UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

DEPRESIÓN PRESUNTIVA Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL DE CHOTA – 2026

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORES

BACH. ARANA BAUTISTA ODALIZ ANÉRITA

https://orcid.org/0009-0007-0118-7216

BACH. IRIGOIN RODRIGO MELIZA

https://orcid.org/0009-0001-0582-2113

ASESOR

MG. ACUÑA DIAZ DELIS ALEXANDER

https://orcid.org/0009-0004-1157-2108

CHOTA – PERÚ

2026

CONSTANCIA N° 01-2026- DSIW

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD Y USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

El que suscribe, en calidad de asesor de tesis, deja constancia que el informe final de tesis titulado: “Depresión presuntiva y características sociodemográficas en adultos mayores del Hospital de Chota – 2026, Elaborado por: Arana Bautista Odaliz Anérita y Irigoin Rodrigo Meliza, Bachilleres en Enfermería de la Facultad Ciencias de la Salud, fue sometido a la evaluación mediante **el software de similitud**, considerando el contenido comprendido desde el resumen hasta las referencias bibliográficas.

El resultado obtenido es:

Porcentaje de similitud	**Porcentaje de uso de Inteligencia Artificial**	**Criterio de originalidad**
(Máximo 17%)	*%	*Si cumple* /No cumple
Literal **e)** del artículo **27** del **Reglamento de Grados y Títulos**, aprobado mediante **Resolución de Comisión Organizadora N.º 770-2025-UNACH**.		

Se adjunta el reporte de evaluación de originalidad emitido por el software de similitud.



Chota, 22 de setiembre de 2026

Delis Alexander Acuña Diaz
Asesor

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA
Facultad de Ciencias de la Salud
Unidad de Investigación

Acta de sustentación Informe final de tesis

El jurado evaluador designado con RESOLUCIÓN DE FACULTAD N° 104-2024-FCCSS-UNACH/C :

Nombres y apellidos	Cargo
Dr. José Ander Asenjo Alarcón	Presidente
Dra. Rosa Victoria Vargas Campos	Secretario
Dra. María Edelmira Ramos Tarrillo	Vocal

De la tesis titulada:

Depresión presuntiva y características sociodemográficas en adultos mayores del hospital de Chota – 2025

Que ha sustentado el (los) Bachiller (es):

Nombres y apellidos	DNI
Odaliz Anérita Arana Bautista	75781782
Meliza Irigoin Rodrigo	75662136

Para obtene el titulo profesional de:

Lincenciado(a) en Enfermería

Acuerdan por:

X	Unanimidad
	Mayoria

X	Aprobar
	Desaprobar

Otorgando la calificacion de:

X	Aprobado
	Excelente
	Bueno
X	Regular

Desaprobado

Colpa Matara, 2 de octubre de 2026

Dr. José Ander Asenjo Alarcón
Presidente

Dra. Rosa Victoria Vargas Campos
Secretario

Dra. María Edelmira Ramos Tarrillo
Vocal

Mg. Delis Alexander Aquña Diaz
Asesor

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
V°B°
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
CHOTA

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro agradecimiento primeramente a Dios por darnos la vida, la salud y fortaleza para culminar satisfactoriamente esta importante etapa de nuestra formación profesional.

A nuestras familias, por su amor infinito, paciencia y apoyo constante, quienes fueron nuestro mayor impulso para no rendirnos y continuar hasta alcanzar este logro profesional.

Agradecemos de manera especial a nuestro asesor de tesis, Mg. Acuña Díaz Delis Alexander, por su orientación, apoyo constante y valiosos conocimientos científicos para desarrollar nuestro trabajo de investigación.

A la población que pertenece al programa adulto mayor del Nosocomio José Hernán Soto Cadenillas-Chota, por habernos permitido realizar el presente trabajo de investigación.

A:

Expresamos nuestra profunda gratitud a Dios, fuente de sabiduría, guía y fortaleza inquebrantable a lo extenso de todo este proceso.

A nuestros queridos ´progenitores, hermanos, por su amor, confianza y sobre todo el gran sacrificio incondicional, que han tendido Asia nosotras por la cual fue posible alcanzar este logro.

Odaliz y Meliza

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
CAPÍTULO I	1
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	5
2.1. Antecedentes del estudio	5
2.2. Bases conceptuales	7
2.3. Definición de términos básicos	22
CAPÍTULO III	
MARCO METODOLÓGICO	23
3.1. Ámbito de estudio	23
3.2. Diseño de investigación	24
3.3. Población, muestra y unidad de estudio	24
3.4. Operacionalización de las variables	26
3.5. Descripción de la metodología	28
3.6. Procedimiento y análisis de datos	32
3.7. Aspectos éticos y rigor científico.	32
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	34
4.1. Depresión presuntiva en adultos mayores del Hospital de Chota	34
4.2. Caracterización de los adultos mayores atendidos en el Hospital de Chota	37
4.3. Relación entre depresión presuntiva y características sociodemográficas en adultos mayores del Hospital de Chota	60
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	87

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Depresión presuntiva en los adultos mayores del Hospital de Chota - 2026. 32

Tabla 2. Edades de los adultos mayores del Hospital de Chota - 2026 35

Tabla 3. Género de los adultos mayores del Hospital de Chota - 2026 38

Tabla 4. Enfermedad actual de los adultos mayores del Hospital de Chota - 2026. 40

Tabla 5. Ocupación de los adultos mayores del Hospital de Chota - 2026. 43

Tabla 6. Estado civil de los adultos mayores del Hospital de Chota - 2026 46

Tabla 7. Religión de los adultos mayores del Hospital de Chota – 2026 49

Tabla 8. Ingreso mensual de los adultos mayores del Hospital de Chota – 2026 51

Tabla 9. Grado de instrucción de los adultos mayores del Hospital de Chota - 2026. 54

Tabla 10. Relación entre depresión presuntiva y características sociodemográficas en adultos mayores del Hospital de Chota - 2026. 57

ABREVIACIONES DE TÉRMINOS

OMS : Organización Mundial para la Salud

INEI : Instituto Nacional de Estadística e Informática

UMF : Unidad de Medicina Familiar

5-HT : 5-Hidroxitriptamina (Serotonina).

DA : Dopamina

NA : Noradrenalina

MAO : Monoamino oxidasa

SNC : Sistema nervioso central

OPS : Organización Panamericana para la Salud

AM : Adulto Mayor

MINSA : Ministerio de Salud

PAM : Programa Adulto Mayor

CIDHPM : Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

VACAM : Valoración Clínica del Adulto Mayor

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo relacionar la depresión presuntiva y las características sociodemográficas en adultos mayores de una institución del MINSA. El estudio fue de enfoque cuantitativo, de nivel relacional, prospectivo, tipo observacional, con diseño no experimental transversal, participaron 82 adultos mayores, para la obtención de la información se utilizó la escala Yesavage, que ayudó a medir la depresión presuntiva y un cuestionario que evalúa las características sociodemográficas. Los resultados mostraron la mayoría de los adultos mayores presentó depresión presuntiva (87,8%), en cuanto a las características sociodemográficas la mayoría tenía edades entre 60 a 69 años (43,9%), en el sexo, predominó el masculino (52,4%) respecto a enfermedad actual el 42,7%, presentó otras patologías (osteoporosis y artritis), en la ocupación, el 32,9% refirió no trabajar, en el estado civil el 39,0%, son casados, respecto a la religión la mayoría son católicos 57%, en el ingreso económico, la mayoría percibe menos del sueldo mínimo 80,5%, finalmente en el grado de instrucción 37,8% no estudio. En la depresión presuntiva y las características sociodemográficas, la depresión es mayor en edades de 60 a 79 años (37,8%), en los varones (47,6%), otras enfermedades (35,4%), en aquellos sin ocupación (30,5%), en los casados (31,7%), en los católicos (58,5%), menos del sueldo mínimo (72,5%), y finalmente sin grado de instrucción (36,6%). A nivel estadístico se acepta la hipótesis H0: La relación entre la depresión presuntiva y las características sociodemográficas, en adultos mayores, no es significativa ($p > 0,05$).

Palabras clave: Adulto Mayor, Depresión, Características Sociodemográficas

ABSTRACT

The study aimed to examine the relationship between suspected depression and sociodemographic characteristics among older adults at a MINSA institution. The study employed a quantitative approach with a relational, prospective, and observational design (non-experimental, cross-sectional). Eighty-two older adults participated; data were collected using the Yesavage scale to measure suspected depression and a questionnaire to assess sociodemographic characteristics. Results showed that the majority of older adults exhibited suspected depression (87.8%). Regarding sociodemographic characteristics, the majority were aged 60–69 (43.9%) and male (52.4%). In terms of current health status, 42.7% presented with other pathologies (osteoporosis and arthritis); regarding occupation, 32.9% reported not working; 39.0% were married; the majority were Catholic (57%); 80.5% earned less than the minimum wage; and 37.8% had no formal education. Suspected depression was most prevalent among those aged 60–79 (37.8%), males (47.6%), those with other diseases (35.4%), the unemployed (30.5%), married individuals (31.7%), Catholics (58.5%), those earning less than the minimum wage (72.5%), and those with no formal education (36.6%). Statistically, the null hypothesis (H0) was accepted: the relationship between suspected depression and sociodemographic characteristics among older adults is not significant ($p > 0.05$).

Keywords: Older Adult, Depression, Sociodemographic Characteristics

CAPÍTULO I
INTRODUCCIÓN

La depresión presuntiva es aquella que constituye una alteración psicopatológica prevalente, manifestada principalmente a través de un estado de ánimo deprimido. Este trastorno psicológico surge de la interacción entre elementos hereditarios, procesos orgánicos, el entorno y la salud mental del individuo. En la vejez, el bienestar emocional no depende únicamente del contexto social y material inmediato. También influye de manera decisiva la acumulación de vivencias previas a lo largo de la existencia, junto con las tensiones y desafíos particulares que caracterizan a la etapa del envejecimiento [1].

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión representa un problema de salud generalizado que impacta a nivel intergeneracional, golpeando con mayor dureza a la población de la tercera edad. Las características sociodemográficas actúan como determinantes sociales críticos que condicionan la prevalencia y la severidad de la depresión, los factores como el género, la edad, el estado civil, el nivel educación y los ingresos económicos configuran el entorno de una persona, aumentando o disminuyendo su vulnerabilidad ante este trastorno [2].

De acuerdo con apreciaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS, los indicadores de depresión han mostrado un incremento considerable a escala global recientemente. Este panorama se complejiza al observar las proyecciones demográficas para el periodo 2020-2050, donde se anticipa que el volumen de personas que superan los 60 años llegará a los 2100 millones, mientras que el grupo de más de 80 años se incrementará tres veces, alcanzando los 426 millones. En este sector de la población, el deterioro corporal y la reducción de la independencia funcional suelen actuar como catalizadores de estados depresivos, caracterizados por una marcada desesperanza y un agudo desamparo emocional [2].

A medida que aumenta la esperanza de vida en el mundo, también se observa una elevación en la incidencia de cuadros depresivos. Las estimaciones internacionales señalan que este trastorno de la salud mental afecta a cerca del

5% de la población adulta en general, un porcentaje que incluye de forma significativa a la población de la tercera edad. [3].

En cuanto a América Latina refiere que los trastornos mentales entre ellas la depresión presuntiva, están estrechamente relacionados tales como las características sociodemográficas entre ellas el nivel socioeconómico, la edad, el género, las barreras en los servicios de salud y los prejuicios de la sociedad dificultan el abordaje de la salud mental en la vejez; de hecho, se calcula que entre el 6,4% y el 8,4% de la población mayor de 60 años padece cuadros depresivos [4].

De igual forma, el trastorno depresivo constituye una problemática latente en la vejez dentro del contexto mexicano. Diversos análisis revelan que más del 50% de la población evaluada experimenta sintomatología moderada, mientras que alrededor del 10% sufre una condición severa. Asimismo, se observa una correlación entre los aspectos biopsicosociales y la aparición de este padecimiento en individuos de 60 años en adelante. El análisis evidenció que la depresión se vincula con aspectos sociales como la edad, el sexo y el padecimiento de patologías crónicas no transmisibles (específicamente diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial). Asimismo, en el ámbito psicológico, se identificó una relación significativa con el confinamiento, las limitaciones en las tareas cotidianas y el miedo al contagio o a la muerte. [5].

En el contexto peruano, el análisis sociodemográfico de la depresión revela que la población de la tercera edad en etapa senil muestra una vulnerabilidad superior al 20%. Asimismo, se identificó una estrecha relación con el nivel educativo con el 38,9% de los adultos mayores con educación inicial o preescolar experimenta cuadros depresivos de moderados a graves, una proporción que se sitúa en el 23,9% para aquellos que carecen de instrucción formal. Del mismo modo el 16,2% de aquellos que tienen instrucción primaria padece estos tipos de depresión de la misma manera el 33,1% de los adultos mayores pobres o muy pobres padecen depresión moderada, y severa; mientras que el 13,6% de los ricos o muy ricos tienen estos tipos de niveles de depresión [6].

En Cajamarca, durante el 2023, se registraron 26,344 atenciones por problemas de salud mental. El 61% de los casos correspondió a mujeres y el 39% a hombres,

siendo el grupo de adultos el más afectado. La depresión en la tercera edad se encuentra estrechamente vinculada al género, la edad y los diagnósticos médicos previos del paciente. [7].

Por consiguiente, la depresión presuntiva en la ciudad de Chota es un problema que se no se evidencia con datos estadísticos, o en otro contexto no corresponden a las variables de las que se está estudiando. La detección precoz de la depresión por parte del equipo de enfermería se fundamenta en la aplicación de herramientas e instrumentos validados, cuyo propósito es advertir los primeros indicios del trastorno para prevenir complicaciones severas. Dado el crecimiento exponencial de la población de la tercera edad y el consecuente aumento de la sintomatología afectiva, esta investigación resulta metodológicamente justificada y aporta un beneficio científico significativo para el sector salud.

A partir del diseño planteado, surgió el siguiente problema de investigación: ¿De qué manera se vincula la depresión presuntiva con el perfil sociodemográfico de los adultos mayores atendidos en el Hospital de Chota durante el año 2026? En este sentido, se formuló la hipótesis de que dicha asociación carece de significancia estadística ($p > 0,05$).

El objetivo trazado fue: Relacionar la depresión presuntiva y las características sociodemográficas en adultos mayores del Hospital de Chota – 2026. Los objetivos definidos fueron: Identificar la depresión presuntiva en adultos mayores del hospital de Chota - 2026, Caracterizar a los adultos mayores del hospital de Chota - 2026, Describir la depresión presuntiva según las características sociodemográficas en adultos mayores, del hospital de Chota - 2026.

El presente trabajo de investigación se estructura en cinco apartados fundamentales. En el Capítulo I se expone la introducción, la cual delimita el planteamiento del problema y expone los datos estadísticos que sustentan el estudio. El Capítulo II edifica el marco teórico mediante la revisión de antecedentes, el desarrollo de las bases conceptuales y la precisión de los términos básicos. Por su parte, el Capítulo III describe la ruta metodológica, detallando el contexto geográfico, el diseño investigativo, la operacionalización de las variables, así como las técnicas e instrumentos empleados. Posteriormente, en el Capítulo IV se realiza

la exposición y el análisis crítico de los resultados obtenidos. Finalmente, el Capítulo V congrega las conclusiones y sugerencias del estudio, dando paso al listado de referencias bibliográficas y los anexos correspondientes.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

A nivel internacional

Moncayo y Davor, en el 2023, en Ecuador, 2023 realizó el estudio la cual fue “Nivel de depresión en las personas adultas mayores que asiste a consulta externa del Centro de Salud Tipo C Bastión Popular del cantón Guayaquil”, cuyo objetivo es determinar los niveles de depresión del adulto mayor que asiste a consulta externa del Centro de Salud Tipo C Bastión Popular del cantón Guayaquil, tipo de estudio fue observacional transversal. La muestra de 112 personas de la tercera edad, se constató que solo el 1% no registraba depresión, lo que significa que el 99% restante presentaba afectación emocional. Los puntajes se distribuyeron de la siguiente manera: un 73% con un estado moderado, un 15% leve y un 11% catalogado como muy severo. Conclusión, la mayor parte de la población padece síntomas depresivos, con una fuerte tendencia hacia las clasificaciones leve y moderada [8].

Martínez et al. En el 2023 en México, en su investigación “La prevalencia de la depresión en adultos mayores en consultorios externos en la unidad de medicina familiar de Michoacán”, el objetivo determinar la depresión y las características sociodemográficas, el estudio fue transversal analítico. Los participantes fueron 117. Se observó la prevalencia de depresión de 40,1%, no se observaron diferencias en la proporción por género, en el grado de escolaridad (primaria: 82,9%, secundaria: 11,9%, preparatoria, 3,4% y licenciatura: 1,7%. Conclusiones: la prevalencia de depresión en adultos mayores fue mayor; no obstante, en la muestra estudiada no se observaron las asociaciones con el género, la escolaridad y la edad [9].

Solórzano y Torres, en el 2021 en Ecuador, ejecutaron una investigación “depresión y las características sociodemográficas de personas que asisten al programa Adulto Mayor en Centro de Salud San Pedro Cebollar” el objetico determinar la frecuencia de la depresión y las características

sociodemográficas de las personas que acuden a Centro de Salud, el estudio fue cuantitativo, descriptivo, y relacional, con 52 adultos mayores. Resultados, el 55,8% de los participantes mostró un estado de normalidad, a este grupo le siguió el nivel moderado con el 40,4% de la población estudiada, y finalmente el grado severo con solo un 3,8%. A partir de esto, se determina que la incidencia de la sintomatología severa es mínima; sin embargo, la afectación moderada muestra una magnitud notable [10].

A nivel nacional

Calcina, en el 2023 en Perú, realizaron una investigación "factores sociodemográficos asociados a la depresión en la tercera edad en un Hospital de Arequipa" el objetivo era determinar los factores sociodemográficos relacionados a la depresión en los adultos mayores. El tipo de estudio fue de diseño no experimental, transversal, descriptivo y relacional. La muestra fue de 47 participantes. Se obtuvo asociación entre la depresión en adultos mayores y los siguientes factores sociodemográficos, edad, estado civil, relación familiar, ocupación, apoyo financiero, trabajo forzado, problemas de salud física y sensorial, así como experiencias de maltrato. Existe la relación reveladora entre las variables (Rho=0,00360) $p<0.05$. Se concluye la existencia de la depresión en la tercera edad [11].

Arruda, en el 2021 en Perú, en el estudio "características sociodemográficas asociadas a la depresión en la tercera edad atendidos en el centro de salud 09 de octubre" el objetivo fue establecer cuáles son las características sociodemográficas asociadas a la depresión en los la tercera edad, fue cuantitativo, descriptivo, relacional, retrospectivo y transversal, con una muestra de 201 pacientes. Resultados, en correlación a la depresión se determinó que 103 personas presentaron depresión. Las variables como el sexo, enfermedad reciente y estado civil mostraron asociación al diagnóstico depresivo (valor $p <0,05$). Se concluyó que existen variables de origen sociodemográfico que se relacionan al diagnóstico depresivo [12].

