



Universidad  
Norbert Wiener

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

**Trabajo Académico**

Depresión y calidad de vida en el adulto mayor de un centro de salud mental  
comunitario de Huánuco

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

**Presentado por:**

**Autora:** Huerto Aniceto, Edith Simiona

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0009-0007-8894-5015>

**Asesor:** Mg. Reyes Gastañadui, Neal Henry

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-9145-3897>

**Lima – Perú**

**2026**

 Universidad Norbert Wiener	<b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b>		
	<b>CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033</b>	<b>VERSIÓN: 01</b> REVISIÓN: 01	<b>FECHA: 08/11/2022</b>

Yo, **Edith Simiona Huerto Aniceto**, egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académica Profesional de Enfermería, del programa **Segunda especialidad en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría**, de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico “**Depresión y calidad de vida en el adulto mayor de un Centro de Salud Mental Comunitario de Huánuco**” Asesorado por el docente: **Reyes Gastañadui Nael Henry** DNI **42757976** ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9145-3897> tiene un índice de similitud de **(12) (DOCE) %** con código **OID: 14912:560458916** verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

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



.....  
 Firma de autor

Nombres y apellidos del Egresado:

Edith Simiona Huerto Aniceto

DNI: 42897108

.....  
 Firma

Nombres y apellidos del Asesor

Reyes Gastañadui Nael Henry

DNI: 42757976

Lima, 26 de febrero de 2026

**JURADO****PRESIDENTE : Dr. José Gregorio Molina Torres****SECRETARIO : Mg. Lucimar Josefina Barrios Cabello****VOCAL : Mg. Gael Campos Truyenque**

## ÍNDICE

ÍNDICE .....	iv
RESUMEN .....	vi
ABSTRACT.....	vii
1. EL PROBLEMA .....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema: .....	4
1.2.1 Problema general.....	4
1.2.2 Problema específico .....	4
1.3 Objetivos de la investigación .....	4
1.3.1 Objetivo general.....	4
1.3.2 Objetivos específicos .....	5
1.4 Justificación de la investigación .....	5
1.4.1 Teórica.....	5
1.4.2 Metodológica .....	6
1.4.3 Práctica.....	6
1.5 Delimitación de la investigación.....	7
1.5.1 Temporal .....	7
1.5.2 Espacial .....	7
1.5.3 Población o unidad de análisis .....	7
2. MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 Antecedentes .....	8
2.1.1 Internacional .....	8
2.1.2 Nacional .....	10
2.2 Bases teóricas.....	13
2.2.1 Variable de Depresión .....	13
2.2.2 Variable Calidad de vida .....	18
2.3 Formulación de hipótesis .....	24
2.3.1 Hipótesis general.....	24
2.3.2 Hipótesis específicas.....	24
3. METODOLOGÍA .....	25

3.1	Método de la investigación .....	25
3.2	Enfoque de la investigación .....	25
3.3	Tipo de investigación .....	25
3.4	Diseño de la investigación .....	25
3.5	Población, muestra y muestreo .....	26
3.6	Variables y operacionalización de variables .....	28
3.7	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	29
3.7.1	Técnica.....	29
3.7.2	Descripción de instrumentos.....	29
3.7.3	Validación .....	30
3.7.4	Confiabilidad.....	30
3.8	Procesamiento y análisis de datos.....	31
3.9	Aspectos éticos.....	31
4.	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE RECOLECCIÓN .....	33
4.1	Cronograma de actividades.....	33
4.2	Presupuesto .....	34
	REFERENCIAS.....	35
	Anexo 1: Matriz de consistencia.....	49
	Anexo 2: Instrumentos.....	50
	Anexo 3: Formato del consentimiento informado .....	54

## RESUMEN

**Introducción:** La depresión se presenta como una de las situaciones de salud mental con mayor incidencia en la población adulta mayor, ocasionando un impacto significativo en su equilibrio emocional y la interacción social. La pérdida de independencia y la insatisfacción personal impactan significativamente en la calidad de vida de los individuos. En tal sentido, resulta esencial orientar las intervenciones que contribuyan con la promoción de un envejecimiento saludable, activo y equilibrado. Por ello, en el presente estudio se plantea como **objetivo:** Determinar la relación que existe entre la depresión y la calidad de vida en el adulto mayor de un Centro de Salud Mental Comunitario de Huánuco, 2025. **Metodología:** Será desarrollado bajo el método hipotético-deductivo, enfoque cuantitativo, diseño no experimental, y corte transeccional. La **muestra** estará constituida por 30 individuos en la etapa de adultez avanzada. Los datos serán recopilados mediante la “Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el cuestionario de calidad de vida WHOQOL-OLD”. Ambos cuentan con validez y confiabilidad a nivel nacional. Los **resultados** obtenidos serán analizados estadísticamente a través del SPSS, y se usarán pruebas no paramétrica rho de Spearman para realizar el contraste de la hipótesis y la determinación de la compensación entre las variables de estudio, y la visualización de los resultados será en tablas y figuras.

**Palabras claves:** Depresión, calidad de vida, adulto mayor. (DeCS)

## ABSTRACT

Introduction: Depression is presented as one of the mental health conditions with the highest incidence in the older adult population, causing a significant impact on their emotional balance and social interaction. The loss of independence and personal dissatisfaction significantly affect individuals' quality of life. In this sense, it is essential to guide interventions that contribute to the promotion of healthy, active, and balanced aging. Therefore, the objective of the present study is: To determine the relationship that exists between depression and quality of life in older adults of a Community Mental Health Center in Huánuco, 2025. Methodology: It will be developed under the hypothetical-deductive method, quantitative approach, non-experimental design, and cross-sectional scope. The sample will consist of 30 individuals in the stage of late adulthood. Data will be collected through the “Yesavage Geriatric Depression Scale and the WHOQOL-OLD quality of life questionnaire.” Both have validity and reliability at the national level. The results obtained will be statistically analyzed through SPSS, and non-parametric Spearman’s rho tests will be used to test the hypothesis and determine the correlation between the study variables, and the visualization of the results will be presented in tables and figures.

**Keywords:** Depression, quality of life, older adults. **(DeCS)**

## **1. EL PROBLEMA**

### **1.1 Planteamiento del problema**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que, la depresión en el adulto mayor debe ser interpretada únicamente como una manifestación de tristeza pasajera, sino un conjunto de alteraciones cognitivo-afectivas y físicas que impactan de forma negativamente su equilibrio general deteriorando incluso su calidad de vida. Estas manifestaciones comprenden cansancio, falta de interés, dificultad para concentrarse, problemas para dormir y dolor físico persistente, las cuales restringen su funcionalidad e independencia (1).

Además, estudios alrededor del 14% de la población mayor de 60 años sufren un trastorno mental clínicamente relevante, siendo principalmente depresión y ansiedad, que suponen el 10,6% de la carga total de años vividos con discapacidad en este grupo de edad. Estos resultados ilustran la carga clínica y social de la depresión geriátrica y la necesidad de intervenciones integrales dirigidas a restaurar la funcionalidad, la independencia y los contextos de vida saludable (2).

La calidad de vida del adulto mayor, de acuerdo a la OMS, es definida como la interpretación subjetiva que una persona tiene con respecto a su situación vital, tomando en consideración el contexto cultural y social que les rodean, en correspondencia con sus metas personales. Esta apreciación comprende factores como la salud física y mental relacionadas con s autonomía, calidad de relaciones sociales y el entorno físico en que habita (3).

En este marco, se desarrolló el módulo WHOQOL-OLD, cuyo propósito es evaluar la calidad de vida en la población adulta mayor a través de seis dimensiones: sensorial, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, intimidad y actitudes hacia la muerte. Este marco evaluativo, con reconocimiento mundial, ha mostrado cómo los síntomas depresivos

afectan negativamente a cada uno de estos dominios, siendo relevante desarrollar intervenciones dirigidas a promover un envejecimiento activo y el bienestar en esta población (4).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) clasifica este fenómeno como un trastorno mental prevalente y de considerable gravedad, manifestado principalmente por un estado de ánimo persistente de tristeza desesperanza o desinterés e incapacidad para experimentar placer. También puede presentar síntomas como cambios en el sueño, apetito, concentración y energía; es así que, de acuerdo a un metaanálisis llevado a cabo en América Latina y el Caribe, reflejó que la prevalencia de los trastornos depresivos es del 12%, ocasionando un impacto en las personas, su familia e incluso el sistema sanitario local (5).

Además, la OPS, reporta que alrededor de 48 millones (4.7%) de la población latinoamericana padecen algún grado de depresión, siendo este trastorno una de las causas principales de incapacidad y pérdida, que afecta mayormente al género femenino, haciendo evidente la necesidad de afianzar las intervenciones comunitarias enfocadas a esta población vulnerable, ya que su calidad de vida puede afectarse gravemente por esta afección (6).

En América Latina la realidad de las personas mayores puede ser condicionada por diferentes factores (sociales, económicos y de salud), que requieren abordajes políticos integrales. Un estudio binacional México-Ecuador, aplicando el cuestionario WHOQOL-OLD, encontró significativas diferencias, ya que los adultos mayores mexicanos informaron tener mejor calidad de vida en la mayoría de las dimensiones, aunque en las percepciones sensoriales y participación social, en el contexto ecuatoriano fueron mejor apreciadas (7).

Un estudio del BID también señala que la calidad de vida de este colectivo está condicionada por el acceso a tres grandes pilares de la protección social: las pensiones, los servicios de salud y la atención a la dependencia. Porque las Políticas que aumentan la esperanza

de vida saludable y la seguridad económica son fundamentales para un envejecimiento digno y orientado al bienestar (8).

El Ministerio de Salud (MINSA) sostiene que la depresión trasciende la mera tristeza o una respuesta habitual a los altibajos de la vida. Se trata de un trastorno que puede modificar la forma en que un individuo procesa sus pensamientos, experimenta sus emociones y manifiesta su comportamiento. Por lo tanto, puede ocasionar una variedad de problemas emocionales y físicos, así como interferir en el desempeño laboral y en las relaciones interpersonales. Aproximadamente el 6,5% de la población adulta mayor de 60 años en Perú presenta síntomas de depresión. Esto implica que aproximadamente un millón de personas padecen la enfermedad. La depresión presenta una mayor frecuencia en mujeres en comparación con hombres y su prevalencia tiende a incrementarse con la edad (9).

La Dirección Regional de Salud Huánuco, informó en 2023, que alrededor de 8,1% de personas mayores de 60 años presentaban depresión, lo cual equivale a cerca de 50,000 personas afectadas por esta condición. Asimismo, esta cifra es consistente con investigaciones recientes realizadas en el Hospital Herminio Valdizán, se identificó una significativa asociación entre la depresión y la calidad de vida en adultos vulnerables. Esto demuestra que los síntomas depresivos afectan negativamente en aspectos clave como la autonomía, la salud mental y las relaciones sociales. En tanto, los resultados subrayan que, es esencial formular estrategias de intervención que orientadas al abordaje simultaneo de la depresión y la calidad de vida en dicha población (10).

