



Universidad
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN SALUD
MENTAL Y PSIQUIATRÍA**

Trabajo Académico

Relación entre el apoyo familiar y la depresión en adultos mayores atendidos
en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco, 2025

Para optar el Título de
Especialista en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría

Presentado por:

Autor: Rojas Rupay, Roger Edmundo


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-6472-2395>

Asesora: Mg. Barrios Cabello, Lucimar Josefina

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8303-097X>

Lima – Perú

2026

| | | |
|--|---|------------------------------------|
|  Universidad Norbert Wiener | DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN | |
| | CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033 | VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01 |

Yo, Roger Edmundo Rojas Rupay, egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Programa Académico de Enfermería, del programa **Segunda especialidad en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría**, de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico “**Relación entre el apoyo familiar y la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco, 2025**” Asesorado por el docente: Mg. Barrios Cabello, Lucimar Josefina DNI 03135336ORCID **0009-0009-8303-097X** tiene un índice de similitud de (13) (trece) % con código OID: 14912:545657148 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor

Roger Edmundo Rojas Rupay
 DNI: 70817707



.....
 Firma

Lucimar Josefina Barrios Cabello
 DNI: 003560692

Dedicatoria

A Dios, mis padres y mi amada esposa

Ana Paola.

Agradecimiento

A mi familia por su inmensurable apoyo,
a la Universidad Norbert Wiener, a los
docentes por sus enseñanzas, sobre todo
al adulto mayor pasqueño.

JURADOS:

Presidente : Dra. Reyes Quiroz, Giovanna Elizabeth

Secretario : Mg. Pretell Aguilar, Rosa Maria

Vocal : Dr. Arevalo Marcos, Rodolfo Amado

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| Dedicatoria | i |
| Agradecimiento..... | ii |
| ÍNDICE..... | v |
| RESUMEN | vi |
| ABSTRACT | vii |
| CAPITULO I: EL PROBLEMA..... | 8 |
| 1.1 Planteamiento del problema | 8 |
| 1.2 Formulación del problema | 10 |
| 1.2.1 Problema general..... | 10 |
| 1.2.2 Problemas específicos..... | 10 |
| 1.3 Objetivo de la investigación | 11 |
| 1.3.1 Objetivo general | 11 |
| 1.3.2 Objetivos específicos | 11 |
| 1.3.3 Justificación Teórica | 12 |
| 1.3.4 Justificación Metodología..... | 12 |
| 1.3.5 Justificación Práctica | 13 |
| 1.4 Delimitaciones de la investigación | 14 |
| 1.4.1 Temporal..... | 14 |
| 1.4.2 Espacial | 14 |
| 1.4.3 Población o unidad de análisis | 14 |
| CAPITULO II: MARCO TEÓRICO | 15 |
| 2.1 Antecedentes..... | 15 |
| 2.2 Bases teóricas..... | 22 |
| 2.3 Formulación de la hipótesis | 39 |
| 2.3.1 Hipótesis general | 39 |
| 2.3.2 Hipótesis específicas | 39 |
| CAPITULO III: METODOLOGÍA | 40 |
| 3.1 Método de investigación | 40 |
| 3.2 Enfoque de investigación..... | 40 |
| 3.3 Tipo de investigación | 40 |
| 3.4 Diseño de investigación..... | 40 |
| 3.5 Población, muestra y muestreo..... | 41 |
| 3.5.1 Población..... | 41 |
| 3.5.2 Muestra | 41 |

| | |
|--|----|
| 3.6 Variables y operacionalización | 42 |
| 3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 43 |
| 3.7.1 Técnica | 43 |
| 3.7.2 Descripción de instrumentos | 43 |
| 3.7.3 Validación | 43 |
| 3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos | 44 |
| 3.9 Aspectos éticos | 45 |
| CAPITULO IV: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS | 47 |
| 4.1 Cronograma de actividades | 47 |
| 4.2 Presupuesto | 48 |
| REFERENCIAS | 49 |
| Anexo 1: Matriz de consistencia..... | 61 |
| Anexo 2: Escala del Apoyo Familiar | 62 |
| Anexo 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO | 67 |

RESUMEN

Introducción: La depresión en los adultos mayores es un problema de salud pública cada vez más preocupante que afecta su calidad de vida y su bienestar emocional. Según numerosos estudios, el riesgo de desarrollar síntomas depresivos aumenta cuando hay poco apoyo familiar. En el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco, 2025, resulta necesario analizar cómo el apoyo familiar influye en los niveles de depresión, con el fin de identificar factores protectores que contribuyan a una mejor atención y prevención en esta población vulnerable. Por ello se propuso el **Objetivo:** Determinar la relación entre el apoyo familiar y la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco, 2025.

Materiales y Métodos: La metodología a utilizar será una investigación hipotética deductivo, cuantitativa, no experimental, transversal y aplicada. **Población:** Estará compuesto por personas adultos mayores que reciben atención en el Centro Comunitario de Salud Mental de Pasco. Se aceptará la participación voluntaria con el consentimiento informado firmado, que se llevará a cabo mediante una encuesta y el uso de dos instrumentos de recopilación de datos, que será analizado mediante el análisis inferencial con el uso de la prueba de correlación Rho de Spearman.

Palabras clave: Adulto mayor, apoyo familiar, depresión, percepción.

ABSTRACT

Introduction: Depression in older adults is a growing public health problem that affects their quality of life and emotional well-being. Several studies show that a low level of family support increases the risk of developing depressive symptoms. At the Community Mental Health Center – Pasco, 2025, it is necessary to analyze how the perception of family support influences depression levels to identify protective factors that contribute to better care and prevention in this vulnerable population. Therefore, the following **objective was proposed:** To determine the relationship between family support and depression in older adults treated at the Pasco Community Mental Health Center, 2025.

Materials and Methods: The methodology to be used will be a hypothetical, deductive, quantitative, non-experimental, transversal and applied research. **Population:** The program will be comprised of older adults receiving care at the Pasco Community Mental Health Center. Voluntary participation will be accepted with signed informed consent. The program will be conducted through a survey and the use of two data collection instruments. Data will be analyzed using inferential analysis using Spearman's Rho test.

Keywords: Older adults, family support, depression, perception.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La depresión constituye uno de los trastornos de salud mental más prevalentes globalmente, afectando aproximadamente a 280 millones de personas según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1). Este trastorno trasciende barreras socioeconómicas y culturales, manifestándose con particular intensidad en poblaciones vulnerables, especialmente los adultos mayores, quienes representan un grupo de creciente preocupación epidemiológica debido al acelerado proceso de envejecimiento poblacional mundial (2). Las proyecciones demográficas indican que para el año 2050, la población mundial mayor de 60 años se duplicará, alcanzando aproximadamente 2.1 billones de personas, lo que intensifica la relevancia de esta problemática sanitaria (3).

En Latinoamérica, la depresión en adultos mayores presenta características particulares relacionadas con patrones culturales de organización familiar, sistemas de protección social y condiciones socioeconómicas regionales. Estudios multicéntricos han reportado prevalencias que oscilan desde el 15% en poblaciones urbanas hasta el 35% en contextos rurales, evidenciando disparidades significativas relacionadas con el acceso a servicios de salud mental y las características del apoyo social disponible (4). La estructura familiar extendida, tradicionalmente predominante en las sociedades latinoamericanas, ha experimentado transformaciones sustanciales con implicaciones directas en los patrones de apoyo hacia los adultos mayores (5).

En el contexto nacional peruano, la problemática adquiere dimensiones específicas relacionadas con la diversidad cultural, inequidades socioeconómicas y desafíos del sistema de salud. Análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del período 2018-2020 documentaron una prevalencia nacional de síntomas depresivos entre 10.8% y

13.3% en población mayor de 60 años (6). Sin embargo, estas cifras presentan variaciones sustanciales según regiones geográficas, nivel socioeconómico y características demográficas, sugiriendo factores contextuales específicos que modulan la expresión del trastorno (7).

La región de Pasco, caracterizada por su perfil sociodemográfico como zona minera con alta prevalencia de pobreza y limitado acceso a servicios especializados de salud mental, presenta indicadores epidemiológicos preocupantes. Estudios preliminares han reportado prevalencias superiores al promedio nacional, con cifras del 23% en condiciones basales que se incrementaron hasta 41% durante la pandemia por COVID-19. Estos hallazgos sugieren la existencia de factores de riesgo específicos que ameritan investigación detallada (8).

El Centro Comunitario de Salud Mental de Pasco ha registrado un incremento progresivo en la demanda de atención por síntomas depresivos en adultos mayores. Los registros institucionales evidencian que aproximadamente el 35% de las consultas geriátricas están relacionadas con síntomas del espectro depresivo, cifra que supera significativamente los promedios nacionales (9). Esta situación plantea interrogantes específicos sobre los factores protectores y de riesgo que operan en este contexto particular, especialmente el papel del apoyo familiar como determinante de los resultados en salud mental. A pesar de la evidencia sobre la importancia del apoyo social en la prevención y tratamiento de la depresión geriátrica, existe un vacío de conocimiento específico sobre cómo las diferentes dimensiones del apoyo familiar se relacionan con la prevalencia, severidad y curso de los síntomas depresivos en el contexto sociocultural de Pasco. Esta limitación constituye una barrera significativa para el diseño de intervenciones preventivas y terapéuticas culturalmente apropiadas (10).

Por consiguiente, la presente investigación se propone analizar sistemáticamente la relación entre las múltiples dimensiones del apoyo familiar y la depresión en adultos

mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental de Pasco durante 2025. Específicamente, se busca determinar la asociación entre el apoyo emocional, instrumental, informativo y valorativo proporcionado por la familia y la prevalencia, severidad y características clínicas de los síntomas depresivos. Se pretende identificar patrones específicos de apoyo familiar que actúan como factores protectores, así como déficits que constituyen factores de riesgo significativos. La investigación también caracterizará diferencias en la percepción del apoyo familiar según variables sociodemográficas y clínicas relevantes, generando evidencia para informar estrategias de intervención familiar y comunitaria adaptadas al contexto regional específico. Los resultados contribuirán al desarrollo de modelos explicativos sobre la interacción entre dinámicas familiares y salud mental geriátrica, proporcionando fundamentos empíricos para políticas públicas y programas de intervención en salud mental comunitaria.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre el apoyo familiar y la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental Pasco, 2025?

1.2.2 Problemas específicos

a) ¿Cuál es la relación del nivel de apoyo familiar en su dimensión apoyo emocional y la depresión de los adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco durante el año 2025?

b) ¿Cuál es la relación del nivel de apoyo familiar en su dimensión apoyo instrumental y la depresión de los adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco durante el año 2025?

c) ¿Cuál es la relación del nivel de apoyo familiar en su dimensión apoyo informativo y la depresión de los adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco durante el año 2025?

d) ¿Cuál es la relación del nivel de apoyo familiar en su dimensión apoyo afectivo y la depresión de los adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco durante el año 2025?

1.3 Objetivo de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre el apoyo familiar y la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco, 2025.

1.3.2 Objetivos específicos

a) Identificar la relación del nivel de apoyo familiar en su dimensión apoyo emocional y la depresión de los adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco durante el año 2025.

b) Identificar la relación del nivel de apoyo familiar en su dimensión apoyo instrumental y la depresión de los adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco durante el año 2025.

c) Identificar la relación del nivel de apoyo familiar en su dimensión apoyo informativo y la depresión de los adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco durante el año 2025.

d) Identificar la relación del nivel de apoyo familiar en su dimensión apoyo afectivo y la depresión de los adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco durante el año 2025.

1.3.3 Justificación Teórica

Sabiendo que la depresión en adultos mayores constituye una grave complicación de salud mental y social que afecta significativamente la calidad de vida y el funcionamiento integral de esta población vulnerable. El estudio se fundamenta básicamente en la Teoría de Sistemas de Betty Neuman y el Modelo del Efecto Amortiguador del Estrés de Cohen y Wills, para explicar, comparar o refutar resultados del estudio o de otras investigaciones, ya que, en su mayoría, los resultados de estudios previos provienen de contextos culturalmente diferentes y no específicos para poblaciones geriátricas latinoamericanas rurales con características sociodemográficas particulares como las observadas en la región de Pasco..