Palomino y Pino, en el 2021 en Perú, en su estudio “Características sociodemográficas y la relación con la depresión en adultos mayores” con el objetivo determinar la relación existente entre las características sociodemográficas y la depresión, el tipo de estudio fue cuantitativo, con una muestra de 164. Obtuvieron que el 30,9% de los varones, padecen de depresión moderada, el 19,1% presentan un nivel leve, el 5,9% mostraron un nivel severo, mientras el 44,1% no presentan depresión. El 40,6% de las mujeres padecen de depresión moderada, el 28,1% presentaron un nivel severo, el 7,3% se encuentran con depresión leve, mientras el 24,0% sin depresión, en conclusión, las características sociodemográficas tienen relación significativa con la depresión en adultos mayores [13].

A nivel regional y local, existe una notable escasez de antecedentes que aborden ambas variables de estudio de manera conjunta. Por ello, la literatura disponible describe estas variables por separado. Ante esta limitación, el presente estudio cobra especial relevancia, ya que servirá como línea base para futuras investigaciones y constituye un valioso aporte al conocimiento científico.

2.2. Bases conceptuales.

2.2.1. Bases teóricas.

A nivel conceptual, la investigación se sustenta en el modelo de desesperanza desarrollado por Abramson et al. De acuerdo con esta perspectiva, las personas con una marcada vulnerabilidad cognitiva (estilos inferenciales negativos) son más propensas a desarrollar cuadros de depresión al enfrentarse a crisis o estresores ambientales. En el adulto mayor, esta dinámica se manifiesta de forma particular ante sucesos como la senectud, las patologías físicas y las transiciones en el estado civil, configurando el subtipo específico de depresión por desesperanza. [14].

De acuerdo con este modelo conceptual, la susceptibilidad cognitiva en los adultos mayores no depende de un solo factor, sino de la

convergencia de dimensiones biológicas, sociales y demográficas. Elementos específicos como el género, el estado de salud, la edad y el contexto social definen este estado de desprotección. Mientras que el paso del tiempo genera de forma intrínseca un deterioro biológico y cognitivo, las desigualdades de género introducen una carga adicional que vulnerabiliza con mayor severidad a la población femenina [14].

Durante el proceso de envejecimiento, los adultos mayores experimentan una mayor vulnerabilidad cognitiva y emocional, siendo la depresión una de las alteraciones más frecuentes. La falta de una intervención oportuna puede desencadenar complicaciones tanto físicas como mentales. Por ello, el presente estudio tiene como objetivo principal determinar la relación de la depresión presuntiva y las características sociodemográficas en adultos mayores del Hospital de Chota – 2026 [14].

Así mismo esta teoría permite al profesional de enfermería abordar de manera holística el proceso de la depresión, a limitar el daño y recuperar la salud perdida, a través de la educación y comunicación en salud; buscando promover conductas generadoras de salud positivas, que incrementen el autocuidado del paciente, busquen su empoderamiento en salud, asuman su responsabilidad frente a ella y valoren la capacidad del paciente para manejar y mantener su salud. De esta manera, el paciente con depresión adoptará las competencias necesarias para cuidarse a sí mismo, lo que repercutirá directamente en su calidad de vida y bienestar.

2.2.2. Depresión presuntiva.

A. Definición.

Es una evaluación inicial que sugiere la posibilidad de que una persona padezca depresión, basándose en los síntomas observados. Esta presunción clínica no constituye un diagnóstico definitivo, sino que plantea la necesidad de una valoración exhaustiva para ratificar la presencia de un trastorno del estado de

ánimo. Dicha condición se manifiesta a través de alteraciones afectivas, abatimiento, reducción de la autoestima, astenia, trastornos del sueño e ideación negativa. Como consecuencia, se genera una alteración significativa en la energía vital del individuo, limitando su capacidad para llevar a cabo sus actividades cotidianas de manera regular [15].

B. Definición de depresión.

La depresión se define como un trastorno clínico complejo y heterogéneo derivado de la interacción entre la predisposición genética y las vivencias ambientales durante el desarrollo del sujeto. A pesar de la diversidad en sus causas moleculares y manifestaciones particulares, este padecimiento mantiene una consistencia interna fundamental, la cual entrelaza estrechamente las manifestaciones sintomáticas, los rasgos temperamentales del afectado y su contexto social. [16].

C. Factores de riesgo.

Los mecanismos de riesgo vinculados con la depresión no se han determinado de forma definitiva. Este trastorno del estado de ánimo suele manifestarse a partir de la convergencia de diversos elementos que incrementan la vulnerabilidad particular frente a otros sujetos. Asimismo, se observa una marcada disparidad demográfica: las estadísticas indican que los de sexo femenino presentan una incidencia superior en comparación con los varones, un fenómeno sobre el cual la comunidad científica aún debate diversas hipótesis sin alcanzar un consenso absoluto [16]:

- ✓ **Factores hereditarios.**

  Los factores hereditarios influyen en la depresión no de forma directa, sino a través de la predisposición genética, lo que significa que una persona puede heredar una vulnerabilidad para padecer la enfermedad, aumentando el riesgo pero no garantizando su aparición. El origen de la depresión se presenta

por diversas causas, ya que converge una interacción compleja de elementos genéticos, biológicos, del entorno y psicológicos. Investigaciones recientes destacan el impacto crucial del núcleo familiar y el contexto social en el bienestar emocional. Asimismo, se evidencia que la carga hereditaria funciona como un factor de riesgo o predisposición, y no como un destino inevitable para el individuo [17].

- ✓ **Factores Bioquímicos.**

  El origen de las alteraciones del estado de ánimo, como la depresión, posee un fuerte componente neuroquímico. Se ha demostrado que quienes padecen esta condición suelen presentar una alteración en los niveles de neurotransmisores clave. Asimismo, estas variaciones bioquímicas repercuten de forma directa en los ciclos de sueño, los cuales muestran anomalías características en comparación con la población sana [16].

- ✓ **Factores sociales**

  Las condiciones del entorno y las relaciones humanas que aumentan el riesgo de tristeza profunda o aislamiento mental en la vejez comprenden diversos factores críticos. Entre ellos destacan el aislamiento social y la soledad al vivir solo, la falta de apoyo familiar o comunitario que acelera los síntomas depresivos, y la pérdida de roles tras la jubilación, la cual reduce drásticamente la autoestima al restar un espacio valorado en la sociedad. Asimismo, situaciones extremas como el abandono, la desprotección en el ámbito rural o la institucionalización en asilos sin visitas elevan drásticamente las tasas de depresión, un escenario que se ve agravado por los bajos ingresos económicos, ya que la pobreza y la dependencia financiera limitan la vida social y generan un estado de estrés constante [16].

- ✓ **factores clínicas y funcionales**

  La depresión en la vejez está estrechamente vinculada a la presencia de enfermedades crónicas, la pérdida de autonomía y el deterioro cognitivo. Patologías como la insuficiencia cardíaca, la diabetes, la hipertensión y, de manera muy destacada, los dolores crónicos óseos o articulares generan un profundo abatimiento físico y mental en el adulto mayor. Asimismo, la coexistencia de este cuadro depresivo con trastornos cognitivos como la demencia o el deterioro cognitivo leve eleva de forma severa su vulnerabilidad y riesgo de mortalidad. Finalmente, afecciones como el insomnio crónico y los niveles elevados de ansiedad actúan tanto de detonantes directos como de compañeros habituales que agravan esta condición [16].

D. Cuadro clínico:

Entre las principales señales de este cuadro destacan el llanto frecuente, la susceptibilidad emocional y el distanciamiento de los vínculos sociales. A esto se suman el cansancio persistente, la falta de apetito sexual y una menor iniciativa para actuar. Quienes lo padecen dejan de disfrutar y mostrar interés por sus actividades cotidianas, al tiempo que experimentan profundos sentimientos de minusvalía y culpa [18].

E. Clasificación de la depresión

En la vejez, la depresión presuntiva no tiene una clasificación única, pero sí se describen tipos como:

- ✓ **El trastorno depresivo mayor**, que se manifiesta con tristeza persistente y pérdida de interés [19].
- ✓ **El Trastorno Depresivo Persistente (distimia)**, con síntomas menos graves pero duraderos. A menudo, en esta población se presenta con síntomas atípicos como quejas somáticas,

problemas de sueño y concentración, o lentitud o agitación psicomotora, así como ideas hipocondríacas [19].

La depresión en los adultos mayores suele ser más severa y manifestarse con mayores características melancólicas. Esta situación se agrava porque muchos ancianos asumen sus síntomas como una consecuencia "normal" del envejecimiento y suelen expresar menos tristeza evidente [20].

F. Diagnóstico de la depresión presuntiva en adultos mayores.

El abordaje predictivo de la depresión en la vejez depende exclusivamente del diálogo asistencial con el paciente, puesto que no existen biomarcadores analíticos para su confirmación. Aunque el personal médico general y los profesionales de enfermería están facultados para establecer una sospecha diagnóstica basándose en el análisis de los síntomas, la determinación conclusiva del trastorno requiere la intervención de un especialista en salud mental, ya sea en psicología clínica o psiquiatría. [15].

G. Tratamiento

El uso de psicofármacos para tratar la depresión suele restringirse a episodios con una gravedad moderada o severa, salvo contadas excepciones en fases leves. La característica compartida por la mayoría de estos agentes terapéuticos es su influencia en la vía monoaminérgica. En última instancia, independientemente del proceso neuroquímico particular de cada compuesto, la finalidad biológica es optimizar la regulación de los neurotransmisores 5-HT (serotonina), DA (dopamina) y NA (noradrenalina) [21].

G.1. Efectos secundarios. Los efectos secundarios de un antidepresivo suelen aparecer en los primeros días debido al aumento inicial de neurotransmisores. En contraste, la mejoría clínica tarda entre 2 y 4 semanas, ya que requiere tiempo para que los receptores cerebrales realicen los cambios adaptativos necesarios, entre los

medicamentos antidepresivos más comunes existen los siguientes [21].

- **Antidepresivos más comunes**

  Los antidepresivos tricíclicos son drogas emparentadas químicamente con los antipsicóticos de estructura tricíclica como las fenotiazinas y los tioxantenos. La mayoría de los agentes tricíclicos inhiben la recaptación de norepinefrina, serotonina y, en menor medida, dopamina. Estos mecanismos se han postulado como los responsables de las acciones terapéuticas de los tricíclicos [22].

  Los efectos adversos de los tratamientos antidepresivos difieren en función de los grupos terapéuticos:

  Los Inhibidores de la Monoaminooxidasa (IMAO) son una clase de medicamentos antidepresivos. Funcionan bloqueando la enzima monoaminooxidasa, lo que aumenta los niveles de neurotransmisores en el cerebro (serotonina, noradrenalina y dopamina) [23].

H. Depresión según edad y sexo.

El género femenino es, de manera lamentable, el más propenso a padecer esta condición emocional. De acuerdo con la evidencia psicológica, las mujeres reaccionan habitualmente ante la crisis con el aislamiento y la culpa personal. Por el contrario, los varones optan por ignorar la situación adversa, refugiándose de forma inmediata en la ejecución de diversas tareas [24].

I. Depresión en el adulto mayor.

La Organización Mundial de la Salud, refiere que este trastorno como estado de ánimo en los adultos mayores tiende a prolongarse en el tiempo, deteriorando de manera notable la autonomía cotidiana y el rendimiento laboral, e incluso elevando el riesgo de fallecimiento en situaciones extremas. Mientras que los cuadros leves suelen

superarse sin fármacos, los niveles moderados o severos demandan intervención psicoterapéutica y apoyo farmacológico. Asimismo, la identificación y el manejo de esta condición no requieren estrictamente de especialistas exclusivos en primer nivel, sino que pueden ser abordados de manera integral por diversos profesionales de la salud [2].

Es un error asumir que la depresión forma parte del envejecimiento natural. Con frecuencia, cuando un adulto mayor experimenta este trastorno, su entorno tiende a normalizarlo de forma equivocada, viéndolo simplemente como una consecuencia inevitable de la edad [25].

Cuando el duelo por un ser querido se extiende en el tiempo, el abatimiento y la pérdida de motivación pueden llevar a una persona al aislamiento a no hablar. En el caso de los adultos mayores, este cuadro clínico solía ignorarse debido a la sutileza de sus síntomas. No obstante, los especialistas en salud mental están revirtiendo esta tendencia, demostrando una mayor capacidad para diagnosticar y abordar la depresión geriátrica subyacente que antes pasaba inadvertida [26].

J. Cambios emocionales y psicológicos en el adulto mayor.

En el geriátrico, la depresión se manifiesta con cambios emocionales como tales como la tristeza persistente, apatía, irritabilidad y desesperanza, y cambios psicológicos como pérdida de interés en actividades, problemas de amnesia, reclusión social, sentimientos de inutilidad o culpa, y dificultad para tomar decisiones. Es común que no se presente como tristeza intensa, sino como desinterés, confusión o dolores físicos inexplicables [27].

K. Prevención de la depresión del adulto mayor en el primer nivel de atención de salud.

En el ámbito de la atención primaria, mitigar el riesgo de trastornos depresivos en la población anciana exige priorizar conductas de autocuidado por parte de él o la familia (ejercicio físico y alimentación balanceada) junto con la consolidación del soporte social y la comunicación afectiva. Paralelamente, es indispensable optimizar la salud médica general para prevenir comorbilidades que detonen cuadros de desánimo. De este modo, los servicios sanitarios deben actuar como un filtro para diagnosticar vulnerabilidades, sensibilizar a los allegados y facilitar el acceso a psicoterapias de eficacia demostrada, como el modelo cognitivo-conductual [28].

2.2.3. Características sociodemográficas.

A. Definición

El perfil sociodemográfico constituye el grupo de atributos estadísticos y sociales que definen a una comunidad determinada. Esta herramienta entrelaza variables demográficas fundamentales con indicadores de carácter socioeconómico. De este modo, permite analizar a fondo la composición interna, los cambios temporales y los requerimientos específicos de un colectivo humano [29].

El perfil de la población de la tercera edad en un entorno determinado se configura a partir de sus variables demográficas, las cuales reflejan su composición, evolución, desplazamientos y rasgos socioculturales. En consecuencia, el estudio de este grupo poblacional se apoya en métricas esenciales como el volumen y la velocidad de su crecimiento, la composición etaria y por género, su ubicación geográfica, los flujos de migración y la pertenencia étnica declarada [29].

2.2.4.1. Clasificación de las características sociodemográficas

a) Edad.

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la vejez cronológica se establece formalmente a los 60 años, si bien en las sociedades industrializadas este umbral suele postergarse hasta los 65. No obstante, para

los fines del presente estudio, se adoptará la frontera de los 60 años como punto de partida para definir a la población adulta mayor. Esta elección no solo responde a un criterio temporal, sino también a las transformaciones socioculturales inherentes al proceso de envejecimiento, el cual se encuentra estrechamente vinculado a la transición laboral y al acceso a la jubilación [30].

b) Sexo.

El sexo es una variable demográfica clave que revela grandes disparidades de género en la vejez. En la salud mental, la depresión afecta de dos a tres veces más a las mujeres que a los hombres. Además, su manifestación clínica varía: las mujeres presentan más tristeza y fatiga, mientras que los hombres muestran enojo y aislamiento. Finalmente, la falta de una vida afectiva e íntima es un factor de riesgo común que genera desánimo en ambos sexos [31].

c) Enfermedad actual.

La enfermedad actual en el adulto mayor comprende las condiciones de salud físicas y mentales que afectan a esta población. Estas afecciones ya sean agudas, subagudas o crónicas impactan directamente en su autonomía, lo que puede provocar incapacidad funcional o aislamiento social. [32].

d) Ocupación.

La ocupación en el adulto mayor, entendida como el conjunto de actividades diarias, roles y pasatiempos que otorgan un sentido a la vida para la persona adulta, es un pilar fundamental para el bienestar emocional. La transición hacia la jubilación o la pérdida repentina de roles significativos genera un vacío ocupacional que afecta

negativamente la identidad del individuo. La evidencia señala que esta falta de actividad correlaciona de forma directa con un incremento drástico en el riesgo de desarrollar depresión, un trastorno afectivo grave que altera la cognición, las emociones y la conducta. [33].

e) Estado civil.

El estado civil de un adulto mayor es definido por su condición legal de soltero, casado, separado, divorciado o viudo es un factor determinante en los estudios sobre el envejecimiento. Este factor social influye de manera decisiva en el bienestar general de una persona, el aislamiento que experimenta, la solidez de sus vínculos afectivos y la atención que recibe en su día a día. Asimismo, tiene una huella crítica en la salud psicológica, mientras que la viudez, la soltería o el divorcio incrementan notablemente el riesgo de sufrir depresión, el matrimonio o la vida en pareja suelen actuar como potentes factores protectores [34].

f) Religión.

La salud integral y la plenitud humana encuentran un soporte esencial en las prácticas espirituales y las creencias religiosas. Ambos elementos operan como ejes determinantes para elevar el estándar de vida de las personas. Al entrelazarse profundamente, estas dimensiones facilitan la adaptación al envejecimiento mediante el consuelo, el apoyo emocional y un sólido sentido de propósito. Asimismo, actúan como un valioso recurso psicológico que ofrece herramientas de afrontamiento frente a las pérdidas propias de la vejez y fortalece las redes de apoyo social, lo cual influye positivamente en la salud, reduciendo significativamente la

incidencia de síntomas depresivos y fomentando una mayor satisfacción vital [35].

g) Ingreso económico.

El ingreso económico en el adulto mayor comprende los medios de subsistencia financiera que percibe este grupo poblacional, tales como pensiones, remuneraciones por trabajo parcial o informal, y transferencias monetarias de programas gubernamentales. La carencia de dichos elementos representa un peligro determinante para la aparición o el agravamiento de cuadros depresivos en adultos mayores [36].

h) Grado de instrucción.

El grado de instrucción en el adulto mayor, definido como el nivel educativo alcanzado o los años de escolaridad completados, constituye un determinante social clave en la salud mental de esta población adulta mayor. La certeza científica señala que existe una relación inversamente proporcional entre el nivel educativo y la prevalencia de síntomas depresivos; de este modo, factores como el analfabetismo o la educación primaria incompleta incrementan significativamente el riesgo de desarrollar cuadros depresivos durante la vejez [37].

2.2.4. Adulto mayor

A. Definición.

De acuerdo con los criterios de la OMS, la etapa de la vejez y la consideración de adulto mayor comienzan oficialmente a partir de los 60 años. [38].

B. Envejecimiento

La vejez constituye una evolución biológica, psicológica y cultural inevitable dentro de la experiencia humana. Bajo esta perspectiva,

este sector de la población no solo recibe un amparo constitucional de carácter urgente, sino que ejerce un rol protagónico en la estructura social. Son actores vigentes con la capacidad de autogestionarse, aportar al núcleo familiar y heredar valores sostenibles hacia el futuro. [39].

C. Determinantes del envejecimiento

Los determinantes de la vejez se refieren a los elementos que influyen en cómo las personas envejecen, tanto a nivel individual como colectivo. Entre ellos tenemos [40]:

- **Cultura y género:**

  El bienestar, la salud y la cotidianidad en la etapa de la vejez se encuentran fuertemente ligados a las construcciones culturales y a las dinámicas de género. Evaluar esta etapa desde un enfoque de género permite visibilizar el modo en que las exigencias y roles de la sociedad repercuten de forma distinta en ancianos y ancianas. Asimismo, el marco socio-cultural de origen define el significado, el respeto y la aceptación que se le otorga a la senectud [40].