En cuanto a las causas, la depresión en la población adulto mayor emerge debido a diversos factores, entre los cuales se destacan el deterioro de la salud física, la existencia de enfermedades crónicas, la pérdida de redes de apoyo social, el aislamiento, la viudez y las restricciones económicas, todos capaces de menoscabar el bienestar integral de este grupo poblacional. Por otra

parte, en relación con las consecuencias, van más allá del ámbito emocional, provocando pérdida de autonomía, incremento de la dependencia funcional, deterioro de las interacciones con el entorno y un notable descenso en la calidad de vida, afectando la autonomía, la participación social y el sentido de propósito vital. Finalmente, en lo que respecta al aporte, este estudio proporciona evidencia científica significativa para entender la relación entre la depresión y la calidad de vida en adultos mayores. De este modo, no solo se visualiza la magnitud del problema en un contexto comunitario, sino también, se orienta el diseño de intervenciones integrales que fomentan un envejecimiento activo, saludable y con mayor bienestar.

## **1.2 Formulación del problema:**

### **1.2.1 Problema general**

¿Qué relación existe entre la depresión y la calidad de vida del adulto mayor de un Centro de Salud Mental Comunitario de Huánuco - 2025?

### **1.2.2 Problema específico**

¿Qué relación existe entre la depresión y la salud física del adulto mayor?

¿Qué relación existe entre la depresión y salud psicológica del adulto mayor?

¿Qué relación existe entre la depresión y relaciones sociales del adulto mayor?

¿Qué relación existe entre la depresión y ambiente del adulto mayor?

## **1.3 Objetivos de la investigación**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la relación que existe entre la depresión y la calidad de vida del adulto mayor de un Centro de Salud Mental Comunitario de Huánuco, 2025

### **1.3.2 Objetivos específicos**

Conocer la relación que existe entre la depresión y salud física del adulto mayor.

Analizar la relación que existe entre la depresión y salud psicológica del adulto mayor.

Comparar la relación que existe entre la depresión y relaciones sociales del adulto mayor.

Establecer la relación que existe entre la depresión y ambiente del adulto mayor.

## **1.4 Justificación de la investigación**

### **1.4.1 Teórica**

La depresión y la calidad de vida en los adultos mayores son dos aspectos íntimamente relacionados que impactan de manera significativa en el bienestar general de esta población. En Huánuco, resulta fundamental analizar el impacto de la depresión en la capacidad de los adultos mayores para preservar su autonomía, funcionalidad y relaciones sociales, los cuales constituyen elementos esenciales de la calidad de vida. La Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem proporciona el marco conceptual para dilucidar este proceso, postulando que cuando las personas experimentan una capacidad disminuida para el autocuidado, surgen necesidades que deben ser abordadas mediante atención profesional.

En este sentido, los síntomas depresivos restringen la energía, la motivación y la capacidad de toma de decisiones de los adultos mayores, disminuyendo su capacidad para participar en actividades diarias esenciales e instrumentales y afectando negativamente su bienestar físico, psicológico y social. El valor de este estudio radica en proporcionar evidencia científica que facilita la aplicación de la Teoría del Déficit de Autocuidado de

Dorothea Orem, teoría en el contexto comunitario, orientando estrategias de apoyo, educación y acompañamiento que potencien el autocuidado y mejoren significativamente la calidad de vida de los adultos mayores con depresión.

#### **1.4.2 Metodológica**

Este estudio será desarrollado bajo el método científico, será de tipo aplicado, no experimental, correlacional y transeccional, se utilizarán como instrumentos el “Cuestionario (GDS-15), adaptado por el Instituto Nacional de Geriátría en el año 2020”. para determinar el nivel de depresión y el “Cuestionario WHOQOL-OLD”, aprobado en 2020 en el ámbito nacional.

#### **1.4.3 Práctica**

Los resultados y recomendaciones derivadas de este estudio proporcionarán una comprensión más precisa sobre los niveles de depresión y su influencia en la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el CSMC. Para la institución, esto implicará contar con evidencia científica que sustenta la toma de decisiones y el diseño de políticas de atención integral; para el servicio, disponer de información crucial para optimizar los procesos de detección y tratamiento; para el personal, acceder a herramientas contemporáneas que faciliten la intervención en casos de depresión geriátrica; y para los pacientes, reciba una atención más centrada que potencie su bienestar.

Los hallazgos podrán ser utilizados para elaborar planos, programas y protocolos de intervención comunitaria enfocados en la detección temprana y el manejo adecuado de la depresión en adultos mayores. Para la institución, esto facilitará la optimización de recursos y el aumento de su prestigio como referente regional; para el servicio, mejorará la

coordinación interdisciplinaria y la eficacia de las intervenciones; para el personal, reducirá la sobrecarga laboral al implementar estrategias estandarizadas; y para los pacientes, promoverá la autonomía, la integración social y una percepción favorable de su calidad de vida.

Finalmente, el impacto de este estudio se manifestará directamente en la vida cotidiana de los adultos mayores y sus familias, quienes recibirán cuidados más humanizados, integrales y ajustados a las necesidades. Para la institución, constituirá un logro al reforzar su misión social y comunitaria; para el servicio, consolidar su función como un espacio de prevención y rehabilitación; para el personal, la satisfacción de proporcionar una atención efectiva fundamentada en evidencias; y para los pacientes, la oportunidad de experimentar un envejecimiento más activo, saludable y digno.

## **1.5 Delimitación de la investigación**

### **1.5.1 Temporal**

Se llevará a cabo durante el último trimestre del 2025.

### **1.5.2 Espacial**

La indagación tendrá lugar en un CSMC de Huánuco.

### **1.5.3 Población o unidad de análisis**

Se estarán considerando los adultos mayores que asisten a un CSMC de Huánuco.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes**

#### **2.1.1 Internacional**

Sánchez (11), En 2021, en México con el propósito de “relacionar el grado de depresión y la calidad de vida en adultos mayores con hipoacusia en hogares familiares de Puebla”. La investigación se desarrolló mediante el método cuantitativo, hipotético - deductivo, de diseño descriptivo-correlacional, y transeccional. La muestra estuvo compuesta por 237 adultos mayores, los instrumentos utilizados “Whoqol-Old para evaluar la calidad de vida”, la “Escala (GDS-15) de Yesavage, en los resultados, se evidenciaron que el 3,2% presenta limitaciones auditivas leves, y 67% en una escala moderadas, en cuanto a la depresión, 2,8% presentaron síntomas leves, el 1,05% solo presentaron moderados en cuanto a los síntomas y solo el 0,6% síntomas severos. En conclusión, se estableció una correlación entre la depresión y la calidad de vida en los participantes con hipoacusia.

Zapata (12), en 2021, llevó a cabo una investigación en Ecuador con el objetivo de “establecer la relación entre las variables de depresión y calidad de vida en la población de adultos mayores atendidos en el Hospital General de Latacunga”. Método descriptivo-correlacional y un alcance mixto, la muestra estuvo conformada por 100 participantes, los instrumentos que se aplicaron fueron, “Cuestionario de salud SF-36 para evaluar la calidad de vida”, y la “Escala de depresión geriátrica (GDS)”, Resultados; 29% de encuestados reportó una mala o regular calidad de vida, en tanto que, 15% presentó síntomas moderados de depresión, y 12% severos. En conclusión, existe evidencia que la calidad de vida de la población en estudio, está relacionada con la depresión.

Alabama (13), en (2022) realizó un estudio en Chile con el objetivo de “describir la prevalencia de depresión y desesperanza en adultos mayores pertenecientes a agrupaciones comunitarias”. Un estudio cuantitativo, descriptivo y transeccional. La muestra fueron 78 adultos mayores, los instrumentos “Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage” y de la “Escala de Desesperanza de Beck”. Se observó que, 83,3% de individuos evaluados manifestó algún grado de desesperanza, desglosándose en 56,4% con niveles leves, 23,1% moderados y 3,8% con severos. Además, 33,4% de la población anciana tenía síntomas depresivos, de los cuales 24,4% fueron leves, y el 9,0% severos. Se estableció que, en asociaciones comunitarias la participación representa un aspecto fundamental que contribuye con la protección de la salud mental en la población de adultos mayores. En consecuencia, se sugiere el fortalecimiento de estos espacios como una estrategia de prevención.

Vitório et al. (14) en 2022 hicieron un estudio en Brasil con el objetivo de “establecer una relación entre la sintomatología depresiva y la calidad de vida en la población de personas mayores”. Método cuantitativo de corte transversal. Una muestra de 596 adultos, quienes completaron, un Cuestionario biosociodemográfico, la Escala de Depresión Geriátrica y el Whoqol-Old. Los hallazgos indicaron una relación negativa entre la sintomatología depresiva y las dimensiones de la calidad de vida: así mismo en cuanto a las habilidades sensoriales o dimensión se observó un  $B = -1,922$ , en cuanto a la dimensión de autonomía, un  $\beta = -2,410$ , así mismo se puede apreciar en el estudio, que en cuanto a las actividades pasadas, presentes y futuras, un  $\beta = -3,534$ , por su parte en la participación social, se evidencia un  $\beta = -3,436$ ; así mismo la muerte y morir se un  $\beta = -2,260$ , en cuanto a la intimidad un  $\beta = -3,547$ . Concluyendo que, la evidencia de síntomas depresivos se asoció de

manera inversa con la calidad de vida en los adultos estudiados, evidenciando la necesidad de realizar intervenciones oportunas.

Galán et al. (15) en 2022, ejecutaron una investigación en la Universidad de Extremadura, Cáceres España, para “determinar la asociación entre la agilidad/fuerza de tren inferior y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en hombres mayores con depresión”. Emplearon un diseño descriptivo, transeccional en 39 participante de género masculino activos a nivel físico, pero que había sido diagnosticados con depresión. Resultados revelaron una correlación negativa moderada entre CVRS y agilidad ( $r=-0,37$ ) y una correlación positiva moderada entre CVRS y fuerza de tren inferior ( $r=0,33$ ). Conclusión: Los adultos mayores varones deprimidos, que mejor desempeño muscular en extremidades inferiores y mejor agilidad motora tienen mejor calidad de vida, por lo que estas variables podrían ser consideradas como indicadores del bienestar físico y emocional del adulto mayor.

### **2.1.2 Nacional**

Samaniego y Cahuaza (16), en 2022, llevó a cabo un estudio en San Martín, con el propósito de “determinar la ansiedad y depresión en la calidad de vida del adulto mayor que se atiende en el Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM) de Tabalosos, provincia de Lamas”. Fue desarrollado bajo metodología cuantitativa, descriptiva, transeccional y observacional. La muestra fue de 40 participantes, a quienes aplicaron la Escala de Ansiedad de Zung, la EGD de Yesavage y el Whoqol-Bref. Resultados; 55% de las unidades de estudio presentó ansiedad moderada, mientras que, 72.5% tenía depresión moderada, y 27.5% severa. Sobre la calidad de vida, el 55% la consideraba regular, el 37,5% mala y solo el 7,5% buena. Se llega a la conclusión de que sí existe asociación entre ansiedad y depresión, según

la prueba de  $X^2$  con  $p < 0,032$  y  $p < 0,041$ , lo que demuestra que están relacionadas en la población adulta mayor del CIAM.

