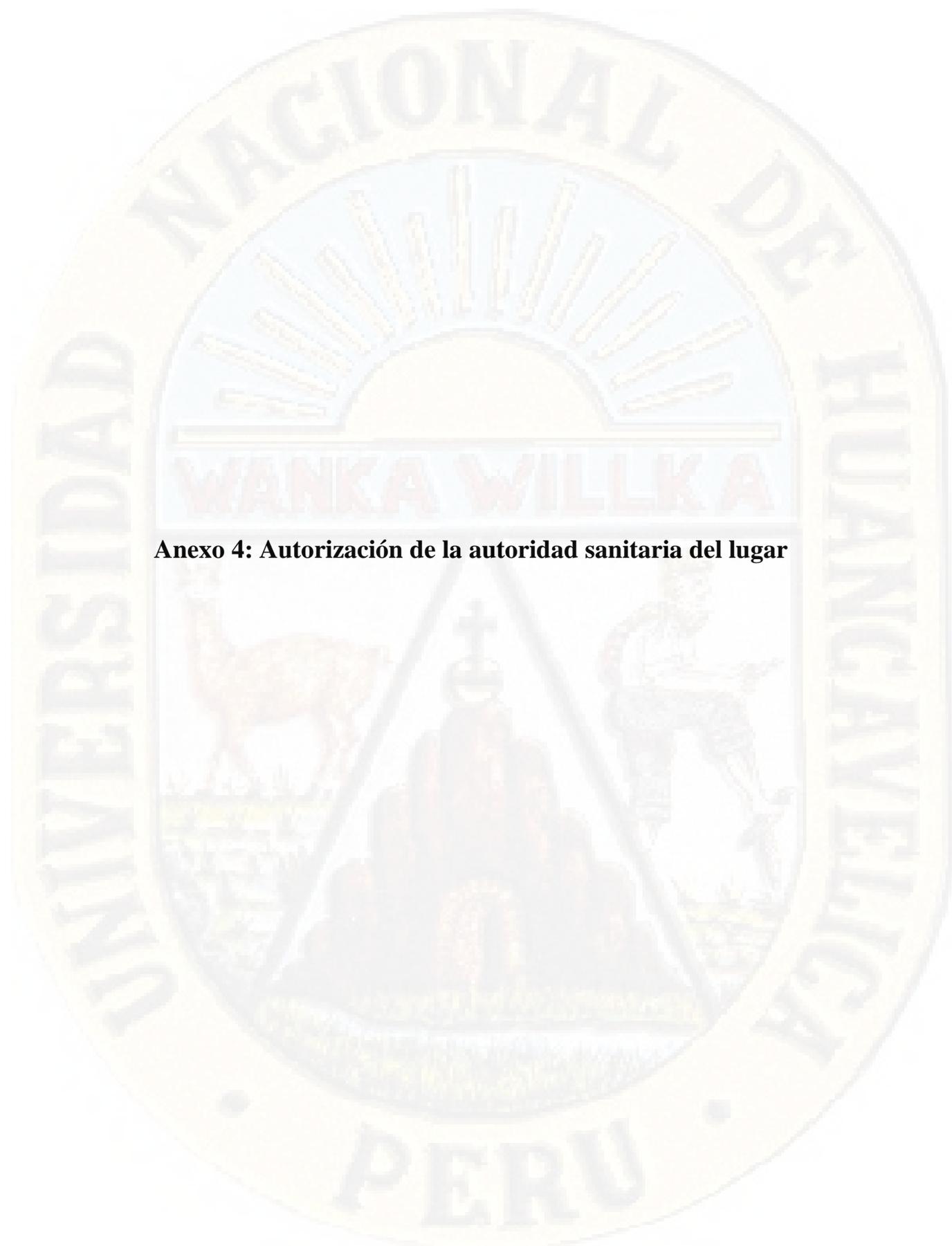
**3. OPINIÓN DE APLICABILIDAD** (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	<input type="radio"/>	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	<input type="radio"/>	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	<input type="radio"/>	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	<input type="radio"/>	<0,81 – 1,00]

**4. RECOMENDACIONES:**

.....  
.....

.....  
Firma del Juez



**Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA**  
(Creado por Ley N° 25265)  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

.....

**Director**

Centro de Salud Santa Rosa de Sacco, Yauli - Junín

SD.

Yo, Pocomucha Sumari, Janet Miriam identificado (a) con D.N.I. N° \_\_\_\_\_, egresada de la especialidad en Salud Familiar y Comunitaria de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto me presento y digo.

Que, deseo realizar una investigación sobre la “Depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Rosa de Sacco, Yauli - Junín 2019”.

Por lo cual solicito me brinde la autorización pertinente para poder tener acceso a la información de fuentes secundarias; por otra parte, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y servirá para poder visitar a los adultos mayores y aplicar el cuestionario; por lo mencionado solicito se me expida la autorización y se me brinde las facilidades, para realizar la investigación.

Por lo expuesto, pido a Ud., acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Huancayo, 03 de setiembre del 2019.

\_\_\_\_\_  
Firma del Interesado