- **Servicios de salud y los servicios sociales:**

  A lo largo de la historia humana, el bienestar físico y mental de las comunidades se ha visto condicionado por múltiples variables. En el caso específico de la depresión en los adultos mayores, intervienen elementos biológicos, ecológicos, hábitos de conducta, dinámicas socioeconómicas, el ámbito laboral y cultural, así como la intervención de los sistemas de salud, concebidos como el recurso institucional especializado para prevenir patologías y recuperar la calidad de vida [40].

- **Determinantes conductuales:**

  El proceso de envejecimiento se ve condicionado por variables del comportamiento que abarcan el sedentarismo o la práctica de

ejercicio, los hábitos nutricionales deficientes, el tabaquismo, la ingesta de alcohol y la adherencia farmacológica. Estas conductas, al interactuar con el entorno social del individuo, determinan directamente su bienestar general y su estado de salud [40].

- **Factores personales:**

  La trayectoria del envejecimiento humano no es lineal, sino el resultado de cómo coexisten los factores extrínsecos con las particularidades del individuo. Entre estas últimas destacan la herencia biológica, el estilo de vida adoptado, la salud física y mental, la flexibilidad ante los cambios vitales y la red de relaciones interpersonales, elementos que en conjunto determinan la vejez particular de cada ciudadano [40].

D. Cambios en la vejez

El envejecimiento se caracteriza por una reconfiguración integral del individuo que abarca las esferas biológica, mental y comunitaria. Entre sus efectos más comunes se encuentran el deterioro de las funciones corporales, una susceptibilidad más alta ante diversas patologías y variaciones dinámicas en los vínculos sociales [41].

Cambios biológicos:

- **Disminución de la función física**

  Se observa una reducción en la masa muscular, fuerza y flexibilidad, así como cambios en la función cardiovascular, respiratoria y sensorial (vista, oído) [41].

Cambios psicológicos:

Los cambios psicológicos con llevan a un deterioro del desequilibrio de la velocidad de procesamiento de la información entre ellas se presenta algunas de las características:

- ✓ Lentitud en la respuesta a estímulos y dificultad para realizar tareas que requieren rapidez mental.
- ✓ Cambios en la memoria, problemas para recordar información reciente o formar nuevos recuerdos.
- ✓ Alteraciones en el estado de ánimo, los principales retos en esta etapa incluyen las alteraciones del estado de ánimo, el mayor riesgo de depresión o ansiedad y la necesidad de adaptarse a nuevas situaciones. Entre estos cambios destacan la jubilación, el duelo por la pérdida de seres amados y la disminución de la autonomía [41].

E. Leyes que favorecen al adulto mayor en territorio peruano.

La Ley de los adultos mayores, se establece en el artículo 2° donde la persona adulta mayor es aquella que ha cumplido 60 años mínimo de acuerdo a siguiente ley peruana (Ley N° 30490, 2016). Dicha definición está dada únicamente en base al aspecto cronológico, lo cual conlleva a prejuicios e ideas preconcebidas socialmente respecto de lo que ha sido, es y será a futuro esa persona. De la misma manera la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores define a los adultos mayores como aquellos individuos que han alcanzado o superado los 60 años de edad. No obstante, este criterio puede variar si la legislación interna de cada país establece un límite de edad distinto [42].

- **Derechos de la Persona Adulta Mayor**

  En el Estado peruano, los adultos de la tercera edad tienen sus derechos establecidos taxativamente en el art. 5°, numeral 1. de la Ley de la Personas Adultas Mayores, son derechos específicos que deberían garantizarle una vida tranquila, en la que se respeten sus decisiones y se mantenga su independiente y autonomía y de ser el caso recibir la protección y asistencia en familia, así como permitirles seguir siendo parte activa dentro de

la sociedad, sea laborando o realizando actividades de acuerdo con sus posibilidades físicas y funcionales [42].

2.3. Definición de términos básicos.

2.3.1. Tristeza:

La tristeza es una emoción básica que genera desánimo y desesperanza en el adulto mayor. Aparece tras una pérdida, un fracaso o una decepción. Su función es permitir el descanso y la reflexión ante situaciones difíciles [43].

2.3.2. Sentimientos de vacío:

Está relacionado con sentimientos de desesperanza, soledad, y aislamiento, además de estar estrechamente vinculado a la depresión y ser -después del criterio relacionado con conductas suicidas o de automutilación- el criterio más asociado a la ideación suicida [44].

2.3.3. Sentimientos de inutilidad:

Se refiere autoestima baja, es la sensación persistente de no ser suficiente, de no merecer cosas buenas o de no tener valor como persona [43].

2.3.4. Nido vacío:

Sentimiento de tristeza o vacío que pueden experimentar los padres cuando sus hijos abandonan el hogar para formar sus propias vidas, ya sea por matrimonio, estudios u otras razones [45].

2.3.5. Jubilación:

Es el cese de la actividad laboral de una persona, generalmente al alcanzar una edad establecida por ley, y el inicio del disfrute de una pensión que reemplaza el salario anterior [46].

2.3.6. Tamizaje de depresión:

El tamizaje de depresión en el adulto mayor, es un proceso de evaluación rápida y sencilla que busca identificar posibles casos de depresión en este grupo poblacional [47].

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Ámbito de estudio.

El presente estudio se llevó a cabo en un nosocomio dependiente del Ministerio de Salud, situado en la región de Cajamarca, en el norte peruano. Este enclave geográfico se localiza a una altitud de 2,388 metros de elevación y comparte fronteras con diversas jurisdicciones: Cutervo por el sector norte; Celendín, Hualgayoc y Santa Cruz hacia el sur; la provincia de Luya (Amazonas) por el oriente; y las provincias de Ferreñafe y Chiclayo (Lambayeque) por el flanco occidental. [48].

La provincia tiene Con una extensión de 3795,10 km² (que equivale al 6,9% del territorio provincial), el distrito de Chota alberga a 58 892 pobladores, mientras que la provincia en su totalidad registra 144 286 ciudadanos distribuidos en 19 distritos. En el aspecto climático, la zona posee una temperatura promedio de 17,8 °C y un entorno templado. El régimen de precipitaciones se concentra mayormente en los meses de octubre, noviembre y abril, dando paso a un periodo seco que se prolonga desde mayo hasta octubre [48].

El estudio se llevó a cabo en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, un establecimiento de salud de categoría II-1 situado en el Jr. Ezequiel Montoya N° 718. Este nosocomio dispone de consultorios externos especializados en adultos mayores, los cuales ofrecen atención ambulatoria y medicina general. Estos espacios están destinados a pacientes de 60 años en adelante e integran la estrategia sanitaria para la etapa de vida del adulto mayor, con la finalidad de ofrecer atención médica completa que favorezca un envejecimiento activo, prevenga afecciones y optimice el bienestar de los usuarios [49].

El sistema de salud cuenta con diversos profesionales de distintos grupos ocupacionales que brindan atención especializada. Entre ellos destacan médicos especialistas, médicos generales, psiquiatras, psicólogos,

enfermeros licenciados, técnicos de salud y otros profesionales, quienes brindan atención integral y especializada a los adultos mayores [49].

3.2. Diseño de investigación

La investigación se desarrolló bajo un modelo cuantitativo de alcance relacional y con un diseño prospectivo, con el propósito de establecer el vínculo existente entre la sospecha de depresión y el perfil sociodemográfico de la población adulta mayor. Por otra parte, se define como prospectivo ya que el acopio de la información se efectuó en tiempo real conforme sucedían los hechos, con una proyección hacia adelante y respetando el entorno sin alteración alguna. Con respecto a su origen, posee una naturaleza observacional, puesto que el registro de los datos provino de fuentes primarias recolectadas directamente de los propios sujetos de estudio. [50].

Se empleó un diseño transversal de carácter no experimental, toda vez que no se modificaron deliberadamente los fenómenos de estudio. Los datos se recolectaron en un momento único, el cual sirvió como base para desarrollar la fase analítica del estudio. [51].

3.3. Población, muestra y unidad de estudio

- **La población:**

  El estudio se centró en un grupo de 82 adultos mayores inscritos en el programa especializado del Hospital José Hernán Soto Cadenillas en Chota. Este colectivo fue seleccionado de manera intencional debido a su asistencia constante a los talleres organizados junto con la Municipalidad Provincial de Chota. Por esta razón, se prescindió al muestreo no probabilístico y se optó por trabajar con la totalidad de los usuarios que cumplieron con los criterios de selección y mantuvieron una participación regular. Es necesario aclarar que el resto de la población de la tercera edad que recibe atención en este nosocomio fue excluido, ya que su vínculo es estrictamente clínico (consultas o referencias) y no forman parte de las dinámicas comunitarias del programa.

- **Unidad de análisis**:

  El grupo de estudio comprendió a la totalidad de adultos mayores inscritos en el área de consulta externa durante el periodo 2025. Asimismo, la selección de los participantes y la posterior administración de las herramientas de evaluación se rigieron estrictamente por un conjunto específico de condiciones de inclusión y exclusión.:

- **Criterios de Inclusión:**
  - Pacientes adultos mayores que fueron parte del programa adulto mayor, durante el año 2025.
  - Adultos mayores que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.
  - Adultos mayores que no presentaron deficiencias mentales y neurológicos que limitaran su participación en la investigación.
- **Criterios de Exclusión**
  - Adultos mayores que presentaron alguna discapacidad física como visual, auditiva, problemas de comunicación que les dificultaba responder a los instrumentos planteados.
  - Adultos mayores que presentaron dependencia personal y autonomía las cuales les dificultaba responder a los instrumentos.
  - Adultos mayores que no asistían a las sesiones programadas por el programa del adulto mayor en convenio con la municipalidad.

3.4. Operacionalización de variables.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Valor final
Depresión.	El diagnóstico presuntivo de depresión, es una evaluación inicial que sugiere la posibilidad de que una persona padezca depresión, basándose en los síntomas observados [24].	Depresión presuntiva	Satisfecho con su vida. Abandonado tareas habituales y aficiones. Sentimiento de vacío. Aburrimiento frecuente. Estado de ánimo. Temor al futuro. Sensación de felicidad. Sentimientos de desamparo. Aislamiento social. Problemas de memoria. Valoración de la vida. Sentimientos de inutilidad. Nivel de energía. Desesperanza. Comparación negativa con los demás.	0-6: Sin depresión. 7-15: Con depresión

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Valor final
Características Sociodemográficas	El perfil social y demográfico determina el alcance económico y de bienestar de los individuos, las familias y los Estados. Más allá de la noción común que divide a la sociedad en los niveles inferior, intermedio y superior, el análisis sociológico exige estructurar estos rangos a partir de indicadores cuantitativos y verificables. [36].	Característica clínica	Enfermedad actual	Neumonía, Diabetes, Hipertensión arterial, Gastritis crónica, Otros.
		Características sociales	Ocupación	Trabajador privado, ama de casa, agricultor, comerciante, sin ocupación, otros
			Estado civil	Casado (a), Soltero (a), Viudo (a), Conviviente
			Religión	Católico, otros
			Ingreso económico mensual	Menos del sueldo mínimo, El sueldo mínimo, Más del sueldo mínimo
			Grado de instrucción	Sin grado de instrucción, primaria, secundaria, superior
		Características demográficas	Edad	60-69 años 70-79 años 80 a más años
			Sexo	Masculino, Femenino

3.5. Descripción de la metodología

3.5.1. Métodos.

Técnica de recolección de datos

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la encuesta, lo que ayudó a recabar información sobre la depresión presuntiva y características sociodemográficas en los adultos mayores.

Estrategias de recolección de datos

La recolección de datos se efectuó de forma directa y simultánea en la Municipalidad de Chota y en el Hospital. Para garantizar los criterios éticos, se aseguró el anonimato absoluto y la confidencialidad de la información, la cual se utilizó exclusivamente con fines científicos e investigativos. Asimismo, la encuesta se aplicó de manera heteroadministrada donde las investigadoras leyeron las preguntas y el participante respondió en un tiempo prudente, contando con el apoyo del cuidador cuando la situación lo requería.

Procedimientos de recolección de datos

El proceso de recolección de datos comenzó con la gestión de los permisos institucionales. Inicialmente, se presentó al Director del Hospital José Hernán Soto Cadenillas un oficio de presentación otorgado por el coordinador de la Facultad de Ciencias de la Salud. Asimismo, el 28 de noviembre de 2025 se ingresó el Formato Único de Trámite N° E-077120-2025 ante la Municipalidad Provincial de Chota para solicitar el ingreso al programa de adultos mayores. Esta última gestión contempló un plan de contingencia: en caso de inasistencia de los participantes, se requirieron sus direcciones y números telefónicos para coordinar visitas domiciliarias directas, asegurando así la continuidad del trabajo con la muestra.

Durante el mes de diciembre del 2025, se ejecutó el levantamiento de información y la aplicación de las herramientas de investigación en dos entornos clave de Chota. Por un lado, el proceso se desarrolló

con los adultos mayores en las dependencias municipales los días 2 y 5 de diciembre. Por otro lado, el trabajo de campo continuó los días 9 y 12 del mismo mes dentro de las salas de reuniones del personal de enfermería del Hospital José Hernán Soto Cadenillas.

Cada jornada de campo constó de sesiones con una duración de dos horas. Para la aplicación, primero se brindó la explicación detallada y orientación por parte de las investigadoras, los participantes llenaron los instrumentos en un tiempo promedio de 20 minutos. Finalmente, debido al diseño de corte transversal del estudio, no se realizó ningún tipo de seguimiento posterior a la muestra evaluada (Anexo 5 y 6).

3.5.2. Materiales

Instrumento de medición

Para alcanzar los resultados propuestos en la investigación, se utilizaron dos instrumentos:

El primer instrumento que se empleó fue la escala Geriátrica de depresión presuntiva Scale de Yesavage JA [52]. La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), creada en 1982, es un instrumento diseñado para detectar tempranamente los síntomas depresivos en la población anciana. En el contexto nacional, se utiliza la versión adaptada al español, la cual está integrada de forma obligatoria en la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM) según la normativa del Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Esta escala se aplica exclusivamente a personas de 60 años a más y destaca por excluir preguntas sobre dolencias físicas, evitando así sesgos o confusiones con los cambios biológicos propios del envejecimiento: adaptación y validación" por Martínez de la Iglesia J, et al, [53]. En el 2002 (Anexo 2); este instrumento se aplicó con el objetivo de determinar la presencia de depresión presuntiva en los adultos mayores que acuden al programa adulto mayor.

La versión en español del cuestionario de depresión para personas mayores cuenta con 15 preguntas breves que ayudan a detectar este

problema emocional mediante la revisión del ánimo, y funciona muy bien en personas de 60 años en adelante

La escala de Yesavage es un instrumento dicotómico conformado por 15 itmes, en el que cada respuesta se puntúa con cero (0) o uno (1), según corresponda a la presencia o ausencia de síntomas depresivos, donde se podrá evidenciar si en algún momento, el adulto mayor ha percibido un estado de ánimo de tristeza, melancolía, etc. La calificación total se calcula a través de la adición de los puntajes de cada variable, estableciendo dos categorías: de 0 a 6 unidades denota una ausencia de cuadro depresivo, en tanto que de 7 a 15 unidades clasifica el estado como depresión presunta.

La validación de la variante en español de esta herramienta contó con una muestra de 249 adultas mayores (65 años en adelante), bajo la supervisión directa de Yesavage JA, autor del diseño original. Los análisis psicométricos demostraron propiedades robustas y una óptima adaptación cultural. Específicamente, se reportó un alfa de Cronbach de 0,99 para la consistencia interna, junto con valores de sensibilidad y especificidad del 81% y 77%, respectivamente. Estos hallazgos confirman que la edición en castellano posee una equivalencia métrica frente a la original, respaldada por una fiabilidad general de 0,925 y una consistencia interna secundaria de 0,82, lo que valida su aplicación clínica e investigativa. [52].

El análisis de la validez convergente evidenció una alta correspondencia entre el MEC (mini mental cognitivo) y el MMSE (Mini-Examen del Estado Mental) de Folstein (Esta escala mide el deterioro cognitivo y detecta signos de demencia. Su relación con la depresión en el adulto mayor es estrecha, ya que esta afección puede alterar los resultados y simular una demencia inexistente), alcanzando un coeficiente de correlación de 0,74. Estos resultados confirman la consistencia entre ambos instrumentos, lo cual se fundamenta teóricamente en el hecho de que el MEC es la adaptación oficial y directa de la versión original de 30 puntos al idioma castellano [52].

La recolección de datos para la segunda variable se realizó mediante el instrumento sociodemográfico propuesto originalmente por Baldeón-Martínez at-al 2017. [53], y adaptado por Acuña [54]. Para trazar el perfil sociodemográfico de los adultos mayores con depresión, el análisis se estructuró en torno a dos ejes fundamentales: las variables demográficas y los factores sociales**.** La dimensión social abarcó la ocupación, religión, ingreso económico mensual, grado de instrucción y la presencia de enfermedad actual. Respecto a esta última variable, se consideraron las patologías más comunes ya que en sierra de Cajamarca, cuya prevalencia responde a la transición epidemiológica y a factores geográficos, socioeconómicos y culturales particulares de la región andina. Por su parte, la dimensión demográfica incluyó las variables de edad y sexo.

Con el propósito de verificar la fiabilidad y validez de las herramientas de recolección de información, se ejecutó un estudio piloto en los consultorios externos del Hospital Tito Villar Cabeza de Bambamarca. Esta evaluación preliminar incluyó a 10 adultos mayores que compartían perfiles semejantes a la muestra definitiva. Al analizar la consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach, se registró un resultado de 0.7, una cifra que se cataloga como admisible bajo los parámetros metodológicos de Oyola-García. [54].

Con el propósito de verificar la validez y la confiabilidad del instrumento, se llevó a cabo una prueba piloto en el Hospital Santa María de Cutervo. La evaluación se aplicó a una muestra preliminar de 20 pacientes geriátricos que compartían perfiles homogéneos con la población objetivo y cumplían estrictamente los criterios de inclusión. Este procedimiento metodológico permitió mitigar tanto los sesgos sistemáticos como los errores aleatorios, salvaguardando así la precisión y la consistencia interna de la herramienta de medición.

El análisis de consistencia interna para los instrumentos evaluados arrojó resultados favorables, tanto a nivel general como en sus componentes específicos. En primer lugar, la Escala de Depresión

Geriátrica exhibió un nivel de confiabilidad óptimo con un valor de 0,808, el cual fue determinado mediante la aplicación de la fórmula 20 de Kuder-Richardson (KR-20). Por su parte, la evaluación del Cuestionario de características sociodemográficas reflejó un índice de 0,888 tras emplear el coeficiente Alfa de Cronbach, lo que confirma la robustez metodológica de ambas herramientas de medición.

3.6. Procesamiento y análisis de datos.

Una vez que se finalizada la aplicación de los instrumentos, se codificaron las variables y se ingresaron los datos para su posterior procesamiento en el programa SPSS versión 26.

Para analizar estadísticamente los datos se realizó mediante el análisis descriptivo donde se incluyó la utilización de tablas de frecuencias absolutas y relativas, en donde se resumió los valores obtenidos del estudio. Para el análisis de los datos, se empleó tablas de doble entrada que permitieron identificar la relación existente entre las variables de estudio. Asimismo, se calcularon medidas de tendencia central como la media, la mediana y la moda, seleccionadas de manera pertinente según la naturaleza de las variables de la depresión presuntiva y las características sociodemográficas y los objetivos de la investigación.

