



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA HUMANA

Tesis

Factores asociados a la depresión en pacientes del programa adulto mayor del
centro de salud Villa Victoria Porvenir, 2024

Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Presentado por:

Autor: Tovar Yaro, Edson Jhoshua

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9799-9161>

Asesor: Dr. Sánchez Lara, Henry Israel

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6447-5839>

Lima – Perú

2025

Universidad Norbert Wiener	DECLARACION JURADA DE AUTORÍA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: URNW-GRA•FOR•03g	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: OK/11/2022

Yo, Tovar Yaro Edson Jhoshua egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académica Profesional de Medicina Humana de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación "FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN PACIENTES DEL PROGRAMA ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD VILLA VICTORIA PORVENIR, 2024." Asesorado por el docente: Sánchez Lara, Henry Israel DNI 09324802 ORCID: 0000-0001-6447-5839 tiene un índice de similitud de (15) (QUINCE) % con código 14912:436149835 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 comprometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad

Firma de autor 1
Nombres y apellidos del Egresado
EDSON JHOSHUA TOVAR YARO
DNI: 74711877

Firma de autor 2
Nombres y apellidos del Egresado
DNI:

Firma 
Or SANCHEZ LARA HENRY
DNI 74711877

Lima, 24 de diciembre del 2024.

DEDICADO

Agradezco profundamente a mi madre por su amor, dedicación y respaldo inquebrantable, quien ha sido mi apoyo y guía en cada momento de este recorrido.

A mi padre, aunque ya no esté físicamente conmigo, su legado de esfuerzo y dedicación me sigue inspirando todos los días.

A mis amigos y compañeros de estudio, por el apoyo durante todo momento y ser parte de este logro.

Finalmente, a Dios, por ser la fuerza, sabiduría y salud para lograr este sueño, y por iluminar mi camino en todo momento.

Agradecimiento

Me gustaría agradecer a mi asesor, Henry Sánchez, por su orientación y acompañamiento en el desarrollo de esta tesis, así como a todos los profesores que me brindaron su conocimiento a lo largo de mi formación. A mis compañeros de estudio, por su constante motivación y los valiosos intercambios de ideas que enriquecieron este trabajo.

A todos los que formaron parte del éxito de este proyecto, les agradezco profundamente.

ÍNDICE

PORTADA.....	1
TÍTULO.....	2
AGRADECIMIENTO.....	4
ÍNDICE DE TABLAS.....	7
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	8
RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	10
INTRODUCCIÓN.....	11
1. EL PROBLEMA.....	13
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	15
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
1.5 DELIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
2. MARCO TEÓRICO.....	20
2.1 ANTECEDENTES.....	20
2.2 BASES TEÓRICAS.....	26
2.3 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	35
3. METODOLOGÍA.....	37
3.1 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	37
3.2 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	37
3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	37
3.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	37

3.5 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	38
3.6 VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN	39
3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	42
3.8 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	43
3.9 ASPECTOS ÉTICOS	45
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	47
4.1 RESULTADOS.....	47
4.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	54
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	61
5.1 CONCLUSIONES	61
5.2 RECOMENDACIONES.....	61
REFERENCIAS.....	64
ANEXOS.....	74
ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	74
ANEXO 3. INSTRUMENTOS.....	75
ANEXO 3. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	83
ANEXO 4. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	85
ANEXO 5. REPORTE DE SIMILITUD DE TURNITIN.....	88

Índice de Tablas

Tabla 1 – Características demográficos de pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024.	48
Tabla 2 – Características clínico-patológicos de pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024.	49
Tabla 3 – Hábitos nocivos de pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024.	50
Tabla 4 - Factores demográficos asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024.	51
Tabla 5 - Factores clínico-patológicos asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024.	52
Tabla 6 - Hábitos nocivos asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024.	53

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Nivel de depresión en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024.	47
---	----

Resumen

Objetivo: Determinar los factores asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024. **Metodología:** Esta investigación corresponde a un enfoque aplicado, de diseño no experimental, analítico, transversal y prospectivo. La población se compuso de los 100 pacientes inscritos en el programa "Adulto Mayor" en el Centro de Salud Villa Victoria Porvenir, en el transcurso del año 2024. No se aplicó muestreo, ya que se incluyó a la totalidad de la población en el estudio. **Resultados:** El estudio evaluó el síndrome depresivo en los individuos atendidos en el programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en 2024, identificando que el 35,0% presentó leve o nulo síndrome depresivo. La hipertensión arterial se relacionó de manera significativa con el síndrome depresivo ($p=0,012$), siendo más frecuente el síndrome depresivo severa en pacientes hipertensos (34,1%). No se encontraron asociaciones significativas con factores demográficos ($p>0,05$) ni con hábitos nocivos ($p>0,05$). Los resultados destacan la dimensión cognitiva como la más afectada (78% síndrome depresivo leve), mientras que las dimensiones emocional y comportamental presentaron predominio de síndrome depresivo moderado (43,0% y 44,0%, respectivamente). **Conclusión:** La Hipertensión Arterial mostró una asociación significativa con la severidad del síndrome depresivo, sugiriendo su relevancia como un elemento clínico decisivo en esta comunidad.

Palabras claves: Depresión, adultos mayores, factores de riesgo, epidemiología, salud mental (DeCS).

Abstract

Objective: To determine the factors associated with depression in patients of the older adult program of the Centro de Salud Villa Victoria Porvenir in 2024. **Methodology:** This research corresponds to an applied, non-experimental, analytical, cross-sectional and prospective approach. The population consisted of 100 patients enrolled in the “Older Adult” program at the Villa Victoria Porvenir Health Center during the year 2024. No sampling was applied, since the entire population was included in the study. **Results:** The study evaluated the levels of depression in the individuals attended in the older adult program of the Villa Victoria Porvenir Health Center in 2024, identifying that 35.0% presented mild or no depression. Arterial hypertension was significantly related to depression ($p=0.012$), with severe depression being more frequent in hypertensive patients (34.1%). No significant associations were found with demographic factors ($p>0.05$) or harmful habits ($p>0.05$). The results highlight the cognitive dimension as the most affected (78% mild depression), while the emotional and behavioral dimensions showed a predominance of moderate depression (43.0% and 44.0%, respectively). **Conclusion:** Arterial hypertension showed a significant association with the severity of depression, suggesting its relevance as a decisive clinical element in this community.

Keywords: Depression, senior citizens, risk factors, epidemiology, mental health (MeSH).

Introducción

La depresión o síndrome depresivo es una alteración de la salud mental que afecta a millones de personas en todo el mundo. Generalmente, el síndrome depresivo se define como un estado de ánimo constantemente bajo, la pérdida de interés o placer por la vida diaria y los trastornos considerables en términos de sueño, apetito y pensamiento y procesos cognitivos. En la población adulta mayor, el síndrome depresivo es un problema especialmente serio, ya que la cascada de aislamiento social, enfermedad crónica y cambios físicos y emocionales puede aumentar significativamente su prevalencia e intensidad.

Dado el ámbito específico del programa de Alcance extendido: adulto mayor Centro de Salud Villa Victoria Porvenir, el síndrome depresivo es un problema importante para abordar ya que interfiere con el bienestar y la autosuficiencia de la población anciana vulnerable. El análisis de los factores relacionados con el síndrome depresivo es esencial para comprender el entorno y las condiciones que predisponen y exacerbaban este trastorno en la población particular. La comprensión no solo revela patrones y aristas de riesgo; también permite a los profesionales encontrar formas de prevención y tratamiento más adecuadas y efectivas adaptadas a las condiciones y necesidades de los pacientes. Estas conclusiones serían de utilidad para mejorar los servicios de atención de la salud, el bienestar emocional y la carga de enfermedad en los ancianos.

La investigación se divide en cinco capítulos. El Capítulo 1 describe el problema de la investigación y los objetivos establecidos para este estudio. El Capítulo 2 presenta el marco teórico que revisa material científico sobre el síndrome depresivo en la población adulta mayor y los factores relacionados. El Capítulo 3 describe la población en estudio en Centro de Salud Villa Victoria Porvenir y presenta la metodología de la investigación realizada a lo largo de todo el 2024.

El Capítulo 4 presenta los resultados y describe qué se halló. Finalmente, el Capítulo 5 discute las implicaciones de estos resultados para la geriatría y la salud mental. Las deficiencias se discuten en conclusiones y recomendaciones.

1. EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

El síndrome depresivo se define como un estado emocional continuo de tristeza y falta de interés, constituyendo un trastorno del ánimo. Los síntomas típicos del síndrome depresivo incluyen sentimientos de tristeza, vacío o irritabilidad, junto con cambios físicos y mentales que impactan de manera significativa en la capacidad de la persona para llevar a cabo sus actividades diarias (1).

El síndrome depresivo se define como una condición compleja y de múltiples facetas, que conlleva una notable disminución en el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida relacionada con la salud. Además de sentirse deprimidos y/o experimentar falta de placer, las personas con trastorno depresivo mayor pueden experimentar una variedad de síntomas físicos y mentales (2).

Según la Organización Mundial de la Salud, alrededor de 300 millones de personas en todo el mundo padecen síndrome depresivo, se han identificado factores de riesgo y grupos vulnerables, tales como los adultos mayores (3). En España, aproximadamente 230.000 individuos sufren de síndrome depresivo grave, en el año 2020, se calcula que el 5,4% de la población presenta algún tipo de síndrome depresivo. La sintomatología depresiva se incrementa significativamente a partir de los 75-84 años, con un 24,03% desarrollando síndrome depresivo en este rango de edad. Este porcentaje se eleva al 35,94% en la población de 85 años o más que no reside en instituciones (4). En un estudio, de 400 individuos, se encontró que la prevalencia de síndrome depresivo alcanza el 30,5% y estaban relacionados a los adultos mayores que residen, donde muestran una mayor

incidencia de síndrome depresivo, con un 26,6% frente al 16,1% ($p=0,011$), por último, los aspectos negativos en las relaciones sociales muestran una puntuación media menor (0,003) en individuos sin síndrome depresivo ($p=0,006$) (5).

En Latinoamérica, se observó que en un estudio constituido por 82 individuos, se evidenció que el grupo femenino fue el que experimentó un mayor impacto, llegando a una tasa de 56,1%, el grupo etario fueron entre 65 a 74 años (52,4%), el 39% tenía hipertensión arterial y el 17,1% dislipidemia, lo cual se puede apreciar que la edad avanzada es una muestra de que hay una tasa más alta de síndrome depresivo (6). En México, de 59 pacientes con síndrome depresivo, el 52% eran mujeres, el 61,02% (36) indicó tener hipertensión arterial Crónica, el 40,68% (24) informó padecer Diabetes Mellitus tipo II y el antecedente de polifarmacia se identificó en un 55,93% (7). En Brasil, se demostró que en su población ser de sexo femenino fue predisponente a síndrome depresivo, el valor promedio de puntuación para los síntomas de síndrome depresivo fue de 3,8 (desviación estándar=4,4), y el 91,9% mostraron síntomas mínimos (8).

A nivel nacional, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEN), más de 3 millones de adultos mayores residen actualmente, y se proyecta que para el año 2050 esa cifra aumente a 8,7 millones de personas. Sin embargo, el proceso de envejecimiento podría verse afectado por diversas discapacidades físicas y mentales, siendo el síndrome depresivo una de las más significativas (9). Un estudio en Chiclayo se demostró que, la edad promedio de los 302 adultos mayores fue de 73 años, el 30,8% evidenciaba síndrome depresivo, mientras que el 18,2% experimentaba algún grado de deterioro cognitivo. Un total de 160 personas (52,98%) mostraron riesgos sociofamiliares, y se identificaron 29 individuos (9,60%) con dependencia funcional en la evaluación. Se

estableció una relación significativa en el análisis entre el síndrome depresivo, el grupo de edad, el deterioro cognitivo y la evaluación sociofamiliar ($p < 0,05$) (10). En otra investigación, la muestra fue de 4174 en donde la prevalencia del síndrome depresivo fue del 13,18%, mientras que la de discapacidad fue del 7,86%. Se encontró que los hombres mayores tenían menos probabilidades de padecer síndrome depresivo que las mujeres (RPa:0,6; IC95%:0,5-0,7), y que las personas mayores de 85 años tenían un riesgo elevado en comparación con aquellos de 60 a 74 años (RPa:1,6; IC95%:1,3-2,1). No tener discapacidad actuó como factor preventivo (RPa:0,5; IC95%:0,4-0,6), al igual que tener un nivel educativo más alto y pertenecer a un quintil de riqueza más alto en comparación con aquellos sin educación y los más pobres respectivamente ($p < 0,005$) (11).