Morillo (17), en 2025, en Cajamarca, realizó un estudio cuyo objetivo fue “Evaluar la depresión y calidad de vida en el adulto mayor que se atiende en el Puesto de Salud Colcabamba, Cajabamba, Cajamarca 2024”. Fue una indagación cuantitativa, observacional, descriptiva, correlacional y transeccional. Como muestra analizó 82 encuestados. Considero como herramientas para recopilar los datos la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage y el Whoqol-Bref. En los resultados se pudo observar que, 42,7% de los ancianos no presentó depresión, el 30,5% presentó depresión leve y el 26,8% tuvo depresión avanzada. Sobre la calidad de vida, el 87,8% la consideró media, el 11% alta y el 1,2% baja. En las facetas, se encontró predominio de niveles medios en salud física (70,7%), salud psicológica (74,4%), ambiente (85,4%) y relaciones sociales (62,2%). La prueba de  $X^2$  arrojó una  $p$ -value = 0,021, lo que indica que existe una asociación significativa entre depresión y calidad de vida en los adultos estudiados.

Quispe (18), en el año 2021, realizó una investigación en Lima, con el objetivo de “asociar la depresión y la calidad de vida en adultos mayores que residen en una zona vulnerable”. La indagación fue cuantitativa, correlacional, transeccional. 130 adultos conformaron la muestra. Empleo la Escala de (GDS) para evaluar la depresión y el Whoqol-Old. Los resultados revelaron que existe asociación significativa entre las dos variables principales ( $p < 0,05$ ). No se halló asociación en capacidad sensorial el  $p$ -Value fue  $p > 0,05$ , pero sí en autonomía ( $p < 0,05$ ), participación social ( $p < 0,05$ ), muerte ( $p < 0,05$ ) e intimidad ( $p < 0,05$ ). Concluye que, se encontró una significativa y directa asociación entre ambas variables.

Ramos (19), en 2023, ejecutó un estudio en Chincha, la cual tuvo como objetivo “determinar el nivel de depresión y calidad de vida en adultos mayores que se atienden en el Centro Integral del Adulto Mayor Alto Larán, Chincha”. El estudio fue de tipo cuantitativa, descriptiva, transversal, con una muestra de 97 unidades de estudio en lo que se refiere a adultos mayores, seleccionados por muestreo probabilístico. Se aplicó la Escala (GDS) y el Whoqol-Old, validados y confiables (CFI: 0.80 y 0.97; KR: 0.70 y  $\alpha = 0.85$ ). Los resultados señalan que, 43% de ancianos tienen depresión leve, 40% moderada, y 13% severa. En relación a calidad de vida, hubo un predominio en el nivel medio en lo que respecta a las habilidades sensoriales 95%, autonomía 85%, actividades sensoriales 94%, participación social 96% y mortalidad 80%, siendo la dimensión intimidada la que alcanzó un nivel alto en un 78%. En conclusión, de manera general 95% de participantes mostraron una calidad de vida media.

Sanga (20), en 2023, efectuó una investigación en Tarata, para “determinar la relación entre depresión y calidad de vida del adulto mayor que acude al C.S. Tarata, Tacna 2021”. Empleo para ello el enfoque cuantitativo, diseño no experimental, corte transeccional y correlacional. 157 adultos vulnerables representaron la muestra. Como herramientas para obtener los datos se emplearon la Escala de depresión de Yesavage y el Índice de calidad de vida de Mezzich y Cols. En los resultados se puede evidenciar una relación medianamente fuerte e inversa ( $\rho = -.664$ ;  $p < 0.05$ ). de igual manera se puede observar que una relación inversa, medianamente fuerte de la depresión y satisfacción con el sentido de vida ( $\rho = -.571$ ;  $p < 0.00$ ); así mismo cuando se describe la relación de la depresión y satisfacción con la integridad, se evidencia una relación negativa ( $\rho = -.483$ ;  $p < 0.000$ ); por otro lado al observar la relación de la depresión y satisfacción con el funcionamiento productivo”

también se observa que la relación es negativa ( $\rho = -.575$ ;  $p < 0.00$ ) entre “depresión y satisfacción social” ( $\rho = -.354$ ;  $p < 0.00$ ). en cuanto a los resultados descriptivos, se puede evidenciar que el 68,79% de encuestados no tiene depresión y tiene buena calidad de vida, 26,11% en conclusión las variables de estudios están relacionadas, pero de manera negativa.

## **2.2 Bases teóricas**

### **2.2.1 Variable de Depresión**

#### **Definición:**

Se identifica como un trastorno afectivo dentro de la categoría de alteraciones afectivas que afecta a millones de individuos en el contexto global, influyendo incluso en su calidad de vida, se caracteriza por desajustes notorios y persistentes en el estado de ánimo, los cuales pueden no solo generar cambios significativos en la estabilidad emocional de quien la presente, sino también impactar negativamente la capacidad para relacionarse y para laboral, e incluso en situaciones muy graves puede inducir a la persona al suicidio. Es así que, la Asociación Psiquiátrica Americana la clasificó como enfermedad en 1987; sin embargo, su impacto en la salud mental constituye un problema de alcance global (21).

En tal sentido, es esencial saber que ser diagnosticado con una enfermedad crónica no transmisible (ECNT), como las cardiovasculares, muchas veces dificulta mucho el cumplimiento del tratamiento. La dificultad para adherirse a las indicaciones médicas puede tener repercusiones negativas en la evolución de la enfermedad, lo que podría resultar en un deterioro de la salud del paciente y en un incremento del riesgo de complicaciones, la adherencia terapéutica se considera un elemento esencial para el manejo adecuado de las enfermedades crónicas (22).

Desde el aspecto clínico, la depresión se caracteriza por un estado de melancolía que se manifiesta sin aparente causa y suele ser persistente, además quien la presenta suelen experimentar sentimientos de culpa, desesperanza e incluso de inutilidad o falta de propósito (23).

### **Teorías científicas de la variable 1: depresión**

De acuerdo con la teoría cognitiva propuesta por Beck, la depresión se origina ante la persistencia de pensamientos negativos y distorsionados, los cuales suelen ser automáticos y producir emociones desfavorables (tristeza, ansiedad, desesperanza), que refuerzan los pensamientos iniciales de forma constante. Al respecto Beck postula que los pensamientos negativos son los responsables de los síntomas emocionales y conductuales asociados con la depresión (24).

Albert Ellis, las emociones negativas, la tristeza, la ira y la ansiedad, no son el resultado de situaciones externas, sino que depende de la interpretación que se les otorgue. Ellis subrayó, en particular, la utilización de las palabras imperativas "debería" y "tengo que" en la construcción de pensamientos irracionales. En consecuencia, la consideración de estos pensamientos como catastróficos genera emociones negativas y comportamientos desadaptativos. La Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC), propuesta por Ellis, esta orientada a identificar y debatir los pensamientos disfuncionales y modificarlos de manera flexible y constructiva, con el objetivo de disminuir el malestar emocional y potenciar el equilibrio en la satisfacción vital (25).

### **Depresión en adultos mayores**

En la vejez este trastorno presenta alta comorbilidad médica, más síntomas somáticos y cognitivos, curso más largo y más discapacidad que en edades tempranas; empeora los resultados de las enfermedades crónicas, aumenta la mortalidad y deteriora la calidad de vida, ameritando detección y abordaje específicos en el primer nivel y en la comunidad (26). Desde una perspectiva biopsicosocial, su etiología involucra vulnerabilidades neurobiológicas asociadas al envejecimiento cambios frontoestriatales, inflamatorios, endocrinos e inmunes, así como pérdidas sociales, duelo, aislamiento y falta de apoyos, creando un cuadro clínico que a menudo pasa inadvertido cuando se aplican criterios de diagnóstico basados únicamente en el afecto deprimido manifiesto (27).

### ***2.2.1.1. Dimensión de la variable depresión***

#### **a. Dimensión 1: Satisfacción con la vida**

Se define como la valoración cognitiva global que el anciano hace de la vida que ha llevado, en función de las metas que ha logrado en la vida, en relación a lo que esperaba de ella. En tal sentido, que, en el adulto mayor, las manifestaciones de depresión se correlacionan con una disminución en la satisfacción de vida, incluso cuando se toma en cuenta los factores sociales y funcionales (28). En el tiempo, la asociación es recíproca: la depresión inicial disminuye la satisfacción con la vida futura y, en menor medida, la escasez de satisfacción vital predice más depresión (29).

Desde la mirada de la intervención, la participación social y el hacer cosas significativas (hobbies) son moduladores protectores: un meta-análisis con modelamiento estructural encontró que la participación social influye en la satisfacción vital tanto directamente como a través de una menor depresión y una mejor cognición en personas mayores que viven en la comunidad (30). Paralelamente, un estudio longitudinal

multinacional (16 países, >93.000 personas de 65+) demostró que estar involucrado en hobbies se relaciona con menos síntomas depresivos y más satisfacción con la vida de manera consistente entre contextos, lo que apoya su fomento en la atención primaria y comunitaria (31).

### **b. Dimensión 2: Actividad y pasatiempo**

La participación regular en actividades recreativas o de ocio, que incluyen actividades físicas ligeras, culturales, manuales o de pasatiempos, se relaciona con una disminución de las manifestaciones depresivas en personas mayores, considerándose relevante que quienes participan en pasatiempos tienen menos posibilidades de tener síntomas depresivos (32). Otro estudio centrado en ancianos comunitarios encontró que el ocio activo jardinería, manualidades, lectura recreativa, etc., se relaciona con un mejor estado de ánimo, una autoestima más alta y menos depresión clínica y subclínica . Además, las intervenciones físicas que incluyen ocio caminatas, clases de baile, talleres de arte mejoran no solo la depresión, sino también la calidad de vida relacionada con la salud; un ensayo controlado en personas mayores demostró que aumentan la frecuencia de la actividad física y de los pasatiempos disminuye significativamente los síntomas depresivos y mejora el bienestar psicológico y social (33). Además, una revisión sistemática encontró que la actividad física de cualquier intensidad incluso moderada o leve y la participación en hobbies sociales protegen de forma consistente contra la depresión y mejoran la satisfacción vital en personas mayores de 65 años (34).

### **c. Dimensión 3: Estado de ánimo**

El ánimo en el adulto mayor se expresa en el conjunto de sentimientos como tristeza, desinterés o cambios de humor, más frecuentes y de mayor duración que en edades

tempranas; la literatura informa que el envejecimiento, el fallecimiento de familiares, las enfermedades crónicas, entre otras, son situaciones que intensifican estas alteraciones (35). Además, las intervenciones dirigidas a mejorar el estado de ánimo, como la terapia cognitivo-conductual, la activación conductual y las estrategias psicoeducativas, han demostrado disminuir los síntomas depresivos incluso en adultos mayores con enfermedades médicas coexistentes (36).

De acuerdo a estudios recientes, se ha podido evidenciar que durante la pandemia por COVID-19 se duplicó la prevalencia de síntomas depresivos en muchos países, siendo el ánimo deteriorado uno de los componentes más alterados, sobre todo en mujeres mayores, personas aisladas y con problemas de sueño (37). En un metaanálisis reciente de intervenciones no farmacológicas se encontró un efecto pequeño-moderado de estas terapias en el estado de ánimo sostenido, con beneficios que persisten al menos hasta los 6 meses de seguimiento (38).