Asimismo, se emplearon tablas de contingencia (o de doble entrada) para examinar la relación entre las variables categóricas del estudio. La significancia estadística de dicha asociación se determinó mediante la prueba exacta de Fisher, utilizando un nivel de confianza del 95%. Los resultados se consideraron estadísticamente significativos bajo el criterio estándar de \ (p <0,05).

3.7. Aspectos éticos y rigor científico

El desarrollo de esta investigación se fundamentó en directrices éticas estrictas: el principio de autonomía que se logró mediante el consentimiento informado, por el cual cada adulto mayor conoció el propósito y de manera consciente aceptó participar, beneficencia buscó promover el bienestar común de todos los adultos mayores, garantizando el respeto por su privacidad,

evitando cualquier tipo de daño y perjuicio; justicia garantizó que todos los adultos mayores reciban un trato equitativo con respeto y consideración sin ninguna discriminación, no maleficencia se aseguró que el estudio no cause daño a los adultos mayores, protegiendo su integridad física, emocional y social en todo momento [55].

La investigación se rigió estrictamente bajo el principio ético de confidencialidad, garantizando que la información proporcionada por cada adulto mayor se mantuviera en estricta reserva y no fuera divulgada sin su consentimiento informado. Asimismo, se aseguró la credibilidad como criterio de rigor científico. Este valor se consolidó mediante la construcción de un entorno de confianza durante la aplicación de los instrumentos, lo que permitió obtener testimonios auténticos. En consecuencia, los resultados presentados constituyen un reflejo fiel, exacto y transparente de las realidades manifestadas por los sujetos de estudio. [56].

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Depresión presuntiva en adultos mayores, del hospital de Chota.

Tabla 1. Depresión presuntiva en los adultos mayores del Hospital de Chota – 2026.

Depresión presuntiva	N°	%
Presenta.	72	87,8
No presenta.	10	12,2
Total	**82**	**100,0**

Fuente: cuestionario de depresión presuntiva

En la tabla 1, la depresión presuntiva en adultos mayores fue de 87,8% lo que indica que casi nueve de cada diez lo padecen. La depresión presuntiva en el adulto mayor es una sospecha clínica basada en manifestaciones afectivas y conductuales que requiere la confirmación de un especialista en salud mental. Esta condición se caracteriza por estados anímicos desfavorables que alteran el rendimiento general del individuo, merman su capacidad para realizar tareas cotidianas esenciales y entorpecen su rutina diaria. Por lo tanto, resulta indispensable realizar una evaluación meticulosa e integral que permita ratificar el diagnóstico e iniciar un tratamiento inmediato [15].

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cifra de individuos que viven con alguna condición psiquiátrica supera los mil millones en todo el planeta**.** Esta estadística evidencia el enorme impacto que tienen los problemas de salud mental en la población global contemporánea. Entre estas condiciones, la ansiedad y la depresión destacan como las de mayor incidencia, consolidándose como la principal causa de invalidez a largo plazo y evidenciando una crisis de salud pública que urge una mayor inversión estatal por parte de los estados de cada país [3].

En este escenario, el envejecimiento poblacional no es una crisis futura, sino una realidad presente que desborda el asistencialismo tradicional. Ante esta brecha, repensar la sanidad exige transitar de un modelo reactivo y biomédico hacia un ecosistema preventivo, comunitario y humanizado que reduzca el

episodio de la depresión en las personas mayores. Así, además de analizar el cambio demográfico, se diseña una hoja de ruta donde la dignidad y el acompañamiento emocional dejen de ser utopías normativas para convertirse en pilares métricos de las políticas públicas de cuidados [3].

Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Martínez at al, quienes registraron una prevalencia de depresión del 40,1% en individuos de 60 a 84 años. Dicha similitud consolida los datos existentes sobre la fragilidad emocional en la vejez, lo que demuestra que aproximadamente el 40% de este sector demográfico padece dicho trastorno [9].

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuadros depresivos en la población anciana tienden a prolongarse en el tiempo. Esta cronicidad restringe de forma severa su autonomía diaria, lo que a su vez fomenta una progresiva pérdida de independencia en su entorno. Los niveles más críticos, esta enfermedad puede derivar en pensamientos o intentos suicidas. Si bien los casos leves pueden tratarse sin fármacos, los episodios de carácter moderado o grave requieren una intervención profesional integral que combine psicoterapia y medicación. [2].

En relación con el hallazgo de Villanueva, menciona que las perturbaciones depresivas en el adulto mayor, se manifiesta con cambios emocionales como tristeza persistente, apatía, irritabilidad y desesperanza, y cambios psicológicos como pérdida de interés en actividades, problemas de memoria, aislamiento social, sentimientos de inutilidad o culpa, y dificultad para tomar decisiones. Es importante mencionar que un adulto mayor no se deprime como lo hace otros grupos etarios la depresión es más silenciosa en ellos [27]. Diagnosticar la depresión en adultos mayores es complejo, ya que sus síntomas suelen confundirse con el envejecimiento o con dolencias físicas. Con frecuencia, estas personas no expresan tristeza, sino que muestran apatía, dolores corporales sin causa médica aparente, irritabilidad o retraimiento. Por ello, es fundamental contar con una evaluación especializada [26].

En cuanto a Calderón, en su estudio menciona que las personas adultas mayores presentan mayor morbilidad y padece especialmente enfermedades

crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, gastrointestinales, respiratorias, et.) como psicológicas, las cuales aumentan gradualmente la depresión por ende tiene una alta prevalencia en el adulto mayor. Los trastornos depresivos en la etapa Geriátrica poseen particularidades clínicas y etiológicas, ya que los adultos mayores de 65 años enfrentan determinantes específicos vinculados a su estado de salud, el entorno cotidiano, la dinámica social y variables demográficas como la ocupación previa o el estado civil. Asimismo, el aislamiento afectivo constituye un factor de vulnerabilidad tanto para varones como para mujeres [57].

El adulto mayor es un claro ejemplo que puede deprimirse en cualquier momento donde el personal de enfermería no es ajeno a esta situación, la teoría de la desesperanza dada por Abramson, permite al profesional abordar de manera holística el proceso de la depresión, a limitar el daño y recuperar la salud perdida, a través de la educación y comunicación en salud; buscando promover conductas generadoras de salud positivas, que incrementen el autocuidado del paciente, busquen su empoderamiento en salud, asuman su responsabilidad frente a ella y valoren la capacidad del paciente para manejar y mantener su salud. De esta manera, el paciente con depresión adoptará las aptitudes necesarias para cuidarse a sí mismo o el familiar quien lo acompañe, lo que repercutirá directamente en su calidad de vida y bienestar [14].

La prevención de trastornos depresivos en la población anciana se fundamenta, esencialmente, en la promoción de la salud y la pedagogía del autocuidado. Intervenciones orientadas a consolidar dietas balanceadas, rutinas de ejercicio y redes de apoyo afectivo son pilares indispensables para evitar el aislamiento. A esto se suma la necesidad de gestionar el estrés y monitorear afecciones biológicas que actúan como detonantes emocionales. Por consiguiente, los profesionales de la atención primaria tienen la responsabilidad de diagnosticar variables de riesgo de forma precoz, capacitar el entorno familiar y proveer alternativas terapéuticas consolidadas, tales como el enfoque cognitivo-conductual [28].

4.2. Características de los adultos mayores atendidos en el Hospital de Chota

Tabla 2. Edad de los adultos mayores atendidos en el Hospital de Chota, 2026

Edad	N°	%
60 - 69 años	36	43,9
70 - 79 años	35	42,7
80 años a más	11	13,4
Total	**82**	**100,0**

Fuente: cuestionario de las características los adultos mayores.

En la tabla 2, muestran que la población de entre 60 y 69 años concentró el 43,9% de los casos, superando ligeramente al segmento de 70 a 79 años, que alcanzó el 42,7%. A pesar de que el primer grupo es el más numeroso, son los individuos que superan las siete décadas quienes suelen manifestar un mayor deterioro en su salud; esto se debe a que el envejecimiento biológico actúa como un factor que intensifica la vulnerabilidad emocional, detonando cuadros como la depresión.

Estos hallazgos coinciden con los datos del censo peruano de 2025, los cuales reflejan un acelerado envejecimiento demográfico en el país. Los resultados del estudio evidencian que la población de la tercera edad ya abarca el 14,8% del total nacional, lo que ratifica una transición demográfica profunda hacia el envejecimiento poblacional. Esta cifra, que se traduce en más de 4,5 millones de ciudadanos, se alinea con las previsiones de entidades globales como la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), las cuales señalan el incremento sostenido de este sector demográfico en el entorno regional [58].

El aumento en la demanda de atención en salud y servicios de cuidado está estrechamente ligado al avance de la edad. En este grupo etario, el progresivo deterioro físico y cognitivo propio del envejecimiento genera un mayor problema de salud mental como los trastornos depresivos, lo que exige una respuesta

más especializada del sistema de salud [30]. Los hallazgos de esta investigación demuestran que el avance de la edad es un factor terminante en el incremento de la demanda de servicios de salud, encontrándose una relación directa entre el deterioro propio del envejecimiento y la prevalencia de síntomas depresivos.

En cuanto a la teoría seleccionada menciona que el adulto mayor presenta vulnerabilidad cognitiva en la vejez, que está influenciada por la edad, el género y otros factores como la salud física y las relaciones sociales. La edad, por sí sola, conlleva cambios biológicos y cognitivos que aumentan la vulnerabilidad, y el género puede agravar esta situación, especialmente en mujeres, quienes a menudo enfrentan desventajas sociales en la vejez. Durante la vejez, se incrementa notablemente la vulnerabilidad ante trastornos afectivos y cognitivos como el cuadro depresivo. La falta de una intervención oportuna en esta etapa puede desencadenar complicaciones crónicas, tanto en el plano físico como psicológico. Además, la manifestación de estos problemas se encuentra estrechamente vinculada con el perfil sociodemográfico del adulto mayor [14].

Además, al llegar a tener 60 años a más, los cambios psicológicos en el individuo suelen ser resultado de su historia de vida. Estas modificaciones dependen tanto del propio envejecimiento como de mecanismos que se establezcan para adaptarse a su situación física, funcional [59].

En la vejez, el deterioro físico, mental, las múltiples pérdidas y la falta de motivación pueden alterar la conducta. Asimismo, los estereotipos sociales sobre la dependencia y la incompetencia fomentan la baja autoestima y la depresión. Sin embargo, esta etapa también implica una reorganización familiar que permite asumir nuevos roles [59].

De forma que el adulto mayor avanza en edad, la incidencia de trastornos como la depresión tiende a aumentar, manifestándose con tristeza y melancolía, lo cual puede derivar en dependencia física. Para el anciano, la irreversibilidad de sus limitaciones físicas representa una de las principales causas de descompensación funcional en el ámbito psicológico. Es importante que el

personal de salud exclusivamente el licenciado en enfermería brinde un especial cuidado a la población geriátrica desde el primer nivel de atención de salud, no solo enfocándose en el aspecto físico sino también en la parte emocional [60].

A pesar de los importantes avances médicos y sanitarios que han impactado positivamente en la esperanza de vida, la prolongación de los años no siempre garantiza una vejez plena. Al superar los 60 años, el deterioro físico psicológico y cognitivo provoca un incremento drástico en los niveles de la calidad de vida. Esta transición demográfica exige al Estado Peruano el diseño urgente de políticas públicas orientadas a los cuidados a largo plazo, la mejora de la atención en salud geriátrica y la sostenibilidad de los sistemas de pensiones [61].

La comprensión del impacto de las redes de soporte en la vejez resulta fundamental para el personal sanitario, especialmente para los especialistas en enfermería a cargo del cuidado del adulto mayor. Desde el entorno de la atención primaria, este colectivo profesional encabeza las estrategias de prevención, diagnóstico precoz y seguimiento de los cuadros depresivos a través de valoraciones holísticas y la optimización del tejido social del paciente. Dichas intervenciones se dosifican según la etapa de vida: durante el periodo de los 60 a los 70 años se privilegia la educación en salud mental, mientras que en las personas que superan los 80 años la prioridad se desplaza hacia el control de las múltiples patologías y el impacto del consumo simultáneo de medicamentos [62].

Tabla 3. Sexo de los adultos mayores del Hospital de Chota – 2026.

Sexo	N°	%
Masculino	43	52,4
Femenino	39	47,6
Total	**82**	**100,0**

Fuente: cuestionario de las características de los adultos mayores.

En la tabla 3, Con respecto al género de los participantes, se identificó una ligera predominancia de hombres con un 52,4%, en comparación con un 47,6% de mujeres, lo que refleja una composición bastante equitativa en la muestra analizada. Este panorama difiere de los reportes del Instituto de Información Informática, cuyas estadísticas indican históricamente una tasa de feminidad más elevada en este grupo poblacional.

De acuerdo con las proyecciones demográficas nacionales, la composición poblacional de Perú muestra variaciones notables. Para el año 2026, el segmento de adultos mayores (60 años o más) representa cerca del 14,8% del total de habitantes, lo que evidencia un proceso de envejecimiento poblacional a ritmo acelerado según los registros del Censo Nacional. En términos de género, los datos revelan una paridad generalizada, aunque con un leve predominio de mujeres en este rango de edad, fenómeno atribuido a su superior expectativa de vida. Este patrón de equidad numérica se alinea con los registros históricos de los censos previos, los cuales han mostrado de manera constante proporciones muy similares entre ambos sexos [63].

De igual forma, De acuerdo con las proyecciones demográficas del INEI (2025, 2026), la población de la tercera edad en el Perú muestra una ligera tendencia al crecimiento en el sector femenino. Si bien la distribución exacta por género se consolidará con los próximos censos, los reportes trimestrales de 2025 señalan que las mujeres constituyen el 52,4% de este grupo etario, frente a un 47,6% de varones. Para el año 2026, la brecha se amplía levemente, situando la participación femenina en un 52,5% y la masculina en un 47,5%. Este comportamiento no solo consolida la feminización del envejecimiento en el país, sino que coincide con un incremento notable de hogares que albergan a

personas adultas mayores [64]. Los hallazgos demostraron una mayor prevalencia de en el sexo femenino dentro del grupo de adultos mayores, así como un incremento en la jefatura o conformación de hogares con presencia de este grupo etario.

Es importante señalar que las mujeres superan a los hombres en esperanza de vida debido a una combinación de factores biológicos como la genética y las hormonas y conductuales, entre los que destacan un mayor autocuidado y redes de socialización más sólidas. Sin embargo, esta longevidad suele acompañarse de una menor independencia funcional y de tasas más altas de depresión y ansiedad. Esto incrementa la necesidad de cuidados a medida que envejecen, lo que a su vez puede generar un mayor deterioro físico. A pesar de este panorama, las mujeres tienden a buscar atención médica de manera más temprana frente a diversas afecciones, tanto físicas como de salud mental, incluyendo trastornos como la depresión o el dolor crónico [65].

De igual forma estudios como el Observatorio Regional de Salud Mental de Cajamarca correspondientes al año 2023, revelan una alta prevalencia de atenciones por sintomatología depresiva, con un total de 26,344 casos reportados. Al segmentar los datos por sexo, se evidencia una clara disparidad epidemiológica: el 61% de las personas atendidas corresponden al género femenino, mientras que el 39% pertenecen al género masculino. Está marcada brecha de género no es un fenómeno aislado de la región, sino que coincide plenamente con los patrones observados a nivel nacional e internacional [7]. La mayor prevalencia e impacto de la depresión en el género femenino dentro del contexto de Cajamarca puede ser explicada a través de un enfoque multifactorial que involucra variables biológicas, psicológicas y socioculturales, como la muerte del cónyuge, el abandono o la falta de recursos económicos.

Las mujeres presentan una mayor predisposición a sufrir alteraciones del estado de ánimo como la depresión. Según estudios psicológicos, ellas suelen responder a la adversidad con aislamiento y autoculpabilidad. En contraste, los hombres tienden a negar los problemas y a evadirse volcándose en sus actividades. [24].

Tabla 4. Enfermedad actual de los adultos mayores del Hospital de Chota – 2026

Enfermedad actual	N°	%
Hipertensión Arterial	18	22,0
Diabetes	13	15,9
Gastritis crónica	12	14,6
Neumonía	4	4,9
Otros (enfermedades osteoarticulares: osteoporosis, artritis)	35	42,7
Total	**82**	**100,0**

Fuente: cuestionario de las características de los adultos mayores.

En la tabla 4, en cuanto a la enfermedad actual los resultados fueron los siguientes, aquellos adultos mayores que presentaron otras enfermedades osteoarticulares (osteoporosis, artritis) representaron el 42,7%, aquellos con hipertensión arterial fue el 22,0%. Los resultados muestran un notable aumento de otras patologías, ya que los adultos mayores manifestaron presentar enfermedades óseas, tales como la artritis y la osteoporosis. A pesar de este incremento, la hipertensión arterial continúa siendo una de las afecciones más comunes, la cual suele coexistir con trastornos de la salud mental como la depresión.

Los hallazgos de este estudio sobre otras patologías coinciden con los reportes del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), los cuales señalan a la osteoporosis y la artrosis como las principales afecciones óseas y osteoarticulares en adultos mayores. Por un lado, la Sociedad Peruana de Reumatología estima una prevalencia de estas enfermedades en torno al 41% en este grupo etario, mientras que investigaciones de EsSalud la sitúan en un 30%. No obstante, el panorama clínico es aún más crítico según el Ministerio de Salud (Minsa), cuyas proyecciones epidemiológicas advierten que la cifra escala hasta afectar al 80% de este sector (8 de cada 10 personas), alertando además que hasta un 80% de las mujeres posmenopáusicas podría padecer estas condiciones sin haber sido diagnosticada [66].

Los hallazgos de este estudio respecto a otras patologías guardan consistencia con los reportes del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), los cuales identifican a la osteoporosis y la artrosis como las principales afecciones óseas y osteoarticulares en adultos mayores, Durante la aplicación de los instrumentos de medición, se evidenció que los adultos mayores presentan una mayor prevalencia de problemas óseos. Esta condición resalta la necesidad de implementar estrategias de intervención focalizadas para mejorar su calidad de vida y movilidad y disminuir sobre todo los trastornos depresivos [66].

Otro estudio guarda similitud con las cifras también con el INEI al mostrar que el 78,9% de la población adulta mayor peruana sufre de enfermedades crónicas. Esta condición afecta principalmente a las mujeres (82%), registrándose además una alta incidencia de problemas de HTA respiratorios. Las enfermedades no transmisibles, agravadas por factores socioeconómicos y sedentarismo, representan la principal causa de morbilidad en este grupo etario [66].

De igual forma los hallazgos de por Araya-OM, refiere que nivel mundial, una cuarta parte de la población padece hipertensión, mientras que la diabetes tipo 2 afecta al 6-8% de los adultos mayores. Aunque ambos son factores de riesgo independientes para las enfermedades cardiovasculares, su coexistencia genera un efecto multiplicador, elevando drásticamente el riesgo de complicaciones tanto micro vasculares como macro vasculares [67]. Por lo tanto, los resultados respaldan la postura de Araya-OM sobre la peligrosidad de esta coexistencia. Esto evidencia la urgencia de diseñar estrategias de tamizaje temprano y manejo clínico agresivo en la atención primaria, orientadas no solo a controlar los niveles de glucemia, sino también la presión arterial de forma conjunta para frenar el impacto cardiovascular.