Con respecto al análisis de este tema, se puede describir que, la alta prevalencia del síndrome depresivo, asimismo, factores como el envejecimiento, la fragilidad, la soledad y la percepción de la salud pueden influir en el desarrollo y la gravedad del síndrome depresivo en los adultos mayores. Estos resultados enfatizan la importancia de implementar intervenciones preventivas y terapéuticas dirigidas a esta población vulnerable, así como la relevancia de fomentar la sensibilización pública acerca de la salud mental en los adultos mayores.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema General

¿Cuáles son los factores asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024?

1.2.2 Problemas Específicos

- **PE1:** ¿Cuáles son los factores demográficos asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024?
- **PE2:** ¿Cuáles los factores clínico-patológicos asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024?
- **PE3:** ¿Cuáles los hábitos nocivos asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar los factores asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024.

1.3.2 Objetivos específicos

- **OE1:** Determinar los factores demográficos asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024.
- **OE2:** Determinar los factores clínico-patológicos asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024.

- **OE3:** Determinar los hábitos nocivos asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

A través de este estudio, se realizará una mayor aportación sobre los factores que se asocian con el síndrome depresivo, y posteriormente los datos recopilados permitirán arrojar luz sobre la dinámica y la interacción entre las variables de salud mental clave en la vejez. Se espera que el conocimiento teórico contribuya a la literatura disponible y sienta las bases para futuros marcos teóricos que serán más efectivos en la evaluación de los problemas de salud mental relacionados con la vejez en su totalidad, y en la detección y comprensión adecuadas y apropiadas del síndrome depresivo en este grupo de vulnerabilidad de la población.

1.4.2 Metodológica

Por lo tanto, la metodología de este proyecto servirá como un caso base escalable y replicable para futuras investigaciones enfocadas en el síndrome depresivo y correlatos similares en poblaciones similares. Al establecer un enfoque metodológico robusto que funciona bien en el grupo de edad anciana o anciana, este estudio no solo validará las herramientas de prueba y evaluación, sino que también sentará un precedente de la viabilidad a largo plazo de los nuevos estudios o los enfoques multidisciplinarios que trabajan para responder preguntas específicas sobre el síndrome depresivo en entornos culturales complejos y diversos.

1.4.3 Practica

Este estudio contribuyó al descubrimiento de estrategias efectivas que pudieron ser recomendadas y fomentadas como medidas preventivas y de gestión del síndrome depresivo en la vejez. Aunque estas estrategias no se practicaron dentro del estudio, los resultados finales de este proyecto pudieron ser utilizados por las políticas de salud y públicas, quienes aplicaron estas intervenciones para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Como se mencionó, estas recomendaciones impartieron un mensaje orientado a la acción e informado sobre la atención y la ayuda a las personas mayores.

1.4.4 Social

Como resultado del estudio, los hallazgos beneficiaron directamente al grupo de adultos mayores del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir, así como a sus familias y a los profesionales y especialistas que brindaron asistencia. Cualesquiera medidas vinculadas directamente con los resultados del estudio, posteriores al análisis de datos, influyeron y aumentaron las detecciones, la prevención y las acciones directas hacia el síndrome depresivo, lo que mejoró el bienestar y la calidad de vida de este grupo y población. Como cuestión accesoría, la sensibilización y la educación que se generaron sobre el síndrome depresivo en los adultos mayores, como fuente indirecta de los resultados del estudio, reforzaron la integralidad y la empatía en la atención y el soporte de la salud mental en la vejez.

1.5 Delimitaciones de la Investigación.

1.5.1 Temporal

El estudio se realizó en los meses de agosto a septiembre del 2024.

1.5.2 Espacial

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud Villa Victoria Porvenir, ubicado en la Av. Luther King s/n, en la localidad de Surquillo, Lima, Perú.

1.5.3 Recursos

1.5.3.1 Recursos Humanos:

Pacientes adultos mayores del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir

1.5.3.2 Recursos Financieros:

Gastos relacionados con la impresión de encuestas y otros recursos.

Costos asociados a los traslados y el transporte.

1.5.3.3 Recursos Tecnológicos:

Adquisición y actualización de software para el análisis estadístico de datos.

Inversión en hardware y dispositivos tecnológicos para la recolección y análisis de información.

1.5.3.4 Recursos de Comunicación:

Gastos vinculados a la comunicación y coordinación con el personal del centro de salud y otros participantes clave.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Miranda et al (12), en México, en el 2021, en su estudio “Factores que desencadenan depresión en el adulto mayor de la comunidad de Santiaguito Maxda, Estado de México”, cuyo objetivo fue demostrar que existen factores que son característicos de personas con el síndrome depresivo. El estudio fue de tipo cuantitativo, prospectivo. Se halló que el 60% de la población experimenta síndrome depresivo leve, un 29% tiene síndrome depresivo establecido, mientras que un 11% se encuentra en un estado normal. En general, se puede afirmar que el 89% de la población muestra algún síndrome depresivo. En cuanto a la edad, se observa una distribución uniforme del 25% en cada grupo de edad encuestado. No obstante, se destaca una mayor participación del grupo de 75 a 79 años, con aproximadamente un 30%. El 81% de los adultos mayores con síndrome depresivo tienen más de una enfermedad como factor de riesgo, mientras que solo el 19% no presenta ninguna patología. A pesar de ello, esta población no busca chequeos médicos regulares. Se concluye que el no mantenerse ocupado es un factor de riesgo para desencadenar síndrome depresivo.

Naviganuntana et al (13), en Bangkok, en el 2022, en su estudio “Factors Associated with Depressive Symptoms in Elderly Individuals Living in Urban Communities”, cuyo objetivo fue investigar las posibles causas del síndrome depresivo y los factores que están asociados. El estudio fue de tipo descriptivo, transversal. Se halló que el porcentaje total de síndrome depresivo en la muestra poblacional fue del 7,3%, y se

encontró que la proporción de síndrome depresivo estaba asociada con el síndrome depresivo de la comunidad ($p = 0,031$). Los factores significativamente relacionados con el síndrome depresivo en los ancianos incluyeron la ansiedad debido a una enfermedad subyacente [odds ratio ajustado (AOR) = 7,51; IC 95% 3,47–16,27], conflictos familiares (AOR = 6,30; IC 95% 1,34–29,55), antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica (AOR = 5,78; IC 95% 2,35–14,21), problemas financieros (AOR = 3,81; IC 95% 2,08–6,98), vivir separado de su cónyuge (AOR = 3,31; IC 95% 1,22–8,98) y participar en actividades con menor frecuencia o no participar en absoluto (AOR = 3,09; IC 95% 1,32–7,26 y AOR = 3,02; IC 95% 1,29–7,09). Se concluye que el síndrome depresivo en la población anciana es crucial atender cualquier enfermedad médica preexistente. Además, la comunidad debería fomentar la creación de actividades accesibles para los ancianos, especialmente aquellas que contribuyan a generar ingresos.

Anbesaw (14), en Etiopía, en el 2022, en su estudio “Depression and associated factors among older adults in Bahir Dar city administration, Northwest Ethiopia, 2020: Cross-sectional study”, cuyo objetivo fue demostrar cuales son los factores del síndrome depresivo que han asociado a este grupo de estudio. El estudio fue de tipo transversal. Se halló que la prevalencia de síndrome depresivo entre los adultos mayores se encontró en un 57,9% (IC 95%: 53,2–62,6). Este estudio reveló que el nivel educativo de los grados 5-8 (ORa:5,7; IC95%:2,8-11,3) y 9-12° grado (ORa:3,4, IC95%:1,5-7,4), ingresos <2004 ETB (ORa:1,8, IC95%:1,1–3,0), deterioro cognitivo (ORa:3,5, IC95%:2,1–5,8), antecedentes familiares de enfermedad mental (ORa: 3,0, IC95%: 1,0–9,0) y una baja calidad de vida (ORa: 2,7; IC95%:1,7–4,4) estaban

significativamente asociados con el síndrome depresivo. Se concluye que se encontró una alta prevalencia de síndrome depresivo entre los adultos mayores. Factores como nivel educativo bajo, bajos ingresos mensuales, deterioro cognitivo, antecedentes familiares de enfermedades mentales y una baja calidad de vida estaban asociados con el síndrome depresivo.

Tangthong & Manomaipiboon (15), en Tailandia, en el 2023, en su estudio “Prevalence and Factors Associated with Depression Among Older Adults During the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study in Urban Areas in Thailand”, cuyo objetivo fue examinar la prevalencia y los factores asociados con síntomas de depresión. El estudio fue de tipo transversal. Se halló que Se obtuvieron un total de 156 respuestas a la encuesta dirigida a adultos mayores. El grupo más numeroso de participantes (80,8%) tenía menos de 70 años, siendo mayoritariamente mujeres (50,6%), casados (67,9%), jubilados (41%), con ingresos suficientes (67,9%), y viviendo con sus familias (89,1%). Más del 70% (71,8%) informó tener alguna enfermedad subyacente, siendo la hipertensión la más frecuente (39,1%). Además, el 17,3% había recibido la vacuna obligatoria contra la COVID-19, mientras que solo el 0,6% tenía antecedentes de infección por COVID-19. La prevalencia de síndrome depresivo entre los adultos mayores tailandeses fue del 20,5%. El análisis univariado reveló que la ocupación y la suficiencia de ingresos estaban asociadas con síntomas de síndrome depresivo. En el análisis multivariado, se encontró que el grupo "no trabajador" tenía 3,54 veces más probabilidades de experimentar síntomas de síndrome depresivo que el grupo de referencia (OR = 3,54, IC 95% = 1,25-10,02, p = 0,018) después de controlar otros factores de confusión. Se concluye que este

estudio resalta la necesidad de atender los síntomas de síndrome depresivo en la población de adultos mayores en Tailandia, donde la ocupación y los niveles de ingresos fueron identificados como los principales factores asociados con la depresión.

Liu et al (16), en China, en el 2021, en su estudio “Analysis of Factors Associated With Depression in Community-Dwelling Older Adults in Wuhan, China”, cuyo objetivo fue identificar los factores independientes asociados con la depresión en adultos mayores. El estudio fue de tipo transversal. Se halló que la tasa de incidencia de depresión entre los participantes fue del 14,04%. La edad ($p < 0,001$), nivel educativo ($p < 0,001$), situación de vida ($p < 0,001$), apoyo social ($p = 0,001$), puntuación de actividades de la vida diaria (AVD) ($p = 0,023$), fragilidad ($p < 0,001$) y disfunción cognitiva ($p < 0,001$) mostraron asociaciones significativas con el síndrome depresivo. Se identificaron la edad, la falta de apoyo social, la fragilidad y la disfunción cognitiva como factores independientes del síndrome depresivo. Se concluye que incrementar el respaldo social y aplicar intervenciones eficaces para abordar la fragilidad y los problemas cognitivos podría contribuir a mitigar el síndrome depresivo en los adultos mayores que residen en entornos comunitarios.

2.1.2 Nacionales

Failoc & Del Piélago (10), en Lima – Perú en el 2022, llevaron a cabo el estudio titulado “Factores relacionados con depresión en adultos mayores atendidos en atención primaria de salud en Chiclayo”, cuyo objetivo fue analizar los factores vinculados con el síndrome depresivo en adultos mayores. El estudio fue de tipo

observacional, prospectivo y analítico. Se halló que la edad promedio de los participantes fue de 73 años. Se observó que el 30,8% presentaba síndrome depresivo, mientras que el 18,2% mostraba algún grado de deterioro cognitivo. Se identificó a 160 individuos (52,98%) con riesgo sociofamiliar, y en la evaluación funcional dependiente se encontraron 29 casos (9,60%). Se encontró una asociación significativa en el análisis que incluyó el síndrome depresivo, el grupo de edad, el deterioro cognitivo y la valoración sociofamiliar ($p < 0,05$). En el análisis multivariado ajustado por edad y sexo, el deterioro cognitivo y la valoración sociofamiliar se mantuvieron como factores de riesgo. Se concluye que el síndrome depresivo está vinculada a un deterioro en las capacidades cognitivas, y el riesgo sociofamiliar es un factor que puede prevenirse y que ejerce influencia en esta asociación.