La relevancia teórica del estudio trasciende el ámbito local, proporcionando evidencia empírica que puede informar la adaptación de modelos teóricos existentes a contextos latinoamericanos específicos, subsanando una limitación significativa en la literatura científica disponible. Los hallazgos contribuirán al desarrollo de marcos explicativos culturalmente apropiados que reconozcan las particularidades de las dinámicas familiares, los patrones de apoyo social y las características del envejecimiento en contextos rurales de recursos limitados.

1.3.4 Justificación Metodología

El diseño metodológico de esta investigación se apoya en instrumentos de medición psicológica que cuentan con propiedades psicométricas comprobadas para su uso en población adulta mayor. Concretamente, se trabajará con dos herramientas principales: la versión breve de 15 reactivos de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15) y una adaptación contextualizada del Cuestionario de Apoyo Social Familiar (CASF). La elección de ambos instrumentos obedece a criterios técnicos sólidos, particularmente por sus indicadores de validez y confiabilidad demostrados en estudios previos con personas mayores.

Uno de los elementos que otorga relevancia metodológica a este proyecto es su orientación hacia la construcción de procedimientos de indagación científica replicables y sistemáticos, diseñados específicamente para implementarse en comunidades rurales latinoamericanas con alta concentración de población gerontológica. Este enfoque resulta especialmente valioso cuando se reconoce la limitada disponibilidad de marcos metodológicos documentados en nuestra región para investigar esta problemática.

La principal aportación desde la perspectiva metodológica consiste en configurar un protocolo estandarizado que permite analizar de manera estructurada la relación entre el respaldo familiar y los síntomas depresivos en adultos mayores latinoamericanos. La versatilidad del diseño constituye uno de sus rasgos distintivos, ya que facilita su transferencia y aplicación en otros grupos poblacionales con características sociodemográficas y culturales semejantes. Así, este trabajo proporciona un punto de partida para consolidar una trayectoria de investigación coherente y progresiva en este ámbito disciplinario.

1.3.5 Justificación Práctica

La justificación práctica de esta investigación emerge de una demanda claramente identificada: generar conocimiento basado en datos que pueda orientar el desarrollo de estrategias efectivas para abordar de manera integral los cuadros depresivos en la población adulta mayor de Pasco. Esta urgencia se intensifica al constatar que los indicadores de prevalencia registrados en esta zona geográfica exceden considerablemente las cifras promedio a nivel nacional en lo que respecta al acceso y uso de servicios especializados de atención en salud mental.

Los resultados que se obtengan de este estudio tienen potencial de aplicación directa en la configuración de programas de atención integral. En términos concretos, la información

generada facilitará la inclusión sistemática de la evaluación de las estructuras de soporte familiar como componente esencial dentro de los protocolos de abordaje clínico de la sintomatología depresiva en personas de edad avanzada. El alcance práctico del estudio se materializa en la generación de instrumentos evaluativos normalizados, susceptibles de ser integrados sistemáticamente en el flujo operativo de servicios tanto de atención primaria como de especialidad. Esta implementación facilitará la detección oportuna de carencias en el respaldo familiar y posibilitará una clasificación más precisa del riesgo depresivo en la población geriátrica atendida.

1.4 Delimitaciones de la investigación

1.4.1 Temporal

El proyecto propuesto se llevará a cabo en 2025, y el tiempo comprendido entre septiembre a diciembre.

1.4.2 Espacial

El entorno donde se llevará a cabo el estudio será en el Centro Comunitario de Salud Mental (CCSM) de Pasco de la región Pasco – Perú.

1.4.3 Población o unidad de análisis

La población serán los adultos mayores del Centro Comunitario de Salud Mental (CCSM) de la región Pasco.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Internacionales

Kartinah et al. (11), 2024 en Indonesia: El trabajo tiene como objetivo “explorar la relación entre el nivel de apoyo familiar que reciben las personas mayores y los síntomas depresivos que experimentan”, con una metodología donde empleó un enfoque cuantitativo, utilizando un diseño analítico correlacional con una estrategia transversal, con una muestra compuesta por 36 personas mayores de 60 a 74 años, seleccionadas mediante un muestreo aleatorio. Los resultados revelaron que la mayoría de los encuestados (el 66,7%) recibían un buen apoyo familiar y que la mayoría (el 75%) no presentaban síntomas depresivos. La prueba de correlación jerárquica de Spearman indicó una relación significativa entre el apoyo familiar y los síntomas depresivos, con un valor p de 0,001. Concluyó que la mayoría de los encuestados (el 66,7%) recibían un buen apoyo familiar y que la mayoría (el 75%) no presentaban síntomas depresivos.

Rajagukguk, et al. (12), 2024 en Indonesia: El estudio tuvo como objetivo “evaluar cómo el apoyo familiar y la depresión afectan la calidad de vida de los adultos mayores en el Hogar Widhi Asih de Surakarta”. Con una metodología donde se encuestó a una muestra de 15 adultos mayores. Los datos se recopilaron mediante encuestas, observaciones y revisiones bibliográficas. Se utilizó el método SEM para analizar los datos con SmartPLS 3. Se tuvo como resultado que el apoyo familiar mejora la calidad de vida de los adultos mayores (coeficiente original de 0,466, $p=0,030<0,05$). El estudio encontró una correlación positiva significativa entre la depresión y la calidad de vida (coeficiente de 0,52, $p=0,015<0,05$), lo que contradice la hipótesis inicial de un efecto negativo. El estudio concluyó que el apoyo familiar mejora la calidad de vida de los adultos mayores

institucionalizados. Sin embargo, los resultados sobre la depresión contradicen las expectativas teóricas, lo que pone de relieve la necesidad de realizar más investigaciones con muestras más amplias para comprender mejor esta relación en el contexto específico de los adultos mayores en los hogares geriátricos de Indonesia.

Rosales, et al. (13), 2024 en Colombia, El estudio tuvo como objetivo “analizar la relación entre la percepción del apoyo familiar y depresión en adultos mayores con diversas patologías, el diagnóstico principal”, donde tuvo como metodología una investigación transversal analítica con 250 pacientes ≥ 60 años. Se administró una prueba de apoyo familiar (FF-SIL) y el cuestionario de depresión de Yesavage. El análisis estadístico empleó la prueba de Kruskal-Wallis con significancia $p < 0.05$, obteniendo resultados que la población presentó mediana de edad de 72 años, predominio femenino (62.4%), con 68% de familias funcionales, 26% moderadamente funcionales y 5.2% disfuncionales. El 27.6% mostró síntomas depresivos. Se encontró relación significativa entre funcionalidad familiar y depresión ($p < 0.0001$), donde 84.6% de pacientes con disfunción familiar presentaron algún grado de depresión, frente a solo 17.4% en familias funcionales. Esta relación persistió independientemente de variables sociodemográficas y en la mayoría de las comorbilidades. Concluyendo que La funcionalidad familiar muestra una clara asociación con la presencia de depresión en adultos mayores, actuando como factor protector. No obstante, ciertas patologías de alto impacto emocional pueden generar depresión independientemente del entorno familiar, lo que sugiere un abordaje integral en estos casos.

Monroy (14) 2023, en México, llevó a cabo una investigación con el objetivo de determinar la correlación entre el apoyo social percibido y la depresión en adultos mayores bajo tratamiento psiquiátrico en el Hospital General de Zona No.1 del IMSS. En su investigación realizada en México durante 2023, Monroy (14) examinó la asociación entre

la percepción de apoyo social y los cuadros depresivos en población geriátrica que recibía atención psiquiátrica en el Hospital General de Zona No.1 del IMSS. El abordaje metodológico adoptó un carácter observacional, transversal y correlacional. La muestra, conformada mediante selección no probabilística, incluyó 140 personas de 60 años o más. Los instrumentos psicométricos aplicados fueron la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) junto con la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15), mientras que el análisis de los datos se efectuó mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Los hallazgos documentaron que una proporción mayoritaria de los participantes (86%) se encontraba libre de sintomatología depresiva y reportaba disponer de apoyo social (76%). El análisis correlacional identificó una asociación positiva de magnitud moderada y con significación estadística entre el respaldo proveniente de las amistades y la depresión ($r = .430, p = .000$), así como entre el apoyo social global y la depresión ($r = .396, p = .000$). Por el contrario, la vinculación entre el soporte familiar y la depresión evidenció una magnitud débil y careció de significación estadística ($r = .129, p = .129$). Las conclusiones enfatizaron la necesidad de desarrollar estrategias que trasciendan el abordaje sintomático de la depresión, fortaleciendo las múltiples dimensiones del apoyo social para optimizar el bienestar integral de la población geriátrica. Los resultados resaltan la relevancia específica del respaldo proveniente de las amistades y de la red social amplia en el bienestar psicológico de este grupo etario.

Jiménez, et al. (15), 2022 en Colombia, El estudio tuvo como objetivo “evaluar la relación entre el apoyo familiar percibido y la depresión en personas mayores”, El diseño metodológico adoptó un enfoque cuantitativo, de corte transversal y alcance correlacional, incorporando 71 personas mayores. Para la evaluación del apoyo social percibido se empleó el cuestionario Duke-UNC11 (fiabilidad 0,66; validez 0,88), mientras que la valoración de la depresión se realizó mediante la escala geriátrica Yesavage (fiabilidad 0,84; validez 0,78).

La caracterización de la muestra reveló que el 72,8% correspondía a mujeres, con una edad promedio de 74,52 años. Respecto a la sintomatología depresiva, el 42,3% experimentaba depresión leve, el 49,3% moderada y el 8,5% grave. En cuanto al apoyo social, el 67,6% exhibía niveles normales y el 32,4% bajos. El análisis estadístico identificó una correlación inversa significativa entre el apoyo social y la depresión ($r = -0,336$; $p < 0,01$), siendo la dimensión emocional el componente con mayor influencia. Los participantes masculinos percibían niveles inferiores de apoyo social comparados con las mujeres, diferencias que alcanzaron significación estadística ($p < 0,01$). Las conclusiones establecieron que las personas mayores con mayor respaldo social presentaban menor sintomatología depresiva. Si bien la participación en centros gerontológicos favorece la percepción de apoyo social adecuado, esta intervención resulta insuficiente para prevenir los cuadros depresivos, requiriendo la participación tanto de la familia como del círculo de amistades.

Nacionales

Saldarriaga (16), 2021 en Perú, se propuso determinar la relación entre la comunicación familiar y la depresión en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de Tumbes. La estrategia metodológica adoptada se enmarcó en un paradigma cuantitativo, con un nivel de profundidad descriptivo-correlacional y un diseño transversal de naturaleza no experimental. A partir de un universo poblacional integrado por 120 personas mayores, se conformó una muestra probabilística de 100 sujetos utilizando un procedimiento de muestreo por conveniencia. Para el acopio de datos se implementaron dos instrumentos de medición psicométrica: la Escala de Comunicación Familiar diseñada por David Olson y la Escala de Autoevaluación de la Depresión elaborada por William Zung. Los hallazgos evidenciaron que el 74% de los individuos evaluados manifestó niveles intermedios de comunicación en el ámbito familiar, mientras que el 67% reportó sintomatología depresiva de intensidad moderada. El análisis de carácter inferencial, ejecutado mediante la prueba de independencia

Chi-cuadrado, arrojó un valor de p equivalente a 6,5%, cifra que excedió el nivel crítico de significancia predeterminado del 5%, lo cual llevó a no rechazar la hipótesis nula planteada. La conclusión derivada del estudio estableció la inexistencia de una relación estadísticamente significativa entre los patrones de comunicación familiar y la presencia de depresión en el grupo estudiado, lo que indica que ambos constructos operan de forma autónoma dentro de este escenario específico de análisis.

Macas et al. (17), 2023, en Perú, se propusieron identificar la relación entre el funcionamiento familiar y la presencia de ansiedad, depresión y estrés en adultos mayores. El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, implementando un diseño de corte transversal con propósitos correlacionales. El grupo de participantes estuvo conformado por 384 personas mayores, quienes fueron incorporadas al estudio mediante un procedimiento de selección probabilística. Para la recolección de información se utilizaron instrumentos psicométricos previamente validados: el instrumento DASS-21, compuesto por 21 reactivos destinados a evaluar manifestaciones de ansiedad, depresión y estrés; y el cuestionario APGAR familiar, constituido por 5 reactivos orientados a medir la funcionalidad del sistema familiar. El índice de consistencia interna del conjunto de instrumentos fue satisfactorio, registrando un coeficiente alfa de Cronbach de $\alpha=0,874$. El procesamiento de los datos contempló la elaboración de tablas de contingencia con información cruzada, verificaciones de normalidad distribucional y análisis de asociación bivariada utilizando el coeficiente rho de Spearman, implementados mediante el software SPSS versión 21. Los datos revelaron que el 92% de los adultos mayores evaluados pertenecían a estructuras familiares con características funcionales. No obstante, se detectaron prevalencias importantes de alteraciones en la salud mental: el 47,9% presentó sintomatología ansiosa ($r=-0,190$, $p<0,05$), el 33,3% evidenció signos depresivos ($r=-0,246$, $p<0,05$) y el 29,4% reportó indicadores de estrés ($r=-0,139$, $p<0,05$). El examen correlacional puso de manifiesto

asociaciones de sentido inverso estadísticamente significativas entre la totalidad de las variables analizadas. El estudio concluyó que el funcionamiento familiar incide de manera inversa sobre el estado de salud mental en la población adulta mayor, lo que implica que niveles más elevados de funcionalidad familiar se vinculan con menores niveles de ansiedad, sintomatología depresiva y estrés, corroborando de este modo el papel protector que desempeña el soporte familiar en el bienestar psicológico de este grupo etario particularmente vulnerable.

Castelo et al. (18), 2023 en Perú, con el objetivo de “determinar la relación entre el funcionamiento familiar y la depresión, la ansiedad y el estrés en personas mayores”. La investigación se sustentó en una aproximación metodológica de carácter cuantitativo con un diseño transversal, incorporando 384 individuos de edad avanzada como sujetos de estudio. Para la obtención de datos se emplearon dos herramientas de medición psicométrica validadas: el inventario DASS-21, destinado a evaluar manifestaciones de ansiedad, depresión y estrés; y el instrumento APGAR, orientado a valorar el funcionamiento del sistema familiar. El procesamiento analítico de la información se ejecutó mediante correlaciones no paramétricas de Spearman. Los hallazgos documentaron que el 92% de los sujetos residían en núcleos familiares caracterizados por niveles elevados de funcionalidad. Paralelamente, se identificó que el 47,9% de las personas mayores experimentaba sintomatología ansiosa, el 33,3% presentaba indicadores depresivos, y el 29,4% manifestaba signos de estrés psicológico. El examen correlacional evidenció asociaciones inversas estadísticamente significativas entre el funcionamiento familiar y las variables de salud mental evaluadas: ansiedad ($r = -0,290$, $p < 0,05$), depresión ($r = -0,246$, $p < 0,05$) y estrés ($r = -0,139$, $p < 0,05$). A partir de estos resultados, se estableció que la funcionalidad del entorno familiar ejerce una influencia de sentido inverso sobre la condición de salud mental en población gerontológica. Específicamente, contextos familiares con mayor nivel de

funcionalidad se asocian con menores prevalencias de alteraciones psicológicas como ansiedad, depresión y estrés, lo que subraya el papel fundamental que desempeña el respaldo familiar como factor protector del equilibrio emocional en este segmento demográfico.

Callomamani (19), 2023 en Perú. El objetivo principal fue “determinar la relación entre el apoyo familiar y el estado emocional de las personas mayores”. Se utilizó una metodología no experimental, prospectiva, transversal y relacional con una muestra de 90 personas mayores. Se utilizaron dos instrumentos para evaluar el estado emocional: el cuestionario validado de apoyo familiar de González Ferreyra (alfa de Cronbach $\alpha=0,80$) y el cuestionario de Yesavage. Se tuvo como resultado que el 72,22 % de las personas mayores mostraron apoyo familiar. En cuanto a las dimensiones, el apoyo físico estaba presente en el 66,67 %, el apoyo emocional estaba ausente en el 65,56 %, el apoyo económico estaba presente en el 70 % y el apoyo social estaba presente en el 94,44 %. En cuanto al estado emocional, el 64,44 % era normal, el 30 % moderado y el 5,56 % grave. La relación entre el apoyo familiar y el estado emocional fue significativa ($p=0,00$), con un 84,62 % de los adultos con apoyo familiar que presentaban un estado emocional normal. Conclusión: Los adultos mayores con apoyo familiar presentan un estado emocional normal (94,83 %), lo que destaca la importancia del apoyo familiar en esta etapa de la vida para prevenir cambios emocionales y promover un envejecimiento saludable.

Chancasanampa y Gutierrez (20), 2022 en Perú, desarrollaron una investigación con el propósito de establecer la relación existente entre la depresión y el abandono familiar en la población adulta mayor del centro de salud Pucará. La estrategia metodológica se configuró bajo un paradigma cuantitativo de naturaleza correlacional y carácter básico, integrando una muestra de 70 personas de edad avanzada incorporadas mediante selección aleatoria. El acopio de datos se efectuó a través de dos herramientas previamente sometidas a procesos de validación: la versión reducida de 15 reactivos de la Escala de Depresión

Geriátrica de Yesavage y un cuestionario estructurado sobre abandono familiar compuesto por 20 ítems, el cual contempla las dimensiones material y afectiva. El análisis estadístico se realizó empleando el coeficiente de correlación rho de Spearman. Los resultados revelaron que el 37,14% de los adultos mayores evaluados presentaba sintomatología depresiva de intensidad moderada, el 32,86% exhibía depresión severa, y el 30% manifestaba cuadros depresivos de carácter leve. En relación con el abandono familiar, el 82,86% de los participantes reportó niveles escasamente significativos de esta condición, mientras que únicamente el 4,29% evidenció abandono de magnitud considerable. El examen correlacional estableció la presencia de una asociación estadísticamente significativa, aunque de intensidad baja, entre ambos constructos ($r_s = -0,262$, $p = 0,029$). Las autoras concluyeron que, si bien se constata una vinculación entre los estados depresivos y el abandono familiar en población gerontológica, la magnitud de esta relación resulta modesta, lo que indica que el abandono por parte del núcleo familiar no representa el único elemento causal en la génesis de cuadros depresivos. Los hallazgos ponen de relieve el carácter multifactorial de la depresión en este grupo poblacional, en cuya etiología confluyen además componentes tales como la presencia de patologías crónicas, experiencias de duelo por pérdida de seres significativos y diversos factores de índole psicosocial.

2.2 Bases teóricas

2.2.1. Variable 1: Apoyo Familiar

2.2.1.1. Conceptualización del apoyo familiar

El apoyo familiar percibido constituye un constructo multidimensional que hace referencia a la evaluación subjetiva que realiza un individuo sobre la disponibilidad y calidad del soporte proporcionado por su sistema familiar. Este concepto adquiere relevancia como un factor protector significativo frente a diversas condiciones de salud mental, particularmente los trastornos del estado de ánimo (21). De acuerdo con Procidano y Heller,

el apoyo familiar percibido representa la medida en que un individuo percibe que sus necesidades de apoyo, información y retroalimentación son satisfechas por su familia (22).

La evidencia científica disponible demuestra consistentemente que el apoyo familiar va mucho más allá de actuar simplemente como un amortiguador ante el estrés. En realidad, estas redes de soporte familiar representan componentes fundamentales del bienestar psicológico, ya que proporcionan tanto recursos emocionales como herramientas prácticas que facilitan el desarrollo de estrategias efectivas para enfrentar situaciones adversas (23). La propuesta teórica de Cohen y Wills identifica una operatividad dual en este tipo de soporte: por una parte, ejerce influencia directa sobre la salud del individuo independientemente de las condiciones de tensión existentes; por otra, desarrolla un papel modulador que resulta especialmente protector durante episodios caracterizados por elevada presión psicológica (24).

2.2.1.2. Características del Apoyo Familiar

Las cualidades inherentes al soporte proporcionado por el núcleo familiar lo distinguen claramente de otras modalidades de respaldo social. Entre sus rasgos diferenciadores destacan:

Naturaleza primaria: El sistema familiar representa la estructura fundamental de apoyo informal más próxima a cada persona. Se caracteriza por establecer conexiones afectivas intensas, mantener relaciones de carácter prolongado y sustentar obligaciones de reciprocidad profundamente enraizadas en la matriz cultural (25). Contrariamente a las estructuras formales o secundarias de asistencia, este tipo de soporte se edifica sobre vínculos de consanguinidad, matrimoniales o de filiación que históricamente han implicado compromisos mutuos de cuidado y ayuda (26).

- **Disponibilidad y accesibilidad:** Cuando las dinámicas familiares funcionan óptimamente, el respaldo familiar exhibe propiedades de inmediatez en su disponibilidad y permanencia en su acceso. Los miembros de la familia son, por lo general, las primeras personas a quienes recurre el adulto mayor ante situaciones de necesidad, crisis o vulnerabilidad. Esta característica cobra particular importancia en contextos donde los sistemas institucionales de apoyo social presentan limitaciones o son insuficientes para atender las necesidades de esta población (27).
- **Multidimensionalidad:** El apoyo familiar opera simultáneamente en diversas dimensiones de la experiencia humana, abarcando aspectos emocionales, instrumentales, informativos y materiales. Este carácter multifacético faculta a la familia para responder integralmente ante la diversidad de requerimientos que el adulto mayor experimenta en su vida diaria (28).
- **Reciprocidad y bidireccionalidad:** En adultos mayores con capacidad funcional preservada, el apoyo familiar no representa un flujo unidireccional. Con frecuencia, las personas mayores desempeñan también funciones de proveedores de soporte hacia otros integrantes de la familia, ya sea compartiendo su experiencia acumulada, ofreciendo orientación, participando en el cuidado de los nietos o brindando contención emocional a sus hijos adultos. Esta dinámica recíproca consolida la percepción de utilidad y el sentido de valor personal en el adulto mayor (29).
- **Influencia en la salud:** Numerosas investigaciones han documentado la correlación significativa entre la percepción de respaldo familiar y diversos parámetros tanto de salud física como mental. Un soporte familiar adecuado se ha asociado con resultados más favorables en el control de patologías crónicas, mayor cumplimiento de indicaciones terapéuticas, reducción en las tasas de internación hospitalaria y disminución de la mortalidad. En el dominio de la salud psíquica, el respaldo familiar

funciona como elemento protector frente a cuadros depresivos, trastornos de ansiedad y declive cognitivo (30).

2.2.1.3. Dimensiones de la variable apoyo familiar

Considerando la literatura existente y el primer objetivo específico de la investigación, se proponen las siguientes dimensiones para la variable apoyo familiar.

- **Apoyo Emocional:** Esta categoría engloba las manifestaciones de comprensión afectiva, cuidado, credibilidad y preocupación auténtica que los integrantes del núcleo familiar ofrecen al individuo. Se materializa mediante la presencia de personas con las cuales es posible compartir estados emocionales, vivencias particulares e inquietudes, estableciendo así un entorno propicio para la exteriorización de los sentimientos (31). Investigaciones contemporáneas señalan que el respaldo emocional proveniente del ámbito familiar constituye uno de los factores predictivos más consistentes de la capacidad de adaptación psicológica ante acontecimientos vitales que generan tensión y frente a circunstancias de deterioro en la salud (32).

En el ámbito de las dinámicas familiares, esta forma de respaldo adquiere particular relevancia cuando las personas atraviesan coyunturas críticas, dado que contribuye al manejo adecuado de las emociones y proporciona un referente de estabilidad que refuerza tanto el sentimiento de vinculación como la valoración personal. El trabajo de Marroquín y Nolen-Hoeksema evidenció que esta modalidad de soporte funciona como un elemento intermediario entre las experiencias generadoras de estrés y la manifestación de sintomatología depresiva, favoreciendo el desarrollo de mecanismos adaptativos para la gestión emocional y disminuyendo procesos cognitivos contraproducentes como la rumiación (33).

- **Apoyo Instrumental:** El apoyo instrumental o tangible alude a la asistencia práctica y los recursos materiales concretos que el entorno familiar proporciona para atender requerimientos cotidianos de la persona. Dentro de esta categoría se incluyen aspectos como el respaldo económico, la colaboración en labores domésticas, la facilitación de medios de transporte, el acompañamiento durante consultas médicas y otras manifestaciones de ayuda aplicada (34). De acuerdo con Thoits, esta modalidad de soporte cobra especial significación en situaciones donde las personas enfrentan restricciones de orden físico o cognitivo, o bien cuando se encuentran ante circunstancias que requieren la movilización de recursos materiales particulares (35).

Las investigaciones han documentado que el respaldo instrumental proveniente de la familia representa un elemento fundamental en contextos de enfermedad, recuperación o adversidad económica. Una revisión sistemática conducida por Hodge y su equipo demostró que la disponibilidad de esta forma de apoyo se vincula con mayores niveles de cumplimiento terapéutico, periodos de internación hospitalaria más breves y evoluciones clínicas más satisfactorias en distintas patologías (36). Específicamente en relación con los trastornos del estado de ánimo, este tipo de respaldo puede optimizar el acceso a servicios especializados en salud mental y mitigar elementos estresores ambientales susceptibles de agravar la sintomatología depresiva.

- **Apoyo Informativo:** El apoyo informativo engloba el conjunto de orientaciones, consejos, recomendaciones y transferencia de saberes que contribuyen a la solución de problemáticas y a la adopción de decisiones fundamentadas. Dentro de la dinámica familiar, esta dimensión se expresa cuando los integrantes del grupo comparten datos pertinentes, proporcionan observaciones constructivas y plantean enfoques alternativos frente a situaciones que representan desafíos (37). House destacó que esta modalidad de

respaldo adquiere particular importancia durante fases de transformación o ajuste, momentos en los cuales los individuos requieren adquirir competencias nuevas o acomodarse a escenarios no familiares (38).

Estudios recientes han subrayado la función del apoyo informativo familiar en el fomento de conductas promotoras de salud y en el abordaje eficaz de patologías de curso prolongado. Una investigación de seguimiento realizada por Di Matteo evidenció que esta forma de soporte incrementa sustancialmente el cumplimiento de prescripciones y orientaciones médicas, particularmente en afecciones que demandan modificaciones complejas en los hábitos de vida (39). En el campo de la salud mental, el respaldo informativo puede enriquecer la comprensión sobre esta área, propiciando el reconocimiento precoz de manifestaciones depresivas y estimulando disposiciones favorables hacia la búsqueda de atención especializada.

• **Interacción Social:** La interacción social positiva alude a la existencia de personas dentro del ámbito familiar con quienes sea posible participar en actividades que generan satisfacción, espacios de esparcimiento y vivencias reconfortantes. Esta faceta del respaldo familiar contempla el involucramiento en acciones recreativas, conmemoraciones y prácticas habituales que cultivan el sentimiento de inclusión, vinculación afectiva y goce mutuo (40). Múltiples investigaciones han constatado que la interacción social de carácter positivo representa un elemento protector relevante ante fenómenos como la soledad y el aislamiento social, condiciones habitualmente relacionadas con cuadros depresivos (41).

Rook planteó que, en contraste con otras modalidades de apoyo que emergen predominantemente ante circunstancias adversas, la interacción social positiva opera de forma permanente, generando estados anímicos favorables y aportando al bienestar emocional cotidiano (42). En el marco de las relaciones familiares, estos intercambios propician la unión grupal, el establecimiento de costumbres compartidas y la elaboración de relatos familiares

que consolidan tanto la identidad colectiva como la particular. Una investigación de carácter longitudinal reciente evidenció que tanto la periodicidad como la calidad de las interacciones familiares positivas constituyen predictores importantes de los niveles de satisfacción con la vida y funcionan como elemento protector contra la sintomatología depresiva en distintas fases del desarrollo vital (43).

2.2.1.4. Teoría Cognitiva de Beck

La propuesta teórica cognitiva sobre la depresión formulada por Aaron Beck constituye un referente esencial para interpretar los mecanismos cognitivos desadaptativos que tipifican los estados depresivos en la población gerontológica (44). Este enfoque conceptual sostiene que la depresión emerge a partir de la activación de estructuras cognitivas de valencia negativa que producen sesgos sistemáticos en el modo de procesar la información, lo cual se refleja en la denominada tríada cognitiva depresiva: una percepción adversa de la propia persona, del entorno circundante y de las perspectivas futuras (45).

Aplicado específicamente al contexto de las personas mayores, el modelo beckiano cobra especial pertinencia al esclarecer de qué manera las numerosas experiencias de pérdida vinculadas al proceso de envejecimiento (menoscabo de la condición física, extinción de roles sociales significativos, deceso de vínculos afectivos cercanos, reducción de la autonomía funcional) pueden desencadenar la activación de esquemas cognitivos latentes relacionados con sentimientos de insuficiencia, desesperanza y vulnerabilidad. El respaldo familiar, analizado desde esta óptica teórica, actúa como mecanismo protector en la medida que ofrece información contraria a las interpretaciones negativas, promoviendo procesos de reestructuración cognitiva y contribuyendo al sostenimiento de una apreciación más realista y balanceada de las circunstancias vitales (46).

2.2.1.5. Modelo Teórico de Apoyo Social de Cohen y Wills

El marco conceptual que fundamenta el constructo de apoyo social se ancla en la propuesta desarrollada por Cohen y Wills, quienes articularon una diferenciación crucial entre la percepción subjetiva del apoyo y el respaldo efectivamente recibido, a la vez que formularon la hipótesis del amortiguamiento del estrés (47). Esta arquitectura teórica sostiene que el apoyo social funciona a través de dos vías primordiales: por un lado, ejerce una influencia beneficiosa directa sobre el bienestar psicológico con independencia de la intensidad del estrés al que se encuentre expuesta la persona; por otro, actúa como moderador que reduce el efecto perjudicial de los agentes estresores sobre la salud mental (48).

La estructura multidimensional del apoyo social, conforme a este planteamiento teórico, integra cuatro elementos fundamentales que interactúan de forma complementaria en la promoción del bienestar. El componente emocional implica la entrega de afecto, calidez, confianza y preocupación auténtica, conformando el sustrato afectivo de los vínculos de apoyo. El componente instrumental alude a la asistencia práctica y concreta, que engloba servicios, recursos tangibles y colaboración directa en la resolución de dificultades cotidianas. El componente informativo abarca la provisión de orientaciones, asesoramiento e información pertinente que facilita la comprensión y gestión de circunstancias generadoras de tensión. Por último, el componente valorativo supone la transmisión de estima, reconocimiento y apreciación hacia el individuo, consolidando su autoimagen y sentido de competencia personal (49).

2.2.2. Variable 2: Depresión

2.2.2.1. Conceptualización de la depresión

La depresión constituye una alteración de la salud mental cuyo impacto se extiende a múltiples esferas de la existencia humana: el ámbito individual, las dinámicas familiares, las relaciones sociales y el desempeño ocupacional. Esta condición se expresa mediante un

conjunto sintomático que compromete las esferas afectiva, cognitiva, conductual y somática del funcionamiento humano. De acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, esta patología alcanza aproximadamente a 280 millones de individuos a escala global, posicionándose como uno de los factores preponderantes de discapacidad y contribuyendo significativamente a la carga de morbilidad a nivel mundial (50).

Desde el punto de vista clínico, la depresión se entiende como un síndrome caracterizado por modificaciones sostenidas en el estado anímico, anhedonia (definida como la pérdida de la capacidad para experimentar satisfacción), variaciones en los patrones alimentarios y del ciclo vigilia-sueño, fatiga de carácter persistente, vivencias de inutilidad o culpabilidad excesiva, deterioro en las funciones atencionales y de concentración, así como ideación recurrente vinculada con la muerte o el suicidio. Los sistemas clasificatorios actuales, tales como el DSM-5 y la CIE-11, establecen parámetros operacionales para su identificación diagnóstica, tomando en consideración la temporalidad, la severidad y las repercusiones funcionales de dicha sintomatología (51).

2.2.2.2. Características Clínicas de la Depresión en el Adulto Mayor

La presentación clínica de la depresión en el adulto mayor exhibe particularidades que pueden dificultar su reconocimiento diagnóstico. Entre las características más relevantes se encuentran (52):

- **Presentación atípica:** Las personas de edad avanzada frecuentemente no exhiben la aflicción manifiesta que tipifica los episodios depresivos en individuos de menor edad. En su lugar, tienden a destacar manifestaciones somáticas de carácter inespecífico, expresiones de malestar corporal difuso, inquietudes de naturaleza hipocondríaca, agotamiento de larga duración y manifestaciones de irritabilidad o disforia que reemplazan la tristeza ostensible. Esta forma de presentación clínica

no convencional constituye un factor determinante en el infradiagnóstico de los trastornos depresivos dentro de la población gerontológica (53).

- **Solapamiento con síntomas del envejecimiento normal:** Múltiples manifestaciones clínicas asociadas con estados depresivos, tales como el cansancio excesivo, las alteraciones en los patrones de descanso nocturno, la reducción en la ingesta alimentaria y el deterioro en las capacidades de atención y concentración, suelen ser erróneamente interpretadas como fenómenos inherentes al proceso de envejecimiento. Esta confusión diagnóstica genera que sintomatología correspondiente a un trastorno depresivo susceptible de tratamiento sea subestimada o asumida como una consecuencia natural e inevitable del avance de la edad (54).
- **Predominio de síntomas cognitivos:** En la población gerontológica que padece trastornos depresivos resulta habitual identificar quejas de índole cognitiva particularmente notorias, que incluyen problemas relacionados con la capacidad mnésica, las funciones atencionales y la rapidez en el procesamiento de información. Esta condición, conocida con el término "pseudodemencia depresiva", puede semejar clínicamente un síndrome demencial, lo que demanda la realización de un proceso diagnóstico diferencial riguroso. Los datos indican que aproximadamente cuatro de cada diez pacientes en quienes se establece inicialmente el diagnóstico de pseudodemencia depresiva evolucionarán hacia un cuadro demencial auténtico durante los tres años posteriores, lo cual sugiere que los trastornos depresivos podrían funcionar como factor predisponente o como manifestación prodrómica de procesos de deterioro neurodegenerativo (55).
- **Comorbilidad médica:** La depresión en adultos mayores presenta frecuentemente comorbilidad con múltiples condiciones médicas crónicas,

incluyendo enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, cáncer y patología tiroidea. Esta coexistencia complica tanto el diagnóstico como el tratamiento, estableciéndose relaciones bidireccionales donde la enfermedad médica incrementa el riesgo de depresión, y la depresión, a su vez, empeora el pronóstico y la evolución de las condiciones médicas subyacentes (56).

- **Mayor riesgo de suicidio:** Los adultos mayores con depresión presentan tasas de suicidio significativamente superiores a otros grupos etarios. Particularmente, los varones divorciados o viudos constituyen un grupo de riesgo especialmente elevado. Las tentativas de suicidio en adultos mayores tienden a ser más letales, con menor frecuencia de actos impulsivos y mayor planificación (57).

2.2.2.3. Tipos Específicos de Depresión en el Adulto Mayor

- **Depresión mayor:** Cumple criterios completos del DSM-5 o CIE-10 para episodio depresivo con intensidad suficiente para generar deterioro funcional significativo. Representa la forma clínica más grave y requiere invariablemente intervención terapéutica específica (58).
- **Depresión subsindrómica o menor:** Presencia de síntomas depresivos clínicamente significativos que no cumplen criterios completos para depresión mayor. Aunque frecuentemente minimizada, genera deterioro funcional apreciable y constituye un factor de riesgo para progresión hacia depresión mayor (59).
- **Trastorno depresivo persistente (Distimia):** Caracterizado por estado de ánimo deprimido presente la mayor parte del día, durante la mayor parte de los días, por un período mínimo de dos años. Representa una forma crónica de depresión de

menor intensidad sintomática que la depresión mayor, pero con impacto acumulativo significativo en calidad de vida (60).

- **Depresión con características melancólicas:** Se caracteriza por anhedonia profunda, pérdida de reactividad del estado de ánimo, empeoramiento matutino característico, despertar precoz, enlentecimiento o agitación psicomotor marcado, anorexia significativa y culpa excesiva. Esta presentación es particularmente frecuente en adultos mayores (61).
- **Depresión vascular:** Concepto introducido para describir los trastornos depresivos que se desarrollan en el contexto de enfermedad cerebrovascular o factores de riesgo vascular. Se caracteriza por inicio tardío (generalmente después de los 65 años), apatía prominente, enlentecimiento psicomotor, disfunción ejecutiva y menor frecuencia de antecedentes familiares de depresión. Neuroimagenológicamente se asocia con hiperintensidades de sustancia blanca y lesiones isquémicas (62).

2.2.2.4. Dimensiones de la variable Depresión:

- **Síntomas afectivos:** Los síntomas afectivos constituyen el núcleo experiencial de la depresión y comprenden alteraciones persistentes del estado de ánimo, caracterizadas predominantemente por tristeza, vacío, desesperanza e irritabilidad. La anhedonia, definida como la disminución o pérdida de la capacidad para experimentar placer o interés en actividades previamente gratificantes, representa otro síntoma afectivo cardinal de la depresión (46). Estudios neurobiológicos recientes han vinculado estos síntomas con alteraciones en los sistemas dopaminérgicos y serotoninérgicos, particularmente en los circuitos de recompensa y los mecanismos de regulación emocional (63).

La experiencia subjetiva de estos síntomas afectivos puede variar considerablemente entre individuos y contextos culturales. Mientras algunas personas describen predominantemente sentimientos de tristeza o vacío emocional, otras experimentan principalmente irritabilidad, tensión o embotamiento afectivo. Investigaciones transculturales han documentado que, en determinados contextos socioculturales, la expresión afectiva de la depresión puede manifestarse prioritariamente a través de quejas somáticas, con menor verbalización directa de emociones negativas (64).

- **Síntomas cognitivos:** Los síntomas cognitivos de la depresión incluyen alteraciones en los procesos de pensamiento, atención, memoria y toma de decisiones. Entre estas manifestaciones destacan las dificultades de concentración, la rumiación persistente sobre experiencias negativas, los pensamientos automáticos negativos, las distorsiones cognitivas, los sentimientos de inutilidad, la culpa excesiva o inapropiada y la visión pesimista del futuro (65). En casos severos, estos síntomas pueden incluir ideación suicida y, ocasionalmente, características psicóticas como ideas delirantes congruentes con el estado de ánimo.

Desde la perspectiva de la teoría cognitiva de Beck, estos síntomas reflejan la activación de esquemas negativos disfuncionales que generan una tríada cognitiva caracterizada por una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (50). Investigaciones en neurociencia cognitiva han documentado que los individuos con depresión presentan sesgos atencionales hacia estímulos negativos, déficits en el control cognitivo de las emociones y alteraciones en la memoria autobiográfica, caracterizada por una sobre generalización de los recuerdos personales (66).

- **Síntomas conductuales:** Los síntomas conductuales de la depresión comprenden cambios observables en el comportamiento del individuo, manifestándose

principalmente como reducción generalizada de la actividad, retraimiento social, disminución de la productividad, enlentecimiento psicomotor o, en algunos casos, agitación. Estas manifestaciones conductuales reflejan alteraciones motivacionales fundamentales que afectan los sistemas de aproximación y evitación conductual (67). La apatía, definida como la reducción de la motivación dirigida a objetivos, representa un síntoma conductual central que impacta significativamente en el funcionamiento cotidiano y la calidad de vida.

La evitación conductual, particularmente el aislamiento social y la disminución de actividades previamente gratificantes, constituye un mecanismo crucial en el mantenimiento de la depresión. Como señala la teoría de la indefensión aprendida revisada por Abramson y colaboradores, las experiencias reiteradas de falta de control sobre situaciones aversivas pueden generar déficits motivacionales que se expresan conductualmente como pasividad y abandono de esfuerzos (68). Modelos contemporáneos de la depresión como la "teoría de la activación conductual" enfatizan que esta reducción progresiva de comportamientos reforzantes positivos crea un círculo vicioso que exagera y perpetúa la sintomatología depresiva (69).

- **Síntomas somáticos:** Síntomas somáticos: Las manifestaciones físicas representan expresiones frecuentes de los cuadros depresivos, abarcando alteraciones en los patrones de sueño, modificaciones en la conducta alimentaria y en el cuidado personal, fatiga que persiste sin causa aparente, reducción de la vitalidad, dolores musculares difusos sin localización específica y molestias gastrointestinales. Estas expresiones evidencian la interconexión profunda entre los procesos de naturaleza psicológica y los mecanismos fisiológicos, particularmente mediante alteraciones que comprometen los sistemas neuroendocrino, inmunitario y autónomo (70). La evidencia científica actual indica que estas manifestaciones somáticas pueden adquirir especial prominencia en variantes específicas del

trastorno depresivo, tales como la depresión de tipo atípico o melancólico, así como en contextos culturales donde la expresión abierta del sufrimiento emocional encuentra menor aceptación social (71).

Desde el punto de vista neurobiológico, las manifestaciones somáticas asociadas a la depresión han sido vinculadas con perturbaciones en los ciclos circadianos, disfunción del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal y mecanismos inflamatorios. El modelo conceptual de la depresión inflamatoria desarrollado por Raison y Miller ha incorporado evidencia reciente que documenta la manera en que la activación de citoquinas con propiedades proinflamatorias puede desencadenar comportamientos de enfermedad que se solapan considerablemente con la sintomatología somática característica de los cuadros depresivos (72). Estos descubrimientos enfatizan la importancia de considerar las manifestaciones somáticas no como fenómenos secundarios o accesorios, sino como elementos constitutivos de la fisiopatología de los trastornos depresivos, con repercusiones significativas para su evaluación diagnóstica y abordaje terapéutico.

2.2.2.5. Niveles de depresión

La estratificación de los cuadros depresivos según su gravedad constituye un elemento fundamental en la valoración clínica, la determinación del pronóstico y el diseño de estrategias terapéuticas ajustadas a las necesidades individuales de cada persona. Esta clasificación se fundamenta en la consideración del número de síntomas presentes, su intensidad, su duración temporal y el grado de compromiso funcional que generan en las distintas esferas de la vida cotidiana (73). Las directrices clínicas contemporáneas y los sistemas diagnósticos vigentes, incluyendo el DSM-5 y la CIE-11, reconocen habitualmente cuatro categorías de gravedad: ausencia de cuadro depresivo clínicamente relevante, depresión de intensidad leve, depresión de intensidad moderada y depresión de intensidad severa o grave.

Sin Depresión: La ausencia de un cuadro depresivo con significación clínica se identifica por la presencia de un estado anímico generalmente estable, con variaciones emocionales dentro de parámetros normativos que responden de manera adaptativa a los eventos vitales. Las personas sin depresión experimentan ocasionalmente episodios transitorios de tristeza o desánimo ante circunstancias adversas, pero estos son congruentes con las situaciones desencadenantes, presentan una duración acotada y no comprometen significativamente el desempeño en las actividades cotidianas (74).

Depresión Leve: Este nivel se distingue por la presencia de manifestaciones depresivas que, aun siendo clínicamente relevantes, generan un compromiso funcional relativamente acotado. Las personas que experimentan este grado de depresión suelen presentar síntomas tales como ánimo deprimido, reducción del interés o capacidad para experimentar placer en determinadas actividades, fatiga de baja intensidad y algunas dificultades en la concentración, aunque mantienen la capacidad para desempeñar la mayor parte de sus obligaciones cotidianas, si bien requiriendo un mayor esfuerzo (75).

Depresión Moderada: Este nivel intermedio de gravedad se caracteriza por la presencia de cinco a seis manifestaciones depresivas de intensidad considerable que ocasionan un compromiso funcional sustancial en múltiples dimensiones de la vida diaria. Las personas que experimentan depresión moderada enfrentan dificultades evidentes para sostener su rendimiento habitual en contextos laborales, académicos, sociales y familiares, necesitando por lo general un esfuerzo considerable para cumplir con sus responsabilidades fundamentales (76).

Depresión Severa (o Grave): La depresión de intensidad severa o grave representa el grado más pronunciado del trastorno, identificándose por la presencia de siete o más manifestaciones depresivas de considerable intensidad que producen un deterioro funcional

profundo en todas las dimensiones vitales. En este estadio, la persona experimenta una incapacidad marcada para mantener su funcionamiento habitual, con restricciones severas para ejecutar actividades elementales de autocuidado, sostener obligaciones de índole laboral o académica y preservar vínculos interpersonales (77).

2.2.2.5. Teoría de Sistemas de Betty Neuman

El modelo teórico de Sistemas desarrollado por Betty Neuman ofrece un marco conceptual comprensivo para analizar la vinculación entre el respaldo familiar y los cuadros depresivos en población geriátrica, conceptualizando al individuo como un sistema cliente de naturaleza abierta que mantiene interacción constante con factores ambientales estresantes (78). Conforme a esta propuesta teórica, el adulto mayor representa un sistema integrado por cinco variables que se interrelacionan: la dimensión fisiológica, la psicológica, la sociocultural, la del desarrollo y la espiritual, protegido por líneas concéntricas de defensa que lo resguardan frente a potenciales factores estresantes (79).

La depresión, interpretada desde la óptica neumaniana, constituye un estresor de carácter intrapersonal, interpersonal o extrapersonal que compromete la estabilidad del sistema cliente. El respaldo familiar funciona como una línea de defensa flexible susceptible de activarse para prevenir o atenuar el impacto del estresor sobre el núcleo esencial del sistema. La efectividad de esta línea de defensa depende de la disponibilidad, accesibilidad y adecuación del apoyo proporcionado en relación con las necesidades específicas del sistema cliente. El modelo de Neuman también proporciona una estructura para comprender los tres niveles de prevención en el contexto de la depresión geriátrica. La prevención primaria se orienta hacia el fortalecimiento de las líneas de defensa mediante la optimización del apoyo familiar antes de la exposición al factor estresante. La prevención secundaria involucra la detección temprana de síntomas depresivos y la movilización de recursos

familiares para minimizar el impacto. La prevención terciaria se enfoca en la restauración del equilibrio del sistema y la prevención de recurrencias (80).

2.3 Formulación de la hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

Hi: Existe una relación significativa entre el apoyo familiar y los niveles de depresión en los adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco durante el año 2025.

Ho: No existe una relación significativa entre el apoyo familiar y los niveles de depresión en los adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco durante el año 2025.

2.3.2 Hipótesis específicas

HiE1: Existe una diferencia significativa entre la relación del nivel de apoyo familiar en su dimensión apoyo informativo y la depresión de los adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco durante el año 2025.

HiE2: Existe una diferencia significativa entre la relación del nivel de apoyo familiar en su dimensión apoyo instrumental y la depresión de los adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco durante el año 2025.

HiE3: Existe una diferencia significativa entre la relación del nivel de apoyo familiar en su dimensión apoyo informativo y la depresión de los adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco durante el año 2025.

HiE4: Existe una diferencia significativa entre la relación del nivel de apoyo familiar en su dimensión apoyo afectivo y la depresión de los adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco durante el año 2025.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 Método de investigación

El presente estudio aplicará el método hipotético deductivo, dado que permitirá examinar rigurosamente la relación entre el apoyo familiar y la depresión en adultos mayores mediante la contrastación de la hipótesis (81).

3.2 Enfoque de investigación

El presente estudio utilizará un enfoque cuantitativo, ya que se recolectarán datos objetivos y numéricos a través de instrumentos estructurados, con el propósito de analizar estadísticamente la relación entre el apoyo familiar y la depresión en adultos mayores (81).

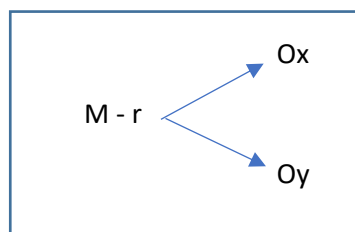
3.3 Tipo de investigación

El estudio se sitúa en el nivel aplicada, dado que su propósito fundamental consistirá en generar conocimiento dirigido a comprender y abordar una problemática específica de salud mental en población geriátrica (82).

3.4 Diseño de investigación

El diseño de investigación es correlacional no experimental y transversal, pues busca determinar la existencia y el grado de relación entre dos variables principales: el apoyo familiar y los niveles de sintomatología depresiva (82).

El diseño es:



Dónde:

M: muestra de estudio.

Ox: Apoyo familiar.

Oy: Depresión.

r: Relación entre las dos variables en estudio.

3.5 Población, muestra y muestreo

3.5.1 Población

Estará conformada por todos los adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco durante el año 2025 (82).

3.5.2 Muestra

La muestra se seleccionará mediante un método probabilístico aleatorio simple, utilizando una fórmula finita y cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión, y estará compuesta por adultos mayores tratados en el Centro Comunitario de Salud Mental de Pasco (82).

Criterios de inclusión

- Adultos mayores (60 años a más) atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco.
- Que acepten participar mediante la firma de un consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognitivo severo o trastornos psicóticos activos.
- Personas que no completen los instrumentos de evaluación.

3.6 Variables y operacionalización

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIÓN | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | ESCALA DE VALORACIÓN |
|--|--|--|--------------------------|--|--------------------|---|
| INDEPENDIENTE Apoyo Familiar | Conjunto multidimensional de recursos emocionales, instrumentales, informativos y afectivos proporcionados por miembros de la familia nuclear o extendida, que contribuyen al bienestar psicológico, físico y social del adulto mayor, actuando como factor protector ante situaciones estresantes y facilitando el mantenimiento de la autonomía funcional (19). | Puntaje obtenido mediante la aplicación del Cuestionario de Apoyo Social Familiar (CASF) adaptado para adultos mayores, que evalúa la percepción del paciente sobre la disponibilidad, accesibilidad y calidad del apoyo recibido por parte de sus familiares en las cuatro dimensiones establecidas | Tipos de apoyo familiar | <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo emocional • Apoyo instrumental • Apoyo informativo • Apoyo afectivo: | Nominal | Apoyo alto (75-100 puntos) Apoyo moderado (50-74 puntos) Apoyo bajo (25-49 puntos) Apoyo ausente (0-24 puntos) |
| DEPENDIENTE Depresión | Trastorno del estado de ánimo caracterizado por sentimientos persistentes de tristeza, desesperanza, pérdida de interés en actividades previamente placenteras, alteraciones del sueño y apetito, fatiga, dificultades cognitivas y síntomas somáticos, que interfieren significativamente con el funcionamiento social, ocupacional y personal del adulto mayor (26). | Puntaje obtenido a través de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15), instrumento validado que evalúa la presencia e intensidad de síntomas depresivos mediante 15 ítems dicotómicos, considerando las características específicas de presentación de la depresión en población geriátrica. | Sintomatología depresiva | <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas afectivos • Síntomas cognitivos • Síntomas conductuales • Síntomas somáticos | Nominal | Presente (≥1 síntoma) Ausente (0 síntomas) |
| | | | Nivel de depresión | <ul style="list-style-type: none"> • Sin depresión • Depresión leve • Depresión moderada • Depresión severa | Ordinal | Sin depresión (0-4 puntos) Depresión leve (5-8 puntos) Depresión moderada (9-11 puntos) Depresión severa (12-15 puntos) |

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1 Técnica

Para el trabajo de investigación, se empleará el uso de una Encuesta estructurada la cual nos permitirá identificar el apoyo familiar y la depresión del adulto mayor (82).

3.7.2 Descripción de instrumentos

Escala de Percepción del Apoyo Familiar: instrumento validado para medir la percepción del apoyo familiar en sus distintas dimensiones (emocional, instrumental, informativo y afectivo).

Inventario de Depresión Geriátrica (GDS-15): instrumento validado para evaluar la presencia e intensidad de sintomatología depresiva en adultos mayores.

3.7.3 Validación

Para garantizar la validez del estudio, se utilizarán instrumentos previamente validados en investigaciones similares y adaptados al contexto de adultos mayores en centros de salud mental.

Escala de Percepción del Apoyo Familiar:

Este instrumento ha sido sometido a un proceso de validación de contenido a través de juicio de expertos en psicología social y geriatría, quienes evaluaron la pertinencia, coherencia y claridad de cada ítem. Además, ha demostrado una alta validez de constructo en estudios previos, evidenciando su capacidad para medir adecuadamente las dimensiones del apoyo familiar percibido (apoyo emocional, instrumental, informativo y afectivo).

Inventario de Depresión Geriátrica (GDS-15):

El GDS-15 es un instrumento internacionalmente validado para la evaluación de síntomas depresivos en adultos mayores. Su validación ha sido realizada en múltiples

contextos, mostrando una alta validez concurrente con otras escalas de depresión, como el Hamilton Depresión Rating Scale y el Beck Depresión Inventory, especialmente en poblaciones geriátricas.

Confiabilidad

Para asegurar la confiabilidad de los instrumentos, se consideraron coeficientes de consistencia interna obtenidos en investigaciones previas:

Escala de Percepción del Apoyo Familiar:

El instrumento presenta un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0,85, indicando una consistencia interna alta y adecuada para estudios sociales y de salud.

Inventario de Depresión Geriátrica (GDS-15):

El GDS-15 reporta un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,80 en diversas validaciones internacionales, lo cual confirma su alta confiabilidad para la medición de sintomatología depresiva en adultos mayores.

3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos

Los datos recopilados serán procesados mediante el software SPSS versión 28.

Se aplicarán:

Para el tratamiento de los datos recolectados se emplearán estadísticos de naturaleza descriptiva, incluyendo distribuciones de frecuencias, proporciones porcentuales y medidas que reflejan la tendencia central de las variables. Adicionalmente, considerando la naturaleza de las variables analizadas y atendiendo a los hallazgos derivados de las pruebas de normalidad, se aplicará el coeficiente de correlación Rho de Spearman con el propósito de examinar la asociación existente entre la percepción de respaldo familiar y las manifestaciones sintomáticas de carácter depresivo.

3.9 Aspectos éticos

La conducción de esta investigación se fundamentará en el tratamiento riguroso de dimensiones éticas vinculadas al resguardo de valores y principios que orientan la dirección del estudio y salvaguardan la integridad de quienes participan:

Autonomía: Se respetará plenamente la capacidad de autodeterminación de los participantes, reconociendo su derecho irrestricto a decidir de manera independiente respecto a su involucramiento en el estudio. Con anterioridad a la recopilación de información, se proporcionará a cada participante una explicación clara y comprensible acerca de las finalidades del estudio, los procedimientos metodológicos a implementar, los beneficios anticipados y los riesgos potenciales asociados a su participación.

Beneficencia: La investigación se orienta a maximizar los beneficios tanto para quienes participan como para la comunidad académica en general, al generar conocimiento relevante sobre la importancia del respaldo familiar en el bienestar psicológico de la población geriátrica. Se velará porque el involucramiento en el estudio no ocasione perjuicio alguno ni represente molestias significativas para los participantes, protegiendo su integridad emocional durante todo el proceso de obtención de información.

Justicia: Se asegurará un trato equitativo para todos los participantes, garantizando que el procedimiento de selección se desarrolle de manera justa y exenta de cualquier forma de discriminación. Todas aquellas personas mayores que satisfagan los criterios de inclusión establecidos dispondrán de iguales posibilidades de participación. Los hallazgos del estudio serán utilizados de manera ética, contribuyendo al avance de la comunidad científica y al mejoramiento de la atención en salud mental dirigida a la población geriátrica, evitando cualquier forma de daño o exclusión que carezca de justificación.

No maleficencia: Se evitará cualquier daño físico, emocional o psicológico a los participantes. La aplicación de los instrumentos será realizada de forma cuidadosa y respetuosa, en un ambiente seguro y adecuado. Asimismo, si durante la investigación se detectan signos de afectación emocional significativa en algún participante, se realizará la derivación correspondiente a los servicios de apoyo psicológico disponibles en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco, garantizando así su protección y atención adecuada.

CAPITULO IV: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1 Cronograma de actividades

| ACTIVIDADES | AÑO | | | |
|---|------|---|---|---|
| | 2025 | | | |
| | S | O | N | D |
| 1.- Identificación del problema | | | | |
| 2.- Revisión bibliográfica | | | | |
| 3.- Elaboración del proyecto de investigación. | | | | |
| 4.- Revisión del proyecto de investigación. | | | | |
| 5.- Aprobación del proyecto de investigación. | | | | |
| 6.- Elaboración del instrumento de datos. | | | | |
| 7.- Revisión y validación del instrumento por expertos. | | | | |
| 8.- Aplicación del instrumento de datos. | | | | |
| 9.- Procesamiento de datos | | | | |
| 10.- Elaboración del informe final. | | | | |
| 11.- Sustentación de tesis. | | | | |

4.2 Presupuesto

| | REC. HUMANOS | Unidad | Total |
|----------------------|---------------------------------|-----------|----------------|
| POTENCIALES HUMANOS | Asesor | 1 | 2500 |
| | Encuestador | 1 | 600 |
| | Estadístico | 1 | 500 |
| RECURSOS MATERIALES | MATERIAL BIBLIOGRÁFICO | | |
| | Textos | Estimado | 100 |
| | Internet | Estimado | 50 |
| | MATERIAL DE IMPRESIÓN | | |
| | impresiones | Estimado | 210 |
| | fotocopias | Estimado | 60 |
| | Empastado de tesis | Estimado | 70 |
| | USB | Estimado | 30 |
| | CD | Estimado | 5 |
| | MATERIAL DE ESCRITORIO | | |
| | Hojas bond | Estimado | 25 |
| | Lapiceros | Estimado | 10 |
| | Tablero | Estimado | 15 |
| | SERVICIOS | SERVICIOS | |
| Movilidad y viáticos | | Estimado | 300 |
| Comunicación | | Estimado | 200 |
| Otros imprevistos | | Estimado | 200 |
| | | | S/ 4885 |
| RECURSOS FINANCIEROS | El proyecto será autofinanciado | | |

REFERENCIAS

1. Gonzales R, Paredes A, Chávez M. Prevalencia y factores asociados a sintomatología depresiva en adultos mayores en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37(2):254-60.
2. Organización Mundial de la Salud. Salud mental de los adultos mayores [Internet]. [Consultado el 22 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
3. Jalali A, Ziapour A, Karimi Z, Rezaei M, Emami B, Pourmirza R, et al. Prevalencia global de depresión, ansiedad y estrés en la población adulta mayor: una revisión sistemática y un metanálisis. *BMC Geriatr*. 2024;24(1):1-14.
4. Espinoza G, Gonzales I, Meléndez M, Cabrera R. Prevalencia y factores asociados a la depresión en el personal de salud durante la pandemia de SARS-CoV-2 en el departamento de Piura, Perú. *Int J Environ. Res Public Health*. 2021; 18(24): 13171.
5. Baldeón P, Luna C, Mendoza S, Correa LE. Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. *Acta Med Perú*. 2019; 36(4): 607-12
6. Fernández R, Manrique FG. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Rev Cuidarte*. 2010; 1(2): 57-61.
7. Instituto Nacional sobre el Envejecimiento. Aislamiento social y soledad: consejos para mantenerse conectado [Internet]. [Consultado el 22 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/espanol/soledad-aislamiento-social/soledad-aislamiento-social-consejos-mantenerse-conectado>
8. Gobierno Regional Pasco. Realizarán encuesta sobre salud mental en la región Pasco [Internet]. 2022 [Consultado el 22 de marzo de 2025]. Disponible en:

<https://www.gob.pe/institucion/regionpasco/noticias/630026-realizaran-encuesta-sobre-salud-mental-en-la-region-pasco>

9. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la ciudad de Pasco - 2013. Informe General. 2016.
10. Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5ª edición. Arlington, VA: Publicaciones psiquiátricas estadounidenses; 2013.
11. Kartinah, K. and Al Fatih, M. F., Family Support and Depressive Symptoms among the Elderly in Gunungkidul Health Center Sumberejo-Yogyakarta, Indonesia, Malahayati International Journal of Nursing and Health Science, 2024; 29(1)
12. Rajagukguk AD, Rahadhini MD, Sarwono AE. Pengaruh Dukungan Keluarga dan Depresi terhadap Kualitas Hidup Lansia di Panti Wreda Widhi Asih Surakarta. Jurnal Manuhara: Pusat Penelitian Ilmu Manajemen dan Bisnis. 2024; 2(4):262-282.
13. Rosales AK, González R, González Pedraza-Avilés A. Relación entre funcionalidad familiar y depresión en adultos mayores en una clínica de primer nivel. Aten Fam. 2025; 32(1): 46-52. [Consultado el 22 de marzo de 2025].. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2025.1.90131>
14. Medina D. Correlación entre depresión y apoyo social en adultos mayores con manejo en psiquiatría en el Hospital General de Zona No.1 del IMSS Aguascalientes [Tesis de especialidad]. Aguascalientes, México: Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2023.
15. Jiménez E, Mendoza Y, Moctezuma S, Vélez G, Cano A. Relación entre el apoyo social percibido y la depresión en adultos mayores con asistencia en centro gerontológico. Gerokomos [Internet]. 2022 [consultado 26 Abr 2025];33(4):230-233.

Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000400230

16. Saldarriaga CE. Comunicación familiar y depresión en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor, Tumbes 2022 [Tesis de licenciatura]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2024.
17. Macas BD, Castelo WP, González-Arellano N, Castro Vásquez MJ, Castro Vásquez TN. Estrés, ansiedad y depresión en el adulto mayor en relación a la funcionalidad familiar. *Rev Peru Cienc Salud*. 2023;5(3):203-11. doi: 10.37811/rpcs.2023.5.3.426
18. Castelo WP, Macas BD, González N, Castro MJ, Castro TN. Estrés, ansiedad y depresión en el adulto mayor en relación con la funcionalidad familiar. *Rev Peru Cienc Salud* [Internet]. 2023 [Consultado 2023 Abr 26]; 5(3). Disponible en: <https://doi.org/10.37711/rpcs.2023.5.3.426>
19. Callomamani SB. Apoyo familiar y percepción del estado emocional en el adulto mayor del Centro de Salud Pampa Inalámbrica Ilo 2019 [Tesis]. Moquegua (Perú): Universidad José Carlos Mariátegui; 2023 [consultado 26 Abr 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/xxxx>
20. Chancasanampa CJ, Gutierrez JJ. Depresión y abandono familiar en el adulto mayor del Centro de Salud Pucará, Huancayo 2021 [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería]. Huancayo: Universidad Continental, Facultad de Ciencias de la Salud; 2022.
21. Neuman B, Fawcett J. *The Neuman Systems Model*. 6th ed. Boston: Pearson; 2024.
22. Louis M, Kotzabassaki S. The Neuman Systems Model in research and practice. *Nurs Sci Q*. 2023;12(2):67-70.
23. Reed KS. *Betty Neuman: The Neuman Systems Model*. 4th ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2023.

24. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull.* 1985; 98(2): 310-57. [Consultado el 17 de abril de 2025]. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/1986-01119-001>
25. Torres Mantilla JC, Torres Mantilla JD. Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos. *Horiz Med.* 2023;23(3): e2220.
26. Gómez-Angulo C, Campo-Arias A. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011;46(3):132-7.
27. Calderón D, Valverde L. Factores relacionados con depresión en adultos mayores atendidos en atención primaria de salud en Chiclayo. *Rev Col Med Fis Rehab.* 2021;31(2):285-93.
28. Calderón D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Med Hered.* 2018;29(3):182-91.
29. Beekman AT, Penninx BW, Deeg DJ, Ormel J, Braam AW, van Tilburg W. Depression and physical health in later life: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). *J Affect Disord.* 1997;46(3):219-31.
30. Sánchez-Morillo LS, García-Hernández LA, Martínez-Rico PA. Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enferm Glob.* 2019;18(3):98-113.
31. Burleson BR. The experience and effects of emotional support: What the study of cultural and gender differences can tell us about close relationships, emotion, and interpersonal communication. *Pers Relatsh.* 2003; 10(1): 1-23. [Consultado el 18 de abril de 2025]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1475-6811.00033>
32. Southwick SM, Sippel L, Krystal J, Charney D, Mayes L, Pietrzak R. Why are some individuals more resilient than others: the role of social support. *World Psychiatry.*

- 2016; 15(1): 77-9. [Consultado el 18 de abril de 2025]. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4780285/>
33. Marroquín B, Nolen-Hoeksema S. Emotion regulation and depressive symptoms: Close relationships as social context and influence. *J Pers Soc Psychol.* 2015; 109(5): 836-55. [Consultado el 19 de abril de 2025]. Disponible en:
<https://psycnet.apa.org/record/2015-37950-001>
34. Semmer NK, Elfering A, Jacobshagen N, Perrot T, Beehr TA, Boos N. The emotional meaning of instrumental social support. *Int J Stress Manag.* 2008; 15(3): 235-51. [Consultado el 20 de abril de 2025]. Disponible en:
<https://psycnet.apa.org/record/2008-10897-003>
35. Thoits PA. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *J Health Soc Behav.* 2011; 52(2): 145-61. [Consultado el 20 de abril de 2025]. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022146510395592>
36. Hodge JM, Zack ES, Zhao X, Eickhoff JC, Brennan MB. Association of social support with outcomes in incident cancer: A systematic review. *J Natl Cancer Inst.* 2022; 114(4): 563-79. [Consultado el 21 de abril de 2025]. Disponible en:
<https://academic.oup.com/jnci/article/114/4/563/6484937>
37. Cutrona CE, Suhr JA. Controllability of stressful events and satisfaction with spouse support behaviors. *Commun Res.* 1992; 19(2): 154-74. [Consultado el 22 de abril de 2025]. Disponible en:
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/009365092019002002>
38. House JS. *Work stress and social support.* Reading, MA: Addison-Wesley; 1981. [Consultado el 22 de abril de 2025]. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277953681900815>

39. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychol.* 2004; 23(2): 207-18. [Consultado el 23 de abril de 2025]. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2004-11614-011>
40. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med.* 1991; 32(6): 705-14. [Consultado el 24 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/027795369190150B>
41. Santini ZI, Koyanagi A, Tyrovolas S, Mason C, Haro JM. The association between social relationships and depression: a systematic review. *J Affect Disord.* 2015; 175: 53-65. [Consultado el 24 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032714007434>
42. Rook KS. Social networks in later life: Weighing positive and negative effects on health and well-being. *Curr Dir Psychol Sci.* 2015; 24(1): 45-51. [Consultado el 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0963721414551364>
43. Umberson D, Thomeer MB, Williams K. Family status and mental health: Recent advances and future directions. In: Aneshensel CS, Phelan JC, Bierman A, editors. *Handbook of the sociology of mental health.* Dordrecht: Springer; 2013. p. 405-31. [Consultado el 25 de abril de 2025]. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-007-4276-5_20
44. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press; 2023.
45. Beck AT. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *Am J Psychiatry.* 2024;165(8):969-977.
46. Laidlaw K, Thompson LW, Dick-Siskin L, Gallagher-Thompson D. *Cognitive behaviour therapy with older people.* Chichester: John Wiley & Sons; 2023.

47. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull.* 2023;98(2):310-357.
48. Lakey B, Cohen S. Social support theory and measurement. In: Cohen S, Underwood LG, Gottlieb BH, editors. *Social support measurement and intervention: a guide for health and social scientists.* New York: Oxford University Press; 2024. p. 29-52.
49. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science.* 2023;241(4865):540-545.
50. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 5th ed. Washington, DC: APA; 2013. [Consultado el 26 de abril de 2025]. Disponible en: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
51. Treadway MT, Zald DH. Reconsidering anhedonia in depression: lessons from translational neuroscience. *Neurosci Biobehav Rev.* 2011; 35(3): 537-55. [Consultado el 27 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0149763410001314>
52. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol.* 1986;5(1-2):165-73.
53. Martínez de la Iglesia J, Onís MC, Dueñas R, Albert C, Aguado C, Luque R. Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesavage para el cribado de la depresión. *Aten Primaria.* 2005;35(1):14-21.
54. Pocklington C, Gilbody S, Manea L, McMillan D. The diagnostic accuracy of brief versions of the Geriatric Depression Scale: a systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2016;31(8):837-57.

55. Castillo Y, Reyes C, Calderón M, De La Cruz V. Validación de la Escala de Depresión Geriátrica versión reducida (GDS-15) en adultos mayores peruanos. *Anal Fac Med.* 2020;81(4):484-8.
56. Calderón M, Galvez-Buccollini JA, Cueva G, Ordoñez C, Bromley C, Fiestas F. Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2012;29(4):578-85.
57. Campo-Arias A, Oviedo HC. Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Rev Salud Publica (Bogota).* 2008;10(5):831-9.
58. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión (CIE-10). Washington: OPS; 1995.
59. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5. 5ª ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2014.
60. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2020.
61. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2014.
62. Arango C, Fraguas D, Parellada M. Psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2019.
63. Heshmati M, Russo SJ. Anhedonia and the brain reward circuitry in depression. *Curr Behav Neurosci Rep.* 2015; 2(3): 146-53. [Consultado el 28 de abril de 2025]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40473-015-0044-3>
64. Kirmayer LJ, Gomez-Carrillo A, Veissière S. Culture and depression in global mental health: An ecosocial approach to the phenomenology of psychiatric disorders.

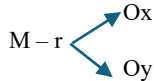
- Soc Sci Med. 2017; 183: 163-8. [Consultado el 28 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953617302459>
65. Rock PL, Roiser JP, Riedel WJ, Blackwell AD. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2014; 44(10): 2029-40. [Consultado el 29 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/cognitive-impairment-in-depression-a-systematic-review-and-metaanalysis/D5A27D8000EDC6D3589146F4A77146D8>
66. Beck AT, Bredemeier K. A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clin Psychol Sci.* 2016; 4(4): 596-619. [Consultado el 29 de abril de 2025]. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2167702616628523>
67. Gotlib IH, Joormann J. Cognition and depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol.* 2010; 6: 285-312. [Consultado el 30 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305>
68. Trew JL. Exploring the roles of approach and avoidance in depression: an integrative model. *Clin Psychol Rev.* 2011; 31(7): 1156-68. [Consultado el 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735811000973>
69. Abramson LY, Metalsky GI, Alloy LB. Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychol Rev.* 1989; 96(2): 358-72. [Consultado el 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/1989-29351-001>
70. Dimidjian S, Barrera M Jr, Martell C, Muñoz RF, Lewinsohn PM. The origins and status of behavioral activation treatments for depression. *Annu Rev Clin Psychol.*

- 2011; 7: 1-38. [Consultado el 2 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104535>
71. Bekhuis E, Boschloo L, Rosmalen JG, Schoevers RA. Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms. *J Psychosom Res.* 2015; 78(2): 116-22. [Consultado el 3 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022399914004152>
72. Kapfhammer HP. Somatic symptoms in depression. *Dialogues Clin Neurosci.* 2006; 8(2): 227-39. [Consultado el 3 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181769/>
73. Raison CL, Miller AH. The evolutionary significance of depression in Pathogen Host Defense (PATHOS-D). *Mol Psychiatry.* 2013; 18(1): 15-37. [Consultado el 4 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/mp2012268>
74. Zimmerman M, Morgan TA, Stanton K. The severity of psychiatric disorders. *World Psychiatry.* 2018; 17(3): 258-75. [Consultado el 5 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6127768/>
75. Berking M, Wupperman P. Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Curr Opin Psychiatry.* 2012; 25(2): 128-34. [Consultado el 7 de mayo de 2025]. Disponible en: https://journals.lww.com/co-psychiatry/Abstract/2012/03000/Emotion_regulation_and_mental_health__recent.6.aspx
76. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: recognition and management. Clinical guideline [CG90]. London: NICE; 2009 (Updated 2022). [Consultado el 9 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>

77. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*. 2013; 34: 119-38. [Consultado el 11 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409>
78. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA*. 2010; 303(1): 47-53. [Consultado el 13 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/185157>
79. Holt J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*. 2010; 7(7) [Consultado el 15 de abril de 2025]. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.100031>
80. Procidano ME, Heller K. Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *Am J Community Psychol*. 1983; 11(1): 1-24. [Consultado el 16 de abril de 2025]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00898416>
81. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6ª ed. México: McGraw-Hill; 2014.
82. Supo J. Seminarios de investigación científica: Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. 2ª ed. Arequipa: Bioestadístico EIRL; 2015

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

| PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLE | METODOLOGÍA |
|--|--|---|--|--|
| <p>Problema general:</p> <p>¿Cuál es la relación entre el apoyo familiar y la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental Pasco, 2025?</p> <p>Problema específico:</p> <p>a) ¿Cuál es el nivel de apoyo familiar por los adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco durante el año 2025?</p> <p>b) ¿Cuáles son los niveles de sintomatología depresiva en los adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco durante el año 2025?</p> <p>c) ¿Cuáles son los niveles de depresión según diferentes niveles de percepción de apoyo familiar en los adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco durante el año 2025?</p> | <p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación entre el apoyo familiar y la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco, 2025.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>a) Identificar el nivel de apoyo familiar por los adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco durante el año 2025.</p> <p>b) Identificar los niveles de sintomatología depresiva en los adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco durante el año 2025.</p> <p>c) Analizar los niveles de depresión según diferentes niveles de percepción de apoyo familiar en los adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco durante el año 2025.</p> | <p>Hipótesis general</p> <p>Hipótesis de investigación (Hi)</p> <p>Existe una relación significativa entre el apoyo familiar y los niveles de depresión en los adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco durante el año 2025.</p> <p>Hipótesis Nula (Ho)</p> <p>No existe una relación significativa entre el apoyo familiar y los niveles de depresión en los adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco durante el año 2025</p> <p>Hipótesis específico</p> <p>HiE1: Existe una diferencia significativa en los niveles de apoyo familiar entre los adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco durante el año 2025.</p> <p>HiE2: Existe una diferencia significativa en los niveles de sintomatología depresiva en los adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco durante el año 2025.</p> <p>HiE3: El nivel de apoyo familiar se asocia de manera significativa con los niveles de depresión en los adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco durante el año 2025.</p> | <p>Variable dependiente</p> <p>Apoyo Familiar</p> <p>Variable independiente</p> <p>Depresión</p> | <ol style="list-style-type: none"> Enfoque: <ul style="list-style-type: none"> - Cuantitativo Alcance o nivel <ul style="list-style-type: none"> - Aplicada Diseño <ul style="list-style-type: none"> - Correlacional no experimental <div style="text-align: center;">  <p>M – r</p> </div> Muestra. <ul style="list-style-type: none"> - La muestra se seleccionará mediante un método probabilístico aleatorio simple, utilizando una fórmula finita y cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión, y estará compuesta por adultos mayores tratados en el Centro Comunitario de Salud Mental de Pasco. Técnica e Instrumento de recolección de datos <p>Técnica: Encuesta estructurada</p> <p>Instrumento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escala de Percepción del Apoyo Familiar - Inventario de Depresión Geriátrica (GDS-15): |

Anexo 2: Instrumento

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Titulo

"RELACIÓN ENTRE EL APOYO FAMILIAR Y LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL – PASCO, 2025"

INSTRUCCIONES GENERALES

Estimado participante, el presente cuestionario tiene como objetivo recopilar información sobre el apoyo que recibe de su familia y su estado emocional actual. La información proporcionada será tratada de manera estrictamente confidencial y utilizada únicamente con fines de investigación científica. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta y responda con honestidad. No existen respuestas correctas o incorrectas.

Código del participante: _____ **Fecha de aplicación:** / /2025

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. **Edad:** _____ años
2. **Sexo:**
 - Masculino
 - Femenino
3. **Estado civil:**
 - Soltero(a)
 - Casado(a)/Conviviente
 - Viudo(a)
 - Divorciado(a)/Separado(a)
4. **Grado de instrucción:**
 - Sin estudios
 - Primaria incompleta
 - Primaria completa
 - Secundaria incompleta
 - Secundaria completa
 - Superior técnico
 - Superior universitario
5. **Situación laboral actual:**
 - Trabajando
 - Jubilado(a)/Pensionado(a)
 - Desempleado(a)
 - Ama de casa
6. **¿Con quién vive actualmente?**
 - Solo(a)
 - Con esposo(a)/pareja
 - Con hijos
 - Con otros familiares

- En institución
- 7. **Número de hijos vivos:** _____
- 8. **¿Tiene alguna enfermedad crónica diagnosticada?**
 - Sí ¿Cuál(es)? _____
 - No

II. CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL FAMILIAR (CASF) - ADAPTADO

INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan afirmaciones sobre el apoyo que puede recibir de su familia. Por favor, indique con qué frecuencia ocurre cada situación, marcando la opción que mejor describa su experiencia.

Escala de respuestas:

- **Nunca (1):** No ocurre en absoluto
- **Casi nunca (2):** Ocurre muy pocas veces
- **A veces (3):** Ocurre ocasionalmente
- **Frecuentemente (4):** Ocurre la mayoría de las veces
- **Siempre (5):** Ocurre en todas las ocasiones

A. APOYO EMOCIONAL

| Nº | ÍTEM | Nunca (1) | Casi nunca (2) | A veces (3) | Frecuentemente (4) | Siempre (5) |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Mi familia me escucha cuando necesito hablar sobre mis problemas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Mis familiares me demuestran cariño y afecto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Mi familia me consuela cuando me siento triste o preocupado(a) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Siento que mi familia me comprende emocionalmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Mi familia me hace sentir querido(a) y valorado(a) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B. APOYO INSTRUMENTAL

| Nº | ÍTEM | Nunca (1) | Casi nunca (2) | A veces (3) | Frecuentemente (4) | Siempre (5) |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6 | Mi familia me ayuda con las tareas del hogar cuando lo necesito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Nº | ÍTEM | Nunca (1) | Casi nunca (2) | A veces (3) | Frecuentemente (4) | Siempre (5) |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7 | Mis familiares me acompañan a las citas médicas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Mi familia me proporciona ayuda económica cuando la necesito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Recibo ayuda práctica de mi familia para resolver problemas cotidianos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Mi familia me ayuda con el transporte cuando lo requiero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C. APOYO INFORMATIVO

| Nº | ÍTEM | Nunca (1) | Casi nunca (2) | A veces (3) | Frecuentemente (4) | Siempre (5) |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 11 | Mi familia me orienta sobre cómo resolver mis problemas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Recibo consejos útiles de mis familiares cuando los necesito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Mi familia me informa sobre temas importantes para mi salud | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Mis familiares me explican cosas que no entiendo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Mi familia me proporciona información útil para tomar decisiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D. APOYO AFECTIVO/VALORATIVO

| Nº | ÍTEM | Nunca (1) | Casi nunca (2) | A veces (3) | Frecuentemente (4) | Siempre (5) |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16 | Mi familia reconoce mis logros y capacidades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Mis familiares me hacen sentir importante y necesario(a) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Nº | ÍTEM | Nunca (1) | Casi nunca (2) | A veces (3) | Frecuentemente (4) | Siempre (5) |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18 | Mi familia respeta mis opiniones y decisiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Siento que mi familia confía en mis habilidades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | Mi familia me anima a mantener mi independencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Puntaje total Sección II: ___/100

III. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (GDS-15)

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido durante las últimas dos semanas. Por favor, responda SÍ o NO a cada pregunta según corresponda a su experiencia.

| Nº | PREGUNTA | SÍ | NO |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 | ¿Está básicamente satisfecho(a) con su vida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | ¿Siente que su vida está vacía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | ¿Se aburre con frecuencia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | ¿Tiene miedo de que le vaya a pasar algo malo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | ¿Se siente con frecuencia desamparado(a)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas nuevas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | ¿Siente que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | ¿Piensa que es maravilloso estar vivo(a) ahora? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | ¿Se siente inútil tal como está ahora? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | ¿Se siente lleno(a) de energía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | ¿Siente que su situación es desesperante? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | ¿Piensa que la mayoría de la gente está mejor que usted? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Puntaje total Sección III: ___/15

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN

Apoyo Familiar (CASF):

- Apoyo Alto: 75-100 puntos

- Apoyo Moderado: 50-74 puntos
- Apoyo Bajo: 25-49 puntos
- Apoyo Ausente: 0-24 puntos

Depresión Geriátrica (GDS-15):

- Sin depresión: 0-4 puntos
- Depresión leve: 5-8 puntos
- Depresión moderada: 9-11 puntos
- Depresión severa: 12-15 puntos

OBSERVACIONES DEL EVALUADOR:

Evaluador: _____ **Firma:** _____

Aneexo 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Instituciones : Universidad Privada Norbert Wiener

Investigador : Rojas Rupay Roger Edmundo

Título : “Relación entre el apoyo familiar y la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco, 2025”

Propósito del Estudio: **“Determinar la relación entre el apoyo familiar y la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro Comunitario de Salud Mental – Pasco, 2025”.**

Su ejecución ayudará/permitirá que otras personas puedan seguir investigando y realizando más estudios.

La metodología propuesta consiste en la aplicación de cuestionarios que en sí mismos no implican riesgos para las personas que lo respondan. Por el contrario, los resultados del estudio permitirán ajustar las diferentes iniciativas que desarrollarán las diferentes instituciones gubernamentales y no gubernamentales con esta población.

La participación en la encuesta es voluntaria. Los pacientes tienen el derecho a negarse a responder el cuestionario, o dejar de responder en el momento en que lo prefieran.

La confidencialidad de la información será garantizada por la forma anónima en que serán respondidos los cuestionarios. Asimismo, la información recolectada se mantendrá en total confidencialidad respecto a la información que brindan los adolescentes.

En caso de que usted NO ESTE DE ACUERDO en que su hijo o hija, o persona a su cargo participe del estudio, sírvase devolver la presenta carta.

Yo..... por medio de la presente NO CONSIENTO que mi hija(o) o persona a mi cargo, de nombre:
....., participe del estudio aquí descrito.

Se me ha explicado la naturaleza y el objetivo del estudio, lo que se me propone, incluyendo riesgos significativos y alternativas disponibles.

Lugar:..... Fecha:.....del 2025

Firma del padre o tutor.....

Documento Tipo y Número.....




13% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 11%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 10%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 11% Fuentes de Internet
- 3% Publicaciones
- 10% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

| | | | |
|----|---------------------|--|-----|
| 1 | Internet | repositorio.uwiener.edu.pe | 4% |
| 2 | Trabajos entregados | Universidad Cesar Vallejo on 2025-09-26 | <1% |
| 3 | Trabajos entregados | Universidad Nacional del Centro del Peru on 2024-06-05 | <1% |
| 4 | Internet | repositorio.uss.edu.pe | <1% |
| 5 | Trabajos entregados | Universidad Cesar Vallejo on 2025-05-21 | <1% |
| 6 | Internet | repositorio.ucv.edu.pe | <1% |
| 7 | Trabajos entregados | uwiener on 2023-11-29 | <1% |
| 8 | Trabajos entregados | CORPORACIÓN EDUCATIVA ARSO S.A. on 2025-03-25 | <1% |
| 9 | Internet | bdigital.dgse.uaa.mx:8080 | <1% |
| 10 | Internet | oldri.ues.edu.sv | <1% |
| 11 | Trabajos entregados | UNIBA on 2025-02-14 | <1% |