Por su parte, Palomino clasifica las patologías crónicas no transmisibles (ECNT) como patologías de evolución lenta. El autor señala que las de mayor prevalencia en el adulto mayor son las cardiovasculares que pueden desencadenar los accidentes cerebrovasculares, las renales, las respiratorias

crónicas (como el asma y la obstrucción pulmonar), el cáncer y la diabetes. Actualmente, la incidencia mundial de estas afecciones va en aumento, lo que las convierte en un grave problema de salud pública debido a su alto impacto en los costos sanitarios, la capacidad productiva, la morbilidad y la mortalidad [68].

El incremento en la incidencia de patologías crónicas anticipa una crisis estructural en el financiamiento del Ministerio de Salud (MINSA), debido a la necesidad de recursos económicos sostenidos en el tiempo. Este panorama no solo contrae la productividad laboral, sino que también vulnera la autonomía del adulto mayor, trasladando la carga del cuidado hacia el núcleo familiar. En este escenario de dependencia y vulnerabilidad, la salud mental de este grupo poblacional se ve severamente afectada, registrando una alta prevalencia de cuadros depresivos [68].

De esta forma las patologías crónicas más comunes las cuales se han encontrado en el estudio como la hipertensión arterial, diabetes, dislipemias y obesidad presentan una tendencia en aumento [68]. Los hallazgos evidencian la presencia de depresión presuntiva en los adultos mayores evaluados, vinculada a la necesidad de convivir diariamente bajo estrictos regímenes y recomendaciones médicas debido a las patologías mencionadas

Por lo tanto, en los adultos mayores, la evidencia epidemiológica señala una fuerte asociación entre las enfermedades prevalentes y la depresión. Patologías crónicas como la diabetes, la hipertensión y los trastornos osteo articulares y enfermedades neurológicas, tales como el Alzheimer y el Parkinson, actúan de forma bidireccional. Estas condiciones fungen como factores de riesgo, precursores o manifestaciones de la propia depresión, lo cual deteriora la calidad de vida y aumenta el riesgo de suicidio, una de las principales preocupaciones en esta población [69].

Finalmente, los resultados coinciden con la literatura actual al demostrar que la depresión en el adulto mayor no es un fenómeno aislado, sino un componente sistémico de la comorbilidad crónica. La relación bidireccional hallada entre la depresión y patologías como la diabetes o la hipertensión

sugiere que el deterioro físico y el neuropsiquiátrico se retroalimentan de forma negativa [70].

Tabla 5. Ocupación de los adultos mayores del Hospital de Chota – 2026

Ocupación	N°	%
Sin ocupación	27	32,9
Ama de casa	23	28,0
Trabajador privado	11	13,4
Comerciante	6	7,3
Agricultor	2	2,4
Otros	13	15,9
Total	**82**	**100,0**

Fuente: cuestionario de las Características de los adultos mayores.

En la tabla 5, los datos revelan que la inactividad laboral predomina en el 32,9% de los adultos mayores evaluados, mientras que las labores del hogar ocupan el segundo lugar con un 28,0%. Este panorama refleja una compleja contradicción en la vejez: por una parte, un gran porcentaje se retira del mercado laboral debido al desgaste biológico propio de la edad o al beneficio del retiro formal; por otra, persiste un grupo en condiciones de fragilidad que no puede darse el lujo de dejar de trabajar, puesto que sus ingresos representan el soporte exclusivo de sus familias. [71].

Los hallazgos guardan cierta similitud con López et, donde en el Perú, la población adulta mayor presenta una tasa de participación laboral cercana al 48,5%, distribuida en diversas ocupaciones (ama de casa, sin ocupación en la sierra mayormente la ocupación es agricultor y privado). Sin embargo, persisten marcadas brechas de desigualdad: las mujeres adultas mayores suelen dedicarse predominantemente a labores domésticas no remuneradas, mientras que una proporción significativa de este grupo se inserta en el empleo informal y el sector privado, enfrentando altos niveles de precariedad [71].

Ante esta realidad, la inactividad laboral se identifica como un factor de riesgo directo que agrava la vulnerabilidad económica. La falta de ocupación no solo impide cubrir la canasta básica familiar y costear medicamentos esenciales, sino que también impacta negativamente en la salud física y mental de las personas en esta etapa de la vida, predisponiéndolas a sufrir depresión [71].

En la vejez, la ocupación va más allá de estar activo; representa todas aquellas tareas diarias con valor personal, como el cuidado propio, los quehaceres domésticos, el aprendizaje, el trabajo y el tiempo libre. Especialmente después de la jubilación, mantener estas rutinas es vital para proteger la salud física y mental. Al asumir roles adaptados y con propósito, las personas mayores no solo defienden su autonomía, sino que también evitan el aislamiento y se mantienen conectadas con su entorno. [33].

Según los estudios realizados por Barreyro y Tartaglini, donde se presentan los datos sociodemográficos correspondientes a los sujetos participantes. Las ocupaciones principales: alto ejecutivo o empresario 26%, empleado 19% y comerciante 18. Para las mujeres, los mayores porcentajes se ubican en estado civil casada 50% siendo las principales ocupaciones: comerciantes 39%, oficios varios 20%, empleada 17% y profesional independiente 11% [72]. Al contrastar los hallazgos, se observaron discrepancias con los antecedentes de Barreyro y Tartaglini, cuyos datos indicaban un predominio de adultos mayores sin ocupación laboral. Por el contrario, los datos actuales revelan la persistencia de una vida laboral activa en ciertos subgrupos de adultos mayores, a pesar de que las condiciones salariales de dichos empleos suelen ser notablemente desventajosas o inferiores.

Por otro lado los resultados son diferentes de los reportados por el estudio realizado Perú, donde el acceso a la pensión de jubilación es bajo (solo el 25%), la tasa de ocupación de los adultos mayores se mantiene alta, alcanzando el 46% a nivel nacional, la alta tasa de empleo informal, al no contar con redes de protección social o pensiones adecuadas, una gran proporción de adultos mayores sigue trabajando en la agricultura, el comercio ambulatorio o labores independientes hasta edades muy avanzadas, la ocupación laboral es notablemente mayor en zonas rurales, donde muchos adultos mayores se mantienen activos en el campo, lo que a menudo reporta distintos niveles de calidad de vida y autonomía respecto a los adultos mayores urbanos [73].

De acuerdo a lo observado el adulto mayor a menudo no tiene una ocupación establecida debido a la jubilación, pero también por barreras laborales como la discriminación por edad, prejuicios sobre su productividad y salud, falta de

adaptación tecnológica, y a veces por sus propias limitaciones físicas o de salud, aunque muchos desean o necesitan seguir activos por razones económicas, sociales y de bienestar. La búsqueda de una ocupación es crucial para su salud física y mental, pero las estructuras sociales y laborales actuales a menudo no facilitan su plena integración [73].

La vejez es un proceso multidimensional, cuyo significado está determinado por factores socioculturales, históricos, económicos y políticos. En la sociedad actual, el papel de las personas mayores suele estar asociados a la discriminación y a la desvalorización de su aporte. La marginación del mercado laboral provoca que muchos adultos mayores se sientan una carga familiar, un factor que a menudo desencadena la depresión. Por ello, el envejecimiento se considera hoy un constructo complejo que es evaluado desde una dimensión de salud integral, convirtiéndose en un indicador clave del nivel y la calidad de vida de las personas [74]

Por lo tanto, la situación ocupacional de los adultos mayores marcada por la jubilación, el desempleo o la falta de actividades rutinarias se relaciona directamente con un mayor riesgo de sufrir depresión. Diversas investigaciones indexadas en plataformas científicas indican que la pérdida de un rol productivo reduce el bienestar emocional y limita las redes de apoyo social. Al cesar su actividad laboral, la persona experimenta transformaciones profundas tanto en su estilo de vida como en sus entornos familiar y social [75].

Esta pérdida de espacios de desarrollo influye negativamente en su rutina cotidiana y fomenta un repliegue del sistema social. Este fenómeno de desvinculación se ve agravado por los estereotipos occidentales que asocian la vejez con el declive de las capacidades funcionales, físicas y de competencia, priorizando la juventud. Como consecuencia, el adulto mayor suele experimentar temor o aversión hacia el envejecimiento, lo que intensifica su aislamiento y marginación social [75].

Tabla 6. Estado civil de los adultos mayores del Hospital de Chota – 2026

Estado civil	N°	%
Casado	32	39,0
Viudo	21	25,6
Soltero	20	24,4
Conviviente	9	11,0
Total	**82**	**100,0**

Fuente: cuestionario de las características de adultos mayores.

En la tabla 6, los hallazgos muestran que (39,0%) de las personas adultas mayores son casados, seguidos por los viudos fue de 25%. Los resultados revelan un aumento en el porcentaje de adultos mayores casados. Esta tendencia podría explicarse por las costumbres tradicionales de este grupo poblacional, marcando un claro contraste con las dinámicas de las generaciones más jóvenes. Por otra parte, se observa la existencia de adultos mayores en situación de viudez, soltería o convivencia.

Los hallazgos concuerdan con los resultados reportados por el instituto nacional de estadística e informática (INEI), donde se reflejan que la mayoría de adultos mayores están casados o convivientes 58,1%, seguidos por viudos 23,4% y solteros, divorciados y separados 18,5%, con una tendencia a la viudez mayor en mujeres. Esta situación se relaciona con la tendencia que está impulsada por décadas pasadas y por la costumbre de formar parejas para toda la vida, en cuanto a la viudez está estrechamente relacionado con las mujeres ya que enfrentan la viudez principalmente por la mayor esperanza de vida en comparación con los hombres, sumado a factores de salud, sociales y económicos [76].

El bienestar integral del adulto mayor está estrechamente vinculado a su situación conyugal y al respaldo familiar. Quienes cuentan con una pareja tienden a afrontar las enfermedades con mayor resiliencia, lo que reduce notablemente la probabilidad de desarrollar discapacidades. Esto se debe a que el cuidado mutuo actúa como un soporte físico y emocional constante. Asimismo, el acompañamiento familiar alivia los síntomas depresivos y optimiza la atención de sus necesidades. En contraste, las personas solteras o viudas muestran una mayor vulnerabilidad ante el aislamiento social y la falta de asistencia, lo que incrementa el riesgo de abandono y complicaciones de salud, evidenciando la urgencia de consolidar redes de apoyo sólidas. [77].

El análisis de la calidad de vida en el adulto mayor soltero revela una compleja interacción entre la resiliencia individual y los riesgos asociados al aislamiento. Si bien la soltería en la vejez no determina de manera unidireccional la experiencia vital, la ausencia de una pareja conyugal suele correlacionarse con índices más elevados de soledad emocional y social. Frente a este panorama, las redes de apoyo comunitario y los vínculos familiares emergen como factores protectores críticos. Estos sistemas de soporte mitigan el impacto de la soledad, garantizando que el proceso de envejecimiento se desarrolle con dignidad, paz y satisfacción personal [78].

La decisión de vivir de manera independiente refleja autonomía, el estado civil solitario conlleva una vulnerabilidad latente en la vejez. Cuando estos adultos mayores enfrentan crisis o deterioros en su salud, la ausencia de redes familiares de apoyo se vuelve crítica. Sin una red de parentesco que brinde cuidados o asistencia inmediata, estas personas se convierten en el grupo más sensible y desprotegido ante cualquier necesidad física o emocional [78].

El estado civil impacta profundamente el bienestar de los adultos mayores, ya que la compañía ofrece protección y propósito, mientras que la pérdida de la cónyuge genera desafíos como el aislamiento, el estrés y cambios drásticos en la vida diaria, evidenciando que la búsqueda de apoyo y conexión es una necesidad humana fundamental, más allá de la mera supervivencia, para

mantener la salud física y emocional, combatiendo la depresión y fortaleciendo el sistema inmunológico [34].

La viudez, es la pérdida de la pareja, es una transición vital que redefine las redes sociales del adulto mayor, generando vulnerabilidad a la soledad y un vacío emocional profundo, cuya experiencia varía desde la superación con nuevas relaciones hasta una condición crónica, dependiendo de factores como la calidad del matrimonio previo, el apoyo social preexistente, la situación económica, educación y salud, lo que subraya la necesidad de apoyo psicosocial y la adaptación a un nuevo rol y rutina [79].

Para los adultos mayores, la pérdida de la pareja representa una de las transiciones vitales más dolorosas, cuyo afrontamiento pone a prueba la resiliencia construida a lo largo de su vida. La ausencia de un compañero de muchos años altera drásticamente su bienestar emocional. Esta vulnerabilidad se agrava al coincidir con el deterioro físico propio de la edad y con la distancia de los hijos, quienes suelen tener sus propias familias. Como resultado, la viudedad genera una profunda sensación de soledad, incrementando el riesgo de desarrollar ansiedad y depresión que terminan comprometiendo su salud integral [79]

Tabla 7. Religión de los adultos mayores del Hospital de Chota – 2026

Religión	N°	%
Católica	57	69,5
Otros (testigos de Jehová y adventistas)	25	30,5
Total	**82**	**100,0**

Fuente: cuestionario de las características de los adultos mayores.

Los resultados de la Tabla 7 muestran que la mayoría de la población adulta mayor profesa la religión católica, representando el 57% del total. No obstante, se identificó un porcentaje que pertenece a otras denominaciones religiosas, entre las que destacan los adventistas y los testigos de Jehová. La religión católica se manifiesta con mayor arraigo en los adultos mayores, sector donde la fe se intensifica ante situaciones críticas como las enfermedades. No obstante, existe un grupo que opta por migrar hacia otras religiones, motivado por la búsqueda de alternativas para restablecer su bienestar físico y mental

Los hallazgos del presente estudio no reflejan una relación muy estrecha con INEI (2024), las cuales indican que la población adulta mayor representa el 13.9% del país y posee una fuerte identidad religiosa. Mientras la filiación católica general descendió al 64% en 2024, este grupo etario mantiene una sólida práctica devota motivada por factores culturales, emocionales y de acompañamiento. Adicionalmente, el INEI destaca la relevancia del credo evangélico en este sector como un medio de seguridad espiritual; dinámicas globales que contrastan con los resultados recolectados de forma directa en este trabajo [77].

De igual forma lo hallazgos en el estudio de Mejía se evidencia que el 90,3% eran de religión católica. La religión y la espiritualidad en adultos mayores, actúan como factores fundamentales de afrontamiento, brindando sentido de vida, equilibrio emocional y apoyo social, especialmente ante

enfermedades crónicas y la hospitalización. Las prácticas comunes incluyen la oración y la lectura espiritual, asociándose a una mejor calidad de vida y un envejecimiento saludable [80].

En cuanto a Gómez P, refiere que la espiritualidad y religiosidad se puede relacionar con diversos elementos que influyen de manera significativa en el proceso de enfermedad por el cual atraviesa el individuo. Siendo, de gran ayuda en la satisfacción de la vida, sea cual sea la situación que un individuo presente; esta apoya a la adaptación de los impedimentos, que se presentan al poseer una enfermedad crónica o trastornos mentales como la depresión. La religiosidad, permite disfrutar de una buena salud física y mental, a pesar de la enfermedad físicas y mentales que está presentando un individuo [81].

Además, la espiritualidad y religiosidad en la disciplina de enfermería juegan un papel importante dentro del proceso salud-enfermedad. En el cuidado del adulto mayor, que es la persona con un gran número de problemas fisiológicos y emocionales propios de la edad, y estilos de vida característicos, al verse enfrentados a situaciones de salud que los acerquen un poco más a la muerte, acuden a unas prácticas y creencias religiosas donde se sienten fortalecidos y esperanzados en su recuperación o en el aceptar su condición de una manera positiva; y es aquí donde la enfermera basada en sus conocimientos interviene en el cuidado de una manera holística, teniendo en cuenta todas aquellas dimensiones del ser, que puedan fortalecerse mediante unas intervenciones que apunten al bienestar del adulto mayor [81].

Tabla 8. Ingreso mensual de los adultos mayores del Hospital de Chota – 2026

Ingreso mensual	N°	%
Menos del sueldo mínimo (debajo de S/ 1,230)	66	80,5
Sueldo mínimo (S/ 1,130)	8	9,8
Más del sueldo mínimo (sobre de S/ 1,230)	8	9,8
Total	**82**	**100,0**

Fuente: cuestionario de las características de los adultos mayores.

En la tabla 8, en cuanto al ingreso económico del adulto mayor la mayoría presenta un sueldo mínimo que refleja el 80,5% en cuanto al sueldo mínimo y más del sueldo mínimo es de 9,8%. Los resultados demuestran que la mayoría de los adultos mayores percibe ingresos inferiores al sueldo mínimo. Esta situación se atribuye a una disminución en su capacidad de producción económica, lo cual genera una mayor preocupación para cubrir sus necesidades básicas

Según las investigaciones presentadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), se evidencian discrepancias con los datos previos, al registrar que las personas de la tercera edad en el territorio peruano perciben una remuneración media de S/ 1 462,1. La Población mayor de 80 años la gran mayoría no se encuentra económicamente activa. la principal fuente de ingresos no proviene de un trabajo, sino de transferencias familiares o de subsidios, El apoyo económico en la tercera edad es vital para contrarrestar el deterioro de la capacidad funcional, permitiendo a los adultos mayores acceder de forma independiente a alimentos, medicamentos y servicios de salud [82].

El programa estatal Pensión 65 ofrece un respaldo económico vital a la mayor parte de la población peruana que supera los 80 años y vive en condiciones de extrema pobreza. Recientemente, este subsidio bimestral se incrementó a 350 soles, una medida que consolida la seguridad financiera de este sector vulnerable al garantizarles un sustento básico para su día a día. Este aumento en la subvención bimestral mejora directamente la calidad de vida de los adultos mayores, ofreciendo un respaldo económico clave en su día a día. El programa busca evitar que los beneficiarios trabajen por necesidad o realicen labores forzosas que perjudiquen su salud y condición física [83].

El Gobierno amplió el alcance de esta ayuda financiera, logrando que un mayor número de ciudadanos cuente con los recursos indispensables para solventar sus gastos esenciales de subsistencia, prioritariamente para la alimentación. En el país, el notable crecimiento de este grupo etario, si bien es un indicador de desarrollo, representa un gran reto frente al desamparo. Por ello, estas políticas resultan fundamentales para garantizarles un envejecimiento activo e independiente [84].

De igual manera, Molés, en su estudio determinó que los bajos ingresos económicos en el adulto mayor, sumados a la pobreza, son factores de riesgo determinantes que aumentan significativamente la prevalencia de síntomas depresivos sobre todo la depresión moderada-severa. La limitación de recursos dificulta la calidad de vida, aumentando la vulnerabilidad [85].

La reducción de ingresos al finalizar la vida laboral activa coloca a muchos adultos mayores en situación de pobreza, lo cual compromete su calidad de vida y salud. Sin embargo, las pensiones estatales funcionan como una red de protección crucial, garantizando dignidad y mitigando la vulnerabilidad social en esta etapa [84].

Los ingresos durante la vejez constituyen un reflejo directo de las desigualdades experimentadas a lo largo de la vida laboral activa. Por un lado, las personas mayores con un alto nivel educativo, mayor especialización o trayectorias en el sector formal suelen percibir ingresos superiores al salario

mínimo. Por el otro, aquellos individuos que transitaron por empleos informales o intermitentes apenas logran cubrir sus necesidades con ingresos básicos [86].