Torres, Juan & Torres, Diego (11), en Lima – Perú, en su estudio “Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y los factores asociados con el síndrome depresivo en adultos peruanos mayores de 60 años. El estudio fue de tipo observacional, analítico y transversal. Se halló que la prevalencia del síndrome depresivo fue del 13,18%, mientras que la de discapacidad fue del 7,86%. Los hombres adultos mayores tuvieron menos probabilidades de experimentar síndrome depresivo que las mujeres (RPa:0,6; IC95%:0,5-0,7), y los mayores de 85 años tuvieron un mayor riesgo en comparación con los de 60 a 74 años (RPa:1,6; IC95%:1,3-2,1). No tener alguna discapacidad actuó como factor preventivo (RPa:0,5; IC95%:0,4-0,6), al igual que tener un nivel educativo más alto y pertenecer a un quintil de riqueza más alto en comparación con aquellos sin educación y los más pobres respectivamente ($p < 0,005$). Se concluye

que ser parte del grupo de adultos mayores de 85 años, ser mujer, pertenecer a los quintiles de riqueza más bajos, tener alguna discapacidad y poseer un nivel educativo más bajo son factores de riesgo para el desarrollo del síndrome depresivo en adultos mayores en Perú.

Flores & Oliva (17), en 2021, en Lima – Perú, en su estudio “Factores asociados al síndrome depresivo en adultos mayores con enfermedad de Parkinson tratados en un taller de Parkinson del servicio de geriatría del Centro Médico Naval en 2018-2019”, cuyo objetivo fue detectar los factores asociados al síndrome depresivo en adultos mayores. El estudio fue de tipo revisión sistemática. Se halló que se notó que el 29.09% de los pacientes con Parkinson en el estudio mostraron síntomas de depresión. Además, se observó que la mayoría de estos pacientes tenían entre 73 y 81 años, eran hombres y tenían sobrepeso, en términos de factores sociodemográficos. En cuanto a los aspectos clínicos, se encontró que la mayoría de ellos presentaban comorbilidades, utilizaban múltiples medicamentos y tenían una dependencia total. Se concluye que se identifica de manera temprana los aspectos sociodemográficos y clínicos en pacientes que padecen tanto depresión como enfermedad de Parkinson. Esto permitiría realizar un diagnóstico precoz y proporcionar un tratamiento adecuado para mejorar el bienestar del paciente.

Quispe & Ramírez (18), en el 2023, en Lima – Perú, en su estudio “Factores asociados a depresión en adultos mayores pre frágiles y frágiles en pacientes del Centro Médico Naval entre 2010-2015”, cuyo objetivo fue demostrar las variables asociadas al síndrome depresivo, se halló que el 64.47% de los participantes que mostraban síntomas de depresión también presentaban fragilidad, y se encontraron asociaciones

estadísticamente significativas con las variables de multimorbilidad y nivel educativo. En el análisis de regresión, se determinó que los pacientes frágiles tienen 1.62 veces más probabilidades de presentar síndrome depresivo, y esta probabilidad aumenta a 2.25 veces cuando tienen multimorbilidad de alta complejidad. Se concluye que el principal factor asociado al síndrome depresivo en pacientes frágiles y prefrágiles fue la presencia de una multimorbilidad de alta complejidad. Además, se encontró que la gravedad de la fragilidad es un factor que aumenta la probabilidad de experimentar síndrome depresivo en esta población.

Pecart (19), en el 2022, en Huancayo – Perú, en su estudio “Factores de riesgo asociados a depresión en adultos mayores de un centro de salud de la sierra peruana”, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a depresión en el adulto mayor. El estudio fue de tipo analítico, transversal y retrospectivo. Se halló que la frecuencia de depresión leve a moderada en adultos mayores del Centro de Salud La Libertad fue del 70,0%, en comparación con el 14,5% que presentaba depresión grave. Se observó una mayor incidencia en el grupo de 60 a 69 años, aunque no hubo diferencias significativas entre los otros grupos de edad. En el análisis multivariado, no se halló una asociación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas estudiadas, como el sexo, la edad, el estado civil, la educación, la convivencia y el nivel socioeconómico. Se concluye que no se hallaron elementos vinculados al síndrome depresivo grave en adultos mayores que asisten a un centro de salud en la región montañosa del Perú.

2.2 Bases teóricas

A- Depresión

Uno de los trastornos mentales más destacados que afecta a los adultos mayores es el síndrome depresivo. En los ancianos que residen en hogares especializados, la tasa de depresión es tres veces más alta que en la población general (20). Por otro lado, el síndrome depresivo es reconocida como un trastorno mental prevalente que impacta al 20% de los adultos mayores. Entre sus características se encuentran los sentimientos de tristeza, la pérdida de interés y satisfacción, la disminución de energía, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones en los patrones de sueño y apetito, y problemas para concentrarse. Con el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles debido al envejecimiento de la población, es probable que el síndrome depresivo se vuelva más frecuente (21).

Fisiopatología y neurotransmisores en la depresión:

El síndrome depresivo, más allá de afectar las áreas cognitivas, emocionales y comportamentales, se basa en un desequilibrio neuroquímico y neuroendocrino. Estudios han evidenciado que la insuficiencia de neurotransmisores esenciales (como la serotonina, la norepinefrina y la dopamina, fundamentales para regular el estado de ánimo, la respuesta al estrés y el sistema de recompensa) desempeña un papel crucial en la manifestación de los síntomas depresivos. De igual manera, se ha observado que un desequilibrio en el sistema excitatorio/inhibitorio (en el que intervienen el glutamato y el GABA), sumado a una hiperactividad del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal que provoca un incremento en los niveles de cortisol y una reducción de factores neurotróficos como el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), impacta negativamente en la neuroplasticidad y favorece un estado inflamatorio crónico, configurando un escenario patológico complejo. La integración de estos procesos neurobiológicos complementa y

enriquece las definiciones y manifestaciones clínicas presentadas en este documento, subrayando la importancia de implementar intervenciones terapéuticas orientadas a restablecer el equilibrio en la transmisión de neurotransmisores y mejorar la plasticidad neuronal (22).

A.1 Dimensiones

A.1.1 Cognitiva

Los trastornos neurocognitivos (TNC) se distinguen del envejecimiento cognitivo natural en que implican amnesia retrograda o anterógrada, así como afasia anómica. También afectan la atención y la memoria inmediata, y pueden presentar síntomas afectivos que afectan la funcionalidad, lo que la diferencia de los problemas cognitivos asociados al envejecimiento normal. Según estudios epidemiológicos, más del 20% de los adultos mayores experimentan algún trastorno de salud mental como depresión o TNC, con diversos grados de gravedad (23).

A.1.2 Expresión emocional

El síndrome depresivo es un trastorno emocional que se caracteriza principalmente por cambios en el estado de ánimo, como tristeza, baja autoestima, inhibición, fatiga, dificultades para dormir, y pensamientos negativos. Esto resulta en una reducción significativa en la participación en las actividades cotidianas, impidiendo el funcionamiento normal en la vida diaria. La alteración del estado de ánimo puede manifestarse de manera encubierta a través de otros síntomas, como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes, o mediante preocupaciones hipocondríacas (24).

A.1.3 Comportamental

La dimensión comportamental y el síndrome depresivo en el adulto mayor tienen una estrecha relación entre sí. Los cambios en el comportamiento pueden ser uno de los signos vitales más importantes que indiquen que el síndrome depresivo está presente en los adultos mayores. Han declarado que los adultos mayores con depresión pueden experimentar una serie de cambios comportamentales; por ejemplo, los ancianos pueden perder el interés en las actividades que alguna vez les encantaron, reducir su participación en la vida social, volverse irritables y fatigados, sufrir trastornos del sueño, perder la motivación y quejarse de afecciones somáticas (25).

A.2 Manifestaciones clínicas

En cuanto al cuadro clínico, las manifestaciones más comunes del síndrome depresivo incluyen disminución de la atención y la concentración, pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, la presencia de ideas de culpa e inutilidad. En muchos casos, los pacientes afectados tienen una visión pesimista del futuro cercano y, en situaciones más profundas, aparecen pensamientos, actos suicidas o autoagresión. La alteración del sueño y del apetito son signos frecuentes del trastorno. Cualquiera de estos signos, por separado o en combinación, afecta negativamente la calidad de vida y el bienestar emocional y enfatiza la necesidad de ponerse en contacto con un especialista que pueda diagnosticar y abordar la condición adecuadamente (26).

A.3 Factores precipitantes

A.3.1 Factores demográficos

Varios estudios sobre el síndrome depresivo en hombres han explorado la relación entre el síndrome depresivo y la percepción de la masculinidad. En diferentes momentos históricos y entornos sociales, se identifica una forma predominante de masculinidad que representa un ideal socialmente aceptado, con características, normas y valores específicos asociados. Esta masculinidad hegemónica se refiere a la versión predominante de lo masculino dentro de un determinado modelo de relaciones de género (27).

Dentro de los factores demográficos, se puede observar que, en un estudio, la incidencia del síndrome depresivo fue más alta entre hombres (6,1%) y mujeres (18,3%) que habían experimentado la pérdida de su cónyuge en comparación con aquellos que estaban casados. Respecto a las disparidades entre personas casadas y solteras, se encontró que la prevalencia del síndrome depresivo entre hombres que alguna vez estuvieron casados fue más baja (4,9%) que la prevalencia encontrada en hombres actualmente casados (5,8%). Por otro lado, entre las mujeres ocurrió lo opuesto, ya que las solteras mostraron una mayor incidencia de problemas depresivos (13,2%) que las casadas (5,3%) (28).

En otro estudio, se apreció que ser mujer se identificó como un factor de riesgo con una Odds Ratio (OR) de 1,92 (intervalo de confianza del 95%: 1,72 a 2,15). Además, tener más de 75 años mostró una asociación con el síndrome depresivo, con una OR de 1,56 (IC del 95%: 1,40 a 1,74). La falta de educación también se destacó como un factor de riesgo, con una OR de 2,63 (IC del 95%: 2,35 a 2,95). Vivir sin pareja se asoció con un aumento en el riesgo de depresión, con una OR de 1,32 (IC del 95%: 1,19 a 1,47). Residir en áreas rurales se identificó como otro factor de riesgo con una OR de 2,12 (IC del 95%: 1,91 a 2,36). Asimismo, la pobreza se correlacionó con un mayor riesgo de depresión, con una OR de 2,30 (IC del 95%: 2,06 a 2,56). Por último, tener alguna discapacidad también

se asoció significativamente con el síndrome depresivo, con una OR de 2,63 (IC del 95%: 2,29 a 3,02) (29).

A.3.2 Factores clínicos- patológicos

La conexión entre factores clínicos como la diabetes, la hipertensión y el síndrome depresivo es compleja y de múltiples direcciones. Estas condiciones médicas crónicas no solo aumentan el riesgo de desarrollar depresión, sino que el síndrome depresivo también puede exacerbar los síntomas y el manejo de estas enfermedades. Estudios han demostrado una asociación bidireccional entre el síndrome depresivo y la diabetes, donde el síndrome depresivo puede incrementar el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, y la diabetes, a su vez, puede aumentar el riesgo de depresión. Lo mismo ocurre con la hipertensión, donde el síndrome depresivo se ha relacionado con un mayor riesgo de desarrollar hipertensión, y la presencia de hipertensión puede aumentar la probabilidad de experimentar síndrome depresivo (30).

A.3.3 Hábitos nocivos

Los individuos con depresión muestran una mayor propensión al consumo de tabaco en comparación con la población en general, y experimentan una significativa disminución en la intensidad de sus síntomas al ingerir nicotina (31).

Aunque la nicotina produce adicción, tiene efectos que alivian el síndrome depresivo y los síntomas de ansiedad, sin embargo trae consigo una sustancia adictiva debido a componentes activos como el alquitrán, óxido nítrico, amoniaco y benceno produciendo irritación en los bronquios y disminuyendo la eficacia de los pulmones (32).

La conexión entre el alcohol y el síndrome depresivo es compleja y tiene múltiples facetas. Si bien el alcohol a menudo se consume como una forma de aliviar temporalmente los síntomas del síndrome depresivo o de escapar de ellos, su uso prolongado puede exacerbar el síndrome depresivo e incluso desencadenar episodios de depresión en individuos vulnerables. Además, las personas con síndrome depresivo tienen una mayor probabilidad de abusar del alcohol como una forma de automedicación. La relación bidireccional entre el alcohol y el síndrome depresivo enfatiza la relevancia de abordar de forma integral los problemas de salud mental y el consumo de alcohol en la evaluación y el tratamiento de las personas afectadas (33).

A.4 Diagnóstico

Actualmente, de acuerdo con los criterios de diagnóstico contenidos en el “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” y la clasificación internacional de enfermedades CIE-10 existen varias categorías de diagnóstico del síndrome depresivo, según los síntomas que presenta el paciente. La herramienta más utilizada en la práctica clínica para evaluar este tipo de trastornos es el “Beck Depression Inventory (BDI-II)”. Consiste en 21 preguntas y se utiliza para determinar el grado de gravedad del episodio depresivo que experimentó el paciente (34).

A.5 Manejo terapéutico

La actividad física No solo ayuda a mejorar el estado de ánimo mediante la liberación de endorfinas, sino que también reduce los niveles de estrés y ansiedad, los cuales se asocian con frecuencia a el síndrome depresivo. Además, el ejercicio físico regular puede propiciar un mejor sueño, aliviar la autoestima y proporcionar distracción contra los pensamientos negativos. La actividad física también tiende a proporcionar oportunidad de

interacción social y soporte, lo cual contribuye a reducir el aislamiento social, un síntoma característico del síndrome depresivo. Los beneficios combinados de la actividad física la convierten en una herramienta valiosa para el manejo y tratamiento complementario del síndrome depresivo (35).

En la primera elección farmacológica, figuran como de primera elección los ISRS para el tratamiento agudo del síndrome depresivo. Los ISRS actúan mediante la potenciación de la transmisión de la serotonina, lo que conlleva a la disminución de cronicidad de la preocupación excesiva, así como permite cambios mejoría En cuanto a los antidepresivos tricíclicos ADT : amitriptilina, clomipramina, Imipramina y nortriptilina adaptados de forma puntual La amitriptilina, la clomipramina, la Imipramina y la nortriptilina son todavía utilizados en la actualidad en relativa menor medida debido a su alto índice de efectos tixotrópicos (36).

A.6 Prevención

La prevención del síndrome depresivo implica un enfoque multifacético centrado en atender los factores individualismo y contextual. Eso puede incluir la promoción de la salud mental y el bienestar desde una temprana edad a través de la educación en destrezas para la vida basada en afrontamiento y la resiliencia emocional. Además, es vital identificar y tratar de manera apropiada otros desórdenes mentales u otros problemas de salud que aumentan significativamente el riesgo de depresión. Finalmente, el soporte social y familiar, junto con entornos comunitarios que fomenten la inclusión y participación, desempeña un papel vital en la prevención de enfermedades. La promoción de estilos de vida más saludables, incluyendo una dieta alimenticia equilibrada, la realización de actividad física regular y la aplicación de tácticas de manejo de estrés,

también es un componente esencial de la prevención. La educación sobre el uso justo de sustancias, como el alcohol y la nicotina y la promoción de entornos seguros y pacíficos también son elementos claves en la prevención del síndrome depresivo (37).

A.7 Definiciones conceptuales

Depresión: Trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desesperanza y falta de interés en actividades cotidianas (38).

Adulto mayor: Persona que ha alcanzado una determinada edad avanzada, generalmente asociada con la jubilación y el envejecimiento (12).

Factores de riesgo: Condiciones o circunstancias que aumentan la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad o trastorno, como el síndrome depresivo (39).

Aislamiento social: Estado en el que una persona carece de interacciones significativas o de un sentido de conexión con otros individuos o la comunidad (40).

Salud mental: Estado de bienestar emocional, psicológico y social en el que una persona puede enfrentar y manejar el estrés y las adversidades de la vida (41).

Bienestar emocional: Estado de equilibrio y satisfacción en el que una persona experimenta emociones positivas y negativas de manera saludable y adaptativa (42).

Apoyo social: Red de relaciones personales y comunitarias que proporciona ayuda, orientación y compañía emocional durante los momentos difíciles (43).

Enfermedades crónicas: Condiciones de salud de larga duración que requieren manejo continuo y que pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de una persona (44).

Estrés: Respuesta fisiológica y psicológica del cuerpo a situaciones percibidas como amenazantes o desafiantes (45).

Autocuidado: Práctica de adoptar medidas para mantener y mejorar la salud física, emocional y mental, incluido el cumplimiento de las necesidades básicas y la búsqueda de actividades que promuevan el bienestar (46).

2.3 Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

H1: Existen factores asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Provenir en el 2024.

H0: No existen factores asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Provenir en el 2024.

2.3.2 Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

H1: Existen factores demográficos asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024.

H0: No existen factores demográficos asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024

Hipótesis específica 2

H1: Existen factores clínico-patológicos asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024.

H0: No existen factores clínico-patológicos asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024

Hipótesis específica 3

H1: Existen hábitos nocivos asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024.

H0: No Existen hábitos nocivos asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024

3. METODOLOGÍA

3.1 Método de investigación

El estudio se basó en el enfoque hipotético-deductivo. Fue acercarse a través de hipótesis derivadas de observaciones iniciales, deducir implicaciones y validarlas utilizando métodos empíricos. Fue una forma de comprobar y rechazar hipótesis o validarlas y construir otras. Por lo tanto, fue un método organizado y cuidadoso de avanzar en el conocimiento científico (47).

3.2 Enfoque de la investigación

El análisis utilizó un enfoque cuantitativo, que implicaba el uso de técnicas estadísticas y matemáticas para recopilar y evaluar números. Fue el método del conocimiento objetivo y extrapolable a poblaciones más grandes. Permitió la generalización de los resultados (48).

3.3 Tipo de investigación

Una investigación básica era un tipo de investigación científica en la que se buscaba ampliar el conocimiento teórico de los fenómenos. No tuvo una aplicación práctica. En su lugar, fue un descubrimiento de los principios subyacentes en un proceso natural o biológico y los utilizó para contribuir a futuras teorías. Por lo tanto, estableció las bases para futuros avances científicos y tecnológicos (49).

3.4 Diseño de la investigación

El diseño del estudio fue observacional, analítico, transversal y prospectivo. Implicaba estudiar las variables y analizarlas en un punto en el tiempo sin intervención ejecutiva. fue de proyección para estudiar los datos futuros desde un punto de inicio específico con el fin de explorar las relaciones y las correlaciones variables en el tiempo. Por lo tanto, estableció patrones y tendencias entre el grupo estudiado (50).

El nivel de investigación fue de tipo correlacional, con el objetivo principal de determinar la intensidad de la correlación entre las variables analizadas (51).

3.5 Población, muestra y muestreo

3.5.1 Población

La población de investigación fue conformada por todos los pacientes pertenecientes al programa “Adulto mayor” del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir durante el 2024. En base a la información brindada por el establecimiento la población de estudio asciende a 100 pacientes.

- **Criterios de inclusión**

- Pacientes del programa “Adulto mayor” del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir.
- Pacientes atendidos en el 2024.

- **Criterios de exclusión**

- Pacientes que no acepten voluntariamente formar parte del estudio.
- Pacientes que no presenten limitaciones para una participación autónoma.
- Pacientes que no dominen el idioma castellano.

3.5.2 Muestra

El presente estudio no necesitó una muestra, ya que es factible evaluar a toda la población de estudio. Esto conlleva a una mayor fiabilidad de los datos obtenidos, ya que se analizó a todos los individuos en lugar de seleccionar una muestra representativa.

3.5.3 Muestreo

No se utilizó una técnica de muestreo, dado que este estudio evaluó a la población total.

3.6 Variables y operacionalización

Variable 01

Factores asociados

Dimensiones:

1. Factores demográficos
2. Factores clínico-patológicos
3. Hábitos nocivos

Variable 02

Depresión

Dimensiones:

1. Cognitivo
2. Expresión emocional
3. Comportamental

Matriz operacional de la variable dependiente

variables	Definición conceptual	Definición de operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
Variable 01 Factores asociados	Los factores asociados a la depresión en adultos mayores son circunstancias que influyen en su salud mental y bienestar, desglosándose en tres dimensiones: demográficas, que incluyen edad, género, grado de instrucción, procedencia y estado civil; clínico-patológicas, que abarcan condiciones de salud preexistentes y antecedentes médicos como diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades renales y enfermedades coronarias; y hábitos nocivos, que se refieren a comportamientos como el sedentarismo, el consumo de alcohol y la drogadicción. Estas dimensiones interrelacionadas ayudan a comprender las complejas interacciones que pueden aumentar el riesgo de depresión en este grupo (38).	Se identificarán las características demográficas (edad, género, grado de instrucción, procedencia, estado civil), los factores clínico-patológicos (presencia de enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, nefropatías, etc.) y los hábitos nocivos (consumo de alcohol, tabaco, inactividad física) que podrían incrementar la probabilidad de depresión en adultos mayores. Estos datos se recopilarán mediante un cuestionario estructurado, en el cual cada factor se consignará como presente o ausente, o se describirá con la categoría correspondiente. Posteriormente, la información se codificará en escala nominal para su análisis estadístico.	Demográficos	Edad	Escala de razón	Años
				Genero	Escala nominal	Masculino Femenino
				Grado de Instrucción	Escala ordinal	Sin estudios Primaria Secundaria Superior
				Procedencia	Escala nominal	Lima Otra provincia
				Estado Civil	Escala nominal	Soltero Casado Conviviente Viudo
			Clínico Patológico	Diabetes mellitus	Escala nominal	Ausente Presente
				Hipertensión arterial	Escala nominal	Ausente Presente
				Enfermedades renales	Escala nominal	Ausente Presente
				Enfermedades coronarias	Escala nominal	Ausente Presente
			Hábitos Nocivos	Sedentarismo	Escala nominal	Ausente Presente
Alcoholismo	Escala nominal	Ausente Presente				
Drogadicción	Escala nominal	Ausente Presente				
Variable 02 Depresión	La depresión ejerce una gran influencia en la vida cotidiana de las personas que reciben tratamiento, llegando a limitar sus actividades diarias debido a la presencia de síntomas como pensamientos de tristeza y desesperanza, entre otros síntomas depresivos (37).	La depresión se medirá mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), conformado por 21 ítems calificados en una escala de 0 a 3, generando un puntaje total que oscila de 0 a 63; con base en dicho puntaje, se clasifica la depresión en mínima (0 a 13), leve (14 a 19), moderada (20 a 28) y severa (29 a 63), por lo que cada participante completará este instrumento y, según la puntuación obtenida, se determinará su categoría de depresión para el análisis.	Cognitivo	Sentimiento de castigo Autocrítica Pensamientos deseos suicidas Pérdida de Interés Indecisión Desvalorización Cansancio	Escala ordinal	Depresión mínima (0 a 13) Depresión leve (14 a 19) Depresión (20 a 28) moderada Depresión severa (29 a 63)

			Expresión emocional	<p>Tristeza Pesimismo Fracaso Pérdida de placer Sentimiento de culpa Disconformidad con uno mismo Agitación</p>		
			Comportamental	<p>Llanto Pérdida de energía Cambio en los hábitos de sueño Irritabilidad, cambios de apetito Dificultad de concentración Pérdida de interés en el sexo</p>		

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1 Técnica

La metodología para la obtención de datos en esta investigación fue la aplicación de encuestas, las cuales son ampliamente reconocidas en el ámbito de las ciencias de la salud por su rapidez y eficacia en la recopilación de información.

3.7.2 Descripción de instrumentos

En la presente investigación se empleó un cuestionario. A continuación, se detalla la ficha técnica correspondiente:

Ficha técnica del cuestionario de depresión	
Población	Pacientes adultos
Tiempo	1 mes
Momento	Al término de su atención
Lugar	C.S. Villa Victoria Porvenir
Validez	Validado por método de Delphi en 1961 por Aaron Beck (51)
Fiabilidad	Alfa de Cronbach de 0,889 calculado por Vega-Dienstmaier (52) en una población peruana.
Tiempo de llenado	25 minutos
Número de ítems	21 ítems
Dimensiones	Cognitivo, Expresión emocional y Comportamental
Alternativas de respuesta	Escala Likert con alternativas independientes por cada ítem.
Baremos	Depresión mínima (0 a 13), depresión leve (14 a 19), depresión moderada (20 a 28) y depresión severa (29 a 63)

3.7.3 Validación

Este instrumento fue desarrollado por Aaron Beck en 1961 y validado en español por Vega-Dienstmaier utilizando el método Delphi (52).

3.7.4 Confiabilidad

Vega-Dienstmaier validó el instrumento en español mediante el método Delphi. Además, se estableció su consistencia interna utilizando la prueba de Alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0,889, lo que demuestra que es un instrumento altamente confiable (53).

3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos

Proceso de recolección de datos

La estrategia para reunir información siguió un procedimiento ordenado, que incluye las etapas detalladas a continuación:

- Inicialmente, se organizó un encuentro con el director médico del establecimiento de salud para exponer el estudio y conseguir su consentimiento para proceder con la investigación.
- Posteriormente, se programaron las visitas al centro de salud para acordar con el responsable del área los tiempos óptimos para la implementación del estudio.
- Luego, se identificó a los pacientes que comprenderán la población de estudio según los criterios de elegibilidad.
- Finalmente, se administró los cuestionarios al grupo establecido, empleando los instrumentos ya preparados y verificados para recoger la información necesaria para cumplir con los fines del estudio.

Estrategia de procesamiento de datos

Proceso de recolección de datos

La estrategia para reunir información siguió un procedimiento ordenado, que incluyó las etapas detalladas a continuación:

Inicialmente, se organizó un encuentro con el director médico del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir para exponer el estudio y conseguir su consentimiento para proceder con la investigación. Posteriormente, se programó una visita al programa adulto mayor para acordar con el responsable del área los tiempos óptimos para la implementación del estudio. Luego, se identificaron a los pacientes que comprendieron la población de estudio según los criterios de elegibilidad. Finalmente, se administraron los cuestionarios al grupo establecido, empleando los instrumentos ya preparados y verificados para recoger la información necesaria para cumplir con los fines del estudio.

Es importante resaltar que la información recabada fue resguardada y mantenida en confidencialidad hasta su análisis estadístico.

Estrategia de procesamiento de datos

El procesamiento de datos se realizó de forma secuencial, siguiendo el esquema propuesto por la metodología del estudio:

Se verificó la calidad del llenado de los cuestionarios, de manera visual y cualitativa y aquellos que no cumplieron con los criterios previos a la digitalización fueron excluidos, siendo observados y mencionados en el informe final.

Una vez que se digitalizaron y codificaron los cuestionarios, se integraron a una matriz general en Excel 365 de Microsoft, para luego ser listadas en el programa SPSS versión 25.0, donde se organizó y analizó la información recogida laminada en una matriz de datos para su posterior análisis estadístico. Este estudio contó con un análisis de estadística descriptiva que permitió la evaluación detallada de los datos, es decir, el cálculo de frecuencias y evaluación de medidas centralizadas y medidas de dispersión. Se empleó, además, un análisis bivariado para explorar la relación entre dos variables específicas, aplicando métodos estadísticos como la prueba de Chi.2 de Pearson, con un umbral de significancia de $p < 0.05$, y la prueba Rho de Spearman.

Los datos analizados se expusieron bajo gráficos y tablas que presentaron una descripción detallada para asegurar una interpretabilidad correcta de los resultados.

3.9 Aspectos éticos

Este estudio siguió las normativas éticas universales aplicables a la investigación biomédica y de la salud, los principios éticos reconocidos y aceptados en el ordenamiento nacional e internacional, que aseguraron el bienestar de los participantes. Fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener.

Autonomía: se respetó la autonomía de los pacientes del programa adulto mayor seleccionado para esta investigación, permitiéndoles decidir voluntariamente sobre su participación sin consecuencia en caso de haber declinado. Se les permitió retirar su consentimiento en el momento que quisieran sin que eso afectara la atención recibida.

Beneficencia: Se les brindo asesoría y la información necesaria para manejar el síndrome depresivo, de forma que les permitió tomar decisiones informadas para mejorar su calidad de vida y control de la enfermedad.

No maleficencia: No se presentó riesgo para la salud física ni psicológica de los participantes. De igual forma, se aplicaron medidas estrictas de confidencialidad y anonimato que protegió la identidad y la información del individuo.

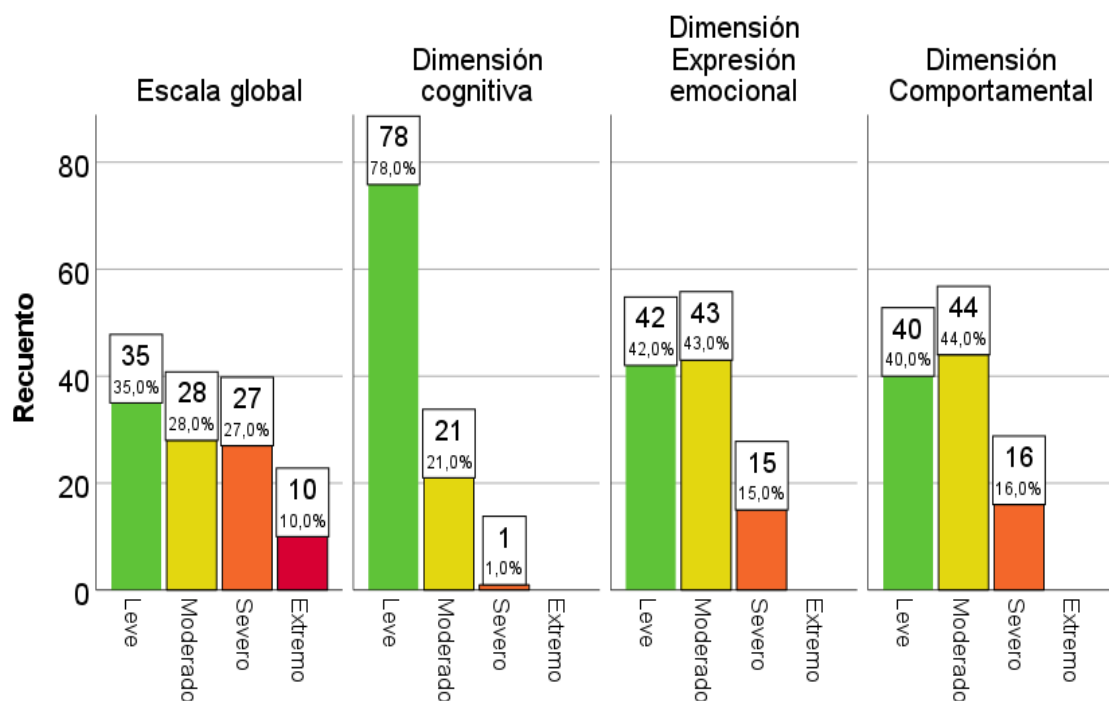
Justicia: Se logró la selección equitativa de participantes, donde todos los pacientes del programa adulto mayor elegible tuvieron la misma oportunidad de beneficiarse del estudio. La distribución de las cargas y beneficios de la investigación garantizó que nadie fuera desproporcionadamente perjudicado o excluido.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1 Análisis descriptivo de resultados

Gráfico 1 – Nivel de depresión en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024.



En la gráfica 1 se observa que la mayoría de los pacientes evaluados, el 35,0% presentó leve o nulo síndrome depresivo. Asimismo, en cuanto a las dimensiones se observó que el 78% se catalogó como depresión leve en cuanto a la dimensión cognitiva, depresión moderada en la dimensión de expresión emocional (43,0%) y depresión moderada en la dimensión comportamental (44,0%).

Tabla 1 – Características demográficos de pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024.

Características demográficas	Descriptivo	
	N	%
Edad		
60 años o menos	36	36,0
Más de 60 años	64	64,0
Género		
Masculino	29	29,0
Femenino	71	71,0
Grado de instrucción		
Sin estudios	3	3,0
Primaria	20	20,0
Secundaria	31	31,0
Superior	46	46,0
Procedencia		
Lima	48	48,0
Otra provincia	52	52,0
Estado civil		
Soltero	33	33,0
Casado	40	40,0
Conviviente	3	3,0
Viudo	24	24,0

Fuente: Cuestionario.

En la tabla 1 se observa que la mayoría tuvo una edad de más de 60 años (64,0%), fueron principalmente del género femenino (71,0%), con grado de instrucción superior (46,0%), de procedencia de provincias diferentes a Lima (52,0%) y estado civil de casado (40,0%).

Tabla 2 – Características clínico-patológicos de pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024.

Características clínico-patológicos	Descriptivo	
	N	%
Diabetes mellitus		
Ausente	79	79,0
Presente	21	21,0
Hipertensión arterial		
Ausente	56	56,0
Presente	44	44,0
Nefropatía		
Ausente	98	98,0
Presente	2	2,0
Enf. coronaria		
Ausente	90	90,0
Presente	10	10,0

Fuente: Cuestionario.

En la tabla 2 se observa que el 21,0% tuvo diabetes mellitus, el 44,0% tuvo hipertensión arterial, el 2,0% tuvo nefropatía y el 10,0% tuvo enfermedad coronaria.

Tabla 3 – Hábitos nocivos de pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024.

Hábitos nocivos	Descriptivo	
	N	%
Actividad física		
Ausente	60	60,0
Presente	40	40,0
Alcoholismo		
Ausente	91	91,0
Presente	9	9,0
Tabaquismo		
Ausente	96	96,0
Presente	4	4,0
Drogadicción		
Ausente	100	100,0
Presente	0	0,0

Fuente: Cuestionario.

En la tabla 3 se observa que el 40,0% tuvo hábitos de realizar actividad física, el 9,0% tuvo hábitos alcohólicos, el 4,0% tuvo hábitos tabáquicos y nadie tuvo hábitos de drogadicción (0,0%).

4.1.2 Prueba de hipótesis

Tabla 4 - Factores demográficos asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024.

Factores demográficos	Depresión								Rho de Spearman (p-valor)
	Leve		Moderado		Severo		Extremo		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Edad									
60 años o menos	15	41,7	11	30,6	8	22,2	2	5,6	0,154 (0,488)
Más de 60 años	20	31,3	17	26,6	19	29,7	8	12,5	
Género									
Masculino	15	51,7	8	27,6	5	17,2	1	3,4	0,246 (0,091)
Femenino	20	28,2	20	28,2	22	31,0	9	12,7	
Grado de instrucción									
Sin estudios	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0,369 (0,072)
Primaria	4	20,0	7	35,0	7	35,0	2	10,0	
Secundaria	9	29,0	8	25,8	10	32,3	4	12,9	
Superior	22	47,8	13	28,3	7	15,2	4	8,7	
Procedencia									
Lima	17	35,4	17	35,4	10	20,8	4	8,3	0,181 (0,337)
Otra provincia	18	34,6	11	21,2	17	32,7	6	11,5	
Estado civil									
Soltero	14	42,4	9	27,3	7	21,2	3	9,1	0,260 (0,610)
Casado	13	32,5	14	35,0	10	25,0	3	7,5	
Conviviente	2	66,7	0	0,0	1	33,3	0	0,0	
Viudo	6	25,0	5	20,8	9	37,5	4	16,7	

Fuente: Cuestionario.

En la tabla 4 se observa que los dentro de los factores demográficos, no se evidenció factores demográficos asociados al síndrome depresivo en adultos mayores ($p > 0,05$). Referente a las frecuencias, se observó que hubo más personas con depresión leve en aquellos de 60 o menos años (41,7%), del género masculino (51,7%), con instrucción superior (47,8%), procedentes de lima (35,4%) y estado civil de conviviente (66,7%).

Tabla 5 - Factores clínico-patológicos asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024.

Factores clínico-patológicos	Depresión								Chi ² (p-valor)
	Leve		Moderado		Severo		Extremo		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Diabetes mellitus									
Ausente	30	38,0	22	27,8	22	27,8	5	6,3	0,240
Presente	5	23,8	6	28,6	5	23,8	5	23,8	(0,106)
Hipertensión arterial									
Ausente	27	48,2	14	25,0	12	21,4	3	21,4	0,314
Presente	8	18,2	14	31,8	15	34,1	7	15,9	(0,012)
Nefropatía									
Ausente	34	34,7	28	28,6	27	27,6	9	9,2	0,208
Presente	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	(0,211)
Enf. coronaria									
Ausente	31	34,4	26	28,9	24	26,7	9	10,0	0,061
Presente	4	40,0	2	20,0	3	30,0	1	10,0	(0,946)

Fuente: Cuestionario.

En la tabla 5 se observa que solo la hipertensión arterial se asocia al a depresión en pacientes del programa de adulto mayor; además, la correlación fue directa y débil (Rho=0,314; p=0,012). En cuanto a las frecuencias, se observó que los pacientes sin hipertensión tuvieron principalmente depresión leve (48,2%) y los pacientes con hipertensión tuvieron principalmente depresión severa (34,1%).

Tabla 6 - Hábitos nocivos asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024.

Hábitos nocivos	Depresión								Chi ² (p-valor)
	Leve		Moderado		Severo		Extremo		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Actividad física									
Ausente	24	40,0	17	28,3	16	26,7	3	5,0	0,215
Presente	11	27,5	11	27,5	11	27,5	7	17,5	(0,184)
Alcoholismo									
Ausente	31	34,1	25	27,5	25	27,5	10	11,0	0,119
Presente	4	44,4	3	33,3	2	22,2	0	0,0	(0,700)
Tabaquismo									
Ausente	33	34,4	26	27,1	27	28,1	10	10,4	0,157
Presente	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	(0,470)
Drogadicción									
Ausente	35	35,0	28	28,0	27	27,0	10	10,0	NC
Presente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	

NC: No calculable.

Fuente: Cuestionario.

En la tabla 6 se observa que no hubo hábitos nocivos que se asociaran al síndrome depresivo en los pacientes adultos mayores ($p > 0,05$); asimismo, no se determinó la asociación en la variable drogadicción debido a que todos los pacientes refirieron no consumir dichas sustancias. En cuanto a las frecuencias, se observó principalmente depresión leve, moderada y severa en igual medida en aquellos que tenían actividad física (27,5% en los tres casos), se encontró depresión leve en aquellos con hábitos de alcoholismo (44,4%) y depresión leve y moderada de igual medida en aquellos con hábitos de tabaquismo (50,0%).

4.2 Discusión de los resultados

Los resultados obtenidos en este estudio destacan la asociación significativa entre la hipertensión arterial y la severidad del síndrome depresivo en pacientes adultos mayores del programa del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir, 2024. Desde un punto de vista epidemiológico, este hallazgo implica que la hipertensión arterial no es solo un factor de riesgo cardio metabólico sino también un elemento relevante de la salud mental de la población vulnerable. En un sentido clínico, la vinculación entre hipertensión y depresión severa puede ser explicada por mecanismos biológicos compartidos, por ejemplo, inflamación crónica, estrés oxidativo, y los niveles de hormonas neuroendocrinas, que agravan la carga emocional y conductual del paciente. Aunque no se encontraron vinculaciones significativas con los factores demográficos y los vicios, los hallazgos actuales resaltan la necesidad de acercamientos centrados para tratar la hipertensión arterial en los adultos mayores, lo que significa que es imperativo poner la mayor importancia en las intervenciones que tratan el bienestar psicológico. La prevalencia sobresaliente del síndrome depresivo leve y moderada en los aspectos diferentes sugiere que el desorden puede ser deficitario y subestimado, lo que plantea un desafío en el inicio de detección oportuna y la introducción de medidas preventivas eficaces.

Con respecto a los factores demográficos asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor, en este estudio no se identificó variables asociadas ($p > 0,05$), sin embargo, Failoc & Del Piélago (10) encontraron que el grupo etario presentó una asociación significativa con el síndrome depresivo ($p < 0,05$), mientras que otras variables demográficas, como género, grado de instrucción, procedencia o estado civil, no

mostraron significancia. Torres et.al. (11) reportaron que los adultos mayores de 85 años o más tuvieron mayor riesgo de depresión (RPa: 1.664; IC95%: 1.304-2.124; p=0.000) en comparación con los de 60-74 años, mientras que el grupo de 75-84 años no fue significativo (p=0.085). Además, el sexo femenino se asoció con mayor riesgo de depresión (RPa: 0.602; IC95%: 0.513-0.706; p=0.000). Miranda et al (12) observaron que el rango etario de 75-79 años concentró el 29% de los casos de depresión, predominando en mujeres (71%) frente a hombres (29%). La viudez fue el estado civil más asociado (58%), seguido de casados (23%), divorciados (12%) y solteros (7%). Naviganuntana et al (13) destacaron que la separación marital incrementó significativamente el riesgo de depresión (AOR: 3.31; IC95%: 1.22–8.98; p=0.019), mientras que otros estados civiles no alcanzaron significancia.. Anbesaw (14) encontró que un nivel educativo de 5°-8° grado aumentó el riesgo de depresión (AOR: 5.72; IC95%: 2.87-11.34; p<0.001), seguido de 9°-12° grado (AOR: 3.44; IC95%: 1.59-7.41; p=0.002), en comparación con estudios superiores.

Tangthong y Manomaipiboon (15) no hallaron asociaciones significativas entre género (p=0.753), edad (p=0.938) o estado civil (p=0.315) y depresión en el análisis multivariado. Sin embargo, en análisis univariado, un nivel educativo primario mostró tendencia a mayor riesgo (OR: 2.77; IC95%: 0.94–8.18; p=0.065). Liu et al (16), informaron que los adultos mayores de 75-85 años tuvieron un riesgo 5.85 veces mayor de depresión (OR: 5.85; IC95%: 3.05–11.23; p<0.001), mientras que los de 85 años o más presentaron un riesgo 17.77 veces mayor (OR: 17.77; IC95%: 3.65–86.55; p<0.001). Flores y Oliva (17) indicaron que el sexo masculino representó el 16.36% de los casos de depresión, mientras que el femenino el 12.73% (p=0.753). Los pacientes entre 73 y 81

años presentaron mayor prevalencia de depresión (14.55%) comparados con otros grupos etarios ($p=0.938$). Pecart (19) tampoco encontró asociaciones significativas entre género (RPa: 1.06; IC95%: 0.76–1.49; $p=0.722$), edad (RPa: 1.30; IC95%: 0.49–3.40; $p=0.592$) o estado civil (RPa: 0.65; IC95%: 0.26–1.60; $p=0.348$) con depresión grave. La escolaridad tampoco fue significativa, aunque los analfabetos tuvieron una leve tendencia a mayor riesgo (RPa: 1.02; IC95%: 0.62–1.70; $p=0.923$). Las diferencias observadas entre este estudio y los de otros autores pueden explicarse por diversas razones epidemiológicas y clínicas.

La ausencia de asociaciones significativas en nuestros resultados podría estar relacionada con una menor variabilidad en las características demográficas de la población estudiada o con un tamaño muestral que no permitió detectar diferencias sutiles. Además, los factores contextuales, como el acceso a redes de apoyo social o características propias del programa adulto mayor, podrían mitigar los efectos de variables demográficas en el síndrome depresivo. En contraste, estudios que reportaron asociaciones significativas entre edad, género o estado civil, probablemente reflejan diferencias en el entorno socioeconómico, cultural o en el acceso a servicios de salud, factores que amplifican las desigualdades y el impacto de las condiciones demográficas sobre la salud mental. Por último, la utilización de instrumentos de evaluación diferentes y posibles sesgos en la selección de muestras también pueden explicar estas discrepancias.

En cuanto a los factores clínico-patológicos asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor, en el presente estudio se identificó que la hipertensión arterial se asoció al síndrome depresivo de forma directa y débil ($Rho=0,314$; $p=0,012$). Failoc &

Del Piélago (10) menciona que el deterioro cognitivo se asoció significativamente con el síndrome depresivo ($p < 0,05$). Sin embargo, no se mencionaron asociaciones para diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades renales o coronarias. Torres et.al. (11) destacó que la discapacidad se comportó como un factor de riesgo significativo para el síndrome depresivo (RPa: 0,542; IC95%: 0,440-0,668; $p = 0,000$), indicando que no tener discapacidad es un factor protector. No se reportaron asociaciones significativas para otras comorbilidades específicas.

Miranda et al (12) encontró que las enfermedades crónico-degenerativas estuvieron asociadas al síndrome depresivo, destacando la diabetes mellitus (24%) y la hipertensión arterial (23%) como las más prevalentes. Además, el 53% de los adultos mayores con depresión presentaron deterioro funcional, identificado como un factor de riesgo importante. Naviganuntana et al (13) reportó que la ansiedad por enfermedades subyacentes incrementó significativamente el riesgo de depresión (AOR: 7.51; IC95%: 3.47–16.27; $p < 0.001$). Tener un antecedente familiar de enfermedades psiquiátricas fue otro factor relevante asociado a un mayor riesgo de depresión (AOR: 5.78; IC95%: 2.35–14.21; $p < 0.001$). Anbesaw (14) menciona que contar con un antecedente familiar de enfermedad mental incrementó 3 veces el riesgo de depresión (AOR: 3.06; IC95%: 1.03–9.04; $p = 0.043$). Tangthong y Manomaipiboon (15) informó que no encontró asociación significativa entre enfermedades subyacentes como diabetes mellitus, hipertensión arterial, o deterioro funcional con los síndrome depresivo en el análisis multivariado ($p = 0.188$). Los resultados de este estudio muestran una asociación directa y débil entre hipertensión arterial y depresión, lo que podría explicarse por la interacción entre factores fisiopatológicos y emocionales. Sin embargo, otros estudios reportan discrepancias,

posiblemente debido a diferencias en el diseño, la población o el contexto epidemiológico. Por ejemplo, estudios que no encontraron asociación significativa podrían reflejar poblaciones con mejor manejo de comorbilidades o menor carga de estrés crónico. Por otro lado, aquellos que identificaron asociaciones fuertes con condiciones como deterioro cognitivo o enfermedades crónicas resaltan la importancia del impacto acumulativo de múltiples comorbilidades sobre la salud mental, lo que puede estar menos presente en la muestra de este estudio. Además, factores como la percepción individual de la enfermedad o el acceso a redes de apoyo podrían mitigar la relación entre estas condiciones y el síndrome depresivo, limitando su significancia estadística en algunos contextos.

Referente a los hábitos nocivos asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor, en este estudio no se identificó variables asociadas ($p > 0,05$). Naviganuntana et al (13) menciona que el consumo de alcohol mostró una asociación significativa con el síndrome depresivo ($p = 0,001$), mientras que el hábito de fumar no se asoció significativamente ($p = 0,375$). Miranda et al (12) menciona que la falta de apoyo social fue un factor determinante, ya que el 93% de los adultos mayores no contaban con este recurso, mientras que el 55% percibió su estado socioeconómico como bajo. Por otro lado, el 35% carecía de una ocupación, y otro 35% se dedicaba exclusivamente al hogar, ambos considerados factores que favorecen el desarrollo de depresión. Naviganuntana et al (13) no encontraron asociaciones significativas con el tabaquismo ($p = 0,238$) ni el consumo de alcohol ($p = 0,647$). La adicción a medicamentos o drogas tampoco presentó una relación estadísticamente significativa con el síndrome depresivo ($p = 1,000$). Tangthong y Manomaipiboon (15) informó que el consumo de alcohol y el tabaquismo

no mostraron una relación estadísticamente significativa con el síndrome depresivo en el análisis univariado ($p=0.143$ y $p=0.811$, respectivamente).

La ausencia de asociaciones significativas entre hábitos nocivos y depresión en este estudio podría explicarse por la homogeneidad de la población o una menor prevalencia de estos hábitos en el grupo analizado, lo que limita su impacto estadístico. Además, factores contextuales, como la participación en un programa adulto mayor, podrían ofrecer entornos protectores que mitigan los efectos negativos de los hábitos nocivos. En contraste, otros estudios que identificaron asociaciones significativas, especialmente con el consumo de alcohol, podrían reflejar poblaciones con mayor exposición o con menor acceso a estrategias de intervención. Por otro lado, la falta de asociaciones en otros trabajos sugiere que el impacto de estos hábitos puede variar según el contexto socioeconómico, cultural o la carga acumulativa de otros factores de riesgo. Estos resultados resaltan la necesidad de considerar elementos como el acceso a redes de apoyo y la percepción individual del consumo en el análisis de su relación con el síndrome depresivo.

La relevancia de este estudio radica en el hecho de que aborda los factores RD en una población en situación de riesgo, como los ancianos. El tema del estudio es un problema de salud pública que afecta en gran medida la calidad de vida y la funcionalidad en una etapa avanzada de la vida, por lo que los resultados obtenidos contribuyen a la generación de evidencia útil para informar la intervención. Si bien el diseño de estudio prospectivo es vulnerable a respuestas imprecisas debido a la memoria y percepción selectiva de los encuestados, se implementaron desgloses para abordar estas limitaciones. Hubo

concientización previa a la aplicación del cuestionario para garantizar la honestidad y la franqueza de las respuestas, lo que mejoró la calidad de los datos recopilados. Por lo tanto, esta estrategia mejora la validez del estudio y podría informar las políticas de salud mental inclusivas basadas en la evidencia centradas en la promoción de la salud psicológica y la prevención de la RD en los adultos mayores.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Existe un indicador de los factores clínico-patológicos (hipertensión arterial) asociada al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024, pero no existen factores asociados demográficos ni hábitos nocivos, debido a que los valores de p fueron mayores a 0,005 en los factores mencionados.
- No existen factores demográficos asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024, debido a que el valor de p en todas las dimensiones fue mayor a 0,005.
- La hipertensión arterial es un factor clínico-patológico asociado al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024, debido a que el valor de p fue menor a 0,005 ($p=0,0012$), sin embargo, la correlación fue débil ($Rho=0.314$).
- No existen hábitos nocivos asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en el 2024, debido a que el valor de p en todas las dimensiones fue mayor a 0,005.

5.2 Recomendaciones

La recomendación para los profesionales de salud y los responsables del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir es priorizar la evaluación clínica integral

de los pacientes, centrada en la identificación temprana de factores clínico-patológicos vinculados con el síndrome depresivo. En concreto, se propone la introducción de herramientas estandarizadas en cada uno de los controles periódicos para evaluar y monitorear, por ejemplo, condiciones como la hipertensión arterial; paralelamente, se sugiere fortalecer la capacitación del personal en la interpretación y manejo de estas evaluaciones, de manera que se pueda intervenir más tempranamente en la salud mental de las personas.

Dado que no se encontraron factores demográficos o hábitos nocivos vinculados con el síndrome depresivo, es prioritario fortalecer las políticas y programas de promoción y prevención enfocadas en otros posibles factores etiológicos subyacentes. Por ejemplo, la educación y el empoderamiento sobre el autocuidado y la adherencia a los controles de enfermedades crónicas, en un enfoque multidisciplinario que incorpore psicólogos, médicos clínicos y trabajadores sociales, es clave para asegurar un abordaje integral de la salud del adulto mayor, tanto física como mental.

En cuanto a la hipertensión arterial, se sugiere la implementación de protocolos específicos dentro de la organización adulto mayor para la óptima gestión de esta condición, utilizando tanto estrategias puramente médicas, como ajustes de tratamientos antihipertensivos, como intervenciones psicosociales. Promover la actividad física regular y la alimentación saludable contribuirá a aminorar los niveles de ansiedad vinculada con la hipertensión arterial, para disminuir así su impacto en la incidencia de salud mental de las personas.

Por último, si bien no se identificaron hábitos nocivos vinculados con el síndrome depresivo, es crucial realizar campañas de promoción para la identificación y el control de conductas de riesgo en esta población, que reducirá así la incidencia de enfermedades comórbidas que

aumenten la fragilidad biológica de las personas. Además, fomentar la asistencia a redes de apoyo social y actividades grupales también en el seno del programa adulto mayor contribuirá al incremento del bienestar emocional y la calidad de vida de las personas atendidas.

REFERENCIAS

1. Chand, Suma; Arif H. Depression. Stat Pearls [Internet]. 2023;17(01):1–5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430847/>
2. Cronquist, Michael; Meng C. Síntomas del trastorno depresivo mayor y su impacto en el funcionamiento psicosocial en las diferentes fases de la enfermedad: ¿difieren las perspectivas de los pacientes y los proveedores de atención médica? Frente Psiquiatr [Internet]. 2020;11(280):1–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7193105/>
3. Rodríguez, Malvin; Pérez L. Depresión en la tercera edad. Rev Arch Médico Camagüey [Internet]. 2022;26(01):1–8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552022000100024
4. Ortínez, Raquel; Ordóñez, Ana; Rodríguez B. La depresión y el riesgo de suicidio en ancianos españoles. Sanum [Internet]. 2023;7(2):46–53. Disponible en: <https://revistacientificasanum.com/new/vol-7-num-2-abril-2023-la-depresion-y-el-riesgo-de-suicidio-en-ancianos-espanoles/>
5. Molés, María; Esteve A. Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. Enfermería Glob [Internet]. 2019;18(55):1–7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000300003
6. Lliguisupa, Verónica; Álvarez, Robert; Bermejo D. Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel. Rev Ciencias Pedagógicas e Innovación [Internet]. 2020;8(1):16–21. Disponible en:

<https://incyt.upse.edu.ec/pedagogia/revistas/index.php/rcpi/article/view/310/436>

7. Bustamante, José; Salazar R. Prevalencia de Síntomas Depresivos en pacientes Adultos Mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Rev Chil Neuropsiquiatr [Internet]. 2021;59(03):45–52. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272021000300197
8. Ching, Simon; Carvalho M. Factores asociados con síntomas de depresión en ancianos durante la pandemia de COVID-19. Enfermagem [Internet]. 2021;01(02):185–92. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/tce/a/4y7pZxLbhnwk5sDnczhrMf/abstract/?lang=es#>
9. Baldeón, Paola; Luna C. Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. Rev la Fac Med Humana [Internet]. 2019;19(04):1–8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312019000400008
10. Failoc, Virgilio; Piélago A. Factores relacionados con depresión en adultos mayores atendidos en atención primaria de salud en Chiclayo. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2022;50(04):1–8. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502021000400285#:~:text=Los factores asociados con la depresión son la edad avanzada,cognitivo y el riesgo sociofamiliar.
11. Torres, Juan; Torres J. Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores

- peruanos. Horiz Médico [Internet]. 2023;23(03):45–8. Disponible en: <https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/2220>
12. Miranda, Yanet;Álvarez M. Factores que desencadenan depresión en el adulto mayor de la comunidad de Santiaguito Maxda, Estado de México. Dilemas Contemp Educ política y valores [Internet]. 2020;8(5):1–8. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78902020000800003
 13. Naviganuntana, Yingrat; Kerdcharoen N. Factors Associated with Depressive Symptoms in Elderly Individuals Living in Urban Communities. Psychol Res Behav Manag [Internet]. 2022;15(01):855–64. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9005136/>
 14. Anbesaw T. Depression and associated factors among older adults in Bahir Dar city administration, Northwest Ethiopia, 2020: Cross-sectional study. PLoS One [Internet]. 2022;17(8):14–9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9397869/>
 15. Tangthong, Aksornanong; Manomaipiboon B. Prevalence and Factors Associated with Depression Among Older Adults During the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study in Urban Areas in Thailand. Clin Interv Aging [Internet]. 2023;18(01):1055–65. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10348323/>
 16. Liu, Aihong; Peng Y. Analysis of Factors Associated With Depression in Community-Dwelling Older Adults in Wuhan, China. Front Aging Neurosci [Internet]. 2021;13(1):1–8.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8636125/>

17. Flores, Yosselyn; Oliva J. Factores asociados a la depresión en adultos mayores con enfermedad de Parkinson tratados en un taller de Parkinson del servicio de geriatría del Centro Médico Naval en 2018-2019 [Internet]. Universidad Científica Del Sur; 2021. Disponible en: <https://repositorio.cientifica.edu.pe/handle/20.500.12805/1719>
18. Quispe, Naomi; Ramirez A. Factores asociados a depresión en adultos mayores prefrágiles y frágiles en pacientes del Centro Médico Naval entre 2010-2015 [Internet]. Universidad Científica Del Sur; 2023. Disponible en: <https://repositorio.cientifica.edu.pe/handle/20.500.12805/3144>
19. Pecart J. Factores de riesgo asociados a depresión en adultos mayores de un centro de salud de la sierra peruana. *Rev Peru Med Integr* [Internet]. 2022;7(1):14–23. Disponible en: <https://rpmpe.pe/index.php/rpmpe/article/view/27>
20. Gunawan I. Prevalence of depression and its related factors among older adults in Indonesian nursing homes. *Belitung Nurs J* [Internet]. 2022;8(3):222–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10401364/>
21. Vishwakarma, Deepak; Gaidhane A. Depression and Its Associated Factors Among the Elderly Population in India: A Review. *Cureus* [Internet]. 2023;15(6):1–7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10374168/>
22. Nakamura S. Integrated pathophysiology of schizophrenia, major depression, and bipolar disorder as monoamine axon disorder. *Front Biosci (Schol Ed)* [Internet]. 2022;14(1):1–10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35320915/>

23. Apaza, Jessica; Valer M. Depresión y disminución de la función cognitiva en adultos mayores de un hospital peruano, 2010-2015. *Acta Médica Peru* [Internet]. 2018;35(3):1–7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172018000300010
24. López M. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *An Med Interna* [Internet]. 2017;24(5):1–7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000500001#:~:text=La depresión es un trastorno,impide desarrollar con normalidad las
25. Arrará, J; Manrique E. La percepción de la depresión y de su tratamiento. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2019;42(01):5–8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272019000100001
26. Lorenzo, José; Díaz, Humbelina; Ordoñez L. Caracterización clínica y terapéutica del episodio depresivo en pacientes hospitalizados. *Rev Ciencias Médicas Pinar del Río* [Internet]. 2019;23(05):645–53. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000500645
27. Aguayo F. La depresión masculina y sus síntomas: Un estudio cualitativo con hombres adultos chilenos. *Salud Colect* [Internet]. 2022;18(01):78–85. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2022.v18/e3942/>
28. Berenzon, Shoshana; Tiburcio M. Variables demográficas asociadas con la depresión: diferencias entre hombres y mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos. *Salud*

- Ment [Internet]. 2005;28(06):1–9. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252005000600033#:~:text=Las variables que se han,más satisfechas con su vida.
29. Martina, Martha; Ara, Miguel; Gutiérrez C. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. An la Fac Med [Internet]. 2017;78(04):48–53. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000400004
 30. Baños J. Síntomas depresivos en adultos peruanos: un análisis de redes. Rev Virtual la Soc Paraguaya Med Interna [Internet]. 2021;8(2):72–96. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932021000200011
 31. Moreno, Ana; Medina M. Tabaquismo y depresión. Salud Ment [Internet]. 2008;31(05):48–52. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000500009#:~:text=Los fumadores actuales y los,depresión que los no fumadores.
 32. Zurbarán, Ana; Rodríguez T. Variables psicológicas, biológicas y sociales que intervienen en el consumo de tabaco en los adolescentes. Rev Finlay [Internet]. 2020;10(04):1–7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342020000400399
 33. Arias, Yordany; Cabrera Y. Autoestima, ansiedad y depresión en adolescentes con consumo de riesgo de alcoholismo. MULTIMED [Internet]. 2019;23(03):20–8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000300406

34. Pocco K. Un sistema experto para el diagnóstico del trastorno depresivo basado en redes neuronales. *Rev Cuba Informática Médica* [Internet]. 2022;14(02):25–30. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18592022000200002
35. He X. La actividad física en el tratamiento de la depresión en estudiantes universitarios. *Rev Bras Med do Esporte* [Internet]. 2022;28(01):48–53. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbme/a/Qqj88mX4hkH46wWLx55CjdB/abstract/?lang=es#>
36. Also, Antonieta; Echiburu N. Tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad. *Atención Primaria Práctica* [Internet]. 2024;6(1):1–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2605073023000238>
37. Cjuno, Julio; Moya A. Producción científica sobre validación y adaptación de instrumentos de tamizaje de la depresión en población peruana. *Rev Peru Medica Exp Salud Pública* [Internet]. 2022;39(03):45–52. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2022.v39n3/357-361/>
38. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales [Internet]. World Health Organisation. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders#:~:text=Entre ellos se incluyen la, trastornos mentales%2C como la depresión.>
39. Salinas AV. Depresión en adultos mayores: prevalencia y factores de riesgo psicosocial en entornos rurales y urbano de la provincia de Misiones, Argentina. *Apunt Univ* [Internet]. 2020;10(4):40–54. Disponible en: <https://apuntesuniversitarios.upeu.edu.pe/index.php/revapuntes/article/view/488>
40. Prieto D, Aguirre G, Pierola I, Victoria G, Merea L, Lazarte C, et al. Depresión y ansiedad

- durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana. *Liberabit* [Internet]. 2020;26(2):e425. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272020000200009&script=sci_arttext
41. Rondón M. Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2006;23(04):48–53. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000400001
 42. Peña-Marcial E, Bernal-Mendoza LI, Reyna-Avila L, Pérez-Cabañas R, Onofre-Ocampo DA, Cruz-Arteaga IA, et al. Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México. *Univ y Salud* [Internet]. 2019;21(2):113–8. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072019000200113
 43. Rondón, José; Angelucci L. Relación entre depresión y adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2, considerando la red de apoyo social, las estrategias de afrontamiento y el sexo. *Rev Costarric Psicol* [Internet]. 2021;40(02):1–9. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-29132021000200215
 44. Ledón Llanes L. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2011;37(4):488–99. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 45. Real Academia Española. Estrés [Internet]. 2023. p. 2. Disponible en: <https://www.rae.es/dpd/estrés>
 46. Barrenechea D, Flores G, Sulca E. Prácticas de autocuidado en las dimensiones físico, social

- y psicológico, en adolescentes de una institución educativa, marzo 2018. [Internet]. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/4381/Practicas_BarrenecheaLagos_Dora.pdf?sequence=1&isAllowed=y
47. Delgado GM, Cervantes DGA. Métodos de Investigación [Internet]. Vol. 82, Pearson Educación. 2010. 1689–1699 p. Disponible en: <https://catalogobiblioteca.puce.edu.ec/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=58032>
 48. Sabino C. El proceso de investigación [Internet]. 10º Edició. Guatemala: Editorial Episteme; 2014. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=jwejBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP6&dq=METODOLOGÍA+DE+LA+INVESTIGACIÓN&ots=WOa8zF2jPG&sig=7HHaxQisDJRJS5Ec7CsUCgoMt7vE#v=onepage&q=METODOLOGÍA+DE+LA+INVESTIGACIÓN&f=false>
 49. Sampieri RH, Collado CF, Lucio MDPB. Metodología de la investigación [Internet]. 6ta Ed. McGraw Hill Education; 2014. 634 p. Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
 50. Chacma-Lara E, Laura-Chávez T. Quantitative research: Seeking the standardization of a taxonomic scheme. Rev Med Chil [Internet]. 2021;149(9):1382–3. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/s0034-98872021000901382>
 51. Supo J. Metodología de la Investigación Científica [Internet]. Lima, Perú: Sociedad Hispana

- de Investigadores Científicos; 2020. 352 p. Disponible en:
https://books.google.com.pe/books/about/Metodología_de_la_Investigación_Cient.html?id=WruXzQEACAAJ&redir_esc=y
52. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 1988 [citado el 19 de octubre de 2022];8(1):77–100. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0272735888900505?via%3Dihub>
53. Vega-Dienstmaier JM, Coronado-Molina O, Mazzotti G. Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2014;77(2):95–103. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372033986006>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema General ¿Cuáles son los factores asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Provenir en el 2024?</p> <p>Problemas específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Cuáles son los factores demográficos asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Provenir en el 2024? ¿Cuáles los factores clínico-patológicos asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Provenir en el 2024? ¿Cuáles los hábitos nocivos asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Provenir en el 2024? 	<p>Objetivo General Determinar los factores asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Provenir en el 2024.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> Determinar los factores demográficos asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Provenir en el 2024. Determinar los factores clínico-patológicos asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Provenir en el 2024. Determinar los hábitos nocivos asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Provenir en el 2024. 	<p>Hipótesis general H0: No existen factores asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Provenir en el 2024.</p> <p>H1: Existen factores asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Provenir en el 2024.</p>	<p>Variable 01 Factores asociados</p> <p>Dimensiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> Factores demográficos Factores clínico-patológicos Hábitos nocivos <p>Variable 02 Depresión</p> <p>Dimensiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> Cognitivo Expresión emocional Comportamental 	<p>Tipo de investigación: Básica</p> <p>Nivel de investigación: Correlacional</p> <p>Método y diseño de la investigación: Diseño no experimental (observacional), analítico, transversal y prospectivo.</p> <p>Población y muestra: La población de investigación será conformada por todos los pacientes pertenecientes al programa “Adulto mayor” del Centro de Salud Villa Victoria Provenir durante el 2024. En base a la información brindada por el establecimiento la población de estudio asciende a 100 pacientes.</p> <p>Sin muestra</p> <p>Sin muestreo</p>

Anexo 3. Instrumentos



Universidad
Norbert Wiener

Factores asociados a la depresión en pacientes del programa
adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir,
2024.

CUESTIONARIO

N° de cuestionario: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

PRESENTACIÓN

Le damos una cordial bienvenida al estudio sobre los factores asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir. Agradecemos sinceramente su participación, la cual es fundamental para comprender mejor este trastorno y mejorar la atención médica. El objetivo de este estudio es identificar los diversos factores que pueden influir en la aparición y severidad del síndrome depresivo en adultos mayores, con el fin de desarrollar estrategias más efectivas de prevención y tratamiento. Su colaboración es de gran importancia para lograr estos objetivos.

INDICACIONES

Debe completar todas las preguntas con la mayor sinceridad posible. No hay respuesta correcta o incorrecta. Solo debe marcar una opción por cada pregunta.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

¿Cuál es su edad?: _____ años

¿Cuál es su procedencia?

¿Cuál es su género?

a) Masculino

b) Femenino

a) Lima

b) Otra provincia

¿Cuál es su estado civil?

¿Cuál es su grado de instrucción?

a) Sin estudios

b) Primaria

c) Secundaria

d) Superior

a) Soltero

b) Casado

c) Conviviente

d) Viudo

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS

¿Usted ha sido diagnosticado de diabetes mellitus?

a) No

b) Si

¿Usted ha sido diagnosticado de hipertensión arterial?

a) No

b) Si

¿Usted ha sido diagnosticado de alguna enfermedad renal? (Ej. Insuficiencia renal)

a) No

b) Si

¿Usted ha sido diagnosticado de alguna enfermedad coronaria? (Ej. Angina de pecho, infarto, etc).

- a) No
- b) Si

HÁBITOS NOCIVOS

¿Usted suele estar más tiempo sentado o echado que en actividad física?

- a) No
- b) Si

¿Usted suele consumir alcohol habitualmente?

- a) No
- b) Si

¿Usted ha consumido o consume actualmente algún tipo de droga?

- a) No
- b) Si

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (IDB)

Cuestionario de Depresión de Beck

Lea los siguientes síntomas y encierre en un círculo de acuerdo con la intensidad y frecuencia con la que los presento durante la última semana

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mí.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

- 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a . No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Anexo 3. Validez del instrumento

Introducción

El presente anexo detalla el proceso de validación del instrumento utilizado para evaluar los factores asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir (2024). La validación es esencial para garantizar que la herramienta mide de forma precisa y consistente el constructo de interés (51).

Validación del Contenido

El instrumento se basó en el cuestionario original desarrollado por Aaron Beck en 1961, adaptado y validado en español por Vega-Dienstmaier mediante el método Delphi (51). Durante este proceso, un panel de expertos en psicología, medicina y metodología evaluó cada ítem del cuestionario en función de:

- **Claridad:** Verificando que la redacción sea comprensible para la población de estudio.
- **Relevancia:** Asegurando que cada pregunta aporte información directa sobre el síndrome depresivo.
- **Coherencia:** Confirmando que la estructura del cuestionario sea lógica y consistente con el constructo medido.

Proceso de Validación

1. Selección y Evaluación por Expertos:

Se conformó un panel multidisciplinario que realizó varias rondas de evaluación (método Delphi), aportando sugerencias y consensuando modificaciones para optimizar la claridad y pertinencia de los ítems (51).

2. Ajuste y Revisión:

Con base en el feedback recibido, se realizaron ajustes en la redacción y estructura del instrumento hasta lograr un consenso que asegurara la robustez del contenido (51).

Confiabilidad del Instrumento

Para determinar la consistencia interna del cuestionario se aplicó la prueba de Alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0,889. Este alto coeficiente indica que los ítems se correlacionan adecuadamente y miden de manera coherente el síndrome depresivo (51).

Apoyo Bibliográfico Adicional

Adicionalmente, la revisión de Beck et al. (1988) (véase documento “validación BECK.pdf”) respalda las propiedades psicométricas del instrumento. Dicho estudio reporta:

- Un coeficiente alfa de Cronbach promedio de 0,86 en muestras psiquiátricas.
- Un coeficiente alfa de 0,81 en muestras no psiquiátricas.

Estos datos confirman la fiabilidad y estabilidad del instrumento, reforzando la validez de la versión utilizada en este estudio (51).

Anexo 4. Formato de consentimiento informado



**Universidad
Norbert Wiener**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

TITULO

Factores asociados a la depresión en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir, 2024.

PROPÓSITO

El propósito principal de este estudio es investigar y comprender los factores asociados al síndrome depresivo en pacientes del programa adulto mayor del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir. Buscamos identificar elementos como el entorno socioeconómico, la salud física, el apoyo social y otros aspectos relevantes que puedan influir en la presencia y gravedad del síndrome depresivo en esta población. A través de esta investigación, esperamos generar información valiosa que contribuya a mejorar la atención y el tratamiento del síndrome depresivo en adultos mayores, promoviendo así su bienestar emocional y calidad de vida. Su participación nos ayudará a alcanzar este objetivo, brindando una visión más completa y precisa de los factores que impactan en la salud mental de los adultos mayores.

PROCEDIMIENTOS

Su participación comprende el llenado de un cuestionario sobre características demográficas, clínico-terapéuticas y hábitos nocivos; además de un cuestionario sobre depresión.

RIESGOS POTENCIALES

No existe riesgo potencial que pueda afectar su integridad física, mental o social durante su participación en esta investigación.

BENEFICIOS POTENCIALES

Participar en este estudio ofrece varios beneficios significativos. Primero, al contribuir con su experiencia, ayuda a mejorar la comprensión del síndrome depresivo en adultos mayores, lo que puede llevar a mejores prácticas de atención médica y programas de intervención más efectivos. Además, al participar, tendrá la oportunidad de recibir evaluaciones de su estado emocional y acceso a recursos adicionales de apoyo, lo que puede ser útil para su bienestar general y tratamiento personalizado. Su participación es valiosa y puede tener un impacto positivo tanto a nivel individual como en la comunidad médica en general.

ALTERNATIVAS A SU PARTICIPACIÓN

En caso no desee participar en la investigación, puede indicárselo al encuestado y continuar con sus actividades sin ningún inconveniente.

COMPENSACIÓN POR SU PARTICIPACIÓN

No se considera una compensación económica por ser participantes en esta investigación.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Referente a la información que se pueda requerir, se codificará y solo se considerará la recolección de datos estrictamente necesario con la finalidad de preservar su anonimato.

CONTACTO CON LOS INVESTIGADORES

- **Nombre:** Edson Jhoshua Tovar Yaro
- **Teléfono:** +51 984 144 897
- **Correo:** a2016200454@uwiener.edu.pe

DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN

Al participar en este estudio, no estas renunciando a ninguno de los derechos. Si tienes preguntas sobre tus derechos como participante en la investigación, puedes contactarte con el Comité Institucional de Ética de la UNW que se encarga de la protección de las personas en los estudios de investigación. Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio, Contacto del Comité de Ética: Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, Presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, Email: comité.etica@uwiener.edu.pe

DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado (FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Nombre participante:

DNI:

Fecha:

Nombre investigador:

DNI:

Fecha:

Nombre testigo o representante legal:

DNI:

Fecha:

Anexo 5. Reporte de similitud de Turnitin

● 15% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 9% Base de datos de trabajos entregados
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

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

1	repositorio.uncp.edu.pe Internet	2%
2	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	1%
3	hdl.handle.net Internet	1%
4	repositorio.unica.edu.pe Internet	<1%
5	repositorio.upsjb.edu.pe Internet	<1%
6	repositorio.ucp.edu.pe Internet	<1%
7	Universidad Wiener on 2022-12-19 Submitted works	<1%
8	scielo.org.pe Internet	<1%