#### **d. Dimensión 4: Falta de cognición**

La depresión en el adulto mayor a menudo se asocia con déficits cognitivos que involucran la memoria episódica, la atención sostenida, la velocidad de procesamiento y la función ejecutiva. Es así, que, un estudio muestra que estas alteraciones no solo se observan en los episodios depresivos, sino que muchas veces persisten incluso después de la remisión, aumentando la susceptibilidad al deterioro cognitivo y la discapacidad funcional (39).

Además, estudios longitudinales indican que los síntomas depresivos pueden anticiparse a alteraciones estructurales cerebrales relacionadas con el deterioro cognitivo, como la disminución del volumen del hipocampo, y que una mayor gravedad de la depresión predice un mayor deterioro cognitivo (40). Otra revisión señala que, entre los dominios

cognitivos alterados, la velocidad de procesamiento y la función ejecutiva son las más consistentemente afectadas, y que variables como la edad de inicio, el número de episodios depresivos y las comorbilidades. médicas modulan la severidad de estos déficits (41).

#### **e. Dimensión 5: Situación económica**

Las condiciones económicas de los adultos mayores influyen directamente en los síntomas depresivos (42). Además, un estudio en Finlandia, Polonia y España encontró que los ancianos con mayor nivel socioeconómico inicial tuvieron significativamente menos síntomas depresivos, y que esta asociación estuvo parcialmente mediada por su capacidad en actividades de la vida diaria (43).

Por otro lado, los estudios de apoyo social muestran que la situación económica no sólo afecta directamente, sino que el hecho de vivir solo, tener poco apoyo familiar o haber pasado por acontecimientos adversos económicos intensifican su efecto en la depresión en personas mayores (44). Igualmente, la inseguridad económica crónica no solo anticipa una mayor probabilidad de desarrollar depresión, sino también una trayectoria más recurrente y resistente al tratamiento, enfatizando la necesidad de intervenciones paliativas y preventivas que incorporan medidas de protección económica (45).

#### **2.2.2 Variable Calidad de vida**

##### **Definición de la variable 2: Calidad de vida**

La OMS, define la calidad de vida como la apreciación individual que cada persona tiene sobre su existencia, tomando en consideración aspectos esenciales como los valores y la cultura en la que convive, así como la relación con sus expectativas y objetivos y comparándola con su realidad (46).

Esta variable se estructura de manera jerárquica en tres niveles; considerando como el más relevante, la calidad de vida global, que comprende todos los factores de la existencia humana (físico, mental, social y espiritual). En un plano más concreto, se encuentra la calidad de vida asociada con la salud y el impacto que una enfermedad puede tener en un individuo (47), y finalmente la calidad de vida relacionada con una enfermedad particular, la cual está orientada a evaluar como una afección concreta puede afectar el bienestar (48).

En este contexto, la evaluación de la calidad de vida constituye un instrumento fundamental para tomar decisiones en el contexto sanitario, al permitir la detección oportuna de manifestaciones y la eficacia de los tratamientos, además la formulación de políticas de salud orientadas a la mejora del bienestar de la población. Asimismo, resulta relevante para la comparación de opciones terapéuticas, optimizar de manera adecuada recursos y garantizar que, las acciones sanitarias se alinean con los requerimientos y expectativas de la población, particularmente durante la etapa de vejez poblacional. En consecuencia, al considerar las experiencias individuales relacionadas con la salud y la vida, este instrumento proporciona una perspectiva más integral y humanizada de los resultados en salud (49).

Es fundamental considerar que, los ancianos pueden experimentar disminución de su capacidad muscular, y deterioro sensorial, provocando esto una alteración en su coordinación motora, el equilibrio y la propiocepción, situación que altera la evaluación precisa de la calidad de vida, ya que este debilitamiento puede obstaculizar la habilidad de los ancianos para percibir y evaluar de manera adecuada su entorno (50).

### **Teoría científica de la variable 2: Calidad de vida**

Maslow plantea una estructura jerárquica de necesidades que se escalonan en necesidades fisiológicas, de seguridad, de afiliación, de estima y de autorrealización. En esta

teoría la satisfacción de las necesidades básicas es la condición para lograr necesidades más elevadas de desarrollo personal y bienestar. Aplicada a la calidad de vida, esta teoría indica que una persona no puede sentirse realizada si no ha satisfecho primero las condiciones básicas de salud, seguridad económica, estabilidad social y autoestima. Por esta razón, la calidad de vida no solo se basa en aspectos materiales, sino también en el acceso a experiencias que permitan el crecimiento personal y la autorrealización (51).

Según la teoría cognitiva, la calidad de vida es una percepción subjetiva que se genera al compararnos con los demás. Lo que vivimos y lo que creemos influyen en la forma en que valoramos lo que nos sucede (52).

### **Envejecimiento**

A pesar de que la vida media poblacional ha mostrado un incremento significativo, este fenómeno también ha conllevado un aumento en la prevalencia de enfermedades asociadas con la vejez, ya que el envejecimiento es considerado un proceso biológico que conlleva el deterioro de los tejidos y órganos, lo que incrementa la susceptibilidad a diversas enfermedades, es decir, esta etapa puede ser compleja y conllevar a la disminución de la fortaleza física y un aumento en la susceptibilidad a diversas enfermedades (53).

La geriatría intenta ayudar a los ancianos a seguir siendo independientes mejorando así su calidad de vida. De hecho, las intervenciones sanitarias en esta población se dirigen a preservar su función y salud (54).

### **Calidad de vida en adultos mayores**

De acuerdo con la OMS, en el adulto mayor la calidad de vida se concibe como la apreciación subjetiva que puede emitir un individuo sobre existencia, tomando en

consideración su cultura y valores, así como la asociación de estas con sus metas, perspectivas, normas e inquietudes. En ese sentido, este concepto es multidimensional y abarca los dominios físico, psicológico, social y ambiental, los cuales son evaluados mediante instrumentos como el Whoqol-Old, que han sido validados para su uso transcultural (55).

El módulo Whoqol-Old, diseñado para personas mayores, amplía la definición de calidad de vida al incluir dimensiones relevantes para el envejecimiento, como habilidades sensoriales, autonomía, actividades en diferentes momentos de la vida, participación social, intimidad y actitudes hacia la muerte. Este enfoque proporciona un instrumento que permite evaluar el bienestar subjetivo y la calidad de vida en la vejez de manera más sensible y clínicamente útil (56).

### ***2.2.2.1. Dimensiones de la calidad de vida en adultos mayores***

#### **a. Dimensión 1: Salud física**

Esta dimensión comprende diversos aspectos fisiológicos, incluyendo vitalidad y cansancio, incomodidad o dolor, alteración de los patrones de descanso y sueño, capacidad para desplazarse y las actividades de la vida diaria, así como la dependencia de medicamentos o ayudas médicas (57). En el anciano, la multimorbilidad y la discapacidad se asocian a peores puntuaciones en este dominio y peor calidad de vida, por lo que es preciso tener en cuenta comorbilidades y función para una evaluación correcta de la salud física percibida (58).

Estudios recientes muestran que más actividad, mejor sueño y menos dolor se relacionan con mejores valoraciones físicas y, por extensión, mejor bienestar subjetivo en

adultos de 60 a 89 años, incluso tras controlar por variables sociodemográficas y de salud (59) (60).

### **b. Dimensión 2: Salud psicológica**

La salud mental implica bienestar emocional, autoestima, tener un propósito, ausencia de síntomas de ansiedad y estrés, y resiliencia. En esta línea, un estudio transversal con 361 adultos mayores (edad media 68.44 años) halló que mayores niveles de bienestar psicológico, crecimiento personal y propósito en la vida se asocian con una mejor calidad de vida, en tanto que mayores niveles de depresión y ansiedad predicen una peor calidad de vida (61). Otro estudio en Nepal con 847 ancianos encontró que una quinta parte tenía depresión moderada-grave, y que la salud psicológica mediaba la asociación entre síntomas depresivos, ansiedad, estrés y satisfacción con la vida, por lo que las intervenciones dirigidas al estado de ánimo pueden marcar la diferencia (62).

Además, las intervenciones psicoeducativas, las terapias de reminiscencia y el apoyo emocional mejoran la salud mental y la satisfacción vital en personas mayores sanas: una revisión sistemática-metaanálisis de ensayos controlados reveló un efecto grande sobre el bienestar psicológico después de intervenciones psicológicas breves en adultos mayores sin diagnóstico de enfermedad mental (63). Por otra parte, estudios actuales muestran que la imagen negativa del envejecimiento se asocia con más síntomas depresivos y menor bienestar psicológico, siendo indispensable fomentar intervenciones orientadas fortalecer las actitudes positivas hacia el envejecimiento en las intervenciones comunitarias (64).

### **c. Dimensión 3: Relaciones sociales**

Incluyen el apoyo emocional, la conexión con la familia, amistades, la participación social y la integración social. Es así que, un estudio reciente en Colombia encontró que los programas comunitarios que fomentan la socialización al aire libre y la creación de redes entre iguales disminuyen el aislamiento social y mejoran la salud mental, mejor calidad de vida en estas personas mayores (65). Otro estudio realizado en Turquía en personas mayores de 60 años encontró que aquellos que viven con familiares, son apoyados y participan socialmente tienen puntuaciones significativamente más altas en la dimensión de relaciones sociales (66).

Asimismo, en estudios relacionados evidenciaron que, tanto el apoyo instrumental como el emocional, de manera consistente, aunque en menor medida, mejoran la calidad de vida de personas ancianas (67). En otro estudio multicéntrico europeo, el tamaño y la calidad de la red social se relacionan con el control social del Whoqol-Old y con menos depresión y soledad, incluso tras controlar por salud física y cognitiva (68).

#### **d. Dimensión 4: Ambiente**

El entorno comprende la satisfacción con el entorno físico (vivienda, accesibilidad, servicios), la seguridad, el clima, el ruido, la contaminación, las áreas verdes, el transporte y los servicios de salud, que influyen en la calidad de vida de las personas. De ahí que, un estudio realizado en Beijing con 650 adultos mayores encontró que las características del entorno en el que residen (accesibilidad, comodidad de los servicios y entornos agradables) se asocian con mayor capacidad física, mental y social, especialmente en aquellos con fragilidad moderada alta (69). En la misma línea, un estudio llevado a cabo en Polonia y España halló que la faceta ambiental del WHOQOL-BREF está poco valorada en personas

mayores perciben su vivienda poco accesible, sin zonas verdes y con pocos servicios comunitarios, lo afecta al bienestar (70).

Además, las intervenciones dirigidas a un diseño urbano favorable a las personas mayores como mejoras en iluminación, eliminación de barreras arquitectónicas, creación de zonas peatonales seguras y parques accesibles han demostrado mejorar la movilidad, la autoestima, disminuir el aislamiento y mejorar la salud mental, con efectos en la calidad de vida ambiental y general (71). En otro estudio reciente, un chequeo de ambientes interiores del hogar confort térmico, luz natural, ventilación, silencio encontró que estas características se asocian con las puntuaciones de salud física, mental y ambiental en personas mayores, lo que indica que la calidad del entorno en el que viven debe incorporarse en las estrategias de intervención comunitaria (72).

## **2.3 Formulación de hipótesis**

### **2.3.1 Hipótesis general**

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y la calidad de vida del adulto mayor en un Centro de Salud Mental Comunitario de Huánuco, 2025.

H0: No, existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y la calidad de vida del adulto mayor en un Centro de Salud Mental Comunitario de Huánuco, 2025.

### **2.3.2 Hipótesis específicas**

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y salud física del adulto mayor.

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y salud psicológica del adulto mayor.

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y relaciones sociales del adulto mayor

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1 Método de la investigación**

En esta indagación se empleará el método hipotético-deductivo, dado que el investigador formula interrogantes en relación con el problema, los objetivos y las hipótesis, sustentándose en la teoría correspondiente. Luego se compararán las hipótesis de investigación con el fin de determinar su aceptación o rechazo (73).

#### **3.2 Enfoque de la investigación**

El estudio se considerará como cuantitativo, porque la recolección, medición y cuantificación de datos se realizará de manera sistemática, garantizando su análisis posterior. Se fundamenta en medidas objetivas, lo que permitirá un análisis numérico y estadístico de los datos recopilados a través de los cuestionarios aplicados. Este enfoque tiene como objetivo responder a las preguntas de la investigación, comprobar la hipótesis y verificar la teoría sustentada (74).

#### **3.3 Tipo de investigación**

Será una investigación de tipo aplicada, orientada a generar evidencia útil para la toma de decisiones en salud, mediante la evaluación de la asociación entre la depresión y la calidad de vida en adultos mayores, con el fin de contribuir al diseño de estrategias de intervención basadas en evidencia científica (75).

#### **3.4 Diseño de la investigación**

Este estudio será no experimental, porque el investigador no realizará intervenciones ni modificaciones intencionales, sino que las presenta en su estado original. Además, la investigación será transversal, lo que significa que se recopilará información en condiciones específicas o

durante un corto lapso de tiempo. Por otro lado, la investigación correlacional utilizada en este estudio establece el proceso de correlación al modificar las variables analizadas (76).

### **3.5 Población, muestra y muestreo**

#### **3.5.1 Población:**

Hace referencia al conjunto de elementos, personas o casos que comparten atributos similares y que se localizan en un espacio determinado, por consiguiente, en la mayoría de las situaciones no se puede estudiar toda la población por falta de tiempo y personal (77). Desde esta perspectiva, en este estudio la unidad de análisis estará representada por 30 adultos mayores que posean una historia clínica en un CSMC de Huánuco 2025.

#### **3.5.2 Muestra**

Está representada por una porción representativa del total de elementos, la cual se selecciona con el fin de obtener aspectos relevantes y generar resultados que pueden extrapolarse al conjunto total (78).

#### **3.5.3 Muestreo**

Será censal, porque se va a incluir a toda la población, que son 30 adultos mayores con historia clínica de un Centro de Salud Mental Comunitario de Huánuco, 2025.

#### **Criterios de inclusión:**

1. Personas de 60 años o más al momento de la recolección de datos.
2. Usuarios que se encuentren en tratamiento activo en un Centro de Salud Mental Comunitario.
3. Que acepten participar voluntariamente en el estudio, mediante la firma del consentimiento informado.

4. Que presenten capacidad cognitiva suficiente para comprender los objetivos del estudio y responder adecuadamente a los instrumentos de evaluación.

**Criterios de exclusión:**

1. Personas menores de 60 años.
2. Usuarios que no se encuentren en tratamiento activo en el Centro de Salud Mental Comunitario durante el periodo de estudio.
3. Personas que rechacen participar o no firmen el consentimiento informado.
4. Personas que presenten deterioro cognitivo severo, alteraciones del estado de conciencia o dificultades de comunicación que impidan la comprensión y respuesta adecuada a los instrumentos.

### 3.6 Variables y operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
<b>Variable 1:</b> Depresión	Es un trastorno netamente emocional generalizado, que se caracteriza por el aumento de la tristeza, pérdida progresiva del placer o interés, aumenta los sentimientos de culpa, y se presenta una bajo autoestima, seguido de pérdida del apetito y problemas en el sueño, entre otras deficiencias (80).	La depresión en la población adulta mayor, atendida en un CSMC, se conceptualiza como un Trastorno afectivo que se manifiesta a través de síntomas tales como tristeza, disminución del interés, sentimientos de culpa, baja autoestima, alteraciones en el apetito y en el sueño, dificultades en la concentración y fatiga. La evaluación se llevará a cabo utilizando la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage, la cual analiza cinco dimensiones: satisfacción con la vida, actividades y pasatiempos, estado de ánimo, deterioro cognitivo y situación económica. Este instrumento consta de 15 ítems.	Satisfacción con la vida. Actividad y pasatiempo. Estado de ánimo. Falta de cognición. Situación económica.	Ítems del 1-5 Ítems del 6-8 Ítems del 9-12 Ítems del 13-14 Ítems 15	Binomial Dicotómica (SI/NO)	Normal 0 a 5 puntos. Depresión leve 6 a 9 puntos. Depresión severa 10 a 15 puntos.
<b>Variable 2:</b> Calidad de vida	Se define como “la apreciación de la persona por el lugar que ocupa en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en que vive y en relación con sus metas, esperanzas, normas y preocupaciones” (81).	La evaluación realizada por el anciano en un CSMC sobre su situación vital se contextualiza dentro de la cultura y el sistema de valores en los que se encuentra inmerso. Esta evaluación se relaciona con sus metas, expectativas, normas y preocupaciones, las cuales son analizadas a través del cuestionario Whoqol-Old. Este instrumento explora cuatro dominios: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente, mediante un total de 24 ítems formuladas en formato tipo Likert.	Salud física Salud psicológica Relaciones sociales Ambiente	Ítems del 1, 2, 10, 11, 17, 20,21 Ítems del 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13,15, 16, 19 Ítems del 10,18, 21, 22, 23, 24 Ítems del 14, 18	Ordinal de tipo Likert Va de 1 “nada” al 5 “Extremadamente”	CV mala: < 70 puntos CV regular: 70 – 99 puntos CV buena: 100 – 130 puntos Altos puntajes señalan alta calidad de vida y bajos, lo contrario.

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

#### **3.7.1 Técnica**

En este estudio se estará empleando como técnica la encuesta para recopilar los datos, es decir, es el medio mediante el cual se puede obtener toda la información requerida sobre las características del grupo de estudio (79).

#### **3.7.2 Descripción de instrumentos**

##### **Variable 1: Depresión**

Para la medición de la depresión se utilizará la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en su versión abreviada (GDS-15), desarrollada por Yesavage et al. (1982) y validada en población adulta mayor peruana por Alvarado H. (2020). Este instrumento es ampliamente empleado como herramienta de tamizaje en el primer nivel de atención, debido a su adecuada validez y confiabilidad (82)(83).

El instrumento consta de 15 ítems dicotómicos (Sí/No) orientados a identificar la presencia e intensidad de síntomas depresivos en adultos mayores. El puntaje total oscila entre 0 y 15 puntos, clasificándose de la siguiente manera: 0–4 puntos: sin depresión; 5–8 puntos: depresión leve; 9–11 puntos: depresión moderada; 12–15 puntos: depresión severa.

##### **Variable 2: Calidad de Vida**

Esta variable será evaluada mediante la aplicación del “Cuestionario Whoqol-Old”. Este instrumento fue validado en un estudio sobre la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados en Lima en el año 2020 (84). El instrumento está diseñado para llevar a cabo un diagnóstico de la calidad de vida en este grupo etario y se compone de 24 ítems.

### **3.7.3 Validación**

#### **Instrumento 1: Test de Yesavage (GDS-15)**

La Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage, desarrollada por Brink y Yesavage, fue objeto de validación en el contexto peruano en el estudio realizado por Alvarado H. en el año 2020 (82). Este estudio evidencia que la escalada fue evaluada por cinco jueces expertos y sometida a una prueba binomial, la cual demostró un alto grado de concordancia, resultando en una validez calificada como "excelente" (1.00).

#### **Instrumento 2: Cuestionario de calidad de vida en adultos mayores WHOQOL-OLD**

El cuestionario Whoqol-Old fue objeto de validación en el contexto peruano a través del estudio realizado por Cutipa et al. (2020) (84). El instrumento fue validado mediante un juicio de expertos, obteniendo resultados adecuados a través del índice V de Aiken, el cual superó el umbral de 0,70.

### **3.7.4 Confiabilidad**

#### **Instrumento 1: Test de Yesavage (GDS-15)**

Escala de Yesavage para la evaluación de la depresión en la población geriátrica. En el Perú, el estudio realizado por Alvarado H. en el año 2020 validó la herramienta de investigación, obteniendo un coeficiente de confiabilidad de 0,756 mediante el uso del Alfa de Cronbach, lo que indica que la herramienta es confiable (82).

#### **Instrumento 2: Cuestionario de calidad de vida (Whoqol-Old)**

Cuestionario Whoqol-Old: Es un cuestionario para medir la calidad de vida, tanto en individuos sanos como enfermos. Las dimensiones alcanzaron niveles apropiados de

fiabilidad por consistencia interna, con alfas de Cronbach entre 0.70 y 0.81 y 0.71 y 0.82.  
(84)

### **3.8 Procesamiento y análisis de datos**

El tratamiento y análisis de datos se desarrollará de manera secuencial.

Previo a la aplicación del instrumento, se gestionará la obtención del permiso correspondiente ante la institución de salud. Una vez que la encuesta haya sido aprobada, se procederá a explicar a los participantes los objetivos y el alcance de la investigación, así como a presentarles el documento de consentimiento informado.

El procesamiento de los datos comenzará con la realización de un control de calidad de los cuestionarios .de encuestas completadas, mediante la revisión del contenido con el fin de identificar aquellos cuestionarios que presentaron preguntas sin respuesta u omitidas.

Una vez concluida la recolección de datos, estos serán organizados en una matriz de Excel, la cual será posteriormente exportada al software estadístico SPSS versión 26. En este programa, se procederá a la codificación de las variables y sus respectivas dimensiones.

Se procederá a la suma de las evaluaciones y niveles de las variables objeto de estudio.

Se procederá a la comparación de las hipótesis de investigación mediante el uso del coeficiente de Rho de Spearman. Asimismo, se elaborarán tablas y gráficos que incluirán los análisis e interpretaciones correspondientes.

### **3.9 Aspectos éticos**

Para desarrollar este estudio serán tomados en consideración los cuatro principios bioéticos esenciales, tal como lo plantean Beauchamp y Childress (85), asegurando en todo momento que estén protegidos los derechos de los participantes.

**Principio de autonomía:** Cada anciano podrá decidir si quiere participar o no, firmado el consentimiento informado, ya que su participación será completamente voluntaria. En todo momento se respetará su dignidad y su derecho a rechazar o retirarse sin ninguna sanción.

**Principio de beneficencia:** La investigación permitirá aportar información que optimice tanto la calidad como la calidez del cuidado, fomentando el bienestar físico, social y psicológico de los adultos mayores con depresión. No se pedirán gastos ni se generarán incomodidades innecesarias para responder los cuestionarios o las entrevistas, y ningún procedimiento conllevará riesgos que no sean necesarios.

**Principio de no maleficencia:** Se velará porque la investigación no cause perjuicio físico, emocional o psicológico, se pedirán gastos ni se generarán incomodidades innecesarias para responder los cuestionarios o las entrevistas, y ningún procedimiento conllevará riesgos que no sean necesarios.

**Principio de justicia:** Todos los adultos considerados para el estudio serán tratados sin distinción ni favoritismos, independientemente de su género, condición socioeconómica, nivel educativo, cultura o cualquier otra circunstancia. Se garantizará un trato justo, con acceso equitativo a la información y a los logros obtenidos.

#### 4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE RECOLECCIÓN

##### 4.1 Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	A 2025	S 2025	O 2025	N 2025	D 2025	E 2026	F 2026
Identificación del problema							
Revisión de la literatura							
Elección del título							
Formulación del problema							
Elaboración de la justificación							
Elaboración de los objetivos							
Elaboración del marco teórico							
Formulación de hipótesis							
Redacción de tipo y diseño de la investigación							
Redacción de variables y operacionalización							
Selección de la técnica de recolección de datos							
Elaboración de plan de proceso y elaboración de datos							
Elaboración de los aspectos éticos							
Redacción del cronograma							
Elaboración del presupuesto							
Redacción final del proyecto							
Aprobación del proyecto							
Sustentación del proyecto							

## 4.2 Presupuesto

### PRESUPUESTO:

<b>PRESUPUESTO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>TOTAL (S/.)</b>
<b>EQUIPO</b>		
Laptop	1 unidad	2200.00
USB	1 unidad	35.00
<b>MATERIALES</b>		
Papel Bond	1 millar	35.00
Engrapador	1 unidad	15.00
Grapas	1 unidad	5.00
Lapicero	5	5.00
<b>SERVICIOS</b>		
Impresiones	Varios	350.00
Anillados	2	30.00
Internet	1 año	250.00
Fotocopias	300	30.00
Digitación		250.00
<b>OTROS</b>		
Transporte	Varios	200.00
Imprevistos	Varios	250.00
<b>TOTAL</b>		<b>3,685.00</b>

## 5. REFERENCIAS

1. World Health Organization. Mental health of older adults: fact sheet. WHO; [Internet]. [Consultado el 9 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
2. World Health Organization. Depression fact sheet. WHO; [Internet]. [Consultado el 9 de septiembre]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
3. World Health Organization. Measuring Quality of Life (WHOQOL). WHO; [Internet]. [Consultado el 9 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/tools/whoqol>
4. Power M, Quinn K, Schmidt S; WHOQOL-OLD Group. Development of the WHOQOL-OLD module. Qual Life Res. 2005;14(10):2197-210. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11136-005-7380-9>
5. Errazuriz A, Avello-Vega D, Ramirez-Mahaluf JP, Torres R, Crossley NA, Undurraga EA, Jones PB. Prevalence of depressive disorder in the adult population of Latin America: a systematic review and meta-analysis. Lancet Regional Health – Americas. 2023;26. [Internet]. [Consultado el 9 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100587>
6. Pan American Health Organization. Prevalence of depression – PAHO; [Internet]. [Consultado el 9 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/noncommunicable-diseases-and-mental-health/noncommunicable-diseases-and-mental-health-data-portal-1>
7. Ochoa Pacheco P, Castro Pérez R, Coello-Montecel D, Castro Zazueta NP. Quality of Life in Older Adults: Evidence from Mexico and Ecuador. Geriatrics. 2021;6(3):92. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/geriatrics6030092>

8. Inter-American Development Bank. Aging in Latin America and the Caribbean: social protection and quality of life of older persons [Internet]. [Consultado el 9 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/en/aging-latin-america-and-caribbean-social-protection-and-quality-life-older-persons>
9. Ministerio de Salud. (2024). Boletín Epidemiológico, enero 2024. <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/publicaciones/boletines-epidemiologicos/>
10. Aquino Lobo LE. Depresión y calidad de vida del adulto mayor en el servicio de medicina del Hospital Herminio Valdizán, Huánuco 2023 [Internet]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2024 [consultado el 9 setiembre. 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/12841>
11. Sánchez D. Asociación sobre el nivel de depresión y la calidad de vida en el adulto mayor con hipoacusia de la Unidad de Medicina Familiar no. 2 IMSS Puebla. [Tesis de Especialidad en Medicina Familiar]. Puebla: Instituto Mexicano del Seguro Social - Unidad de Medicina Familiar; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12371/13674>
12. Zapata M. Relación entre depresión y calidad de vida en adultos mayores del hospital general de Latacunga. 2021. [Tesis de Licenciatura]. Ecuador. Pontificia Universidad Católica de Ecuador. <https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/7485>
13. Luengo, C., Ocares, J., Sandoval, P., Santana, T., Vasquez, K., & Morales, I. (17 de enero| de 2022). Depresión y desesperanza en adultos mayores pertenecientes a agrupaciones comunitarias en Chillán, Chile. Gerokomos, 32. Obtenido de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2021000500216#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20escala%20de%20Yesavage,en%20un%203%2C8%25.](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000500216#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20escala%20de%20Yesavage,en%20un%203%2C8%25.)

14. Vitório de Souza Júnior Edison, Pires Cruz Diego, dos Santos Silva Cristiane, Souza Rosa Randson, de Moura Peloso-Carvalho Bianca, Okino Sawada Namie. Implicaciones de la depresión en la calidad de vida del anciano: estudio seccional. *Enferm. glob.* [Internet]. 2022 [citado 2025 Sep 17]; 21(65): 433-472. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.485981>.
15. Galán-Arroyo C, Pereira-Payo D, Denche-Zamorano Ángel, Hernández-Mocholí MA, Rojo-Ramos J, Adsuar JC, Pérez-Gómez J. Agilidad y fuerza de tren inferior y su relación con la Calidad de Vida relacionada con la Salud en hombres mayores con depresión físicamente activos. *e-Motion* [Internet]. 19 de mayo de 2022 [citado 17 de septiembre de 2025];(18). Disponible en: <https://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/e-moti-on/article/view/7043>
16. Samaniego-Chocan RG, Cahuaza-Peas I. Ansiedad, depresión y calidad de vida en el adulto mayor - Centro Integral Adulto Mayor (CIAM) – Tabalosos – Lamas - San Martín. Periodo enero a junio 2021. Tesis para optar el grado de Licenciado en Enfermería. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín; 2022. <https://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/4272?mode=full>
17. Morillo Fernández EM. Depresión y calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Colcabamba. Cajabamba. Cajamarca 2024 [Tesis de pregrado]. Cajamarca: [Universidad Nacional de Cajamarca]; 2025 Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/7681>
18. Quispe Medina, Y. Y. Depresión y calidad de vida en adultos mayores que residen en una zona vulnerable en San Martín de Porres, Lima-2021. Disponible en: [https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/5299/T061\\_41808926\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/5299/T061_41808926_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

19. Ramos Aguirre DY. Nivel de depresión y calidad de vida en adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Alto Larán Chinchá 2023 [Tesis de pregrado]. [Internet]: [Universidad Privada San Juan Bautista]; 2023. <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/9de4b417-7d81-433b-9>
20. Sanga Mamani, Petronila. Depresión y calidad de vida de las personas adultas mayores pacientes del CS Tarata, Tacna-2021. 2023. [Tesis de pregrado]. [Internet]: [Universidad Autónoma del Perú]; 2023. <https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/2505>
21. Lady D, Bravo Y, Viviana D, Palacio A. Factores de riesgos asociados a la calidad de atención en pacientes sometidos a hemodiálisis. Revista multidisciplinar, [Internet] 2021; 5:1–15. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/888/1221>
22. Calderón, D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Revista Médica Herediana, [Internet]. 2018. 29(3), 182-191. Disponible en [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2018000300009](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2018000300009)
23. Ozamiz, N., Dosil, M., Picaza, M., y Idoiaga, N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. Cadernos de Saúde Pública, [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/bnNQf4rdcMNpPjgfnpWPQzr/abstract/?lang=es>
24. Vázquez, G., Orozco, R., Muñoz, C., Contreras, M., Ruíz, C., y García, M. Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. Gaceta médica de México, [Internet]. 2020. 156(4), 298-305. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7725297>

25. Costa, A. Empreendedorismo no contexto da Teoría Cognitiva de Beck. Revista de Administração da UEG. [Internet]. 2018. Disponible en: [https://www.revista.ueg.br/index.php/revista\\_administracao/article/view/7439](https://www.revista.ueg.br/index.php/revista_administracao/article/view/7439)
26. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. Lancet. 2005;365(9475):1961-70. doi:10.1016/S0140-6736(05)66665-2. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)66665-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)66665-2/fulltext)
27. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2003;58(3):M249-M265. Disponible en: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article-abstract/58/3/M249/684130>
28. Sulandari S, Coats RO, Miller A, Hodkinson A, Johnson J. A systematic review and meta-analysis of the association between physical capability, social support, loneliness, depression, anxiety, and life satisfaction in older adults. Gerontologist. 2024;64(11):gnae128. Disponible en: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/64/11/gnae128/7749650>
29. Li A, Wang D, Lin S, Chu M, Huang S, Lee C-Y, et al. Depression and life satisfaction among middle-aged and older adults: mediation effect of functional disability. Front Psychol. 2021;12:755220. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2021.755220/full>
30. Lv R, Yang L, Li J, Wei X, Ren Y, Wang W, et al. Relationship between social participation and life satisfaction in community-dwelling older adults: multiple mediating roles of depression and cognitive function. Arch Gerontol Geriatr. 2023;115:105233. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494323003114>

31. Mak HW, Noguchi T, Bone JK, Wels J, Gao Q, Kondo K, et al. Hobby engagement and mental wellbeing among people aged 65 years and older in 16 countries. *Nat Med.* 2023;29:2233-2240. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41591-023-02506-1.pdf>
32. Lu Q, Hu P, Lian C, Chen X, et al. The association between hobby engagement and depressive symptoms among Chinese middle-aged and older adults: evidence from the China Health and Retirement Longitudinal Study. *Front Public Health.* 2024;12:1450358. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2024.1450358/full>
33. Schuch FB, Stubbs B. Physical activity and depression in older adults: the knowns and unknowns. *Psychiatry Res.* 2021;295:113627. Disponible en: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178121000354?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178121000354?utm_source=chatgpt.com)
34. BMC Geriatrics. Physical activity and health-related quality of life in older adults: cross-sectional study in China. *BMC Geriatr.* 2023;23(1):4452-4456. Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-023-04452-6>
35. Hyland P, Vallières F, McBride O, Hartman TK, Karatzias T, Lambert H, et al. Mental health responses to COVID-19: A latent class trajectory analysis using longitudinal UK data. *The Lancet Psychiatry.* 2021;8(7):610-619. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(21\)00134-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(21)00134-5/fulltext)
36. Jia R, Ayling K, Chalder T, Massey A, Broadbent E, Coupland CA, et al. Mental health in UK-registered critical care staff before and during the COVID-19 pandemic: a mixed methods study. *BMJ Open.* 2021;11(12):e046861. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/11/12/e046861>
37. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P. Psychotherapy for depression in older adults: a meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Geriatric*

- Psychiatry. 2006;14(1):43-53. Disponible en: [https://ajgponline.org/article/S1064-7481\(05\)00469-X/fulltext](https://ajgponline.org/article/S1064-7481(05)00469-X/fulltext)
38. Moreno-Peral P, Conejo-Ceron S, Motrico E, Rubio-Valera M, Pastor L, García-Campayo J, et al. Effectiveness of psychological and psychoeducational interventions for improving well-being and reducing depressive symptoms in older adults: a meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2024;54(4):670-682. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/effectiveness-of-psychological-and-psychoeducational-interventions-for-improving-wellbeing-and-reducing-depressive-symptoms-in-older-adults/F6C0D8F8D0E8CA30CC67A5E18B734B1E>
39. Treatment of Cognitive Impairment in Late Life Depression [Internet]. *AJGP Online*. 2024;32(10):1193-1207. Disponible en: <https://www.ajgponline.org/article/S1064-7481%2824%2900469-X/fulltext>
40. Depressive symptoms and cognitive decline in older adults [Internet]. *ScienceDirect*. 2024; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1041610225002583>
41. Cognitive Functioning in Late-life Depression: A Critical Review of Sociodemographic, Neurobiological, and Treatment Correlates [Internet]. *Current Behavioral Neuroscience Reports*. 2018;5:310-318. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40473-018-0159-4>
42. Guan N, Guariglia A, Moore P, Xu F, Al-Janabi H. Financial stress and depression in adults: a systematic review. *PLoS One*. 2022;17(2):e0264041. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264041>

43. Zheng X, Yin Y, Yang L, Zhang X, Xiao S, Liang X, et al. Socioeconomic status and depression in later life: longitudinal mediation effects of activities of daily living. *BMC Psychiatry*. 2024;24(1):625. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06077-4>
44. Chen TF, Pien LC, Fan CS, Liang KL, Chiu YW. Financial strain and social support as moderators of the relationship between living alone and depressive symptoms in older people. *BMC Geriatr*. 2024;24:646. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05237-1>
45. Effect of financial stress on self-reported health and quality of life among older adults: a population-based study. *BMC Geriatr*. 2020;20:232. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01687-5>
46. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* [revista en Internet] 1995; 41(10): 1403-1409. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8560308/>
47. Spilker B. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2a ed. 1996. 549 p.
48. Power M, Quinn K, Schmidt S. Development of the WHOQOL-Old module. *Quality of Life Research* [revista en Internet] 2005; 14(10): 2197-2214. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16328900/>
49. Rezaeipandari H, Morowatisharifabad M, Mohammadpoorasl A, Shaghghi A. Cross-cultural adaptation and psychometric validation of the World Health Organization quality of life-old module (WHOQOL-OLD) for Persian-speaking populations. *Health and Quality of Life Outcomes* [revista en Internet] 2020. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7066791/pdf/12955\\_2020\\_Article\\_1316.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7066791/pdf/12955_2020_Article_1316.pdf)
50. Quiroz A, Toledo B. *Esperanza y depresión en pacientes adultos mayores de una clínica geriátrica de Lima este, 2016* [tesis licenciatura]. Lima, Perú: Universidad Peruana Unión;

2016. Disponible en: [https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/127/Joel\\_Tesis\\_bachiller\\_2012.pdf?sequence=1](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/127/Joel_Tesis_bachiller_2012.pdf?sequence=1)
51. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychological Review*. 1943;50(4):370-96. doi:10.1037/h0054346. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/h0054346>
52. Urzúa, A., Caqueo-Urizar, A., y Beyle, C. Procesos cognitivos vinculados al autoreporte de la calidad de vida: El efecto de la comparación en población adulta. *Interciencia*, [Internet]. 2018; 43(5), 351-357. Disponible en <https://www.redalyc.org/journal/339/33957311009/33957311009.pdf>
53. Carmona J, Michan S. Biology of Healthy Aging and Longevity. *Revista de investigacion clinica; organo del Hospital de Enfermedades de la Nutricion* [revista en Internet] 2016; 68(1): 7-16. Disponible en: [https://clinicalandtranslationalinvestigation.com/files/ric\\_2016\\_68\\_1\\_007-016.pdf](https://clinicalandtranslationalinvestigation.com/files/ric_2016_68_1_007-016.pdf)
54. Levine M, Kuo P, Simonsick E. Time and the Metrics of Aging. *Circ Res*. [revista en Internet] 2019; 123(7): 740-744. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6205734/pdf/nihms1502254.pdf>
55. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life [Internet]. Geneva: WHO; c2024. Disponible en: <https://www.who.int/tools/whoqol>
56. Power M, Quinn K, Schmidt S; WHOQOL-OLD Group. Development of the WHOQOL-OLD module. *Qual Life Res*. 2005;14(10):2197-2214. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-005-7380-9>
57. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA; WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and

- results of the international field trial. *Qual Life Res.* 2004;13(2):299-310. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1023/B%3AQURE.0000018486.91360.00>
58. Jiang Y, Zhang L, Wang Y, et al. Factors related to health-related quality of life in older people with multimorbidity: a cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 2019;19:318. Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-019-1194-z>
59. Chmiel Z, Gozzi S, Puciato D, et al. The association between physical activity and quality of life among older adults aged 60–89 years. *BMC Geriatr.* 2024;24:4898. Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-024-04898-2>
60. Kim H, Park I, Park S, et al. Physical activity and health-related quality of life in older adults: a cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 2023;23:4452-4456. Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-023-04452-6>
61. López J, Perez-Rojo G, Noriega C, Sánchez-Cabaco A, Sitges E, Bonete B. Quality-of-life in older adults: its association with emotional distress and psychological wellbeing. *BMC Geriatr.* 2024;24:815. Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-024-05401-7>
62. Pathak KR, Acharya J, Pandey PK, Baral BB. Exploring the pathways between depression, anxiety, stress, and quality of life among older adults in eastern Nepal. *BMC Geriatr.* 2024;24:438. Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-024-05618-6>
63. Shim LJ, Van Zyl LE, Van Wyk BE. Psychological Interventions for Well-Being in Healthy Older Adults: Systematic Review and Meta-analysis. *J Posit Psychol.* 2022, Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10902-022-00497-3>

64. Velaithan V, Tan MM, Yu TF, Liem A, Teh PL, Su TT. Association of Self-Perception of Aging and Quality of Life in Older Adults: A Systematic Review. *Gerontologist*. 2024;64(4):gnad041. Disponible en: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/64/4/gnad041/7111206>
65. Faronbi JO, Eromosele B, Fawole HO, Idowu OA, Akinrolie O, Akinsulore A, et al. Effects of social support interventions on depressive symptoms and quality of life among older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*. 2025;25:512. Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-025-06146-7>
66. Unsar S, Kus A, Yalçın Ü, Onur Ö. Social support and quality of life among older adults in Edirne, Turkey. *Int J Caring Sci*. 2014;9(1):314-321. Disponible en: [http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/24\\_Unsar\\_original\\_9\\_1.pdf](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/24_Unsar_original_9_1.pdf)
67. Głowacka M, Sienkiewicz Z, Dykowska G, Haor B, et al. Dimensions of quality of life of older adults in relation to selected sociodemographic variables—a prospective cohort study. *Front Public Health*. 2024;12:1419008. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1419008/full>
68. Lee YJ, Back JH, Chang YP. Quantity and quality of social relationships and their associations with loneliness among older adults in Dalarna, Sweden. *Aging Ment Health*. 2025. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13607863.2025.2460068>
69. Zhang Y, Wang R, Li J, et al. The impact of residential environment on older people's capabilities to live independently: evidence from Beijing. *BMC Public Health*. 2024;24:18262. Disponible en: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-024-18262-x>

70. Głowacka M, Sienkiewicz Z, Dykowska G, Haor B, et al. Dimensions of quality of life of older adults in relation to selected sociodemographic variables—a prospective cohort study. *Front Public Health*. 2024;12:1419008. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1419008/full>
71. Peñaranda A, Rosas-Colunga G, Sánchez T. Built environment and ageing in place: facilitating quality of life through accessibility, design and residential adaptation. *Buildings*. 2024;14(8):2355. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/buildings14082355>
72. Study on indoor comfort domains and well-being of older adults in residential environments. *ScienceDirect*. 2024. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0360132324011107>
73. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: las rutas: cuantitativa, cualitativa y mixta. 2018 [citado el 7 de julio de 2025]; Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/handle/54000/1292>
74. Hernández-Sampieri R, Mendoza Torres C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1ºed. México: Editorial Mc Graw Hill Education; 2018. 714p.
75. Buendía L, Colás P, Hernández F. Métodos de Investigación en Psicopedagogía. 1º ed. Vol. 1. España: McGraw-Hill/Interamericana de España; 1998. 343 p.
76. Corona LA, Fonseca M. Acerca del carácter retrospectivo o prospectivo en la investigación científica. *MediSur* [Internet]. 19(2): 338-341. Disponible <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4501>
77. Chaudhuri A. *Survey Sampling*. 1st ed. New York: Chapman & Hall/CRC; 2018.
78. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6ª ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2014.

79. Rivera O, Yangali J. Guía para la elaboración de tesis, Enfoque cuantitativo. Perú: Fondo editorial de la Universidad Norbert Wiener; 2022. 65p. Disponible en: <https://www.uwiener.edu.pe/wpcontent/uploads/2022/09/guia-elaboracion-tesis-cuantitativo-2.pdf>
80. Organización Mundial de la Salud (OMS): Depresión [Internet]. Suiza: Ginebra; c2022 Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
81. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. Cienc. enferm. [Internet]. 2003 Dic; 9(2):09-21. Disponible [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071795532003000200002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532003000200002&lng=es).
82. Instituto Nacional de Geriátría. Escala de Depresión Geriátrica Geriatric Depression Scale (GDS) [Internet]. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/814340/Guia\\_InstrumentosGeriatrica\\_18-02-2020.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/814340/Guia_InstrumentosGeriatrica_18-02-2020.pdf)
83. Alvarado Hidalgo A, Lizbeth H. Autoestima y nivel de depresión en adultos mayores del Centro de Salud Wichanza, 2020. :50. [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/56071/Alvarado\\_HHE-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/56071/Alvarado_HHE-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
84. Queirolo SA, Barboza M, y Ventura-León J. Medición de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de Lima (Perú), Enfermería Global, ISSN 1695-6141 N° 60, 2020. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n60/1695-6141-eg-19-60-259.pdf>
85. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2013.

**ANEXO**

## Anexo 1: Matriz de consistencia

### Título: “Depresión y calidad de vida en el adulto mayor del Centro de Salud Mental Comunitario – Chinchaysuyo Dos de Mayo, 2025”.

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<b>Problema general</b> ¿Qué relación existe entre la depresión y la calidad de vida en el adulto mayor de un Centro de Salud Mental Comunitario Chinchaysuyo Dos de Mayo - 2025?	<b>Objetivo general</b> Determinar la relación que existe entre la depresión y la calidad de vida en el adulto mayor del Centro de Salud Mental Comunitario “Chinchaysuyo” Dos de Mayo, 2025	<b>Hipótesis General</b> Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y la calidad de vida en el adulto mayor del Centro de Salud Mental Comunitario “Chinchaysuyo” Dos de Mayo, 2025	<b>Variable 1: Depresión</b> <b>Dimensiones</b> - Satisfacción con la vida. - Actividad y pasatiempo. - Estado de ánimo. - Falta de cognición. - Situación económica.	<b>Tipo de investigación</b> Aplicada <b>Método, enfoque, diseño, corte y nivel de la investigación</b> Hipotético-deductivo, cuantitativo, no experimental, corte transversal y diseño correlacional. <b>Población y muestra</b> - La muestra estará compuesta por 30 adultos mayores que acuden al centro de salud mental Chinchaysuyo La Unión Dos de mayo 2025. - Se emplearán el Inventario para medir la depresión Test de Yesavage (GDS-15) y calidad de vida de adultos mayores (WHOQOL-OLD).
<b>Problema específico</b> - ¿Qué relación existe entre la depresión y la salud física en el adulto mayor del Centro de Salud Mental Comunitario Chinchaysuyo Dos de Mayo - 2025? - ¿Qué relación existe entre la depresión y salud psicológica en el adulto mayor del Centro de Salud Mental Comunitario Chinchaysuyo Dos de Mayo - 2025? - ¿Qué relación existe entre la depresión y relaciones sociales en el adulto mayor del Centro de Salud Mental Comunitario Chinchaysuyo Dos de Mayo - 2025? - ¿Qué relación existe entre la depresión y ambiente en el adulto mayor del Centro de Salud Mental Comunitario Chinchaysuyo Dos de Mayo - 2025?	<b>Objetivo específico</b> - Conocer la relación que existe entre la depresión y salud física en el adulto mayor del Centro de Salud Mental Comunitario Chinchaysuyo Dos de Mayo - 2025. - Analizar la relación que existe entre la depresión y salud psicológica en el adulto mayor del Centro de Salud Mental Comunitario Chinchaysuyo Dos de Mayo - 2025. - Comparar la relación que existe entre la depresión y relaciones sociales en el adulto mayor del Centro de Salud Mental Comunitario Chinchaysuyo Dos de Mayo - 2025. - Explicar la relación que existe entre la depresión y ambiente en el adulto mayor del Centro de Salud Mental Comunitario “Chinchaysuyo Dos de Mayo – 2025	<b>Hipótesis específicas</b> H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y salud física en el adulto mayor del Centro de Salud Mental Comunitario “Chinchaysuyo” Dos de Mayo, 2025. H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y salud psicológica en el adulto mayor del Centro de Salud Mental Comunitario “Chinchaysuyo” Dos de Mayo, 2025. H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y relaciones sociales en el adulto mayor del Centro de Salud Mental Comunitario “Chinchaysuyo” Dos de Mayo, 2025. H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y ambiente en el adulto mayor del Centro de Salud Mental Comunitario “Chinchaysuyo” Dos de Mayo, 2025	<b>Variable 2: Calidad de vida</b> <b>Dimensiones:</b> - Salud física - Salud psicológica - Relaciones sociales - Ambiente	

## Anexo 2: Instrumentos

### INSTRUMENTO 1: ESCALA PARA MEDIR EL NIVEL DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA - TEST DE YESAVAGE (GDS-15)

Autores: Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey, Rose (1982)

Validación en Perú: en el estudio de Alvarado H. en el (2020)

**INSTRUCCIONES:** Estimado Sr. (a) el presente cuestionario se hace con el objetivo de medir la depresión en los adultos mayores, su cooperación es muy valiosa. Marque con una X su respuesta.

Nº	SATISFACCION CON LA VIDA	SI	NO
1	Está satisfecho con su vida		
2	Siente que su vida está vacía		
3	Teme a que algo malo le pase		
4	Piensa que es maravilloso vivir		
5	Se siente lleno de energía		
	<b>ACTIVIDADES Y PASATIEMPO</b>		
6	Ha renunciado a muchas de sus actividades		
7	Prefiere quedarse en casa sin salir		
8	Le cuesta iniciar nuevos proyectos		
	<b>ESTADO DE ANIMO</b>		
9	Se encuentra a menudo aburrido		
10	Tiene a menudo buen animo		
11	Se siente feliz muchas veces		
12	Se siente a menudo abandonado		
	<b>FALTA DE COGNICION</b>		
13	Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de gente		
14	Cree que mucha gente está mejor que usted		
	<b>SITUACION SOCIOECONOMICA</b>		
15	Siente que su situación es desesperanzadora		














































### Anexo 3: Instrumentos



















































#### INSTRUMENTO 2: CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES WHOQOL-OLD


























Autores: Desarrollado por el Grupo de Calidad de Vida de la OMS (2006)

Validado en Perú: Queirolo S, Barboza M, y Ventura J. (2020)

**Instrucciones:** Las siguientes preguntas hacen referencia a cuanto ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas. Por favor, responda las preguntas pensando en su vida en las dos últimas semanas. Marque con una “X” en la respuesta que mejor considere para cada pregunta. Muchas gracias.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	¿En qué medida los problemas con su vista, oído, gusto, olfato y tacto afectan su vida diaria?	 1	 2	 3	 4	 5
2	¿En qué medida la pérdida de su vista, oído, gusto, olfato y del tacto afecta su capacidad para participar en actividades?	 1	 2	 3	 4	 5
3	¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?	 1	 2	 3	 4	 5
4	¿En qué medida siente que tiene control sobre su futuro?	 1	 2	 3	 4	 5
5	¿En qué grado siente que la gente que le rodea es respetuosa con su libertad?	 1	 2	 3	 4	 5
6	¿En qué grado está preocupado(a) sobre la manera en que morirá?	 1	 2	 3	 4	 5
7	¿Cuánto miedo tiene de no ser capaz de controlar su muerte?	 1	 2	 3	 4	 5
8	¿En qué grado está asustado(a) de morir?	 1	 2	 3	 4	 5
9	¿Cuánto teme tener dolor antes de morir?	 1	 2	 3	 4	 5

			2			
Las siguientes preguntas hacen referencia en qué medida experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas, por ejemplo, haber salido tanto como quiso.						
10	¿En qué medida los problemas con su vista, oído, gusto, olfato y tacto, afectan su capacidad para relacionarse con los demás?	 1	 2	 3	 4	 5
11	¿En qué medida es capaz de hacer las cosas que le gustaría hacer?	 1	 2	 3	 4	 5
12	¿En qué medida está satisfecho(a) con sus oportunidades de seguir logrando cosas en la vida?	 1	 2	 3	 4	 5
13	¿Cuánto siente que ha recibido el reconocimiento que merece en la vida?	 1	 2	 3	 4	 5
14	¿En qué medida siente que tiene suficientes actividades a hacer cada día?	 1	 2	 3	 4	 5
Las siguientes preguntas hacen referencia a que tan satisfecho(a), feliz o bien se ha sentido sobre varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas, por ejemplo, sobre su participación en la vida comunitaria o sus logros en la vida:						
15	¿En qué grado está satisfecho(a) con lo que ha conseguido en la vida?	 1	 2	 3	 4	 5
16	¿En qué grado está satisfecho(a) de la manera en que utiliza su tiempo?	 1	 2	 3	 4	 5
17	¿En qué grado está satisfecho(a) con su nivel de actividad?	 1	 2	 3	 4	 5
18	¿En qué grado está satisfecho(a) con sus oportunidades para participar en actividades de la comunidad?	 1	 2	 3	 4	 5
19	¿En qué grado está contento(a) con las cosas que es capaz de tener ilusión?	 1	 2	 3	 4	 5

20	¿Cómo calificaría el funcionamiento de su vista, oído, gusto, olfato y tacto?					
		1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a cualquier relación íntima que pueda tener, por favor, considere estas preguntas con referencia a un compañero(a) u otra persona íntima con quien usted comparte intimidad más que con cualquier otra persona en su vida:						
21	¿En qué medida tiene un sentimiento de compañía en su vida?					
		1	2	3	4	5
22	¿En qué medida experimenta amor en su vida?					
		1	2	3	4	5
23	¿En qué medida tiene oportunidades para amar?					
		1	2	3	4	5
24	¿En qué medida tiene oportunidades para ser amado?					
		1	2	3	4	5

## Anexo 4: Formato del consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título:** “DEPRESION Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO – HUANUCO, 2025”

**Investigadora:** Huerto Aniceto Edith Simiona.

---

Estimado participante, a continuación, se procederá a describir las características del presente estudios y sus implicancias. Por favor, lea con detenimiento.

**Propósito del estudio:** Lo invitamos a participar en un estudio llamado “Depresión y calidad de vida en el adulto mayor de un Centro de Salud Mental Comunitario”. Este es un estudio desarrollado por la investigadora de la Universidad Privada Norbert Wiener, Huerto Aniceto, Edith Simiona. El propósito de este estudio es determinar la relación entre la depresión y la calidad de vida en el adulto mayor de un Centro de Salud Mental Comunitario, Huánuco 2025.

#### **Procedimientos:**

Si usted acepta participar en este estudio, se le solicitará lo siguiente:

1. Leer cuidadosamente el presente documento y firmarlo como señal de conformidad.
2. Participar de manera voluntaria en la investigación.
3. Responder de forma completa y sincera todas las preguntas incluidas en la encuesta.

La aplicación de la encuesta tendrá una duración aproximada de entre 10 a 15 minutos. Los resultados obtenidos serán entregados individualmente si así lo desea, y se manejarán con estricta confidencialidad y anonimato, garantizando la protección de su información personal.

**Riesgos:** No existe, solo se le pedirá absolver las preguntas del cuestionario.

#### **Beneficios:**

Usted se beneficiará con conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual) que le puede ser de mucha utilidad en su salud mental y para mejorar aún más su calidad de vida.

#### **Costo e incentivos:**

La participación no tiene ningún costo.

#### **Confidencialidad:**

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de Usted. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

**Derecho del paciente:**

Si usted se siente incómodo durante el llenado del cuestionario, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud y/o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con la investigadora al número 927145694 y/o al Comité que validó el presente estudio, \_\_\_\_\_, presidenta del Comité de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, telf. 924569790. E-mail comité.etica@uwiener.edu.pe.

**CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente participar en este estudio. Comprendo qué cosas pueden pasar si participo en el proyecto. También, entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

---

Participante

Nombre:

DNI:

---

Investigador

Nombre:

DNI:




# 12% Similitud general

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

## Filtrado desde el informe

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

## Fuentes principales

- 9%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 9%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Marcas de integridad

### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

## Fuentes principales

- 9% Fuentes de Internet
- 3% Publicaciones
- 9% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Fuentes principales

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

1	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-08-25	4%
2	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	2%
3	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-08-17	<1%
4	Internet	alicia.concytec.gob.pe	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad Privada San Juan Bautista on 2025-09-28	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Católica de Santa María on 2026-02-16	<1%
7	Internet	hdl.handle.net	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad de León on 2024-07-01	<1%
9	Internet	enfermeriabuenosaires.com	<1%
10	Internet	www.researchgate.net	<1%
11	Trabajos entregados	Submitted on 1685417195050	<1%