La prolongación de la vida laboral en la vejez suele darse bajo condiciones de alta precariedad, obligando a este sector a aceptar puestos de menor cualificación o a enfrentar el edadismo en el mercado laboral. Esta situación se traduce en una progresiva pérdida de poder adquisitivo, la cual se ve agravada por marcos legales que facultan la reducción de sus ingresos por debajo del salario mínimo legal tras cumplir los 65 años o acceder a la jubilación. Los adultos mayores que gozan de buena salud deciden extender su vida productiva para mantener su autonomía económica y costear sus tratamientos y cuidados [86]. La falta de recursos económicos, sumada a la presencia de enfermedades preexistentes, agrava la situación de los adultos mayores. Como consecuencia, muchos de ellos experimentan un deterioro emocional severo, como la depresión. Esta vulnerabilidad financiera representa una desventaja crítica que limita su acceso a tratamientos adecuados y reduce drásticamente su calidad de vida.

Tabla 9: Grado de instrucción de los adultos mayores del Hospital de Chota – 2026

Grado de instrucción	N°	%
Sin grado de instrucción	31	37,8
Primaria	28	34,1
Secundaria	12	14,6
Superior	11	13,4
Total	**82**	**100,0**

Fuente: cuestionario de las características de los adultos mayores.

En la tabla 9, los datos revelan que la mayor parte de los adultos mayores evaluados carece de educación formal (37,8%), mientras que el 34,1% no logró concluir los estudios primarios, situándose como el segundo grupo más numeroso. Los resultados demuestran una alta prevalencia de adultos mayores sin escolaridad o con nivel primario incompleto. Esta brecha educativa limita el acceso a la información y restringe la capacidad de identificar oportunamente problemas de salud mental, específicamente la depresión.

Lo hallazgos reportados conciernen con lo que brindo por el INEI, donde en el primer trimestre de 2025, el 14,6% de la población de 60 y más años en el Perú se encontraba sin grado de instrucción. Por consiguiente, la falta de escolaridad estructural se erige como una barrera crítica en el acceso a la información para este grupo etario. Este panorama resulta alarmante, puesto que compromete las condiciones necesarias para garantizar un envejecimiento digno en los adultos mayores [83].

Sin embargo, los hallazgos del año 2024 muestran resultados diferentes. Al respecto, se observó que el mayor porcentaje de la población presenta un nivel educativo primario (36,1%) o secundario (29,6%). Asimismo, persisten las brechas de género: existe una mayor proporción de mujeres sin educación o solo con nivel inicial (17,5%) en comparación con los hombres (4,0%). Este fenómeno puede atribuirse a la persistencia de roles tradicionales que priorizan

el trabajo doméstico y de cuidado para las mujeres, relegando su formación académica, en concordancia con los análisis de sobre exclusión social [83].

En cuanto los hallazgos en Cajamarca los resultados son similares donde es el departamento con mayor tasa de analfabetismo en adultos mayores en el Perú durante 2024, con un 10,6% de analfabetismo y un alto índice de vulnerabilidad educativa del 33,4%. La situación afecta más a mujeres rurales y, a nivel nacional, el 14,6% de adultos mayores sin grado de instrucción [83]. Esta situación, que se repite en todo el Perú, tiene un rostro claro en Cajamarca. Para la actual generación de adultos mayores, las escuelas en las zonas rurales eran prácticamente inexistentes. Como las familias dependían de la agricultura de subsistencia, el trabajo infantil se convirtió en una necesidad que desplazó por completo a la educación.

Existe una relación directa en el nivel educativo y la salud psicológica en la vejez. Mientras que la falta de educación eleva el riesgo de padecer depresión, la culminación de los estudios primarios o superiores opera como un escudo protector. Este fenómeno se explica porque la escolaridad avanzada fortalece los recursos cognitivos y la capacidad de resiliencia frente al estrés, si bien su impacto puede variar en función del entorno social del adulto mayor [88].

El acceso a la educación en los adultos mayores constituye un determinante social clave para la salud. Un nivel educativo óptimo no solo facilita la comprensión de diagnósticos y tratamientos médicos, sino que empodera a la persona en tomar decisiones informadas sobre su bienestar. Asimismo, este desarrollo cognitivo y social ejerce un impacto directo en la salud mental, al actuar como un factor protector que previene o mitiga trastornos afectivos como la depresión [88].

La trayectoria escolar influye de manera decisiva en el nivel de bienestar y la estabilidad que experimentan los adultos mayores. Existe un vínculo directo entre el rezago educativo y el deterioro de la salud mental. Diversos estudios demuestran que las personas con menor escolaridad enfrentan un riesgo elevado de padecer soledad crónica y trastornos del estado de ánimo. En contraste, el acceso a mayores niveles educativos y la enseñanza continua a

lo largo de la vida fungen como factores protectores, permitiendo a los adultos mayores gestionar mejor su salud, mantener su autonomía y lograr un envejecimiento digno y activo [87].

En efecto, un alto nivel académico influye positivamente al mitigar los estragos de la vejez y de diversas enfermedades. Mantener el cerebro activo y en constante entrenamiento fomenta la reserva cognitiva, lo que disminuye el riesgo de padecer patologías como la depresión. Asimismo, la formación académica y personal desarrolla una mayor confianza en uno mismo, actuando como un factor protector frente al aislamiento social [88]. El proceso educativo continuo actúa como una columna fundamental para el progreso de la resiliencia en las personas mayores. A través del aprendizaje, adquieren herramientas cognitivas y emocionales que les facilitan la adaptación a los desafíos propios de la vejez, tales como la jubilación o la pérdida de un ser querido. Esta capacidad de adaptación y resolución de problemas se traduce en una mayor autonomía, promoviendo un estilo de vida más activo y saludable.

4.3. Depresión presuntiva y características sociodemográficas en adultos mayores del Hospital de Chota.

Tabla 10. Relación entre depresión presuntiva y características sociodemográficas en adultos mayores del Hospital de Chota – 2026

Características sociodemográficas	Depresión presuntiva				Total		p-valor*
	Si		No				
	N°	%	N°	%	N°	%	
Edad							
60 – 69 años	31	37,8	5	6,1	36	43,9	1,000
70 – 79 años	31	37,8	4	4,9	35	42,7	
80 – más años	10	12,2	1	1,2	11	13,4	
Sexo							
Femenino	33	40,2	6	7,3	39	47,6	0,507
Masculino	39	47,6	4	4,9	43	52,4	
Enfermedad actual							
Neumonía	4	4,9	0	0,0	4	4,9	0,659
Diabetes	11	13,4	2	2,4	13	15,9	
HTA	16	19,5	2	2,4	18	22,0	
Gastritis crónica	12	14,6	0	0,0	12	14,6	
Otros (osteoporosis y artritis)	29	35,4	6	7,3	35	42,7	
Ocupación							
Trabajo privado	9	11,0	2	2,4	11	13,4	0,444
Ama de casa	20	24,4	3	3,7	23	28,0	
Agricultor	1	1,2	1	1,2	2	2,4	
Comerciante	6	7,3	0	0,0	6	7,3	
Sin ocupación	25	30,5	2	2,4	27	32,9	
Otros	11	13,4	2	2,4	13	15,9	
Estado civil							
Casado	26	31,7	6	7,3	32	39,0	0,074
Soltero	16	19,5	4	4,9	20	24,4	
Viudo	21	25,6	0	0,0	21	25,6	

Conviviente	9	11,0	0	0,0	9	11,0	
Religión							
Católica	48	58,5	9	11,0	57	69,5	0,269
Otros	24	29,3	1	1,2	25	30,5	
Ingreso mensual							
Menos de RMV	59	72,0	7	8,5	66	80,5	
RMV	7	8,5	1	1,2	8	9,8	0,453
Más de RMV	6	7,3	2	2,4	8	9,8	
Instrucción							
Sin grado de instrucción	30	36,6	1	1,2	31	37,8	
Primaria	25	30,5	3	3,7	28	34,1	0,053
Secundaria	9	11,0	3	3,7	12	14,6	
Superior	8	9,8	3	3,7	11	13,4	
Total	72	87,8	10	12,2	82	100,0	

* Prueba exacta de Fisher: p > 0,05.

En la tabla 10 se presenta la relación entre depresión presuntiva y las características sociodemográficas en adultos mayores del Hospital de Chota, la depresión presuntiva se agrupó principalmente en el grupo de 60 a 79 años 37,8%, varones 47,6%, Asimismo, predominó en quienes padecen otras enfermedades 35,4%, desempleados 30,5%, casados 31,7%, católicos 58,5% personas con ingresos de sueldo mínimo 72,5%, y personas sin instrucción escolar 36,6%. A nivel estadístico, se aceptó la hipótesis nula, determinando que la relación entre la depresión presuntiva y las características sociodemográficas no es significativa (p > 0,05). Los siguientes resultados evidenciados demuestran que hay un alto porcentaje de índice de personas adultas mayores con depresión presuntiva

En cuanto la relación con la variable edad, los resultados del presente trabajo de investigación no evidenciaron asociación significativa con la depresión presuntiva, aceptándose la hipótesis nula (p > 0,05). Por el contrario, dichas conclusiones no coinciden con lo reportado por Solano D et al. [5], quienes señalan que la depresión es más recurrente en adultos mayores de 70 años y

que su presencia se incrementa con la edad. El riesgo de padecer trastornos depresivos se incrementa de manera gradual conforme avanza la edad, manifestándose con especial agresividad en la población que supera los 70 años. No obstante, es probable que factores protectores del entorno local, como el apoyo familiar y el envejecimiento activo, hayan mitigado los efectos del envejecimiento sobre la salud mental en la muestra analizada.

En este contexto, la depresión en la tercera edad emerge como una patología altamente prevalente que se incrementa de manera proporcional a la edad. Esta condición suele estar estrechamente vinculada a factores de riesgo biopsicosociales, tales como el dolor crónico, la soledad, los procesos de duelo y el padecimiento de enfermedades crónicas. Clínicamente, se caracteriza por una presentación atípica, donde predominan las quejas somáticas y el deterioro cognitivo por encima de la tristeza manifiesta [89].

El riesgo es particularmente mayor en las mujeres y en individuos con algún grado de deterioro funcional. Múltiples investigaciones epidemiológicas señalan una prevalencia alarmante de manifestaciones depresivas en la población mayor de 64 años. Esta situación merma drásticamente el bienestar cotidiano de este grupo de edad y se vincula de manera directa con un incremento en las tasas de fallecimiento prematuro [89].

De igual manera, en el estudio realizado por Calcina. (2023) se asemejan donde indican que la depresión en la tercera edad es una condición significativa, la cual se manifiesta con mayor prevalencia en adultos mayores de 80 años en adelante. Ante esta realidad, es fundamental implementar intervenciones adaptadas a sus necesidades específicas, lo cual resulta clave para mitigar los síntomas, fomentar la autonomía y potenciar el bienestar integral de esta población [11].

El avance de la edad cronológica se asocia con un aumento en el riesgo de desarrollar depresión. Sin embargo, en los adultos mayores este trastorno se manifiesta de forma distinta a otros grupos de edades: la tristeza suele quedar en segundo plano frente a dolores físicos persistentes, fatiga, pérdida de apetito, insomnio, lentitud al moverse y una preocupación obsesiva por la salud. Adicionalmente, el envejecimiento entrelaza de forma crítica la salud mental y la

cognición. En muchos casos, la depresión funciona como una señal de alerta temprana de un problema cognitivo mayor o como una condición secundaria que agrava notablemente la dependencia física y mental de la persona [89].

Respecto a las diferencias por género, los reportes de la Dirección Regional de Salud de Cajamarca revelan que las afecciones de salud mental tienen una alta incidencia en la vejez. De hecho, este tipo de trastornos concentra el 12% del total de consultas médicas registradas en la región para dicho grupo etario. Dentro de este grupo demográfico, los trastornos afectivos y de ansiedad constituyen las principales causas de consulta. Particularmente, los cuadros depresivos muestran una estrecha correlación con factores sociales como la soledad y el aislamiento. Asimismo, al analizar la distribución por género de la atención en salud mental a nivel regional, se observa una marcada brecha: las mujeres registran la mayor proporción de casos, concentrando entre el 61% y el 75% del total de pacientes atendidos en comparación con los varones [7].

La prevalencia de la depresión es notablemente más alta en el sexo femenino. Esto se debe en parte a que las mujeres suelen reaccionar a las crisis con aislamiento y sentimientos de culpa, según evidencias psicológicas. Por su parte, el género masculino prefiere ignorar la situación adversa y canalizar su energía en múltiples tareas cotidianas como mecanismo de defensa. [24].

Por lo mencionado diversas investigaciones señalan que la prevalencia de los trastornos depresivos es significativamente más alta en la población femenina que en la masculina. Esta disparidad se vincula de manera directa con disparidades de carácter orgánico y fisiológico entre ambos sexos. En particular, las fluctuaciones en los niveles de hormonas esteroideas como la progesterona y los estrógenos ejercen una influencia considerable sobre la estabilidad emocional y el bienestar psicológico de las mujeres a lo largo de las distintas etapas de su ciclo vital. Los cambios en los niveles hormonales se producen durante una serie de acontecimientos que están asociados a la depresión, en particular los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo [24].

En el sexo masculino, el diagnóstico de depresión es menos frecuente que en el femenino, En los hombres, el trastorno depresivo se asocia con mayor frecuencia a alteraciones de la salud física. Un estudio reciente ha reportado una relación entre la depresión y un riesgo elevado de enfermedad coronaria en ambos sexos; sin embargo, únicamente en los hombres se observa una tasa de mortalidad significativamente mayor cuando la enfermedad coronaria coexiste con un trastorno depresivo. Asimismo, la presencia de alguna enfermedad actual se ha asociado con una mayor prevalencia de síntomas depresivos. [24].

Por otro lado, en relación a la enfermedad actual los resultados se asemejan a Arruda R [12]. Refieren que hay mayor depresión en aquellos que presentan alguna enfermedad tales como patologías musculo esqueléticas, enfermedades neurodegenerativas, etc. Otro estudio en el departamento de Cajamarca, los datos del observatorio se evidencian que la depresión fue reflejada mayormente aquellas personas con alguna patología adyacente [7].

El proceso de envejecimiento y la progresión de patologías crónicas (cognitivas, vasculares, cardíacas, digestivas y respiratorias) incrementan la vulnerabilidad de las personas mayores a desarrollar síndromes depresivos. En consecuencia, preservar una mayor autonomía funcional impacta positivamente en el bienestar general del adulto mayor y reduce significativamente el riesgo de depresión. [90].

Referente a la ocupación el estudio tiene similitud a Calcina E, donde evidenció que la depresión en los adultos mayores se concentra con mayor frecuencia en perfiles ocupacionales específicos, tales como amas de casa, trabajadores independientes y agricultores. Este panorama no solo concluye la complejidad del fenómeno depresivo en la tercera edad, sino que también resalta la relevancia de implementar intervenciones adaptadas. Es imperativo tener en cuenta estos aspectos socioeconómicos y laborales para diseñar estrategias que logren potenciar la calidad de vida en esta población [11].

El presente estudio sitúa a los adultos mayores en una etapa de alta vulnerabilidad. Debido a que la mayoría de la muestra corresponde a amas de casa sin empleo formal, la transición a esta edad suele detonar cuadros depresivos y cambios drásticos a nivel económico, familiar y personal. Esta falta

de adaptación se expresa de distintas maneras: algunos asumen la vejez como un descanso merecido, pero otros sufren por la monotonía, la falta de metas, el aislamiento, la precariedad financiera y un profundo sentimiento de inutilidad o vacío existencial [91].

A esto se le suma insuficiencia de espacios sociales que le permitan al senescente mantenerse en actividad. A diferencia de las mujeres, para los hombres sin ocupación laboral es más complejo readaptarse al hogar, lo que suele generar sentimientos de soledad y desplazamiento. La adulta mayor jubilada mantiene sus responsabilidades domésticas, lo que hace que su transición al hogar a tiempo completo y la pérdida de estatus social se vivan de manera más natural [91].

Respecto al estado civil, los hallazgos se asemejan con Pérez y Arcia, quienes reportaron una mayor prevalencia de depresión en adultos mayores viudos con el 44,3 %. La frecuencia fue menor en solteros con 37,6% y en casados con 18,1 % [92].

Los resultados de este estudio demostraron que las adultas mayores casadas presentan mayores evidencias de depresión. Respecto a la importancia de la pareja en esta etapa de la vida, los hallazgos evidencian su fuerte influencia durante la vejez, especialmente en los varones. Mientras que el hombre mayor asocia la jubilación y la viudez al fenómeno de la soledad, la mujer de edad avanzada vincula este estado principalmente al síndrome del nido vacío. Asimismo, el fallecimiento del cónyuge en la vejez provoca una pérdida irreparable en la red de apoyo emocional, afectivo y comunicativo del adulto mayor. Esta carencia se convierte en el principal detonante de un estado depresivo, en el cual el aislamiento y la soledad actúan como los factores de mayor riesgo para el desarrollo de conductas suicidas [92].

En otros resultados en cuanto a la religión el estudio se asemeja a Gallardo y Sánchez, refieren que la depresión presenta una alta incidencia, especialmente en los adultos mayores, según las investigaciones, las prácticas y experiencias espirituales se asocian de manera directa con una menor incidencia de síntomas depresivos. En consecuencia, los hallazgos sugieren que el abordaje de la

depresión geriátrica debería incorporar recursos psicológicos que potencien la resiliencia, el afrontamiento y el optimismo, destacando el importante rol de la espiritualidad [93].

En los adultos mayores católicos, la fe funciona como un mecanismo de afrontamiento eficaz ante las dificultades. La religiosidad actúa como un factor protector frente a la depresión, ya que proporciona un sentido de propósito vital, consuelo y redes de apoyo social que disminuyen la sintomatología depresiva. Estudios señalan que factores religiosos influyen significativamente en la salud mental, la espiritualidad y la participación en actividades religiosas (como ir a misa o rezar) ayudan a afrontar el dolor crónico, la soledad y el miedo a la muerte, comunes en la longevidad. La comunidad religiosa católica ofrece redes de apoyo que reducen el aislamiento, un factor de riesgo clave para la depresión, aunque la depresión es común en adultos mayores, una fe sólida ofrece esperanza y resiliencia [93].

Del mismo modo, en cuanto al ingreso mensual la investigación guarda cierta similitud de Calcina E. Refiere que existen mayor depresión aquellos que presenta ingreso financiero disminuido [11]. Esta concordancia puede explicarse debido a que la precariedad económica actúa como un estresor crónico. La falta de recursos limita el acceso a necesidades básicas, y servicios de salud, lo cual incrementa la vulnerabilidad psicológica y deteriora el bienestar emocional de los de los adultos mayores.

La depresión en adultos mayores está estrechamente vinculada a los bajos ingresos, siendo notablemente más frecuente en personas en situación de pobreza o pobreza extrema. Esta falta de recursos limita el acceso a servicios de salud, alimentación adecuada y bienestar general, lo que exacerba los trastornos del estado de ánimo, especialmente en mujeres y en los subgrupos de edad más avanzada [55].

De hecho, las personas mayores con menores ingresos presentan niveles más altos de depresión moderada a severa en comparación con aquellas de mejor posición económica. Diversos estudios en el Perú asocian el bajo nivel socioeconómico, la edad avanzada y el bajo nivel educativo como factores de

riesgo determinantes para este trastorno. De este modo, la precariedad económica actúa como un estresor crónico que deteriora profundamente la salud mental durante la vejez [55].

En el grado de instrucción tiene cierta similitud con el estudio de Solano et al, en el Perú, los adultos mayores con nivel de instrucción inicial presentan mayores niveles de depresión moderada y severa; asimismo el 23,9 % sin ningún nivel de instrucción tienen estos tipos de depresión [6].

De igual forma el estudio de Pérez y Arcia, defieren, que el 61,1 % de los adultos mayores deprimidos exhibe muy bajo nivel de escolaridad (primaria terminada o por debajo de esta) [85].

El bajo nivel de escolaridad limita la capacidad de resolver problemas cotidianos en la vejez. Esta falta de herramientas para comprender y dominar el entorno genera frustración y, en consecuencia, cuadros depresivos en el adulto mayor. Asimismo, la baja instrucción dificulta su adaptación a las exigencias del mundo actual. Esta problemática se acentúa en las mujeres, quienes arrastran las secuelas de la discriminación educativa sufrida en la etapa prerrevolucionaria. [94].

Finalmente, de debe recalcar que el adulto mayor es muy vulnerable a los estados depresivos, la cual está influenciada por la edad, el género y otros factores como la salud física y las relaciones sociales. De tal manera, se observa que durante el envejecimiento se presentan diferentes cambios de vulnerabilidad cognitiva emocionales como la depresión que si no se interviene el adulto mayor podrá desarrollar enfermedades tanto físicas y mentales [14].

Así mismo la teoría que se ha elegido permite al profesional de enfermería abordar de manera holística el proceso de la depresión, a limitar el daño y recuperar la salud perdida, a través de la educación y comunicación en salud; buscando promover conductas generadoras de salud positivas, que incrementen el autocuidado del paciente, busquen su empoderamiento en salud, asuman su responsabilidad frente a ella y valoren la capacidad del paciente para manejar y mantener su salud [14].

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos en la investigación, se concluye:

- En relación con la depresión presuntiva global, se observó que la mayoría de los adultos mayores presentaron síntomas depresivos, lo que evidencia una alta prevalencia de esta condición en la población estudiada.

- La mayor cantidad de adultos mayores se encontraron en las edades de 60 a 69 años, en cuanto al sexo, la mayoría fueron varones, en enfermedad actual prevaleció otras enfermedades (osteoporosis, artritis etc.), en relación a la ocupación el porcentaje más alto no tienen ninguna ocupación, en cuanto al estado civil un gran número son casados, en la religión es católica y en el ingreso mensual refirió, ganar menos del sueldo mínimo y finalmente en el grado de instrucción la totalidad refirió no tener ningún grado de instrucción.

- En cuanto a la relación entre la depresión presuntiva y las características sociodemográficas, se observó una mayor prevalencia del trastorno en el grupo de 60 a 79 años. Asimismo, este estado fue más frecuente en personas con comorbilidades (como osteoporosis y artritis), sin ocupación actual, de religión católica, con ingresos inferiores al sueldo mínimo y sin ningún grado de instrucción.

- Los resultados permiten evidenciar que la presencia de depresión presuntiva en los adultos mayores constituye una problemática trascendental que requiere atención preventiva y detección oportuna; sin embargo, las características sociodemográficas no demostraron estar asociadas estadísticamente con la depresión presuntiva en la población estudiada.

RECOMENDACIONES

A la Universidad Nacional Autónoma de Chota

- Promover la investigación aplicada en salud emocional gerontológica e implementar programas formativos universitarios para adultos mayores, con el fin de capacitar a los estudiantes en la identificación temprana de sintomatología depresiva.

A la red integral de salud

- Implementar protocolos de tamizaje mental periódicos durante la consulta de enfermería en los diferentes establecimientos de salud.

Al personal del Hospital de Chota.

- Diseñar e implementar talleres de salud mental y apoyo psicosocial integrados al programa del adulto mayor. Asimismo, fortalecer el tamizaje mediante capacitación continua para profesionales de la salud en la identificación temprana de síntomas depresivos. El objetivo es perfeccionar sus competencias para detectar signos de depresión presuntiva, previniendo complicaciones graves como el suicidio y garantizando una mejor calidad de vida en esta población.

- Implementar un consultorio de salud mental geriátrica atendido por un psiquiatra exclusivo, debido al alto porcentaje de adultos mayores con depresión detectado en los resultados.

- El Hospital José Soto Cadenillas de Chota debe fortalecer la atención integral del adulto mayor mediante la incorporación de profesionales especializados que identifiquen oportunamente trastornos depresivos, articulando esfuerzos con centros de rehabilitación Renacer para garantizar un soporte especializado. Asimismo, el personal de salud del Programa del Adulto Mayor debe trascender el enfoque en patologías físicas, integrando la evaluación y el cuidado del estado emocional de los usuarios en sus atenciones regulares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial para la salud; 2022 [Citado el 07 de agosto del 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health.

2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. El cambio demográfico presenta desafíos para el cuidado de la salud en las Américas. [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Panamericana de la Salud 2019. [Citado el 07 setiembre del 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

3. Organización Mundial de la Salud. Trastorno depresivo [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización mundial de la Salud; 2023 [Consultado el 07 de agosto del 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact sheets/detail/depression?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwtsy1BhD7ARIsAHOi4xY12C2cjjKKged2duuJsOOkdzP5iWtJg7Ys-ZMlGsO661qt4526zosaAmHCEALw_wcB

4. Organización Panamericana de la Salud. La salud mental: Washington, D.C., Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud; 2023 [Consultado el 07 de agosto del 2024]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/salud-mental.

5. Solano D, Bartolo F, Montes G, Pillhuaman N, Quispe G, Condado J, et al. Asociación entre la depresión y variables sociodemográficas en el adulto mayor en el Perú. Revista Ciencias de la Salud [Internet]. 2024 [Citado el 31 de julio del 2025]; 22(1): e22102. Disponible en http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732024000122102

6. Solano O, Gotarate F**,** Quintana G**,** Caña N, Quispe G, Jauregui J, Calero L Solano O. Asociación entre la depresión y variables sociodemográficas en el adulto mayor en el Perú. Revista Ciencias de la Salud [Internet]. 2020 [Consultado el 28 de julio del 2025]; 22, núm. 1, e22102. Disponible en:

https://www.redalyc.org/journal/562/56278893002/html/#:~:text=Adem%C3%A1s%2C%20es%20cierto%20lo%20afirmado,especialmente%20aquellos%20sin%20una%20jubilaci%C3%B3n.

7. Dirección Regional de Salud de Cajamarca. Observatorio Regional de Salud Mental [Internet]. Cajamarca; Perú; 2024 [Citado el 07 de agosto del 2024]. Disponible en: https://www.diresacajamarca.gob.pe/portal/noticias/det/8082

8. Moncayo DK. Niveles de depresión del adulto mayor que asiste a consulta externa del centro de salud tipo C Bastión Popular, cantón Guayaquil, [Tesis de licenciatura] [Internet]. Guayaquil; Ecuador: Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2023 [Citado el 07 de agosto del 2025]. disponible en: https://repositorio.upse.edu.ec/server/api/core/bitstreams/48be8957-b2fe-4d3e-a327-036039fa12a6/content

9. Martínez M, Gutiérrez A, Bonaparte E, Gómez C, Lajud N. Prevalencia de depresión en adultos mayores en consultorios externos de Michoacán, México. Atención Familiar [Internet]. 23 de marzo de 2021 [Citado del 28 de agosto de 2024];28(2):125-31. Disponible en: https://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/78803

10. Solórzano E, Torres J. Frecuencia de depresión y características sociodemográficas de personas que asisten al Club del Adulto Mayor. Centro de Salud San Pedro Cebollar [Tesis de medicina]. [Internet] Cuenca, Ecuador: 2021 [Citado el 29 de julio 2025]. Disponible en: http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/33824

11. Calcina E. Factores sociodemográficos asociados a la depresión en adultos mayores en un Hospital de Arequipa [Tesis de licenciatura] [Internet]. Arequipa, Perú: Universidad Tecnológica del Perú; 2023 [Citado el 29 de julio del 2025]. Disponible https://hdl.handle.net/20.500.12867/9982.

12. Arruda R. Características sociodemográficas asociadas a depresión en los adultos mayores atendidos en el centro de salud 09 de octubre [Tesis de medicina] [Internet]. Pucallpa, Perú: Universidad nacional de Ucayali; 2021 [Citado el 29 de julio 2025]. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.14621/4767

13. Palomino G y Pino G. Características sociodemográficas y su relación con la depresión en adultos mayores del centro poblado “villa cruz” [Tesis de licenciatura] [Internet]. Iquitos, Perú: Universidad Científica del Perú; 2021 [Citado el 29 de julio del 2025]. Disponible en: http://hdl.handle.net/20.500.14503/1697

14. Abramson L, Lauren B. Alloy I. Metaisky E, Bonifacio S. Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica [Internet]. 1997 [Citado el 31 de julio del 2025]; pp. 211-222. Disponible en: https://www.aepcp.net/wp-content/uploads/2020/05/Vol.-2.-N3-pp.-211-222.-1997.pdf

15. López M. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. Revista Medina Interna [Internet]. 2007 [Citado el 30 de julio del 2025]; 24(5): 209-211. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000500001&lng=es.

16. Botto, Acuña J, Jiménez J. La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. Revista. médico. Chile [Internet]. 2014 [Citado el 02 septiembre del 2024]; 142(10): 1297-1305. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010.

17. Serna, Cortés Y, Vanegas AM, Medina ÓA, Blandón OM, Cardona DV. Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. Revista ciencia médica [Internet]. 2020 [citado 2025 Sep 16]; 19(5): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000600016&lng=es. Epub 10-Nov-2020.

18. Pérez E, Cervantes V, Hijuelos A, Pineda J, Salgado H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. Revista biomédica [Internet]. 2017 [Citado el 09 de enero del 2025]; 28(2): 73-98. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-84472017000200073&lng=es. https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557.

19. Rodríguez M, Pérez L, Marrero Y, Rodríguez A, Pérez D, Peña Y. Depresión en la tercera edad. AMC [Internet]. 2022 [Citado el 14 de setiembre del 2025]; 26: Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552022000100024&lng=es. Epub 05-Abr-2022.

20. Peña D, Herazo I, Calvo M. Depresión en ancianos. Revista de la Facultad de Medicina. [Internet]. 2009 [Citado el 14 de setiembre del 2025]; 57(4): 347-355. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112009000400007&lng=en.

21. Pérez E. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. Revista de la Facultad de Medicina [Internet]. 2017 [Citado el 09 de enero del 2025]; 60(5): 7-16. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500007&lng=es.

22. Heerlein A. Tratamientos farmacológicos antidepresivos. Revista. Chilena. neuro-psiquiatra. [Internet]. 2002 [Citado el 09 de enero del 2025]; 40: 21-45. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000500003..

23. Quintana I, Velazco Y. Reacciones adversas de los antidepresivos: consideraciones actuales. Revista. Medica. Electrón. [Internet]. 2018 [Citado el 09 de enero del 2025]; 40(2): 420-432. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000200017&lng=es.

24. Marín J. Depresión del adulto mayor hospitalizados en el servicio de medicina en España. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2003. [Citado el 07 de agosto del 2025]. Disponible en www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/download/.../3006.

25. Rojas R. Factores de riesgo y depresión en adultos mayores, caserío san Antonio de la Iraca [Tesis de licenciatura] [Internet] Chota, Perú. Universidad Nacional Autónoma de Chota; 2021 [Consultado el 07 de agosto del 2025]. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.14142/242

26. Varela LF. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Salud pública [Internet]. 2016 [Citado el 02 de setiembre del 2024]; 33(2): 199-201. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200001&lng=es.http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196

27. Villanueva M. Abordaje histórico de la psicología de la vejezRevista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2009 [Citado el 09 de enero del 2025]; 8(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000300002&lng=es.

28. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2010 [Citado el 07 de febrero del 2025]. Disponible en: https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf

29. Instituto Nacional de Estadística e informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Situación del adulto mayor en el Perú 21 de agosto de 2012 - 2014 [Internet]. Lima Perú; 2024 [Citado el 02 de setiembre del 2025]. Disponible en: www.ipe.org.pe/.../encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2014 (Ultimo acceso 2 de setiembre).

30. Romero S, Montoya A, Bernardino J. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores. revista Médica Mexicana Papeles de población, [Internet]. 2020 [Consultado el 15 de setiembre del 2025] 23(93), 59-93. https://doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022.

31. González M. Función y patrón sexual: características y evolución durante el embarazo. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela [Internet]. 2016 [Citado el 13 de junio del 2025]; 76(3): 232-247. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322016000400003&lng=es.

32. Soria Z, Montoya J. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores. Revista Estado de México [Internet]. 2021 [Consultado 15 de setiembre del 2025], 23(93), 59-93. https://doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022

33. Goldenberg S. Una propuesta de reconstrucción del sentido original del estado civil en el Código Civil chileno. Revista de estudios histórico-jurídicos, [Internet]. 2021 [Consultado el 15 de setiembre 2025], (39), 299-328. https://dx.doi.org/10.4067/S0716-54552017000100299

34. Saldías F, Moyano E. Influencia de la Espiritualidad y Religiosidad sobre la Felicidad en Adultos Mayores. Revista Facultad de Psicología, Universidad de Talca, Chile. [Internet]. 2022 [Consultado 15 de setiembre del 2025] 32(2), 00109. https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.2021.29435

35. Campo E, Laguado E, Carbonell M, Camargo Hernández Katherine del Consuelo. Funcionamiento cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor institucionalizado. Revista cubana Enfermera [Internet]. 2018 [Citado 13 de junio 2025]; 34(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000400005&lng=es. Epub 01-Dic-2018

36. Quispe F, Gabith M., Ayaviri D, Djabayan P, Arellano O. El costo de la salud en adultos mayores: Revista Ecuatoriana [Internet]. 2022 [Citado el 07 de

agosto del 2025]; 32(5), 75-90. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642021000500075

37. Campo E, Laguado E, Carbonell M, Camargo Hernández Katherine del Consuelo. Funcionamiento cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor institucionalizado. Revista cubana Enfermera [Internet]. 2018 [Citado el 13 de junio del 2025]; 34(4): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000400005&lng=es. Epub 01-Dic-2018

38. Mesa D, Valdés M, Espinosa Y, Verona A, García I. Estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2020 [Citado el 30 de julio del 2025]; 36(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000400010&lng=es. Epub 01-Dic-2020.

39. Torres G. Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores atendidos en el centro de salud Patrona de Chota, 2021 [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Chota, Cajamarca Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2021 [Citado del 02 de octubre del 2024]. https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/5184/TESIS%20DETERIORO%20COGNITIVO%20%20Y%20DEPRESION%20EN%20ADULTOS%20MAYORES%202022.%20gelin%20daniksa%20%20finall.pdf?sequence=1&isAllowed=y

40. De La Guardia MA, Ruvalcaba JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. [Internet]. 2020 [citado el 31 de julio del 2025]; 5(1): 81-90. Disponible en: https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215

41. Ortiz G, Árias D, Velázquez E, Pacheco-Moisés P, Flores J, Torres D et al. Envejecimiento y metabolismo: cambios y regulación. [Internet]. 2012 [Citado el 30 de julio del 2025]; 62(3): 249-257. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222012000300007&lng=es.

42. Tapia L. Análisis de la ley N° 30490 y sus efectos en el adulto mayor en situación de calle del distrito de Chiclayo [Tesis de licenciatura] [Internet]. Chiclayo, Perú: Universidad Señor de Sipán; 2020 [Citado el 31 de julio 2025]. Disponible en: https://repositorio.uss.edu.pe/item/32ac2093-c8c2-4879-b3f1-27ef130ea27a

43. López L, Pérez A. La cara oculta de la tristeza. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [Internet]. 2003 [Citado el 31 de julio del 2025]; (87): 53-65. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352003000300004&lng=es.

44. Garrido-Pinzás A. Sobre los episodios micropsicóticos y el sentimiento de vacío. Revista Neuropsiquiatra [Internet]. 2021 [Citado el 31 de julio del 2025]; 84(2):155-157 Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972021000200155&lng=es. http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v84i2.4006.

45. Lugones M. El climaterio y el síndrome del nido vacío en el contexto sociocultural. Revista cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2001 [Citado el 31 de julio 2025]; 17(2): 206-208. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000200017&lng=es.

46. Mota Dos Santos I, Celis De Cárdenas M, Da Silva R, Santos Da Mata D, De Sousa L, Filgueiras De Assis V. Síndrome do ninho vazio: experiências de idosos integrantes da Universidad de da Maturidade do amapá. Cienc. enferm. [Internet]. 2021 [Citado el 31 de julio del 2025]; 27: 14. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532021000100211&lng=es. Epub 13-Sep-2021. http://dx.doi.org/10.29393/cs27-14sdra60014.

47. Gómez C, Campo A. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): Revista de la universidad de Bogotá [Internet]. 2020 [Citado el 15 de setiembre del 2025], 10(3), 735-743. Disponible en

ttp://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672011000300008&lng=en&tlng=es.

48. Municipalidad Provincial de Chota. [Internet]. Lima, Perú; Municipalidad Provincial de Chota; 2024. [citado el 24 de julio del 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/munichota/institucional.

49. Hospital José Soto Cadenillas Chota. [Internet]. Lima, Perú; 2024. [Citado el 24 de julio del 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/hjhsc

50. Hernández-Sampieri R, Mendoza CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1ra ed. México: McGraw-Hill; 2018 [Citado el 24 de julio del 2025]. Disponible en: https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf

51. Supo J. Como validar un instrumento: La guía para validar un instrumento en 10 pasos. 1ra ed. Lima, Perú, 2013. [Citado el 24 de julio del 2025]. Disponible en: https://www.amazon.com/C%C3%B3mo-validar-instrumento-pasosSpanish/dp/1492278904.

52. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1982-1983;17(1):37-49. [Citado el 24 de julio del 2025]. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7183759/

53. Baldeón P, Luna C, Mendoza S, Correa LE. Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2019 Oct [citado 2026 Sep 03] ; 19(4): 47-52. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312019000400008&lng=es. https://doi.org/10.25176/RFMH.v19i4.2339.

54. Acuña D. características socioeconómicas, demográficas y su relación con depresión. programa adulto mayor del Hospital José Soto Cadenillas. Chota - 2017 [Tesis de maestría] [Internet]. Chota, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2017 [consultado 14 de enero 2026]. Disponible en:

https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/2682/%e2%80%9cCaracter%c3%adsticas%20socioecon%c3%b3micas%2c%20Demogr%c3%a1ficas%20y%20su%20relaci%c3%b3n%20con%20depresi%c3%b3n.%20Programa%20adulto%20mayor.pdf?sequence=1&isAllowed=y

55. Sociedad Española de Medicina Interna. Bioética en Medicina Interna. Sociedad Española de Medicina Interna [Internet]. 2022 [citado 14 de setiembre 2025]. Disponible en: https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/publicacione s/libro-bioetica-semi.pdf

56. Guillén C, Sanz F. rigor científico de la investigación. Consideraciones desde el área de Didáctica de la Lengua y la Literatura. El Guiniguada [Internet].2021 [Citado el 14 de setiembre del 2025];30:40–51. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=798474

57. Díaz AL, Cuadros A, Andrango D, Rodríguez L, Yacelga LC. (2019). Nivel educativo y la autonomía funcional en adultos que residen en Quito (Ecuador). Revista Latinoamericana de Psicología, 51(2), 219-227. https://doi.org/10.14349/rlp.2019.v51.n2.8

58. Instituto Nacional de Estadística de Informática. Población del Perú totalizó 34 millones 157 mil 732 habitantes al 2025 [Internet]. Lima; Perú: Instituto Nacional de Estadística de Informática; 2025 [Citado el 12 de junio del 2026]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/1399446-inei-poblacion-del-peru-totalizo-34-millones-157-mil-732-habitantes-al-2025

59. Uscanga R, López J, Ríos P, Heredia AL. Niveles de depresión y su relación con la edad y el sexo en adultos mayores de Boca del Río, Veracruz. RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo [revista en la Internet]. 2025 jun [Citado el 19 de enero 2026]; 15(30): 876. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74672025000100011&lng=es. Epub 31-Jun-2025. https://doi.org/10.23913/ride.v15i30.2397.

60. Santos S.S.C., Tier C.G., Silva B.T, Barlem E.L.D., Felicianni A.M., Valcarenghi F.V. Diagnósticos e intervenciones de enfermería para ancianos con depresión y residentes en una institución de larga estancia (ILE). Revista Enfermería Global [Internet]. 2010 [Citado el 19 de enero del 2026]; (20). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000300003&lng=es.

61. Caamaño J. La dependencia en mayores, un problema creciente en las sociedades desarrolladas [Internet]. MAPFRE; 2022 [Citado el 12 de junio del 2025]. Disponible en: https://www.mapfre.com/actualidad/economia/dependencia-mayores-problema-creciente/

62. Fernández R, Manriquel FG. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. Enfermería. global. [Internet]. 2010 jun [Citado del junio del 2026]; (19). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200016&lng=es.

63. Herrera O. La Educación de la población mayor de 65 años: ¿Calidad de vida y beneficio socioeducativo o espacio de ocio?: Estudio descriptivo en dos centros educativos [Internet]; 2021 [citado 15 de setiembre 2025]. p. 25–56. Disponible en: http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2021.0008

64. Instituto Nacional de Estadística de Informática. Estado de la Población Peruana, 2025 Una mirada hacia la población adulta mayor [Internet]. Lima; Perú: Instituto Nacional de Estadística de Informática; 2025 [Citado el 19 de enero del 2026]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/8353403/6953760-estado-de-la-poblacion-peruana-2025-una-mirada-hacia-la-poblacion-adulta-mayor.pdf?v=1752261881.

65. García JM, Grande R. Cambios en las diferencias por sexo en la esperanza de vida en España (1980-2012): descomposición por edad y causa. Gac

Sanitaria [Internet]. 2018 [Citado el 19 de enero del 2026]; 32(2): 151-157. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112018000200009&lng=es. Epub 07-Dic-2020. https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.03.004.

66. Parodi JF, Contreras KP, Paredes TS, Galarreta JD. Envejecimiento poblacional y geriatría en el Perú: un análisis de la fuerza de trabajo y sus desafíos. Horizonte Médico [Internet]. 2025 Jul [Citado en junio del 2026]; 25(3): 3281. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2025000300004&lng=es. Epub 11-Sep-2025. https://doi.org/10.24265/horizmed.2025.v25n3.03.

67. Araya-OM. Hipertensión arterial y diabetes mellitus. Revista Costarricense de Ciencias Médicas [Internet]. 2004 [Citado el 19 de junio del 2026]; 25(3-4): 65-71. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-29482004000200007&lng=en.

68. Palomino EE. Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en Perú. Revista Cuidarte [Internet]. 2020 [Citado el 19 de enero del 2026]; 11(2): 1066. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732020000200304&lng=en. Epub Nov 04, 2020. https://doi.org/10.15649/cuidarte.1066.

69. Cieza L, Muñoz C. Factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en usuarios atendidos en el centro de salud patrona de Chota [Tesis de licenciatura] [Internet]. Chota, Perú: Universidad Nacional Autónoma de Chota; 2022 [citado 19 de enero 2026]. Disponible en: https://repositorio.unach.edu.pe/server/api/core/bitstreams/b46b9995-54fa-4eb4-ac57-b15805e16767/content

70. Peña DM, Calvo MI, -Gómez JM.Depresión en ancianos. Revista de la facultad de medicina Humana [Internet]. 2009 [Citado el 19 de enero

del 2026]; 57(4): 347-355. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112009000400007&lng=en.

71. López DV, Gonzalo, CE, Gutiérrez AA. Desigualdades socioeconómicas y salud de adultos mayores en Perú: análisis de la Encuesta Demografía y Salud Familiar, 2014 y 2019. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2023 [Citado el 21 de enero del 2026]; 49(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662023000100001&lng=es. Epub 01-Mar-2023.

72. Barreyro FC, Tartaglini, MF. (2023). Complejidad laboral y de las tareas del hogar y su relación con el rendimiento cognitivo en adultos mayores, mujeres y varones. Revista psicodebate: psicología, cultura y sociedad, [Citado el 21 de enero del 2026]. *23*(2), 25-42. Disponible en: https://doi.org/10.18682/pd.v23i2.7072

73. Rodrich, S, Ramírez, MC, Velásquez, LY (2024). Impacto del Programa Social Pensión 65 en la satisfacción de necesidades de adultos mayores peruanos. Revista InveCom, [Internet]. 2024 [Citado el 21 de enero del 2026] 4(2). Disponible en: https://doi.org/10.5281/zenodo.10612169

74. Piña M, Olivo MG, Martínez MC, Guerra, V. (2022). Envejecimiento, calidad de vida y salud. Desafíos para los roles sociales de las personas mayores. Rumbos TS, 2022 [Citado el 21 de enero del 2026] 17(28). Disponible en: https://dx.doi.org/10.51188/rrts.num28.642

75. Figueroa, MR, Aguirre, DP, Hernández, RR. Asociación del deterioro cognitivo, depresión, redes sociales de apoyo, miedo y ansiedad a la muerte en adultos mayores. Psicumex, 11, e397. Epub 13 de diciembre de 2021.https://doi.org/10.36793/psicumex.v11i2.397

76. Instituto Nacional de Estadística e Informativa. Situación de la población Adulta Mayor [Internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informativa; 2024 [Citado el 21 de enero del 2026]. Disponible en:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/02-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-ene-feb-mar-2021.pdf

77. Yanguas J. La soledad no deseada en las personas mayores [Internet]. Fundación" la Caixa"; 2021 [Citado el 21 de enero del 2026]. Disponible en: https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/es/-/la-soledad-no-deseada-en-las-personas-mayores

78. Cabrera AM, Dávila JA. Autocuidado y riesgo de caídas en el Adulto Mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha [Tesis de licenciatura] [Internet] Chota, Cajamarca Perú: Universidad Nacional de Chota; 2025 [Consultado el 21 de enero del 2026]. Disponible en: unach.edu.pehttps://repositorio.unach.edu.pe

79. Montanet A, Bravo CM, Hernández EEH. La calidad de vida en los adultos mayores. Revista Ciencias Médicas [Internet]. 2009 [Citado EL 21 de enero del 2026] ;13(1):1-10 .Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000100001&lng=es.

80. Mejía D. Estilos de vida e hipertensión arterial en los adultos y adultos mayores en la Microred Patrona de Chota [Tesis de licenciatura] [Internet] Chota, Cajamarca Perú. Universidad Nacional de Cajamarca; 2021 [Consultado el 23 de enero del 2026]. Disponible en: https://repositorio.unc.edu.pe › bitstream › handle

81. Gómez P.Spirituality and Religiosity in Elderly Adults with Chronic Disease. Investigación y Educación en Enfermería [online]. 2016 [Citado el 23 de enero del 2026] vol.34,.2,.235-242. Disponible en: https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a02.

82. Instituto Nacional de Estadística de Informática. Situación Trimestre: Enero-febrero-marzo 2025 población Adulta Mayor, [Internet]. Lima: Instituto Nacional de Estadística de Informática; 2025 [citado el 23 enero del 2026]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe › media › boletines › bo.

83. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 [Internet]. Lima, Perú: Plataforma Digital Única del Estado Peruano; 2024 [citado el 23 de enero del 2026]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/pension65/institucional

84. Torres JC, Torres JD. Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos. Revista Horizonte Médico [Internet]. 2023 Jul [citado 2026 Ago 10]; 23(3): e2220. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2023000300006&lng=es. Epub 13-Sep-2023. https://doi.org/10.24265/horizmed.2023.v23n3.05

85. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 [Internet]. Lima: MIDIS; 2026 [citado 3 de octubre de 2026]. Disponible en: www.gob.pe]. Disponible en: https://www.gob.pe/pension65

86. Molés J. Esteve Clavero Aurora, Lucas Miralles María Vicenta, Folch Ayora Ana. Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. Enfermería global [Internet]. 2019 [citado el 23 de junio del 2026]; 18(55): 58-82. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000300003&lng=es. Epub 21-Oct-2019. https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401.

87. Maldonado P, Cristian D, Yánez, MA. Una aproximación al estudio del empleo en la tercera edad. Cuadernos del Cendes, 31(86), 95-110. [Citado el 10 de junio del 2026] Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-25082014000200006&lng=es&tlng=es.

88. Adana L, López A, Andrango D, Rodríguez L, A Yacelga A, Tarquino. (2019). Nivel educativo y la autonomía funcional en adultos que residen en Quito (Ecuador). Revista Latinoamericana de Psicología [Citado el 10 de junio del 2026], *51*(2), 219-227. Disponible en: https://doi.org/10.14349/rlp.2019.v51.n2.8

89. Dirección Nacional de Censos y Encuestas. Informe técnico: metodología de la medición de la pobreza multidimensional [Internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informativa; 2025 [citado el 12 de junio del 2025]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/7710254/6524650-informe-tecnico-de-pobreza-multidimensional-avance-revision-2025.pdf

90. Calderón M. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Revista Médica Herediana [Internet]. 2018 [Citado 11 de junio del 2026]; 29(3): 182-191. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2018000300009&lng=es. https://doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408.

91. Rodriguez M, Pérez L, Marrero Y, Rodríguez RA, Pérez D, Peña Y. Depresión en la tercera edad. AMC [Internet]. 2022 [Citado el 03 de febrero del 2026] ;26: Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552022000100024&lng=es. Epub 05-Abr-2022.

92. Aravena JM. Comprendiendo el impacto de los síntomas depresivos en la funcionalidad de las personas mayores. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría [Internet]. 2017 [Citado el 03 de febrero del 2026]; 55(4): 255-265. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272017000400255&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272017000400255.

93. Pérez VT., Arcia N. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. Revista Cubana Medicina General Integral [Internet]. 2008 [Citado 03 de febrero del 2026]; 24(3); Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300002&lng=es.

94. Baldeón P, Luna C, Mendoza S, Correa LE. Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. Revista de la Facultad de Medicina Humana. [Internet]. 2019 [Citado el 13

de agosto del 2026]; 19(4): 47-52. Disponible en: https://doi.org/10.25176/RFMH.v19i4.2339.

ANEXOS

Anexo 01. Consentimiento Informado

Objetivo de la investigación:
Determinar la relación entre la Depresión Presuntiva y Características Sociodemográficas en Adultos Mayores del Hospital de Chota – 2026

Yo……, identificado (a) con DNI N°.....…, mediante la información dada por las Bachilleres en Enfermería, Odaliz Anérita Arana Bautista y Meliza Irigoin Rodrigo; estoy de acuerdo en brindar la información que requieran las investigadoras, sabiendo que mis datos no serán revelados y la información recogida será confidencial.

La relevancia de este estudio radica en que permitirá identificar y analizar estadísticamente cómo las características sociodemográficas influyen en la depresión presuntiva de los adultos mayores del Hospital de Chota - 2026. Contar con esta información facilitará el diseño de políticas de salud local y la toma de decisiones oportunas para optimizar la atención geriátrica.

Chota……de…….del 2025.

Firma	Huella

Anexo 02. Formato de instrumentos de Recolección de Datos

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

Escuela Profesional de Enfermería

"Depresión Presuntiva y Características Sociodemográficas en Adultos Mayores del Hospital de Chota – 2026"

Escala de Depresión Geriátrica:

(Adaptado: de Martínez de la Iglesia J, et al., 2002 - Versión española)

INSTRUCCIONES: Estimado participante a continuación, se le presenta una serie de preguntas relacionadas a cómo se siente o se ha sentido en los dos últimos meses. Le solicitamos responder con sinceridad y marcar la alternativa que mejor refleje su situación.

Además, la información brindada será tratada con estricta confidencialidad y utilizada únicamente con fines de la presente investigación.

Escala n°…… …… fecha……..

Ítems	Calificación	
	Si	**No**
Ítem 1: ¿En general, se siente Ud. satisfecho con su vida?	1	0
Ítem 2: ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	1	0
Ítem 3: ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
Ítem 4: ¿Se siente con frecuencia aburrido?	1	0
Ítem 5: ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	1	0

Ítem 6: ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	1	0
Ítem 7: ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	1	0
Ítem 8: ¿Con frecuencia se siente desamparado o desprotegido?	1	0
Ítem 9: ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
Ítem 10: ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
Ítem 11: ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	1	0
Ítem 12: ¿Actualmente tiene sentimientos de inutilidad?	1	0
Ítem 13: ¿Se siente lleno de energía?	1	0
Ítem 14: ¿En este momento se siente sin esperanza?	1	0
Ítem 15: ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	1	0

Anexo 3. Formato de instrumentos de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONALAUTÓNOMA DE CHOTA

Escuela Académico Profesional de Enfermería

"Depresión presuntiva y características sociodemográficas en adultos mayores del hospital de chota – 2026"

Cuestionario de las características sociodemográficas en adultos mayores.

(Baldeón-Martínez et al. 2017 adaptado por Acuña D, en el año 2017)

A continuación, complete la siguiente sección marcando la alternativa que corresponda a sus características sociodemográficas. La información proporcionada será tratada con confidencialidad y únicamente con fines de la presente investigación.

1. **Edad**……años
2. **Sexo**
   a) Masculino
   b) Femenino
3. **Enfermedad actual**.
   a) Neumonía.
   b) Diabetes.
   c) Hipertensión arterial.
   d) Gastritis crónica.
   e) Otros.
4. **Ocupación**.
   a) Trabajador privado.
   b) Ama de casa.
   c) Agricultor.
   d) Comerciante.
   e) Sin ocupación.

f) Otros.

5. **Estado civil**
   a) Casado (a)
   b) Soltero (a)
   c) Viudo (a)
   d) Conviviente.
6. **Religión.**
   a. Católica.
   b. Otros
7. **Ingreso económico mensual**.
   a) Menos del sueldo mínimo. (debajo de S/ 1,230 mensuales).
   b) El sueldo mínimo (S/ 1,130 mensuales).
   c) Más del sueldo mínimo. (más S/ 1,230 mensuales).
8. **Grado de instrucción:**
   a) Sin grado de instrucción.
   b) Primaria.
   c) Secundaria.
   d) Superior.

Anexo 4. Análisis de fiabilidad

Escala de Depresión Geriátrica

Global

KR-20	IC 95%	N° de elementos	n
0,808*	0,658 – 0,911	15	20

***** Buena fiabilidad ($KR{-}20 \geq 0{,}80$).

Cuestionario de características sociodemográficas

Alfa de Cronbach	IC 95%	N° de elementos	n
0,753*	0,547 – 0,888	8	20

***** Regular fiabilidad ($\alpha < 0{,}80$).

Anexo 5: Solicitud de autorización para la aplicación del instrumento de investigación en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA
UNIVERSIDAD LICENCIADA CON RESOLUCIÓN N° 160-2018-SUNEDU/CD
COORDINACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Chota, 25 de noviembre de 2025.

CARGO

OFICIO N° 185 – 2025 – FCCSS – UNACH/C.

Señor:
Dr. WALTHER YOSEPPY CUBAS AYASTA
Director del Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota.

PRESENTE. -

ASUNTO : Presentación de tesista y solicitud de autorización para aplicar instrumentos de investigación con fines de Titulación Profesional.

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente, en nombre de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Chota (UNACH), y el mío propio; a la vez, sirva la presente para presentar a las Bachilleres en Enfermería Odaliz Anérita Arana Bautista y Meliza Irigoin Rodrigo, quienes se encuentra en la fase de elaboración de su proyecto de tesis titulado: **"Depresión presuntiva y características sociodemográficas en adultos mayores del Hospital de Chota -2025"**; bajo el asesoramiento del Mg. Delis Alexander Acuña Diaz, en tal sentido solicito su autorización a fin de que los mencionadas tesistas puedan realizar la recolección de información y proseguir con la ejecución de su tesis, la cual tiene fines netamente académicos para la obtención de su Título Profesional de Licenciados en Enfermería.

Agradezco anticipadamente a usted por la atención brindada y expreso los sentimientos de mi mayor consideración y estima.

Atentamente;

Dr. HERNAN TAFUR CORONEL
COORDINADOR DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

28 NOV 2025

C.c
Archivo

HTC/C FCCSS
Mariela Regalado
914333399

CH 2025

Campus Universitario Colpa Matara – Chota

Anexo 6: Solicitud de autorización a la Municipalidad Provincial de Chota para el acceso al Programa Adulto Mayor.

MUNICIPALIDAD PROVINCIAL CHOTA

FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE - FUT

CARGO

M.P.CH. SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL EXPEDIENTE E: 077120 2025

EXP. N°

28 NOV. 2025 11:35 AM

FECHA: 28/11/25

CIUDADANO	APELLIDOS Y NOMBRES O RAZON SOCIAL: Ordiz Briones Bautista y Heliza Trigoso Rodrigo		
	DOC. IDENTIDAD: 75781782/75662136	RUC:	
REPRESENTANTE LEGAL	APELLIDOS Y NOMBRES: Alcalde: Aníbal Góbez Soldano		
	N° PARTIDA REGISTRAL:	DOC. IDENTIDAD:	
CELULAR N°:		E-MAIL:	
DOMICILIO	AV/JR/CALLE/PSJE/CASERIO	REFERENCIA	MZ/LT N° / EDF/DPTO
DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO	

SOLICITUD

DENOMINACION DEL PROCEDIMIENTO

Yo, Briones Bautista Ordiz, identificado con DNI N° 75781782 y Trigoso Rodrigo Heliza con DNI 75662136, Bachilleres en enfermería (UNACH), me dirijo a Ud para solicitar la autorización para aplicar nuestro instrumento de investigación con fines de titulación correspondiente al proyecto: "Depresión postparto y características sociodemográficas en adultos mayores del hospital de Chota, lo cual necesitamos acceso a los adultos mayores del programa adulto mayor de la MPCH.

	DOCUMENTOS CON LOS QUE SE ACREDITA SU DERECHO	FOLIOS
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
	TOTAL:	

Los datos consignados en el presente formulario y la información contenida en los documentos que adjunto, son verdaderos y tienen el carácter de DECLARACION JURADA, estando sujeta a fiscalización posterior, en caso acreditarse falsedad o fraude, me someto a las sanciones establecidas en la Ley N° 27444.

POR LO TANTO:

Es justicia que espero alcanzar.

Firma del ciudadano / Representante Legal

RUTA DEL EXPEDIENTE (Llenado por el responsable de la tramitación)

AREA DE DESTINO	PARA	FECHA/HORA	FOLIOS	ENVIADO POR:

1. Proceder	4. Agreguese a su exp.	7. Proyectar Resolución	10. Informe inmediato	13. Su opinión
2. Agregue su anteced.	5. Tomar nota y devolver	8. Preparar respuesta	11. Su atención	14. Archivo
3. Devolver	6. Conocimiento y fines	9. Estudio e informe	12. Prioridad	

OBSERVACIONES: