



**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y SÍNTOMAS  
DEPRESIVOS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL  
SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL GERIÁTRICO SAN  
JOSÉ DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ EN EL 2023**

**TESIS**

Para optar el título profesional de Médica Cirujana

**AUTOR**

Chavarry Zegarra, Gianella Corina (ORCID : 0000-0002-0389-3727)

**ASESOR**

Gutierrez Ingunza, Ericson Leonardo (ORCID: 0000-0003-4725-6284)

**LIMA, PERÚ**

**2024**

## **Metadatos Complementarios**

### **Datos de autora**

AUTORA: Chavarry Zegarra, Gianella Corina

Tipo de documento de identidad de la AUTORA: DNI

Número de documento de identidad de la AUTORA: N° 76877618

### **Datos del asesor**

ASESOR: Gutierrez Ingunza, Ericson Leonardo

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: N°42160697

### **Datos del jurado**

PRESIDENTA: Guillén Ponce, Norka Rocío

DNI: 29528228

ORCID: 0000-0002-559-0504

MIEMBRO: Ramos Muñoz, Willy Cesar

DNI: 40287165

ORCID: 0000-0003-1599-7811

MIEMBRO: Torres Malca, Jenny Raquel

DNI: 40602320

ORCID: 0000-0002-7199-8475

### **Datos de la investigación**

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.24

Código del Programa: 912016

## DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, GIANELLA CORINA CHAVARRY ZEGARRA, con código de estudiante N° 201610828, con DNI N° 76877618., con domicilio en Jr. Combate de Angamos 548, distrito Santiago de Surco, provincia y departamento de Lima, en mi condición de bachiller en Medicina Humana, de la Facultad de Medicina Humana, declaro bajo juramento que:

La presente tesis titulada; “ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL GERIÁTRICO SAN JOSÉ DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ EN EL 2023”, es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente ERICSON LEONARDO GUTIERREZ INGUNZA, y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc; la cual ha sido sometida al antiplagio Turnitin y tiene el 4% de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en la tesis, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet. Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro de la tesis es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en la tesis y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 13 de marzo del 2024



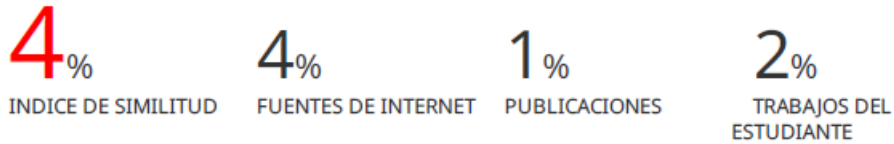
---

Gianella Corina Chavarry Zegarra  
DNI: 76877618

# INFORME DE SIMILITUD DEL PROGRAMA ANTIPLAGIO TURNITIN

## ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL GERIÁTRICO SAN JOSÉ DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ EN EL 2023

### INFORME DE ORIGINALIDAD



### FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	1%
2	<a href="https://repositorio.urp.edu.pe">repositorio.urp.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
3	<a href="https://repositorio.uap.edu.pe">repositorio.uap.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
4	<a href="https://repositorio.upsjb.edu.pe">repositorio.upsjb.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%

Excluir citas      Activo  
Excluir bibliografía      Activo

Excluir coincidencias < 1%

## **DEDICATORIA**

A mi madre, Jacqueline; mi paciente estrella, que me alienta incondicionalmente a ser mejor persona y es mi principal motivación al estudiar medicina.

A mi padre, Enrique; por ser ejemplo de superación y brindarme su constante apoyo.

A mi hermana, Andrea; por impulsarme a cumplir con mis objetivos y creer en mí.

A mis abuelos y tíos por brindarme comprensión, soporte, cariño y paz.

A mis mascotas, Spy y Maneki; por acompañarme durante tantas sesiones de estudio y consolarme en los momentos difíciles.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por brindarme resiliencia. Al Dr. Henry Chavarry Delgado por convertirse en mi mentor durante la carrera.

Al Hospital Policial Geriátrico “San José” por permitir la realización de este estudio y contribuir al conocimiento para la constante mejora de la atención al paciente y el desarrollo del país.

Al Dr. Ericson Gutierrez Ingunza y al Dr. Jhony De La Cruz Vargas, por su confianza, supervisión y paciencia durante toda la realización de este estudio y por fomentar la investigación médica desde pregrado.

## RESUMEN

**Introducción:** La depresión en los adultos mayores genera repercusiones negativas físicas, mentales y sociales, impactando significativamente en la salud pública. El rol de la esfera psicosocial en esta patología debe ser estudiada al ser clave para conseguir un bienestar completo acorde con un envejecimiento saludable.

**Objetivo:** Determinar la asociación entre apoyo social y síntomas depresivos en los adultos mayores atendidos en el Servicio de Geriátrica del Hospital Geriátrico San José de la Policía Nacional del Perú en el año 2023

**Métodos:** Estudio observacional, analítico y transversal, realizado en 192 pacientes mayores de 60 años. Se valoró los síntomas depresivos mediante la versión de 5 ítems de la Escala de *Yesavage* y el apoyo social mediante la Escala de Valoración Sociofamiliar de *Gijón*. Para hallar la fuerza de asociación entre las variables independientes y síntomas depresivos, se elaboró un modelo de regresión de *Poisson* con varianza robusta obteniéndose la razón de prevalencias ajustada (RPa) e intervalos de confianza. Todos los cálculos se realizaron con un nivel de confianza del 95% y el valor de  $p < 0.05$  para estimarlo significativo.

**Resultados:** El 59,4% de participantes presentaron síntomas depresivos y el 54,2 % no contaban con apoyo social, teniendo el 6,8% de ellos un problema social. Las variables independientemente asociadas con los síntomas depresivos fueron la presencia enfermedad crónica no transmitible (RPa=2.78 IC 95% [1.171-6.594];  $p=0,021$ ) y el presentar riesgo/problema social (RPa= 3.569 IC 95% [1.545-8.248];  $p < 0,003$ ).

**Conclusión:** En el estudio se encontró asociación entre la valoración social y la presencia de enfermedad crónica no transmisible con los síntomas depresivos en los adultos mayores. La intervención del aspecto social podría resultar beneficiosa en la disminución de depresión en esta población.

**Palabras clave:** Adulto mayor, depresión, apoyo social. (DeCS)

## ABSTRACT

**Introduction:** Depression in older adults generates negative physical, mental, and social repercussions, significantly impacting public health. The role of the psychosocial sphere in this pathology should be studied as it is key to achieving complete well-being in accordance with healthy aging.

**Objective:** To determine the association between social support and depressive symptoms in older adults who attended the geriatric service of the Geriatric Hospital San José of the National Police of Peru in 2023.

**Methods:** Analytical cross-sectional study, conducted in 192 patients over 60 years of age. Depressive symptoms were evaluated using the 5-item version of the *Yesavage* Scale and social support was estimated using the *Gijon* Socio-familiar Assessment Scale. To find the strength of the association between the independent variables and depressive symptoms, a Poisson regression model with robust variance was developed to obtain the adjusted prevalence ratio (PRa) and confidence intervals. All calculations were conducted with a confidence level of 95% and the value of  $p < 0.05$  to estimate significance.

**Results:** 59.4% of participants had depressive symptoms and 54.2% had no social support, with 6.8% of them having a social problem. Variables independently associated with depressive symptoms were the presence of chronic non-communicable disease (RPa=2.78 CI 95% [1.171-6.594];  $p=0.021$ ) and presenting social risk/problem (RPa=3.569 CI 95% [1.545-8.248];  $p < 0.003$ ).

**Conclusions:** The study found an association between social appraisal and the presence of chronic non-transmissible disease with depressive symptoms in older adults. The intervention of the social aspect could be beneficial in reducing depression in this population.

**Keywords:** Elderly, depression, social support. (MESH)



## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>2</b>
1.1 Descripción de la realidad problemática .....	2
1.2 Formulación del problema .....	4
1.3 Línea de Investigación Nacional y de la URP vinculada .....	4
1.4 Justificación del Estudio.....	4
1.5 Delimitación .....	5
1.6 Viabilidad.....	5
1.7 Objetivos del Estudio .....	5
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>6</b>
2.1 Antecedentes de la Investigación .....	6
2.1.1 Antecedentes Internacionales .....	6
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	10
2.2 Bases teóricas.....	13
2.3 Definición de conceptos operacionales .....	20
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b> .....	<b>21</b>
3.1 Hipótesis.....	21
3.1.1 Hipótesis general.....	21
3.1.2 Hipótesis específica.....	21
3.2. Variables de investigación .....	21
<b>CAPITULO IV: METODOLOGÍA</b> .....	<b>23</b>
4.1 Tipo y diseño de estudio .....	23
4.2 Población y muestra.....	23
4.3 Operacionalización de variables .....	26
4.4 Técnicas e instrumento de recolección de datos.....	30
4.5 Recolección de datos .....	30
4.6 Técnica de procesamiento de datos y plan de análisis.....	32
4.7 Aspectos éticos del estudio.....	32
<b>CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b> .....	<b>33</b>
5.1 Resultados del estudio .....	33
5.2 Discusión de los resultados del estudio.....	37
<b>CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	<b>41</b>
6.1 Conclusiones del estudio.....	41

<b>6.2 Recomendaciones.....</b>	<b>41</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>42</b>
<b>ANEXO 01: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS .....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO 02: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS .....</b>	<b>48</b>
<b>ANEXO 03: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA.....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXO 04: APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS POR PARTE DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO 05: CARTA DE APROBACIÓN DE PERMISO INSTITUCIONAL PARA LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>51</b>
<b>ANEXO 06: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS.....</b>	<b>52</b>
<b>ANEXO 07: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER .....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO 08: MATRIZ DE CONSISTENCIA .....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXO 09: CONSENTIMIENTO INFORMADO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO 10: BASES DE DATOS (EXCEL) .....</b>	<b>60</b>

#### **LISTA DE TABLAS**

**Tabla N° 1. Características generales de los adultos mayores**

**Tabla N°2. Frecuencias y porcentajes de las dimensiones de la Escala de  
Valoración Sociofamiliar de Gijón de los adultos mayores**

**Tabla N°3. Características generales de los adultos mayores en relación con la  
presencia de síntomas depresivos**

**Tabla N°4. Análisis multivariado de los factores asociados a síntomas depresivos  
en los adultos mayores**

## INTRODUCCIÓN

La población de adultos mayores se encuentra en ascenso a mundialmente por lo que es imperante el analizar sus necesidades para brindar una eficaz atención integral en este sector poblacional; en ese sentido, no sólo se debe hacer énfasis en los aspectos físicos sino también en los sociales y mentales para fomentar un envejecimiento saludable(1,2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la salud mental como pilar fundamental en el desarrollo y bienestar de la persona durante todas las etapas de la vida, de esta forma, hace hincapié en la implementación de estrategias preventivas y promocionales para preservarla, sobretodo en aquellas poblaciones más vulnerables; no obstante, aún hay mucho por mejorar(1).

La depresión constituye un problema de salud pública, al ser de las patologías psiquiátricas reversibles más comunes a nivel mundial (1). A pesar de su mayor prevalencia en la población joven, su presencia e impacto en la población geriátrica no debe ser ignorada ni menospreciada ya que genera múltiples repercusiones negativas en la persona como una evolución tórpida y/o susceptibilidad a desarrollar enfermedades, fragilidad, dependencia, aumento de mortalidad y disminución de calidad de vida, entre otros; los cuales impactan en la carga sanitaria, la economía, y la sociedad(3–7).

Dentro de los pilares fundamentales para alcanzar la salud, el aspecto psicosocial constituye uno relevante en la persona ya que genera empoderamiento, aumenta la autoestima, brinda herramientas para enfrentar situaciones estresantes y esto contribuye a una mejor percepción de la calidad y satisfacción de sus vidas (7,8) cruciales para que logren un estado de bienestar completo acorde con el envejecimiento saludable.

## CAPÍTULO I

### PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### **1.1 Descripción de la realidad problemática**

Existe en la actualidad un incremento acelerado de personas con 60 años o mayores en el mundo; es así, que según la OMS, se reporta que la cantidad de adultos mayores se llegará a duplicar hacia el año 2050, con un incremento entre 900 millones a 2 billones en 35 años (1). Datos brindados por el Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI) exhiben que el Perú no es impropio a esta realidad ya que durante el 2022, los adultos mayores constituía el 13.3% de la población total y el 33,4% de hogares peruanos eran dirigidos por ellos (4). Sin embargo, el crecimiento poblacional peruano no va acorde con la cobertura de las necesidades de este sector; es así que, a finales del 2022, sólo el 89,7% de adultos mayores contaba con un seguro sanitario, el 33,5 % se encontraba afiliado a un sistema de pensión, sólo el 57,1% formaba parte de la población activa respecto a la actividad económica y el 15,5% era analfabeta a pesar de la implementación de diversas políticas públicas demostrando que aún existe un gran número de adultos mayores vulnerables física, mental, económica y socialmente (4,9).

En este contexto, se debe considerar que en la etapa de adulto mayor se observan estresantes asociados a la afectación de sus capacidades físicas, funcionales, psicosociales y cognoscitivas que acarrea el proceso del envejecimiento e influyen en la salud mental de la persona (1,3).

Dentro de las patologías psiquiátricas más frecuentes en este grupo etario se encuentra la depresión que afecta al 7% y 10.8% de la población geriátrica, en el mundo y Perú, respectivamente (1,10). Sin embargo, se debe considerar que esta cifra puede ser infravalorada teniendo en cuenta la persistencia de la estigmatización que rodea a los trastornos mentales lo cual dificulta su identificación tanto por su entorno como por los mismos adultos mayores que en ocasiones son renuentes a buscar ayuda o no lo consideran como un problema(1,11,12). De esta forma, al no ser diagnosticada y tratada a tiempo, los adultos mayores pueden experimentar graves repercusiones como la afectación de la calidad de vida asociada a disfunción, mala evolución y/o aparición de comorbilidades, mayor mortalidad e incluso aumento del riesgo de suicidio(3,5,6,13).

En la Política Nacional Peruana para las Personas Adultas Mayores hacia el 2030, se describe que la prevención y atención de las patologías mentales son una necesidad en el adulto mayor como parte fundamental de su atención integral con el fin de velar por su bienestar y satisfacción vital de tal forma que sigan siendo personas activas, ejerciendo sus derechos y deberes en el desarrollo de su comunidad, con una vida digna y segura (2). Existen investigaciones que sugieren la importancia del aspecto social en la depresión durante la vejez. En un estudio en China, con 2715 adultos mayores participantes de Shanghái, se encontró que la cohesión social y su participación en la sociedad se asociaban a una disminución de la depresión(14). De forma similar, Sánchez-Moreno et al(15) analizaron la información de 68 417 adultos mayores en 24 países europeos, encontrando que el apoyo social recibido y su ingreso económico se relacionaban con la depresión, siendo el aspecto social clave en aquellas personas desfavorecidas económicamente. En el Perú, Astroga et al(5), realizó una investigación en la que se reportó una importante prevalencia de depresión entre los pacientes geriátricos atendidos en el un centro médico peruano naval entre los años 2010 a 2015 y se comprobó que el lidiar con síntomas depresivos se asociaba a mayor mortalidad pero no se analizó el impacto social en la depresión.

El Hospital Peruano Geriátrico Policial “San José”, se localiza en el distrito de San Miguel, dentro de la ciudad de Lima en Perú. Este nosocomio de categoría II-E, constituye el único hospital especializado en el área geriátrica perteneciente a la fuerza policial para la atención del personal activo y/o en retiro de todas sus divisiones y sus familiares directos, provenientes de todo el país, al alcanzar una edad de 60 años o superior, por lo que maneja una población aproximada de 155, 000.

La profesión policial se ha ligado a una gran carga tanto física como mental por no sólo la exposición a situaciones de riesgo y lesiones sino también por la burocracia, expectativas en los cargos, compromiso institucional que implica disponibilidad permanente, salarios y beneficios según jerarquía, falta de reconocimiento, exposición constante a la opinión y presión pública, entre otros.

Ante lo expuesto, es oportuno analizar el apoyo social y síntomas depresivos al ser escasos los estudios que incluyen dicha asociación y al ser este nosocomio el lugar de atención no sólo de adultos mayores, sino de personal policial que durante su función pueden haber experimentado estrés ocupacional. (16)

## **1.2 Formulación del problema**

¿Existe asociación entre el apoyo social y síntomas depresivos en los adultos mayores atendidos en el servicio de geriatría del Hospital Peruano Geriátrico Policial “San José” en noviembre del 2023?

## **1.3 Línea de investigación:**

La presente tesis corresponde dentro de las líneas de investigación de la Universidad Ricardo Palma, según acuerdo de Consejo Universitario N° 0510-2021, a la línea de investigación de salud mental.

Además, en conformidad con la Resolución Ministerial N°658-2019/MINSA, de las prioridades nacionales de investigación en salud del Perú 2019-2023, el tema de investigación se enmarca en el problema sanitario de salud mental.

## **1.4 Justificación del estudio**

Los resultados obtenidos podrían ayudar a las autoridades del Hospital Policial Geriátrico “San José” a la generación de medidas que se encuentren acorde a las necesidades psicosociales de la población atendida en este nosocomio, tales como el fortalecimiento del tamizaje de la depresión y de la valoración del apoyo social en este grupo etario. Para el primero, se podrían implementar campañas y módulos dirigidos por personal especializado en salud mental y la aplicación de instrumentos como la Escala de Yesavage de 5 ítems de forma rutinaria en la consulta geriátrica. Respecto al segundo, se podría aplicar la Escala de Gijón de forma rutinaria en la atención geriátrica durante su primera atención en el nosocomio y anualmente. Además, se podría solicitar la destinación de mayor presupuesto para la mejora de programas o beneficios sociales para los afiliados que lo requieren, derivar al área de psicología a aquellos con problema o riesgo social e implementar actividades de recreación e interacción social para el adulto mayor de la mano de voluntarios y el municipio con el fin de asegurar su bienestar mental y velar por un envejecimiento saludable.

## **1.5 Delimitación del estudio**

La presente investigación fue aplicada en una población constituida por pacientes de 60 años o mayores atendidos en el consultorio externo del Servicio de Geriatria del Hospital Geriátrico Policial “San José”, en noviembre del año 2023.

## **1.6 Viabilidad**

Se obtuvo la autorización del Hospital Geriátrico Policial “San José” para la ejecución de este estudio. El estudio contó con el apoyo de especialistas para su aplicación y la asesoría de los docentes capacitados del IX Curso de Taller de Titulación por Tesis 2022. Además, se contó con disponibilidad recursos tanto humanos, como económicos y tiempo para su desarrollo.

## **1.7 Objetivos**

### **1.7.1 Objetivo General**

- Determinar la asociación entre apoyo social y síntomas depresivos en los adultos mayores atendidos en el servicio de geriatría del Hospital Geriátrico “San José” de la Policía Nacional del Perú en noviembre del 2023.

### **1.7.2 Objetivos Específicos**

- Describir la prevalencia de problema social y riesgo social en los adultos mayores atendidos en el servicio de geriatría del Hospital Geriátrico Policial “San José” en noviembre del 2023.
- Determinar la frecuencia de adultos mayores del servicio de geriatría del Hospital Geriátrico Policial “San José” que requieren apoyo familiar o vecinal, que no disponen de algún seguro o que se encuentran en situación de abandono familiar en noviembre del 2023.
- Describir la prevalencia de síntomas depresivos en los adultos mayores atendidos en el servicio de geriatría del Hospital Geriátrico Policial “San José” en noviembre del 2023.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes de la Investigación

##### 2.1.1 Antecedentes Internacionales

Conde-Sala J. et al. (17) realizaron una investigación con título “Course of depressive symptoms and associated factors in people aged 65+ in Europe: a two year follow up”, publicado en el 2019, de tipo no experimental, cohorte y prospectivo en el que se analizó los datos de 31 491 personas con más de 65 años que respondieron la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación de Europa (SHARE) en dos ocasiones (ola 5 y 6) que se dieron entre los años 2013 y 2015 para 14 países europeos. Se utilizó la Escala EURO-D para identificar síntomas depresivos y analizar los factores asociados a esta patología. En sus resultados se observó que el 29.8% y el 31.5% de los adultos mayores tenían depresión en las olas 5 y 6, respectivamente. Además, se reportó que la presencia y persistencia de los síntomas depresivos se asociaban a una baja percepción de salud (Ola 5 OR: 2.61, IC 99% [2.60-2.61],  $p<0.01$ ; ola 6 OR: 2.81, IC99% [2.80-2.82],  $p<0.01$ ), dependencia para las actividades cotidianas (Ola 5 OR:2.38, IC99% [2.37-2.39],  $p<0.01$  ola 6, OR: 1.93, IC99% [1.92-1.93],  $p<0.01$ ), comorbilidades (Ola 5 OR:1.49, IC99% [1.48-1.49],  $p<0.01$ ; ola 6 OR: 1.15, IC 99% [1.14-1.15],  $p<0.01$ ), el sexo femenino (Ola 6 OR:2.03, IC99% [2.02-2.03],  $p<0.01$ ), dificultades financieras (Ola 5 OR:1.63, IC99% [1.62-1.63],  $p<0.01$ ; ola 6 OR:1.57, IC99% [1.57-1.58],  $p<0.01$ ) y sensación de soledad (Ola 5 OR:2.53, IC99% [2.52-2.53],  $p<0.01$ ; ola 6 OR: 2.45, IC 99% [2.44-2.45],  $p<0.01$ ).

Chen, L. et al. (18) en su estudio titulado “The influence of social support on loneliness and depression among older elderly people in China: Coping styles as mediators”, publicado en 2019, de diseño descriptivo-correlacional y transversal. Se evaluó si el apoyo social y la forma de afrontar problemas se asociaba a la percepción de soledad y depresión para lo cual, los datos de 1646 adultos mayores que participaron en la Encuesta Social Longitudinal del Envejecimiento de China del 2014, se analizaron utilizando los cuestionarios de Simple Coping Styles Questionnaire, la versión breve de la Escala de Depresión del Centro de Estudio Epidemiológico con 9 preguntas y la Escala de 3 preguntas sobre la Soledad de Hughes. En sus resultados se encontró que aquellos adultos mayores con mayor apoyo social presentaban menos posibilidad de padecer depresión o



sentimientos de soledad ( $p < 0.001$  y  $p = 0.001$ , respectivamente). De la misma forma, los adultos mayores con un mecanismo positivo de afrontar los problemas tenían menos depresión ( $p < 0.001$ ).

Sánchez-Moreno, E. et al (15)., en su estudio con el título “Income inequalities, social support and depressive symptoms among older adults in Europe: a multilevel cross-sectional study”, publicado en el 2022, de tipo no experimental, analítico y transversal, analizaron la información de 68 417 personas con 65 años y mayores de 24 países en Europa, que realizaron la Encuesta Europea de salud por Entrevista (EHIS), para determinar si el ingreso económico y apoyo social se asociaban a síntomas depresivos en ese grupo etario. Se utilizó como instrumentos el Cuestionario de la Salud del Paciente de 8 preguntas y la Escala de Apoyo Social de Oslo -3 de 3 preguntas para medir la depresión y apoyo social, respectivamente. Se encontró en los resultados, que un gran apoyo social se asociaba a una puntuación baja de síntomas depresivos incluso en aquellos adultos mayores pertenecientes a un bajo ingreso económico o Quintil 1 ( $p < 0.001$ ).

Fang, L. et al (19). en su estudio titulado “A study of regular exercise support and depression in the community-dwelling older people”, publicado en el 2021, no experimental, analítico y transversal, constituida por una población de 290 personas mayores de 65 años de Taiwán, a las que se le realizó una encuesta con el fin de analizar la relación entre el apoyo social, el realizar ejercicio y la depresión; así como, el determinar los predictores de la depresión. Se utilizó la Escala de Apoyo Social de Smilkstein et al. Y la Escala de Depresión Geriátrica compuesta por 15 preguntas como instrumentos para la variable de apoyo social y depresión, respectivamente. Se reportó que el sexo femenino ( $p=0.041$ ), ejercitarse de forma regular ( $p < 0.001$ ), la calidad del sueño ( $p < 0.001$ ) y el apoyo social ( $p < 0.001$ ) se asociaban menor prevalencia de síntomas depresivos en los adultos mayores. Por otro lado, el estado civil, el nivel educativo y el número de comorbilidades no se asociaron estadísticamente a los síntomas depresivos.

En el estudio de Kim, B. y Kihl, T. (20), con el título de “Suicidal ideation associated with depression and social support: a survey based analysis of older adults in South Korea” del año 2021, de tipo transversal y analítico, en el que se incluyó una población de 260 adultos mayores de Seúl y Gyeonggi a los que se les aplicó una encuesta para identificar factores de riesgo con énfasis en depresión y apoyo social, que se asocian a la

ideación suicida. Entre sus resultados se obtuvo que los adultos mayores solteros ( $p<0.01$ ), varones ( $p<0.01$ ), con bajos ingresos económicos ( $p<0.05$ ), bajo nivel educativo ( $p<0.05$ ), bajo apoyo social ( $p<0.01$ ) y depresión ( $p<0.01$ ) se asociaba a presentar ideación suicida. Además, mencionan que estos resultados se pueden explicar por la transición a una familia nuclear en lugar de la extensa, la disminución de hijos que apoyan y viven con sus padres adultos mayores y las dificultades físicas que los limita a participar en actividades sociales generando sentimientos de soledad y aislamiento lo cual influye en el surgimiento de síntomas depresivos e ideación suicida.

En el estudio de Kim, H. et al (21) titulado “Effects of Health Status, Depression, Gerotranscendence, Self-Efficacy, and Social Support on Healthy Aging in the Older Adults with Chronic Diseases” publicado en el 2022, de tipo analítico, transversal-correlacional, en el que se incluyó una población de 116 coreanos con edades superiores a los 65 años con comorbilidades, a los que se les realizó una encuesta para determinar los factores de riesgo ligados a un envejecimiento saludable en los adultos mayores con enfermedades crónicas. Se utilizó como instrumento la Escala Corta de Depresión Geriátrica, la Escala Multidimensional de Percepción del Apoyo Social para medir la depresión y el apoyo social, respectivamente. En sus resultados se encontró que el envejecimiento saludable se asociaba a vivir con un esposo ( $p<0,05$ ), tener educación secundaria o superior completa ( $p=0.001$ ), ser parte de una religión ( $p=0.009$ ), el tener una comorbilidad en lugar de dos o más ( $p=0,001$ ), hacer ejercicio( $p<0.001$ ) y tener un nivel económico medio o alto ( $p<0.001$ ) y el gozar de apoyo social ( $p<0.001$ ). Además, se observó una negativa correlación entre apoyo social y depresión en esta población de tal manera que mientras más apoyo social presentaba el adulto mayor, menos depresión tenía ( $p=0.001$ ).

En el trabajo de tesis de Calderón, D. et al (22) con título “ Factores sociales, familiares y dependencia asociados con la depresión en el adulto mayor beneficiario de seguro social en la consulta externa de un hospital público de la ciudad de Quito, 2018”, con publicación del 2019, de características observacional, transversal y analítico, en el que se contó con una población de 390 pacientes geriátricos que fueron encuestados utilizando la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional y la Escala Sociofamiliar de Gijón para el diagnóstico de depresión y el apoyo social, respectivamente. Se encontró en los resultados que el 26,4% de los participantes contaban con depresión, el 40,8% tenía un

cónyuge, el 37% recibía una remuneración mínima mensual para Ecuador y el 80% presentaban una buena red social. Además, se observó que tener un riesgo o problema social se asociaban a depresión (OR= 2,77; IC95% [1.73-4.42];  $p < 0.0001$ ); por otro lado, las variables sexo, edad, nivel educativo, jubilación y estado civil no se asociaron significativamente ( $p > 0.05$ ). Respecto a las dimensiones del apoyo social, el tener malas relaciones sociales fue la única que se asoció a depresión de forma significativa (OR= 1.9; IC95% [1.18-3.06];  $p < 0.007$ ).

El estudio transversal de Ashe, S. et al (23), con título “Prevalence, associated risk factors of depression and mental health needs among geriatric population of urban slum, Cuttack, Odisha”, publicado en 2019, consideró una muestra de 354 personas mayores de 60 años a los que se le realizó una encuesta. Dentro de sus resultados, se encontró que el 36,2% y 44,9% de los adultos mayores presentaban depresión leve y severa, respectivamente. Los adultos mayores con depresión severa se asociaron al sexo femenino ( $p < 0.001$ ), viudez ( $p < 0.001$ ), nivel socioeconómico bajo ( $p < 0.000$ ), tener hipertensión ( $p < 0.001$ ), agudez visual disminuida ( $p < 0.001$ ), desempleo ( $p < 0.001$ ) y tener conflictos familiares ( $p < 0.001$ ).

Grey, I. et al(24). Desarrolló una investigación con título “The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic” del 2020, se realizó una investigación analítica, de casos y controles y transversal, que contó con 1655 adultos jóvenes que respondieron una encuesta virtual, con el objetivo de establecer la asociación entre apoyo social y síntomas depresivos y su influencia en la calidad del sueño. En los resultados, se encontró que el 60% las personas en cuarentena percibían que su salud mental se deterioró y tenían puntajes mayores en irritabilidad, sentimientos de soledad y síntomas depresivos. Además, se observó que, en aquellos con un apoyo social alto, el riesgo de depresión y de mala calidad de sueño era 63% y 52 % menos que aquellos sin este (OR: 0.37, CI95% [ 0.21-0.67],  $p < 0.001$  y OR=0.48, CI 95% [0.26-0.88],  $p < 0.001$ ; respectivamente). Se concluyó que el apoyo social se asociaba tanto a los síntomas depresivos como a la calidad del sueño por lo que se sugieren nuevos estudios enfocados en el rol del apoyo social sobretodo en contextos de gran estrés como las pandemias.

Chang, Y. et al(25). en su artículo “Apoyo Social mejora el efecto mediador de la resiliencia psicológica en la relación entre la satisfacción con la vida y la severidad de los síntomas depresivos”, del 2023, realizó un estudio transversal analítico en el que se tomó

como muestra a 245 adultos jóvenes. Los resultados indicaron que la resiliencia, la paz mental se asociaban a la severidad de los síntomas depresivos ( $p=0.001$ ) y que el apoyo social se asociaba no sólo con los síntomas depresivos sino también con la resiliencia ( $p=0.001$ ). Además, mencionan que la mentalidad y la armonía intervienen sinérgicamente de forma positiva en la forma de afrontar las dificultades lo cual impacta en el bienestar de la persona. Sin embargo, al tener una población joven exponen la necesidad de realizar estudios con otros grupos etarios y con enfoque en el apoyo social.

### **2.1.1 Antecedentes nacionales**

En el trabajo de tesis de Acuña, J. (26), titulado “Estilos de vida saludable y el apoyo social asociado a la depresión en adultos mayores que asisten al Club del Adulto Mayor en el distrito de Surco” del año 2019, no experimental, descriptivo- correlacional y prospectivo, con 80 adultos mayores participantes que fueron encuestados entre diciembre del 2018 a marzo del 2019 con el Test Fantástico, el Cuestionario de Apoyo Social de Moss y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para analizar el estilo de vida, el apoyo social y la depresión, respectivamente. Los resultados mostraron que el 55% de los adultos mayores presentaban un estilo de vida malo, el 60% tenía bajo apoyo social y el 61% presentaba depresión, siendo el 45% de estos severa. Además, se encontró que, respecto a las dimensiones que constituyen al apoyo social, el 69% percibía un apoyo emocional medio, el 5% consideraba tener un apoyo instrumental e interacción social baja, y el 10% percibía un apoyo efectivo bajo. Finalmente, se halló que el apoyo social se encontraba asociado menores índices de depresión (IC:99%,  $p<0.01$ ) y a un mejor estilo de vida (IC:99%,  $p<0.01$ ).

Llange, J. (27) en su trabajo de tesis titulado “Apoyo social y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio-Noviembre del 2016”, publicado en 2017, de tipo analítico, transversal y prospectivo. La investigación analizó los datos de 354 pacientes hospitalizados, a los que al alta se les encuestó utilizando el Test de Zung y en Cuestionario de DUKE UNC para medir la depresión y apoyo social, respectivamente. En los resultados, se halló que el 35,98% de los adultos mayores presentaban depresión y estos se asociaban a presentar un bajo apoyo social (OR:3.78; IC 95% [2.27-6.32];  $p=0.001$ ). Además, se encontró que la depresión se asociaba al sexo femenino ( $p=0.002$ ), edad de 65 años o mayor ( $p=0.001$ ) y

estar viudo o soltero ( $p=0.001$ ). En contraste, el nivel educativo, el encontrarse desempleado, tener diabetes tipo 2 y presentar hipertensión arterial no presentaron una asociación estadísticamente significativa.

Martina, M. et al (10) en su estudio con título “Depresión en adultos mayores en el Perú: distribución geoespacial y factores asociados según ENDES 2018- 2020”, publicado en el 2022, de tipo analítico y transversal, donde se analizó una base de datos con las respuestas de 5544, 6929 y 6445 personas mayores de 60 años a los que se les aplicó la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en los años 2018, 2019 y 2020, respectivamente. Los resultados reportaron que el síndrome depresivo se encontró en el 12,9%, 13,3% y 10,8% de los adultos mayores en los años 2018, 2019 y 2020, respectivamente. Además, se observó asociación entre la depresión y el tener 85 años o ser mayor, vivir solo, la viudez, el nivel socioeconómico bajo, proceder de la sierra, habitar una zona rural y no tener seguro sanitario ( $p<0.001$ ). Se concluyó que la prevalencia del síndrome depresivo es importante en la vejez y se recomiendan nuevos estudios que consideren más factores asociados a esta patología.

Torres, J. et al (28) en su estudio con título “Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos”, publicado en el 2023, de tipo observacional, analítico y transversal, en el que se usó la ENDES del año 2019 para un análisis secundario. Se analizó una muestra de 4174 adultos mayores. En los resultados, se observó que el 13,1% de los participantes presentaron depresión y las mujeres presentaron más frecuencia de depresión que los hombres. Además, se encontró asociación significativa entre los adultos mayores con 85 años o mayores y depresión (RPa= 1.664; IC 95 % [1.304-2.124],  $p<0.000$ ). Se observó la presencia de factores protectores, tales como el no tener educación y pertenecer al quintil de pobreza ( $p< 0.001$ ).

Failoc, V. et al(29) en su investigación titulada “Factors related to depression in elderly patients attending primary health care centers in Chiclayo, Perú”, publicado en el 2021, de tipo analítico y transversal, con 302 adultos mayores participantes que se atendían en dos centros médicos en Chiclayo a los que se le realizó una encuesta con el objetivo de definir los factores asociados a depresión en esta población. En los resultados, se encontró que el 30.8% de los participantes presentaban síntomas depresivos, el 53% tenía riesgo sociofamiliar y el 74% padecía de comorbilidades. Además, se observó que la depresión

se asociaba a una edad superior a los 80 años (PR=1.52; IC95% [1.03-2.24];  $p < 0.03$ ), el presentar riesgo (PR=1.85; IC95% [1.13-3.03];  $p = 0.01$ ), problemas sociales (PR=4.19; IC95% [2.59-6.79],  $p < 0.001$ ) y el tener déficit cognitivo (PR= 2.35; IC95% [1.72-3.22];  $p < 0.001$ ). Por otro lado, no se halló asociación entre la depresión y el sexo, la presencia de comorbilidades y el estado nutricional en los adultos mayores.

Zavaleta, Y. et al (30) en su estudio, con título “Apoyo familiar y social relacionado con la depresión en adultos mayores en el Centro de Salud Liberación Social- La Libertad 2019”, publicado en el 2019, con 103 participantes con edades superiores a los 60 años, a los que se les encuestó. La Escala de Depresión de Yesavage de 15 preguntas y el Cuestionario de MOS-RODAS se utilizaron para medir depresión y el apoyo social. Los resultados mostraron que el 72,8% de los adultos mayores presentaron depresión, siendo en el 10,7% moderada. Además, se encontró que la depresión se asociaba con el apoyo social ( $p = 0.004$ ) y sus dimensiones; de tal forma que, a mayor apoyo familiar y social ( $p < 0.05$ ), apoyo emocional ( $p < 0.05$ ), apoyo material ( $p < 0.05$ ), apoyo social de ocio y distracción ( $p < 0.05$ ) y apoyo afectivo ( $p < 0.05$ ) presentaran los adultos mayores menor depresión se observa.

Astorga, A. et al (5), ejecutó un estudio analítico, cohorte y retrospectivo, con el título “Depression Symptoms and Mortality in Elderly Peruvian Navy Veterans: A Retrospective Cohort Study”, publicado en 2022. En la investigación se examinaron los datos de 1681 pacientes mayores de 60 años. Se empleó como instrumento la Escala Corta de Depresión Geriátrica de 5 preguntas. En los resultados, el estudio determinó que los síntomas depresivos se encontraban en el 24.9% de los adultos mayores participantes. Además, se comprobó que la mortalidad se asociaba a presentar síntomas depresivos, fragilidad y ser del sexo masculino (RR=23.1, IC 95% [11.7-45.7],  $p < 0.001$ ; RR=3.84, IC95% [2.16-6.82],  $p < 0.001$  y RR=1.37, IC95% [1.07-1.75],  $p < 0.001$ ; respectivamente). No se halló asociación entre el rango militar y los síntomas depresivos en su población.

En el estudio de Ponce, C. et al (31), titulado “Prevalencia y factores asociados a sintomatología depresiva en adultos mayores del centro de salud Micaela Bastidas, Lima-Perú”, del 2020, tipo transversal analítico, en el que se encuestó a 142 adultos mayores utilizando la Encuesta de Depresión Geriátrica de 15 preguntas para medir la depresión en esa población. En la investigación, se reportó en los resultados que el 55,6% de los

adultos mayores presentaban depresión y que esta se asociaba significativamente a aquellos con primaria incompleta y sin educación (RPa=1.40; IC95% [1.04-1.88]) y el estar desempleado (RPa=1.50; IC 95% [1.09-2.05]).

Saenz, M. et al (11) en su estudio analítico, transversal y retrospectivo, titulado “Trastornos depresivos en adultos mayores de once comunidades altoandinas del Perú , 2013-2017”, del 2019. Se analizaron los datos de 412 adultos mayores de 8 departamentos del Perú a los que se les encuestó utilizando el Cuestionario Ultracorto de Yesavage de 5 preguntas para definir la depresión. En sus resultados, el 40,7% de los participantes presentaba depresión y que esta se asociaba a vivir en una zona rural ( $p=0.005$ ), tener comorbilidades ( $p=0.04$ ) y presentar síndromes geriátricos (0,001). Por otro lado, el estado civil y no tener un cohabitante no se asociaron a la depresión en la vejez. En la investigación no consideraron variables relacionadas al aspecto social, pero consideran importante su influencia en esta patología.

## **2.2 Bases teóricas**

### **DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR**

#### **Definición**

La depresión es aquel trastorno del ánimo distinguido principalmente por un sentimiento de tristeza persistente, pérdida de interés por actividades que se solían disfrutar, decaimiento, disminución de energía, alteración en la capacidad de concentración y toma de decisión y presentar pensamientos destructivos, de muerte o culpa; que afectan físicamente a la persona pudiendo generar alteración en sus patrones del sueño, agitación o retardo psicomotor y fatiga; lo cual, repercute en su entorno, llegando a producir asilamiento social, disfunción y riesgo de suicidio o consumo de este; es así, que este trastorno mental genera un impacto profundo en la vida de la persona produciendo no sólo daño a la misma sino también una gran carga a su familia, comunidad y país (13,32). Por otro lado, según la OMS, se reconoce que aquella persona con 60 años o una edad superior es un adulto mayor. La presencia de depresión en este grupo etario no es infrecuente considerando todos los cambios y dificultades físicas, mentales y sociales que afrontan durante esta etapa (13).

## **Epidemiología**

La depresión tiene una importante prevalencia y repercusión a nivel mundial, considerándose como la segunda causa más frecuente de discapacidad (33). Se reporta que aproximadamente el 14% de las personas con 55 años o mayores presentan depresión, siendo el 2% de estas compatibles con una depresión mayor (13). Sin embargo, es imperante considerar que dentro los adultos mayores con depresión se estima que la más de la mitad no son diagnosticados(34).

## **Fisiopatología**

La fisiopatología de la depresión continúa siendo dilucidada; es así, que existen teorías que la tratan de explicar. La hipótesis más aceptada sostiene que la depresión resulta de la respuesta a factores biológicos, psicológicos y sociales estresantes que desencadenan un ambiente inflamatorio a través de una función incrementada del eje hipotalámico-adrenal, bloquean la síntesis neuronal, estimulan la atrofia dendrítica en la corteza media prefrontal, alteran redes cognitivas en la zona fronto-límbica del cerebro, desregulan los neurotransmisores monoaminérgicos, generan lesiones en la sustancia blanca subcortical y estimulan hipoperfusión cerebral (35,36,36). Además, existe evidencia que resalta el papel del Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro en la depresión. Este componente que contribuye a la sobrevivencia de las neuronas y la plasticidad neuronal se encuentra disminuido en las personas deprimidas(37).

La teoría inflamatoria cerebral sostiene que los estresores y el propio envejecimiento no sólo generan un desbalance en el sistema inmunitario del adulto mayor sino que propicia una cascada inflamatoria crónica y desproporcionada en el sistema nervioso caracterizada por la inhibición de sustancias antiinflamatorias y la acción de la interleucina 1 y 6, Interferón alfa y el Factor de Necrosis Tumoral tipo alfa que inducen a la enzima indoleamina 2-3 dioxigenasa la cual actúa inhibiendo la síntesis de serotonina y generando aumento de glutamato, el cual se asocia a síntomas depresivos como la pérdida de reacción ante estímulos previamente placenteros o satisfactorios y alteraciones psicomotoras. Todas las alteraciones mencionadas se traducen finalmente en cambios en el comportamiento y cognición del adulto mayor que dan paso a la depresión (35,38).

## **Factores de riesgo**

En la depresión intervienen diversos factores biológicos, sociales y psicológicos que predisponen su aparición(6):



### Factores biológicos

Se resalta el papel del propio envejecimiento en la predisposición de la depresión. Esto se pretende explicar a través de la inmunosenescencia, proceso por el que a través de los años la función sistema inmunitario se altera produciendo aumento de sustancias proinflamatorias y especies reactivas del oxígeno junto con la disminución de la respuesta a los mecanismos antiinflamatorios que generan cambios neuroendocrinos habiendo proclive la aparición de trastornos mentales como la depresión(36,39). En las mujeres menopáusicas se aumentan los síntomas depresivos por la alteración del ciclo estrogénico que influye en la regulación del estado anímico y los neurotransmisores(39–41).

Por otro lado, el envejecimiento se acompaña con un aumento de la disfunción vascular que predispone y/o empeora enfermedades cardiovasculares. Se reconoce que existe relación entre la depresión y otras comorbilidades como la diabetes, enfermedades respiratorias, neoplasias, enfermedades autoinmunitarias y trastornos neurológicos pero los mecanismos subyacentes aún no están completamente descritos. Sin embargo, se describe el papel que estas condiciones conllevan como el dolor crónico, la disfunción, dependencia, discapacidad y la alta carga psicosocial en las cuales intervienen en la aparición de la depresión(39,42,43).

### Factores sociales

Se ha descrito en el envejecimiento, varios cambios en el entorno social que pueden afectar la salud mental. En primer lugar, el experimentar el duelo durante esta etapa es frecuente y la pérdida del cónyuge, familiares y amigos es un evento estresante que puede generar sentimientos de tristeza, ansiedad e insomnio que impactan en su vida y tienen el potencial de limitar su funcionalidad. Además, el proceso de jubilación y los cambios económicos asociados pueden generar una percepción de pérdida de utilidad y carga en la sociedad; esto puede ser aún más desesperanzador en los países subdesarrollados, donde prevalece en la mayor parte de la población obstáculos como la pobreza, el acceso difícil a la sanidad y una baja calidad de vida(44,45). La reciente pandemia generó una emergencia sanitaria que impactó en los adultos mayores, durante el cual no sólo se practicó el aislamiento y restricción social; sino, que en muchos países con recursos sanitarios limitados se impulsó la atención por prioridad, que generó una percepción de que al adulto mayor se le podría negar la atención médica o no era digno de esta (46). Otro cambio asociado al envejecimiento es el cambio de residencia a una casa de retiro o

con los familiares para reducir la carga económica; el cual puede no ser voluntario e involucrar una adaptación difícil, predisponiendo a aislamiento social y depresión(46).

#### Factores psicológicos

Se consideran el haber tenido depresión previamente en su vida, tener una personalidad pesimista, pensamientos obsesivos y de baja autoestima, tener un mecanismo ineficaz para lidiar con cambios o situaciones de gran estrés(44).

El rol de los factores psicosociales en el surgimiento de la depresión se trata de explicar por la exacerbación que estos producen en el proceso de inmunosenescencia. Además, se describe que el aislamiento y los sentimientos de soledad desencadenan un aumento del tono simpático, la cascada inflamatoria y alteran el ciclo circadiano predisponiendo o aumentando los síntomas depresivos(39).

#### **Diagnóstico de depresión en el adulto mayor**

El diagnóstico de depresión en las personas con 60 o una edad superior no se diferencia del de los otros grupos etarios considerando que se rige según los criterios diagnósticos establecidos por el “Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders- Fifth Edition” (DSM-5)(47); sin embargo, el tamizaje de esta es un reto ya que los adultos mayores en ocasiones no reconocen que sus síntomas son compatibles con la depresión por lo que los motivos de consulta más que los sentimientos de tristeza o desesperanza, son relacionados con la fatiga, baja de peso, aislamiento social, disfunción cognitiva, rechazo a la comida o al uso de medicación habitual, descuido de la imagen corporal, entre otros; en ese sentido, es importante que el personal de salud sea cuidadoso al evaluar de forma integral al adulto mayor procurando no sólo obtener la anamnesis del mismo sino también corroborarla con su familia y/o cuidador (6,13).

Se debe descartar enfermedades como la anemia, hipotiroidismo, déficit de vitamina B12 y ácido fólico, enfermedad de Parkinson, entre otros(36). Algunos exámenes complementarios de ayuda para el descarte de diagnósticos diferenciales son el hemograma, electrolitos, productos nitrogenados, perfil hepático, perfil tiroideo, vitamina B12, ácido fólico, glucosa y densitometría; según el criterio clínico guiado por la anamnesis y el examen físico integral del adulto mayor(6).

#### Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos mundialmente aceptados para la depresión en todas las etapas etarias son las establecidas en el DSM-5, en el cual consideran que la persona presenta depresión mayor si por al menos dos semanas presentó al menos cinco de los siguientes síntomas: sentimiento de tristeza, disminución del interés y disfrute de actividades, alteración en el patrón de sueño, retardo o agitación psicomotriz, fatiga o percepción de disminución de energía, baja autoestima o sentimiento de culpabilidad, poca concentración o indecisión, pensamientos repetitivos sobre la muerte, ideación o intento de suicidio(6). Además, se debe considerar que uno de los síntomas sea el sentimiento de tristeza o la falta de interés o placer en actividades que se solían gozar. Por otro lado, para el diagnóstico de depresión menor se debe presentar por al menos 2 semanas, menos de cinco síntomas de los previamente mencionados (47).

Se debe considerar al tener como síntoma en ciertos casos una alteración de la función cognitiva, la aplicación del test “Mini Mental State Examination”; así como la realización de la Valoración Integral Geriátrica, con el fin de descartar fragilidad, los factores influyentes potencialmente modificables, el abordaje terapéutico y seguimiento según sus necesidades(13).

#### Tamizaje en el adulto mayor

Las herramientas de tamizaje más importantes validadas para el screening de depresión durante la vejez son diversas. La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) es el cuestionario más usado para tamizaje de depresión durante la vejez. Existen 3 variantes de este, el GDS-30, GDS-15 y GDS-5, de 30, 15 y 5 preguntas, respectivamente. Es aplicable a pacientes geriátricos sin y con deterioro cognitivo leve o moderado; es decir, para aquellos con el resultado del test Mini-mental State Examination mayor a 15 puntos. Cuenta con una sensibilidad de 92% y especificidad del 54%. Por otro lado, el Cuestionario de salud del paciente de 9 preguntas (PHQ-9), considera los 9 criterios para diagnóstico de depresión del DSM- IV, considera una puntuación según la frecuencia de los síntomas y para considerar el diagnóstico de depresión se precisa de una puntuación mayor a 9 puntos. En el primer nivel de atención, se le considera el instrumento más empleado para el tamizaje de depresión. Tiene una sensibilidad de 88% y especificidad de 80%. La Escala de Cornell para depresión en demencia (CSDD), es dirigida a aquellos adultos mayores que presentan disfunción cognitiva. Este cuestionario no diagnostica depresión, pero indica la necesidad de hacer una evaluación detallada al respecto y con un 90% y 75% de sensibilidad y especificidad, respectivamente (6).

## **Complicaciones**

La depresión afecta directamente el bienestar de la persona en el aspecto físico, emocional y en la forma de relacionarse con su entorno; de tal forma que, la imposibilita de continuar realizando sus actividades rutinarias. Las repercusiones negativas de este trastorno del ánimo se observan desde la presentación de sus síntomas a pesar de no llegar a cumplir con los criterios diagnósticos de una depresión mayor(6,13).

Al presentarse la depresión en una población vulnerable como son los adultos mayores se pueden generar repercusiones negativas tanto internas como externas. En las internas, se puede observar que la depresión acelera el envejecimiento observándose el acortamiento de los telómeros en estos pacientes, la generación de un ambiente inflamatorio en el sistema nervioso, la aparición y/o evolución negativa de sus comorbilidades, aumento de la mortalidad y disfunción cognitiva y física que conlleva dependencia. En las externas, se produce aislamiento social, bajo rendimiento en actividades diarias y carga económica, social y física a la familia y sociedad(35).

## **Tratamiento**

El tratamiento de la depresión debe ser multidisciplinaria y se basa en el uso de psicoterapia para depresión leve y moderada y/o medicación antidepresiva para casos severos; por lo que su aplicación en el adulto mayor tendrá los mismos principios que en el paciente joven, pero tomando en cuenta ciertos factores como su fragilidad y polifarmacia. El apoyo social en la psicoterapia ya sea cognitivo conductual o interpersonal y en la adherencia al tratamiento es crucial sobretodo en el caso de los pacientes geriátricos deprimidos con demencia donde los antidepresivos no son efectivos. Además, se debe tener en cuenta otras intervenciones como el ejercicio, la terapia cognitivo- conductual, la terapia musical y la educación de su entorno(13).

Sobre el uso de medicación antidepresiva es importante considerar la polifarmacia que gran parte de los adultos mayores suelen experimentar por la presencia de múltiples comorbilidades; es así, que se debe hacer un uso racional de estos procurando evitar interacciones medicamentosas y efectos adversos. En casos donde el paciente geriátrico presente depresión mayor o psicótica se puede aplicar la terapia electroconvulsiva y en aquellos con marcadores inflamatorios elevados se sugiere la aplicación de antiinflamatorios no esteroideos y omega 3 (13,38).

## **El APOYO SOCIAL**

### **Definición**

Es aquella percepción de soporte que recibe una persona de forma emocional, instrumental o informativo como resultado de pertenecer a una red social simbiótica, en la que se genera una relación beneficiosa recíproca tanto física como mentalmente (48). El pertenecer a una red social positiva permite que la persona construya una perspectiva subjetiva de ser querido, respetado, valorado, cuidado y de formar parte de sociedad con derechos y responsabilidades. Esta herramienta para lidiar con eventos estresantes proviene del entorno de la persona llegando a ser dado por familiares, compañeros del trabajo o grupos de apoyo, amigos cercanos y hasta por sus mascotas. Esta conexión con su red de apoyo brindará a la persona, sentido a su vida y ayudará a fortalecer su salud a través del cuidado y promoción de esta.

### **Clasificación del apoyo social**

El apoyo social se ha clasificado clásicamente en el apoyo estructural y el apoyo funcional(48):

- Apoyo estructural: Incluye el desenvolviendo social de la persona con su entorno, considerando no sólo su participación dentro de la red social sino las múltiples conexiones que presenta y la calidad de estas.
- Apoyo funcional: Consiste en las diferentes intervenciones que puede realizar el entorno para brindar soporte ante una situación estresante. Las actividades que incluyen son:
  - Apoyo informativo: Se basa en el análisis de evento estresante para un mejor entendimiento de las herramientas y opciones de resolución de este para abordarlo de forma eficaz.
  - Apoyo instrumental: Considera el brindar de forma material el soporte ya sea a través de dinero, servicios u objetos.
  - Apoyo emocional: El entorno brinda soporte a la persona haciéndole sentirse querido, cuidado, protegido y respaldado ante una situación de estrés.

### **Influencia del apoyo social en la salud**

El apoyo social, a través de las múltiples redes que se pueden lograr, tiene como objetivo el bienestar de todos sus miembros. Esto se logra alcanzar al combatir los sentimientos

de soledad, estimular hábitos saludables, mejorar la adherencia terapéutica, entre otros. En el campo de la salud, la relación entre redes de apoyo y calidad de vida ha sido resaltada sobre todo en los pacientes geriátricos. Durante la etapa de adulto mayor, los principales eventos estresantes a considerar son la pérdida de seres queridos, el proceso de enfermedad, dificultades económicas, divorcios o separaciones matrimoniales, traslado a residencias de reposo, abandono del hogar por parte de un miembro familiar, entre otros. En este contexto, se describe que aquellos pacientes con mayor apoyo son más capaces de afrontar situaciones estresantes(48).

Ante eventos estresantes, la respuesta fisiológica de cuerpo humano es activar el sistema simpático y el eje hipotalámico-suprarrenal que libera catecolaminas y cortisol, respectivamente; los cuales contribuyen a suplir el gasto necesario para cumplir con las demandas. Ante un evento estresante largo, se generan cambios por una exposición prolongada y no esperada a la adrenalina, noradrenalina, cortisol y citoquinas inflamatorias que se expresa con la disminución del sistema inmunitario, daño endotelial con repercusión hemodinámica, un desequilibrio de sustancias químicas en el sistema nervioso que predispone a trastornos mentales como la depresión, aumento de mortalidad, disfunción y disminución de la calidad de vida(49). Es así que a mayor apoyo social se observa una mayor regulación de los procesos neuroendocrinos e inflamatorios desencadenados por el estrés, observándose mejoría en la salud tanto física como mental de la persona, lo cual estimula un envejecimiento saludable. Estos beneficios se pueden generar con la simple percepción de contar con apoyo social; es decir, sin necesidad de haberlo hecho efectivo (48).

### **2.3 Definiciones conceptuales**

- Síntomas depresivos: Presencia de sintomatología independientemente de su tiempo de evolución asociada a un trastorno del ánimo en el que la persona experimenta una intensa tristeza constante, ausencia de interés o satisfacción en actividades que usualmente eran placenteras, tiene el potencial de afectar significativamente la funcionalidad, entre otros; indicativos de una probable depresión.
- Apoyo social: Percepción de soporte que recibe una persona de forma emocional, instrumental o informativa como resultado de pertenecer a una red social que contribuye a su bienestar.

## CAPÍTULO III

### HIPÓTESIS Y VARIABLES

#### 3.1 Hipótesis

##### 3.1.1 Hipótesis general

- Existe asociación entre apoyo social y depresión en adultos mayores atendidos en el servicio de geriatría del Hospital Geriátrico “San José” de la Policía Nacional del Perú en noviembre del 2023.

##### 3.1.2 Hipótesis específica

- Existe una alta prevalencia de problema social y riesgo social en los adultos mayores atendidos en el servicio de geriatría del Hospital Geriátrico Policial “San José” en noviembre del 2023.
- Existe una alta frecuencia de adultos mayores del servicio de geriatría del Hospital Geriátrico Policial “San José” que requieren apoyo familiar o vecinal, que no disponen de algún seguro o que se encuentran en situación de abandono familiar en noviembre del 2023.
- Existe una alta prevalencia de síntomas depresivos en los adultos mayores atendidos en el servicio de geriatría del Hospital Geriátrico Policial “San José” en noviembre del 2023.

#### 3.2 Variables de investigación

**3.2.1 Variable dependiente:** Síntomas depresivos

**3.2.2 Variables independiente:** Apoyo social

**3.2.3 Variables intervinientes**

- Factores demográficos
  - Sexo
  - Edad
  - Estado civil
  - Años educativos

- Estatus de convivencia
- Jubilación
- Grado policial
- Tener mascota
- Antecedente de consumo de tabaco
- Enfermedad crónica no transmisible
- Dependencia funcional



## CAPÍTULO IV

### METODOLOGÍA

#### 4.1 Tipo y diseño del estudio

El presente trabajo es un estudio observacional, analítico, transversal y cuantitativo.

- Observacional debido a que durante el estudio no se realizó ninguna intervención. De esta forma, sólo se observaron las variables sin manipularlas.
- Analítico: El estudio analizó la asociación entre el apoyo social y los síntomas depresivos en pacientes adultos mayores atendidos a través por el servicio de geriatría en el Hospital Policial Geriátrico San José.
- Transversal: Los datos se recolectaron de la población en un momento determinado.
- Cuantitativo debido a que se expresó de manera numérica y se hizo uso de estadísticas para el procesamiento de los datos.

#### 4.2 Población y muestra

##### 4.2.1 Población

La población se encontró constituida por los pacientes adultos mayores, cuyas edades parten desde los 60 años, atendidos por consultorio externo en el servicio de geriatría del Hospital Policial Geriátrico “San José” en noviembre del 2023.

##### 4.2.2 Muestra

###### 4.2.2.1 Tamaño muestral

Se determino la muestra a través del programa Epidat, en el que se aplicó los datos estadísticos encontrados en el estudio de Failoc, V. et al (36) ; se tomó en cuenta una proporción de la población 1, que considera la proporción de adultos mayores con síntomas depresivos que tienen apoyo social del total de pacientes con apoyo social en 38.2% y una proporción de la población 2, que se basa en la proporción de adultos mayores con síntomas depresivos que no tienen apoyo social del total de pacientes sin

apoyo social en 16.5%; considerando el intervalo de confianza de 95% y una razón entre tamaños muestrales de 1, generando el resultado muestral de 174 participantes.

**[6] Tamaños de muestra. Comparación de proporciones independientes:**

**Datos:**

Proporción esperada en:  
 Población 1: 38,200%  
 Población 2: 16,500%  
 Razón entre tamaños muestrales: 1,00  
 Nivel de confianza: 95,0%

**Resultados:**

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Población 1	Población 2	Total
90,0	87	87	174

\*Tamaños de muestra para aplicar el test  $\chi^2$  sin corrección por continuidad.

Se consideró una tasa de no respuesta del 10 % a la muestra generando como resultado una muestra de 192 participantes. Además, se realizó el cálculo de potencia de la muestra obteniéndose un 92,7%.

**[8] Tamaños de muestra. Comparación de proporciones independientes:**

**Datos:**

Proporción esperada en:  
 Población 1: 38,200%  
 Población 2: 16,500%  
 Razón entre tamaños muestrales: 1,00  
 Nivel de confianza: 95,0%

**Resultados:**

Tamaño de la muestra*	Potencia (%)
192	92,7
300	99,0

\*Tamaños de muestra para aplicar el test  $\chi^2$  sin corrección por continuidad.

**4.2.2.2 Tipo de muestreo**

En el presente trabajo utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia para seleccionar a la muestra, la cual constó de 192 participantes.

**4.2.2.3 Criterios de selección de muestra**

Criterios de inclusión

- Pacientes con edad igual o superior a los 60 años.

- Adultos mayores que fueron atendidos de forma ambulatoria por el servicio de geriatría en el Hospital Policial Geriátrico “San José” en el 2023.
- Adultos mayores que aceptaron el consentimiento informado para la recolección de sus datos.

#### Criterios de exclusión

- Adultos mayores que no completaron toda la encuesta.
- Pacientes geriátricos con deterioro cognitivo que se observa con un puntaje de Mini Mental State Examination (MMSE) menor a 24 de 30 puntos. (53)

### 4.3 Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Tipo de variable	Naturaleza de la variable	Indicador	Medición	Dimensión	Categoría y valores de las dimensiones
Síntomas depresivos	Alteración del estado del ánimo en el que predominan sentimientos de tristeza y desesperanza que pueden afectar la funcionalidad de la persona.	Puntuación de 2 o más en la escala de depresión geriátrica de Yesavage.	Nominal	Dependiente	Cualitativa Dicotómica	Puntaje de Escala de depresión geriátrica de Yesavage consignado en la ficha de recolección de datos	0= Menor a 2 puntos (sin síntomas depresivos) 1= Mayor o igual a 2 puntos (con síntomas depresivos)		
Apoyo social	Percepción de soporte que recibe una persona de forma emocional, instrumental o informativa como resultado de pertenecer a una red social que contribuye a su bienestar.	Puntuación de 9 o menos en la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón para definir la presencia de Apoyo social.	Ordinal	Independiente	Cualitativa Politómica	Puntaje de Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón consignado en la ficha de recolección de datos	0= 5-9 puntos (Con apoyo social) 1= 10-14 puntos (con riesgo social) 2= 15-25 puntos (con problema social)	Situación económica	0= Dos veces el salario mínimo vital (SMV) 1= Menos de 2, pero más de un SMV. 2= un SMV. 3= ingreso irregular o menos de un SMV 4= Sin pensión, sin otros ingresos.
								Situación familiar	0= vive con la familia, sin conflicto familiar 1= vive con familia, presenta algún grado de dependencia física o psíquica 2= vive sólo con cónyuge de similar edad 3= vive solo y tiene hijos con vivienda próxima 4= vive solo y carece de hijos o



Sexo	Características biológicas propias del ser humano que lo cataloga en femenino y masculino.	Sexo orgánico.	Nominal	Interviniente	Cualitativa Dicotómica	Sexo consignado en la ficha de recolección de datos	0= Femenino 1= Masculino		
Estado civil	Condición de la persona en relación con el matrimonio	Estado de la persona en relación con el matrimonio.	Nominal	Interviniente	Cualitativa Dicotómica	Estado civil consignado en ficha de recolección de datos	0=Soltero y/o viudo 1= Casado y/o conviviente		
Años de educación recibida	Años recibidos de formación educativa.	Educación obtenida según cantidad de años	Ordinal	Interviniente	Cualitativa Dicotómica	Años recibidos de educación consignados en ficha de recolección de datos	0= Educación básica (11 años o menos) 1=Educación superior (más de 11 años)		
Estatus de convivencia	El vivir y compartir la compañía de otras personas en su hogar.	Estatus respecto al habitar con compañía su vivienda.	Nominal	Interviniente	Cualitativa Dicotómica	Situación de compañía al habitar su vivienda consignado en ficha de recolección de datos	0= Reside solo 1= Reside con compañía		
Jubilación	Haber cumplido con los años laborales necesarios para dejar de trabajar con una pensión asegurada.	Presencia de jubilación	Nominal	Interviniente	Cualitativa Dicotómica	Presencia de jubilación consignado en ficha de recolección de datos	0=No 1=Sí		
Grado policial	Posición en la jerarquía dentro	Condición según	Ordinal	Interviniente	Cualitativa Politémica	Grado policial	0= Civil 1=Suboficial		

	de la organización policial.	jerarquía policial.				consignado en la ficha de recolección de datos	2=Oficial		
Tener mascota	El poseer y convivir con un animal doméstico	Condición de cohabitar con un animal doméstico.	Nominal	Interviniente	Cualitativo Dicotómica	Posesión de mascota consignado en ficha de recolección de datos	0= No 1= Sí		
Antecedente de consumo de tabaco	El haber tenido consumo de tabaco durante su vida.	Presencia de consumo de tabaco durante su vida	Nominal	Interviniente	Cualitativa Dicotómica	Presencia de antecedente de consumo de tabaco consignado en ficha de recolección de datos	0= No 1= Sí		
Enfermedad crónica no transmisible (ECNT)	Aquella patología de larga duración que son de etiología multifactorial pero no infecciosa.	Presencia de ECNT durante su vida	Ordinal	Interviniente	Cualitativa Politómica	Presencia de ECNT consignado en ficha de recolección de datos	0= Ausencia 1= con una ECNT 2= con dos o más ECNT		
Dependencia funcional	Capacidad de la persona de realizar de forma autosuficiente actividades básicas de la vida diaria.	Puntuación menor a 100 puntos según Índice de Barthel	Nominal	Interviniente	Cualitativa Dicotómica	Puntaje de índice de Barthel consignado en la ficha de recolección de datos	0= No (100 puntos) 1= Sí (99 o menos puntos)		

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

Se realizó la aplicación de encuestas que incluían los instrumentos de medición necesarios a los pacientes geriátricos que cumplieron con los criterios de inclusión y no presentaron los criterios de exclusión. La encuesta que se aplicó se encuentra en el Anexo N°10. Posteriormente se reunieron los datos obtenidos en el programa Excel y se analizó estadísticamente en programa SPSS versión 25 para su interpretación.

Para cumplir con uno de los criterios de exclusión se hará uso del Mini Mental State Examination, con el fin de no incluir pacientes adultos mayores con algún grado de deterioro cognitivo que pueda generar una variable confusora en la investigación. Los instrumentos de medición de las variables que se utilizaron son la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en su versión corta de 5 preguntas (GDS-5) para la variable dependiente de síntomas depresivos y la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón (EVSFG) para la variable independiente de apoyo social. Con respecto a la medición de la variable interviniente grado de dependencia funcional, se utilizó el Índice de Barthel como instrumento.

El Mini Mental State Examination es un instrumento utilizado ampliamente a nivel mundial para el diagnóstico de deterioro cognitivo. La prueba se divide en 5 aspectos: orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, recuerdo diferido y lenguaje y construcción. La puntuación máxima posible es 30, considerándose menos de 24, el punto de corte para determinar deterioro cognitivo, con una sensibilidad y especificidad de 94% y 91%; y de 85% y 90%, en un estudio español (50) y en un estudio inglés (51), respectivamente. En el estudio de Escribano et al (50), se validó este instrumento al idioma español con un coeficiente de correlación de 0.93.

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en la versión corta compuesta por 5 preguntas, fue construida exclusivamente para la evaluación de síntomas depresivos en la población geriátrica. Respecto a la puntuación, se brinda un punto si se responde con “no” en la primera pregunta y “sí” en las cuatro preguntas restantes. Presenta una puntuación final que puede ser de 0 a 5 puntos y debe ser interpretado usando el punto de corte igual o superior a 2 puntos como presencia de síntomas depresivos y probable depresión.

En el estudio de De Dios del Valle, R. et al (52) ; se realizó su validación y adaptación al idioma español, en el que se encontró un 98,9%, 57,4%, 75% y 98% de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo, respectivamente. Además, en el estudio de Gómez-Angulo, C. et al (53); se midió su consistencia interna



usando la fórmula 20 Kuder-Richardson que dio como resultado 0.73.

Respecto a la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón, este instrumento se encuentra dividido en 5 dimensiones o parámetros: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social; cada uno de ellos puede tener una puntuación en rango de 1 a 5 siendo a mayor puntuación peor resultado. De esta manera, la puntuación final tiene un rango entre 5 a 25 puntos y se interpreta considerando 9 puntos o menos como una situación social aceptable; es decir, el adulto mayor cuenta con apoyo social y al tener 10 puntos o más la persona no cuenta con apoyo social, estando está entre los 10 a 14 puntos con riesgo social y con 15 puntos o más con problema social que lo vulnera y debe ser resuelto.

Esta escala fue validada en el idioma español en el estudio de Cabrera D. et al (54) ;donde se observó una fiabilidad alta y validez aceptable con el coeficiente de correlación intraclass y el alfa de Cronbach en 0.957 y 0.4467, respectivamente.

Tanto la GDS-5 como la EVSFG se han adaptado y aplicado al contexto peruano en la “Guía técnica para el llenado de la historia clínica de atención integral de salud del adulto mayor del Perú”(55).

El índice de Barthel evalúa 10 actividades básicas de la vida diaria que permiten medir el grado de dependencia funcional. La puntuación se encuentra en rango de 0 a 100, siendo menos de 20 puntos dependencia total, entre 21 a 60 dependencia grave, de 61 a 90 dependencia moderada, de 91 a 99 dependencia leve o escasa y 100 puntos sin dependencia funcional. En el estudio de Cid et al (56) , se realizó una adaptación del instrumento al idioma español con un alfa de Cronbach de 0.86-0.92.

Además, ha sido validado en el contexto latinoamericano en el estudio mexicano de Duarte et al.(57), se apreció que el Alpha ordinal fue de 0.98 lo que implica una adecuada confiabilidad.

#### **4.5 Recolección de datos**

Para la recolección de datos se aplicaron encuestas. Durante la ejecución del estudio, 21 adultos mayores que obtuvieron una puntuación inferior a 24 en el MMSE, fueron excluidos de la muestra al no cumplir con los criterios de selección. Cada entrevista tuvo una duración promedio de 20 minutos.

#### **4.6 Técnica de procesamiento de datos y plan de análisis**

Se recolectaron los datos obtenidos en el programa Excel. El procesamiento y análisis de datos se realizó mediante el programa SPSS versión 29, en que se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas con porcentajes. Para la determinación de la asociación entre las variables independientes y los síntomas depresivos se empleó la prueba Chi cuadrado. Se calcularon las razones de prevalencia crudas y ajustadas a fin de establecer la fuerza de asociación. Para esto las variables fueron ingresadas a un modelo de regresión de Poisson con varianza robusta. Los cálculos del estudio se realizaron considerando un nivel de confianza de 95% y un valor  $p < 0.05$  para significancia estadística.

#### **4.7 Aspectos éticos de la investigación**

El estudio requirió el consentimiento informado de todos los participantes para su inclusión, se siguió con los lineamientos internacionales para el adecuado uso de los datos y conservación de la ética en la investigación, velando por el cumplimiento de los principios de la bioética y la declaración de Helsinki. Se contó con la aprobación de la división médica del departamento académico y de investigación y el comité de ética del Hospital Geriátrico “San José” de la PNP. Asimismo, contó con la aprobación del comité de ética en investigación de la facultad de medicina de la Universidad Ricardo Palma.

**CAPÍTULO V**  
**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

**5.1 Resultados**

Entre los resultados de las variables demográficas, se observó que en el estudio la mayoría de los participantes fueron del sexo femenino con un 69.8% y con una edad en el rango de los 70-79 años en un 42.7%. Además, la mayor parte de los adultos mayores estaban casados o convivientes en un 69.8%, convivían en compañía en un 78.6% y presentaban una educación superior con más de 11 años de estudio en un 55.7%. Respecto al grado policial, el 67.7% de los adultos mayores que participaron eran civiles. El 85.4 % y el 55.2% de los adultos mayores se encontraban jubilados y no tenían mascotas, respectivamente. El 67, 7% de los adultos mayores no tenían antecedente de consumo de tabaco. En cuanto a la presencia de ECNT, el 37.5% de los adultos mayores contaban con una ECNT. No se observó dependencia funcional en el 80.2% de los participantes. Respecto al apoyo social, el 54,2% de los adultos mayores no contaban con este, llegando a observarse que el 6.8% de ellos presentaban un problema social. Asimismo, se evidenció que, de los 192 adultos mayores, el 59,4% de ellos presentaban síntomas depresivos (Tabla 1).

**Tabla N° 1. Características generales de los adultos mayores**

<b>Variable</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>		
60-69	76	39.6
70-79	82	42.7
80 o mayor	34	17.7
<b>Sexo</b>		
Femenino	134	69.8
Masculino	58	30.2
<b>Estado civil</b>		
Soltero o Viudo	58	30.2
Casado o Conviviente	134	69.8
<b>Estado de convivencia</b>		
solo	41	21.4
Con compañía	151	78.6
<b>Años educativos</b>		
Educación básica (11 años o menos)	85	44.3
Educación superior (más de 11 años)	107	55.7
<b>Grado policial</b>		

Civil	130	67.7
Suboficial	45	23.4
Oficial	17	8.9
<b>Jubilación</b>		
No	28	14.6
Sí	164	85.4
<b>Tenencia de mascota</b>		
No	106	55.2
Sí	86	44.8
<b>Antecedente de consumo de tabaco</b>		
No	130	67.7
Sí	62	32.3
<b>Enfermedad crónica</b>		
Ausencia	68	35.4
Con una ECNT	72	37.5
Con dos o más ECNT	52	27.1
<b>Dependencia funcional</b>		
No	154	80.2
Sí	38	19.8
<b>Apoyo social</b>		
Con apoyo social	88	45.8
Riesgo social	91	47.4
Problema social	13	6.8
<b>Síntomas depresivos</b>		
No	78	40.6
Sí	114	59.4
Total	192	100.0

\*ECNT: Enfermedad Crónica No Transmisible

Al analizar los datos obtenidos de la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón, se observó que, en la dimensión de situación económica, el 64% de los adultos mayores no presentaban un ingreso superior a dos veces el sueldo mínimo vital (SMV). Respecto a la dimensión de situación familiar, el 39% de los adultos mayores residían sólo con su cónyuge. En la dimensión vivienda, el 92% de los participantes contaban con una vivienda adecuada para sus necesidades. En cuanto a la dimensión de relaciones sociales, el 49% de los adultos mayores no mantenían relaciones sociales en comunidad. En la dimensión de apoyo de la red social, el 34% requería de apoyo de su red social, de los cuales el 28% lo obtenía de su entorno familiar o vecinal y el 2% se encontraba en situación de abandono familiar (Tabla N°2).

**Tabla N°2. Frecuencias y porcentajes de las dimensiones de la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón de los adultos mayores**

<b>Variables</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Situación económica</b>		

Dos veces el SMV	70	36%
Menos de 2, pero más de un SMV	49	26%
Percive un SMV	18	9%
Ingreso irregular o menos de um SMV	17	9%
Sin pensión, sin otros ingresos	38	20%
<b>Situación familiar</b>		
Vive con la familia, sin conflicto familiar	72	38%
Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física o psíquica	4	2%
Vive sólo con cónyuge de similar edad	75	39%
Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima	29	15%
Vive solo y carece de hijos o viven lejos	12	6%
<b>Vivienda</b>		
Adecuada a las necesidades.	177	92%
Barreras arquitectónicas en la vivienda.	13	7%
Mala conservación, humedad, mala higiene o equipamiento inadecuado.	0	0%
Vivienda semi construida o de material rústico	2	1%
Asentamiento humano o sin vivienda	0	0%
<b>Relaciones sociales</b>		
Mantiene relaciones sociales en la comunidad	98	51%
Relación social sólo con familia y vecinos	16	8%
Relación social sólo con la familia	16	8%
No sale del domicilio, pero recibe visitas de familia	24	13%
No sale del domicilio y no recibe visitas.	38	20%
<b>Apoyo de red social</b>		
No necesita apoyo	126	66%
Requiere apoyo familiar o vecinal	53	28%
Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social.	9	5%
No cuenta con seguro social.	0	0%
Situación de abandono familiar	4	2%
<b>Total</b>	192	100%

\*SMV: Sueldo Mínimo Vital

En la Tabla N°3, se presentan las variables en relación con la presencia de síntomas depresivos. Se observó asociación entre el estado civil ( $p < 0,0001$ ), el vivir solo ( $p < 0,0001$ ), el tener una educación básica menor o igual a 11 años ( $p < 0,0001$ ), la tenencia de mascota ( $p < 0,0001$ ), el antecedente de consumo de tabaco ( $p < 0,0001$ ), la presencia de ECNT ( $p < 0,0001$ ), la dependencia funcional ( $p < 0,0001$ ) y la valoración de apoyo social ( $p < 0,001$ ) con los síntomas depresivos en la población geriátrica incluida en el estudio.

**Tabla N°3. Características generales de los adultos mayores en relación con la presencia de síntomas depresivos**

Variable	Síntomas depresivos				valor p
	Si		No		
	N	%	N	%	
<b>Valoración de apoyo social</b>					
problema social/riesgo social	104	100.00%	0	0.00%	<0.0001
Apoyo social	10	11.36%	78	88.64%	
<b>Edad</b>					
60-69	38	50.00%	38	50.00%	0.078
70-79	52	63.41%	30	36.59%	
80 o mayor	24	70.59%	10	29.41%	
<b>Estado Civil</b>					
Soletero/viudo	53	91.38%	5	8.62%	<0.0001
Casado/conviviente	61	45.52%	73	54.48%	
<b>Vive solo</b>					
Si	41	100.00%	0	0.00%	<0.0001
No	73	48.34%	78	51.66%	
<b>Educación básica</b>					
Si	63	74.12%	22	25.88%	<0.0001
No	51	47.66%	56	52.34%	
<b>Grado policial</b>					
Policía	32	51.61%	30	48.39%	0.130
Civil	82	63.08%	48	36.92%	
<b>Jubilación</b>					
Sí	97	1.426471	67	0.985294	0.876
No	17	0.607143	11	0.392857	
<b>Tenencia de mascotas</b>					
No	101	95.28%	5	4.72%	<0.0001
Si	13	15.12%	73	84.88%	
<b>Antecedente de consumo de tabaco</b>					
Sí	62	100.00%	0	0.00%	<0.0001
No	52	40.00%	78	60.00%	
<b>ECNT</b>					
Si	107	86.29%	17	13.71%	<0.0001
No	7	10.29%	61	89.71%	
<b>Dependencia funcional</b>					
Sí	36	94.74%	2	5.26%	<0.0001
No	78	50.65%	76	49.35%	
<b>Total</b>	114	59.38%	78	40.63%	

\*ECNT: Enfermedad Crónica No Transmisible

En el análisis multivariado, se observó asociación estadísticamente significativa entre el ser considerado riesgo/problema social (RPa= 3.569 IC 95% [1.545-8.248]; p<0,003) y la presencia de enfermedad crónica no transmisible (RPa=2.78 IC 95% [1.171-6.594]; p=0,021) con la presencia de síntomas depresivos (Tabla N°4).

**Tabla N°4. Análisis multivariado de los factores asociados a síntomas depresivos en los adultos mayores**

Variable	Modelo Crudo		Modelo Ajustado	
	Valor p	RP [IC95%]	Valor p	RP [IC95%]
<b>Riesgo/problema social</b>	<0.0001	8.800[4.599-16.838]	0.003	3.569[1.545-8.248]
<b>Edad</b>	0.061	1.022[0.999-1.046]	0.800	1.004[0.975-1.034]
<b>Soltero/viudo</b>	<0.0001	2.007[1.389-2.900]	0.100	1.720[0.902-3.280]
<b>Vive solo</b>	<0.0001	2.068[1.389-2.900]	0.989	0.997[0.651-1.526]
<b>Educación &lt;11 años</b>	0.019	1.555[1.075-2.249]	0.139	0.598[0.302-1.182]
<b>Personal policial</b>	0.336	0.818[0.544-1.231]	0.648	0.848[0.419-1.718]
<b>Jubilado</b>	0.921	0.974[0.582-1.631]	0.900	0.964[0.548-1.697]
<b>Sin mascotas</b>	<0.0001	6.303[3.538-11.230]	0.134	1.758[0.841-3.675]
<b>Antecedente de consumo de tabaco</b>	<0.0001	2.500[1.729-3.614]	0.675	1.093[0.721-1.656]
<b>Presencia de ECNT</b>	<0.0001	8.382[3.902-18.008]	0.021	2.778[1.171-6.594]
<b>Dependencia funcional</b>	0.002	1.870[1.260-2.776]	0.788	0.940[0.599-1.476]

\*ECNT: Enfermedad Crónica No Transmisible

## 5.2 Discusión

En este estudio se encontró una fuerte asociación entre riesgo/problema social y los síntomas depresivos; Además, se observó una importante prevalencia de apoyo social y síntomas depresivos en los adultos mayores atendidos en la consulta externa del Hospital Policial Geriátrico “San José”.

Se observó que los gerontes con problema o riesgo social tenían una asociación significativa con síntomas depresivos observándose que los que presentaban problema o riesgo social tenían 3,6 veces la prevalencia de síntomas depresivos en comparación con los que tenían apoyo social. Estos resultados exhiben similitud a los encontrados en el estudio de Kim (20), donde el apoyo social se asoció a la presencia de depresión e ideación suicida en la población geriátrica. Asimismo, concluyó que el gozar de apoyo social se asociaba a un envejecimiento saludable y menos depresión. Durante la vejez, se deben considerar los diversos cambios estresantes a los que los adultos mayores están predispuestos como el duelo, el retiro y cambio de su rol en la sociedad(46). En este contexto, la asociación encontrada se puede explicar al ser el apoyo social crucial al afrontar estrés, no sólo por generar una influencia positiva en la autoestima y resiliencia,

sino también, al fortalecer la idea de pertenencia, respaldo, confianza y acompañamiento en la red social, que impactan significativamente en la salud mental, percepción de bienestar y calidad de vida durante esta etapa etaria(15,18).

Dentro de los hallazgos encontrados, se observó una importante prevalencia de adultos mayores con síntomas depresivos. Estos resultados muestran congruencia con los estudios de Ponce (31) y Zavaleta (30), donde se encontró que adultos mayores atendidos de forma ambulatoria en centros de salud peruanos presentaron depresión en más de la mitad de los casos, respectivamente. Sin embargo, estos hallazgos discrepan de los nacionales encontrados en el estudio de Astorga (5) donde sólo un cuarto de los pacientes geriátricos atendidos en un hospital naval peruano presentaron síntomas depresivos y el estudio de Matina (10), donde al analizar las respuestas de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del 2018 al 2020, se encontró que menos de un cuarto de los adultos mayores presentaban depresión, respectivamente. Esta diferencia en los hallazgos se puede deber al uso de diferentes instrumentos para el diagnóstico de depresión en los adultos mayores, el intervalo edades empleados, el tamaño poblacional de los diversos estudios, el contexto sociocultural de la población, entre otros. En ese sentido, Matina (10) realizó su estudio en la población general; mientras que, en esta tesis participaron adultos mayores atendidos en la consulta externa, siendo posible que estos presenten mayor frecuencia de comorbilidades, polifarmacia, fragilidad, así como síndromes geriátricos que podrían incrementar la prevalencia de síntomas depresivos.

En cuanto a la valoración del apoyo social, se observó que más de la mitad de los participantes presentaban problema/riesgo social. Estos hallazgos concuerdan con los encontrados en el estudio de Failoc (29), donde se reportó que los adultos mayores de un centro médico presentaron problema social en un 53% y riesgo social en un 12.9% y en el estudio de Acuña(26), donde en los gerontes que asistían a un centro de recreación distrital se encontró que el 60% presentaban bajo apoyo social. En contraste, en la investigación de Zavaleta (30), se reportó que sólo el 7,8% de los adultos mayores que asistían a un centro de salud presentaban apoyo social deficiente.

Respecto a las dimensiones del apoyo social, se encontró que, en la dimensión de la situación económica, más de la mitad de los adultos mayores tenían un ingreso menor a dos veces el sueldo mínimo vital y 20% de ellos no contaban con pensión ni otros



ingresos. Estos datos concuerdan con los encontrados en la tesis de Calderón (22), en la que el 73.1% de los adultos mayores reportaban percibir un ingreso inferior a dos remuneraciones mínimas ecuatorianas. Se ha estudiado previamente la influencia del estado económico como parte del apoyo social en la salud mental. Un estudio europeo reportó que las dificultades financieras se asociaban a síntomas depresivos (17). Además, en el estudio de Kim (20) se encontró que los bajos ingresos económicos se asociaban a presentar ideación suicida en la vejez. Se debe considerar que las dificultades financieras limitan el acceso a los servicios médicos, la alimentación adecuada, las actividades sociales y oportunidades de recreación del adulto mayor lo que podría generar aislamiento, percepción de soledad y sentimientos de desesperanza que impactan negativamente en la salud mental.

En cuanto a la dimensión de la situación familiar, la mayor parte de los participantes reportaron convivir sólo con su cónyuge y el 21% manifestaron vivir solos. En el estudio de Calderón (22), se observaron resultados similares, donde el 41% de adultos mayores ecuatorianos residían sólo con su cónyuge. Sin embargo, sólo el 13% de sus participantes refirieron vivir solos a diferencia de nuestro estudio donde la cifra era mayor. Por otro lado, Martina (10) reportó que el vivir sin acompañante se asociaba a depresión en los adultos mayores. En este contexto, se puede considerar a la compañía en el hogar como la principal fuente de apoyo emocional y espiritual por lo que su ausencia, distanciamiento o pérdida en la viudez, constituye un evento estresante que impacta negativamente en la salud mental de los adultos mayores al ligarse con el aislamiento social y la soledad (58).

En cuanto a la dimensión de vivienda, en nuestro estudio la mayor parte de los adultos mayores presentaron viviendas adecuadas a las necesidades. Este dato concuerda con los encontrados en un estudio ecuatoriano (22), donde el 74,6% de sus participantes refirieron tener un domicilio adecuado. Además, se observó que un 24% presentaba barreras arquitectónicas, dato que difiere de nuestro estudio en el que sólo el 7% presentó esta dificultad en su vivienda. El habitar en un espacio con dificultades en su arquitectura puede ser causa de problemas y limitaciones físicas que tienen el potencial de impactar mentalmente en el adulto mayor, al poder generar irritabilidad, percepción de incompetencia, entre otros.

Al analizar la dimensión de relaciones sociales, en nuestro estudio se encontró que cerca de la mitad de los adultos mayores no se relacionaban en comunidad, con un 20% de estos no dejando su domicilio ni recibiendo visitas. Estos datos difieren de los encontrados en el estudio de Calderón (22), donde el 70% de los adultos mayores mantenían relaciones en comunidad y sólo el 1% no salía de la vivienda ni recibía visitas. Además, en el estudio de Acuña (26), sólo el 5% de los adultos mayores presentaron baja interacción social. En el estudio de Failoc (29), se observó que el presentar problemas en las relaciones sociales se asociaba a depresión en la vejez. La interacción social es fundamental para lograr el bienestar completo ya que brinda sensación de pertenencia y vínculos que de ser positivos permiten un manejo adecuado del estrés por lo que el aislamiento puede generar no sólo sentimientos de soledad, sino también irritabilidad, ansiedad, depresión e incluso ideación suicida.

Al analizar la dimensión de apoyo de red social, la mayor parte de los participantes no requerían apoyo de su red social. Sin embargo, el 28% necesitaba de apoyo familiar o vecinal y un 2% presentaba abandono familiar. En el estudio de Calderón (22), se reportan similitudes, al obtener que el 77,9% de los adultos mayores ecuatorianos no necesitaban de apoyo social y sólo el 1% de los participantes presentaba abandono. De forma similar, en la tesis de Zavaleta (30), el nivel de apoyo familiar y social en la mayor parte de sus participantes fue regular a bueno. El contar con apoyo del entorno puede contribuir a la sensación de seguridad y respaldo al brindar estrategias y herramientas necesarias para enfrentar problemas, lo cual impacta positivamente en la salud mental.

Finalmente, dentro de las limitaciones del estudio encontradas se observó que la metodología del estudio no permitió establecer una relación de causalidad entre las variables independientes y los síntomas depresivos. Además, se realizó un muestreo por conveniencia y la población incluida estuvo constituida por personal policial activo, en retiro y sus familiares por lo que no es posible extrapolar nuestros resultados a otras poblaciones. Sin embargo, este estudio permite establecer una referencia para futuros estudios que analicen esta asociación con una población más representativa del contexto nacional.

## **CAPÍTULO VI** **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **6.1 Conclusiones**

- Se encontró asociación fuerte y significativa entre el presentar problema /riesgo social y los síntomas depresivos en los adultos mayores del Hospital Policial Geriátrico “San José” en noviembre del 2023.
- Se observó una prevalencia alta de adultos mayores con síntomas depresivos en el Hospital Policial Geriátrico “San José” en noviembre del 2023.
- Se encontró que el 34% de los adultos mayores del servicio de geriatría del Hospital Geriátrico Policial “San José” requieren apoyo familiar o vecinal, no disponen de algún seguro o se encuentran en situación de abandono familiar en noviembre del 2023.
- La prevalencia de los adultos mayores con problema/riesgo social del Hospital Policial Geriátrico “San José” fue alta en noviembre del 2023.

### **6.2 Recomendaciones**

Debido a la importante prevalencia de adulto mayores con síntomas depresivos, se sugiere a las autoridades del Hospital Policial Geriátrico “San José” mejorar las estrategias de tamizaje de depresión en este grupo etario a través de campañas y la colocación de módulos dirigidos por personal especializado en salud mental, la aplicación de instrumentos como la Escala de Yesavage de 5 ítems de forma rutinaria en la consulta geriátrica y la derivación oportuna de pacientes con síntomas depresivos al servicio de psicología. Además, se podrían brindar chalas o talleres enfocados en los trastornos mentales, concientizando sobre sus repercusiones negativas y resaltando la importancia de recurrir a profesionales por ayuda.

Por otro lado, ante la alta prevalencia de adultos mayores con problema y riesgo sociales se recomienda la aplicación de la Escala de Gijón de forma rutinaria en la atención geriátrica durante su primera atención en el nosocomio y anualmente. Además, se podría solicitar la destinación de mayor presupuesto para la mejoría de programas o beneficios sociales para los afiliados que lo requieren e implementar actividades de recreación e interacción social de la mano de voluntarios y el municipio de San Miguel para el adulto mayor con el fin de asegurar su bienestar mental y velar por un envejecimiento saludable.

Se recomienda evaluación psicológica a los participantes que presentaron síntomas depresivos, con el fin de confirmar el diagnóstico de depresión y brindarles un tratamiento y seguimiento oportuno. Al encontrarse asociación entre el apoyo social y síntomas depresivos, se recomienda que aquellos pacientes con problema o riesgo social reciban evaluación psicológica y que a aquellos pacientes con síntomas depresivos se le realice una valoración del apoyo social para lograr un abordaje integral.

## Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Mental health of older adults. 2017 [citado 19 de abril de 2023]. Mental health of older adults. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
2. MIMP. Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2030. 2021. Lima. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1934191/Pol%C3%ADtica-Nacional-Multisectorial-para-las-Personas-Adultas-Mayores-al-2030.pdf>
3. Cai H, Jin Y, Liu R, Zhang Q, Su Z, Ungvari GS, et al. Global prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis of epidemiological surveys. *Asian J Psychiatry*. 2023;80:103417.
4. INEI. Informe Técnico: Situación de la Población Adulta Mayor. Octubre - Noviembre- Diciembre 2022. [Internet]. 2022 [citado 19 de abril de 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3094864/Situaci%C3%B3n%20de%20la%20Poblaci%C3%B3n%20Adulta%20Mayor%3A%20Abril%20-%20Mayo%20-%20Junio%202021.pdf?v=1652390310>
5. Astorga-Aliaga A, Díaz-Arroyo F, Carreazo NY, Caballero KC, Rodríguez-Cuba MA, Runzer-Colmenares F, et al. Depression Symptoms and Mortality in Elderly Peruvian Navy Veterans: A Retrospective Cohort Study. *Adv Gerontol*. 2022;12(1):56-62.
6. Rodda J, Walker Z, Carter J. Depression in older adults. *BMJ*. 2011;343:d5219.
7. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet*. 2018;392(10161):2299-312.
8. Rondón García LM, Aguirre Arizala BA, García García FJ. El significado de las relaciones sociales como mecanismo para mejorar la salud y calidad de vida de las personas mayores, desde una perspectiva interdisciplinaria. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 2018;53(5):268-73.
9. García Núñez L. Desprotección en la tercera edad: ¿estamos preparados para enfrentar el envejecimiento de la población? Loss of protection in old age: Are we ready to face population ageing? [Internet]. 2012 [citado 21 de abril de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/46971>
10. Martina Chávez M, Amemiya Hoshi I, Suguimoto Watanabe SP, Arroyo Aguilar RS, Zeladita Huaman JA, Castillo Parra H, et al. Depresión en adultos mayores en el Perú: distribución geoespacial y factores asociados según ENDES 2018 - 2020. *An Fac Med*. 2022;83(3):180-7.
11. Saenz-Miguel S, Runzer-Colmenares FM, Parodi JF. Trastornos depresivos en adultos mayores de once comunidades altoandinas del Perú, 2013-2017. *Acta Médica Peru*. 2019;36(1):26-31.
12. Peláez VL, Álvarez-Ochoa R, Cayamcela DB, Castro AU, Cherres JE. Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel. *Rev*

Cienc Pedagógicas E Innov. 2020;8(1):16-21.

13. Kok RM, Reynolds CF. Management of Depression in Older Adults: A Review. *JAMA*. 2017;317(20):2114-22.
14. Miao J, Wu X, Sun X. Neighborhood, social cohesion, and the Elderly's depression in Shanghai. *Soc Sci Med* 1982. 2019;229:134-43.
15. Sánchez-Moreno E, Gallardo-Peralta LP. Income inequalities, social support and depressive symptoms among older adults in Europe: a multilevel cross-sectional study. *Eur J Ageing*. 2022;19(3):663-75.
16. Allison P, Mnatsakanova A, McCanlies E, Fekedulegn D, Hartley TA, Andrew ME, et al. Police stress and depressive symptoms: role of coping and hardiness. *Polic Bradf Engl*. 2019;43(2):247-61.
17. Conde-Sala JL, Garre-Olmo J, Calvó-Perxas L, Turró-Garriga O, Vilalta-Franch J. Course of depressive symptoms and associated factors in people aged 65+ in Europe: A two-year follow-up. *J Affect Disord*. 2019;245:440-50.
18. Chen L, Alston M, Guo W. The influence of social support on loneliness and depression among older elderly people in China: Coping styles as mediators. *J Community Psychol*. 2019;47(5):1235-45.
19. Fang L, Fang C, Fang S. A study of regular exercise, social support and depression in the community-dwelling older people. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2022 [citado 24 de abril de 2023];28(4). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12954>
20. KIM BJ, KIHIL T. Suicidal ideation associated with depression and social support: a survey-based analysis of older adults in South Korea. *BMC Psychiatry*. 2021;21:409.
21. Kim HK, Seo JH. Effects of Health Status, Depression, Gerotranscendence, Self-Efficacy, and Social Support on Healthy Aging in the Older Adults with Chronic Diseases. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(13):7930.
22. Calderón Masón DF. Factores sociales, familiares y dependencia asociados con la depresión en el adulto mayor beneficiario de seguro social en la consulta externa de un hospital público de la ciudad de Quito en 2018. 2019 [citado 29 de abril de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/7338>
23. Ashe S, Routray D. Prevalence, associated risk factors of depression and mental health needs among geriatric population of an urban slum, Cuttack, Odisha. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019;34(12):1799-807.
24. Grey I, Arora T, Thomas J, Saneh A, Tohme P, Abi-Habib R. The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res*. 2020;293:113452.
25. Chang YH, Yang CT, Hsieh S. Social support enhances the mediating effect of psychological resilience on the relationship between life satisfaction and depressive symptom severity. *Sci Rep*. 2023;13(1):4818.
26. Acuña Samaritano JM. Estilos de vida saludable y el apoyo social asociado a la depresión en adultos mayores que asisten al Club del Adulto Mayor en el distrito

- de Surco. 2019 [citado 24 de abril de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/7213>
27. Llange Conde JC. Apoyo social y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital De Vitarte durante el periodo junio-noviembre del 2016. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2017 [citado 30 de abril de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5106>
  28. Mantilla JCT, Mantilla JDT. Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos. Horiz Méd Lima. 2023;23(3):e2220-e2220.
  29. Failoc-Rojas VE, Meoño ADP. Factors related to depression in elderly patients attending primary health care centres in Chiclayo (Peru). Rev Colomb Psiquiatr Engl Ed. 2021;50(4):285-9.
  30. Yoher Luis BZ. Apoyo familiar y social relacionado con la depresión en adultos mayores en el Centro de Salud Liberación Social – La Libertad 2019. Repos Inst - UCV [Internet]. 2019 [citado 2 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/40477>
  31. Ponce-Torres C, Viteri-Condori L, Ramos-Martínez P, Nieto-Gutiérrez W, Cueva-Velazco J. Prevalencia y factores asociados a sintomatología depresiva en adultos mayores del centro de salud “Micaela Bastidas” Lima-Perú. Rev Fac Med Humana. 2020;20(2):233-9.
  32. Reynolds CF, Lenze E, Mulsant BH. Assessment and treatment of major depression in older adults. Handb Clin Neurol. 2019;167:429-35.
  33. World Health Organization. Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Ageing. Data portal. [Internet]. 2023 [citado 20 de abril de 2023]. Disponible en: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/static-visualizations>
  34. Zenebe Y, Akele B, W/Selassie M, Necho M. Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis. Ann Gen Psychiatry. 2021;20(1):55.
  35. Alexopoulos GS. Mechanisms and treatment of late-life depression. Transl Psychiatry. 2019;9(1):1-16.
  36. Park LT, Zarate CA. Depression in the Primary Care Setting. N Engl J Med. 2019;380(6):559-68.
  37. Dwivedi Y. Brain-derived neurotrophic factor: role in depression and suicide. Neuropsychiatr Dis Treat. 2009;5:433-49.
  38. Raison CL. The Promise and Limitations of Anti-Inflammatory Agents for the Treatment of Major Depressive Disorder. Curr Top Behav Neurosci. 2017;31:287-302.
  39. Husain-Krautter S, Ellison JM. Late Life Depression: The Essentials and the Essential Distinctions. FOCUS. 2021;19(3):282-93.
  40. Maartens LWF, Knottnerus JA, Pop VJ. Menopausal transition and increased depressive symptomatology: A community based prospective study. Maturitas. 2002;42(3):195-200.

41. Kiely KM, Brady B, Byles J. Gender, mental health and ageing. *Maturitas*. 2019;129:76-84.
42. Idaiani S, Indrawati L. Functional status in relation to depression among elderly individuals in Indonesia: a cross-sectional analysis of the Indonesian National Health Survey 2018 among elderly individuals. *BMC Public Health*. 2021;21(1):2332.
43. Baracaldo Campo HA, Naranjo García AS, Medina Vargas VA, Baracaldo Campo HA, Naranjo García AS, Medina Vargas VA. Nivel de dependencia funcional de personas mayores institucionalizadas en centros de bienestar de Floridablanca (Santander, Colombia). *Gerokomos*. 2019;30(4):163-6.
44. Laird KT, Krause B, Funes C, Lavretsky H. Psychobiological factors of resilience and depression in late life. *Transl Psychiatry*. 2019;9(1):1-18.
45. Locsin RC, Soriano GP, Juntasopeepun P, Kunaviktikul W, Evangelista LS. Social transformation and social isolation of older adults: Digital technologies, nursing, healthcare. *Collegian*. 2021;28(5):551-8.
46. De Leo D. Late-life suicide in an aging world. *Nat Aging*. 2022;2(1):7-12.
47. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5.<sup>a</sup> ed. Washington, DC; 2013.
48. Taylor SE. Social Support: A Review. En: Friedman HS, editor. *The Oxford Handbook of Health Psychology* [Internet]. 1.<sup>a</sup> ed. Oxford University Press; 2012 [citado 11 de mayo de 2023]. p. 190-214. Disponible en: <https://academic.oup.com/edited-volume/28312/chapter/215018480>
49. Vega Angarita OM, González Escobar DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm Glob*. 2009;(16):0-0.
50. Escribano-Aparicio MV, Pérez-Dively M, García-García FJ, Pérez-Martín A, Romero L, Ferrer G, et al. Validación del MMSE de Folstein en una población española de bajo nivel educativo<sup>1</sup>. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 1999;34(6):319-26.
51. Creavin S, Wisniewski S, Noel-Storr A, Trevelyan C, Hampton T, Rayment D, et al. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations. 2016 [Internet]. [citado 19 de abril de 2023];(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011145.pub2>
52. De Dios del Valle R, Hernández Sánchez AM, Rexach Cano LI, Cruz Jentoft AJ. Validación de una versión de cinco ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en población española. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 2001;36(5):276-80.
53. Gómez-Angulo C, Campo-Arias A. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Univ Psychol*. 2011;10(3):735-43.
54. Cabrera González D, Menéndez Caicoya A, Fernández Sánchez A, Acebal García V, García González JV, Díaz Palacios E, et al. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Aten Primaria*. 1999;23(7):434-40.

55. MINSA. Guía técnica para el llenado de la historia clínica de atención integral de salud del adulto mayor [Internet]. 2010 [citado 26 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321133-guia-tecnica-para-el-llenado-de-la-historia-clinica-de-atencion-integral-de-salud-del-adulto-mayor>
56. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública*. 1997;71(2):127-37.
57. Duarte-Ayala RE, Velasco-Rojano ÁE. Validación psicométrica del índice de Barthel en adultos mayores mexicanos. *Horiz Sanit*. 2022;21(1):113-20.
58. Wang Z, Yang H, Zheng P, Liu B, Guo Z, Geng S, et al. Life negative events and depressive symptoms: the China longitudinal ageing social survey. *BMC Public Health*. 2020;20(1):968.



# ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
Manuel Huamán Guerrero  
Oficina de Grados y Títulos

## ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis "ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL GERIÁTRICO SAN JOSÉ DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ EN EL 2023", que presenta el/la Sr/Srta. CHAVARRY ZEGARRA, GIANELLA CORINA, para optar el Título Profesional de Médico(a) Cirujano(a), declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

DR. ERICSON LEONARDO GUTIERREZ INGUNZA  
ASESOR DE LA TESIS

DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS  
DIRECTOR DE TESIS

## ANEXO 02: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
Manuel Huamán Guerrero

---

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas  
Unidad de Grados y Titulos  
Formamos seres para una cultura de paz

### Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Gianella Corina Chavarry Zegarra de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Titulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento y mentoría para superar los POSIBLES puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y ver que cumplan con la metodología establecida y la calidad de la tesis y el artículo derivado de la tesis.
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

---

Dr. GUTIERREZ INGUNZA, ERICSON

Lima, 18 de Agosto del 2023

# ANEXO 03: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 040-2016-SUNEDU/CD

53 años  
1960-2013

Facultad de Medicina Humana  
Manuel Huamán Guerrero

Oficio electrónico N°4001-2023-FMH-D

Lima, 07 de setiembre de 2023.

Señorita  
GIANELLA CORINA CHAVARRY ZEGARRA  
Presente. -

## ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi mayor consideración:

Me dirijo a usted para saludarle cordialmente, y hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL GERIÁTRICO SAN JOSÉ DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ EN EL 2023", desarrollado en el contexto del VIII Curso Taller de Titulación por Tesis Modalidad Virtual para Internos y Pre Internos 2021, Grupo N° 15, presentado ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, ha sido aprobado por Acuerdo de Consejo de Facultad N°164-2023-FMH-D, de fecha jueves 31 de agosto de 2023.

Por lo tanto, queda usted expedito con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular.

Atentamente,



  
Mg. Hilda Jurupe Chico  
Secretaría Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

*"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"*

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco | Central: 708-0000  
Lima 33 - Perú / [www.urp.edu.pe/medicina](http://www.urp.edu.pe/medicina) | Anexo: 6010

## **ANEXO 04: APROBACIÓN DEL PROYECTO POR PARTE DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN**

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN  
FACULTAD DE MEDICINA "MANUEL HUAMAN GUERRERO"  
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



### **CONSTANCIA**

La Presidenta del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación:

**Título: "ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL GERIÁTRICO SAN JOSÉ DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ EN EL 2023".**

Investigador: **Gianella Corina Chavarry Zegarra**

Código del Comité: **PG 083 - 2023**

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría de revisión expedita por el período de un año.

Exhortamos al investigador a la publicación del trabajo de tesis concluido para colaborar con desarrollo científico del país.

Lima, 17 de agosto del 2023

Dra. Consuelo del Rocío Luna Muñoz  
Presidenta del Comité de Ética en Investigación

# ANEXO 05: CARTA DE APROBACIÓN DE PERMISO INSTITUCIONAL PARA LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

  
POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ  
DIRECCIÓN DE SANIDAD POLICIAL  
OFICINA DE ADMINISTRACIÓN  
ÁREA DE GESTIÓN DE LA ESPECIALIZACIÓN DE  
PROFESIONALES PARA LA SALUD POLICIAL

REF.: Expediente Administrativo con HT SIGE  
MIN N°20231628232 de 08SET2023,  
relacionado a la solicitud de la estudiante  
Gianella Corina CHAVARRY ZEGARRA, para  
realizar proyecto de investigación en el  
Hospital Policial Geriátrico "San José".


## **DECRETO N°294 - 2023-DIRSAPOL/OFAD-AREGEPSP.EI**

Visto los documentos de la referencia, relacionados al expediente administrativo sobre la solicitud presentada por la estudiante Gianella Corina CHAVARRY ZEGARRA de la Universidad "RICARDO PALMA", quien peticona autorización para realizar proyecto de investigación, PASE al señor Coronel S PNP Ricardo TINOCO TEJADA, Director del Hospital Policial Geriátrico "San José", con la finalidad de comunicarle que esta Dirección **AUTORIZA** a la estudiante Gianella Corina CHAVARRY ZEGARRA, realizar sin costo para el Estado, el proyecto de investigación titulado "ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL GERIÁTRICO SAN JOSÉ DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ EN EL 2023", con fines académicos a través de la Universidad "RICARDO PALMA", a fin de que se brinden las facilidades necesarias para la aplicación de instrumentos de investigación; debiendo disponer por quien corresponda que, la Unidad de Docencia y Capacitación del HOSPOL G. "SJ", comunique a la estudiante en mención, que debe presentar a dicha unidad una copia del estudio realizado al término de su investigación, disponiendo la supervisión y monitoreo de dicha actividad, informando de su resultado.

Miraflores, 06 NOV. 2023

NECC/PJPM  
msp



  
OS - 292453  
Nagy Esaú CABRERA CONTRERAS  
GENERAL SPNP  
DIRECTOR DE SANIDAD POLICIAL

# ANEXO 06: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas  
Unidad de Grados y Títulos

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ


## ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS


Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y SINTOMAS DEPRESIVOS EN EL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL GERIÁTRICO "SAN JOSÉ" DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ EN EL 2023", que presenta la Señorita GIANELLA CORINA CHAVARRY ZEGARRA para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.


En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:

  
DRA. NORKA ROCÍO GUILLÉN PONCE  
PRESIDENTE

  
MC. WILLY C. RAMOS MUÑOZ  
MIEMBRO

  
MG. JENNY RAQUEL TORRES MALCA  
MIEMBRO

  
DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS  
DIRECTOR DE TESIS

  
ME. GUTIERREZ IGUNZA, ERICSON LEONARDO  
ASESOR DE TESIS

Lima, 20 de febrero del 2024

# ANEXO 07: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
MANUEL HUAMÁN GUERRERO

## IX CURSO TALLER DE TITULACIÓN POR TESIS – MODALIDAD HÍBRIDA

### CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la señorita:

**GIANELLA CORINA CHAVARRY ZEGARRA**

Ha cumplido con los requisitos del Curso Taller de Titulación por Tesis – Modalidad Híbrida, durante los meses de octubre, noviembre, diciembre 2022 - enero y febrero 2023 con la finalidad de desarrollar el proyecto de tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis: “ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL GERIÁTRICO SAN JOSÉ DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ EN EL 2023”.

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y válido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva, según Acuerdo de Consejo Universitario N°0287-2023, que aprueba el IX Curso Taller de Titulación por Tesis – Modalidad Híbrida.

Lima, 07 de setiembre de 2023.



Dr. Ivón De La Cruz Vargas  
Director del Curso Taller



Dra. María del Socorro Alatriza Gutiérrez Vda. de Bambarén  
Decana

## ANEXO 08: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico	Población y muestra	Técnicas e instrumentos	Plan de análisis de datos
<p>Problema general: ¿Existe asociación entre apoyo social y síntomas depresivos en los adultos mayores atendidos en el servicio de geriatría del Hospital Geriátrico “San José” de la Policía Nacional del Perú en el 2023?</p>	<p>Objetivo general: Determinar la asociación entre apoyo social y síntomas depresivos en los adultos mayores atendidos en el servicio de geriatría del Hospital Geriátrico “San José” de la Policía Nacional del Perú en el 2023.</p>	<p>Hipótesis general: Existe asociación entre apoyo social y síntomas depresivos en los adultos mayores atendidos en el servicio de geriatría del Hospital Geriátrico “San José” de la Policía Nacional del Perú en el 2023.</p>	<p><u>Variable independiente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo social</li> </ul> <p><u>Variables intervinientes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores demográficos                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sexo</li> <li>○ Edad</li> <li>○ Estado civil</li> <li>○ Años educativos</li> <li>○ Estatus de convivencia</li> <li>○ Jubilación</li> <li>○ Grado policial</li> <li>○ Tener mascota</li> <li>○ Antecedente de consumo de tabaco</li> <li>○ Enfermedad crónica no transmisible</li> <li>○ Dependencia funcional</li> </ul> </li> </ul> <p><u>Variable dependiente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas depresivos</li> </ul>	<p>Estudio observacional, analítico y transversal</p>	<p>La población objeto de estudio consta de aquellos pacientes con una edad de 60 años o superior que se atendieron por el servicio ambulatorio de geriatría del Hospital Policial Geriátrico San José. La muestra está compuesta por 192 pacientes.</p>	<p>Se aplicó una encuesta a los pacientes atendidos en el servicio de geriatría del Hospital Geriátrico Policial “San José” en noviembre del 2023</p> <p>Se utilizaron como instrumentos la versión corta de 5 preguntas de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-5) y la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón para la variable dependiente de síntomas depresivos y la independiente de apoyo social, respectivamente.</p> <p>Se hizo uso del Mini Mental State Examination, con el fin de no incluir pacientes adultos mayores con algún grado de deterioro cognitivo. Con respecto a la medición del covariable grado de dependencia funcional, se utilizó el Índice de Barthel como instrumento.</p>	<p>Se organizó la información recolectada en las encuestas a través del programa Excel y se analizó estadísticamente utilizando el programa SPSS v.25.</p> <p>Se empleó un análisis descriptivo de las variables cualitativas con porcentajes. Para la determinación de la asociación entre las variables independientes y los síntomas depresivos se empleó la prueba Chi cuadrado. Se calcularon las razones de prevalencia crudas y ajustadas, para establecer la fuerza de asociación. Para esto las variables fueron ingresadas a un modelo de regresión de Poisson con varianza robusta. Los cálculos se realizaron con un nivel de confianza del 95%. La presentación de los resultados se realizó a través de tablas.</p>
<p>Problema específico 1: ¿Cuál es la prevalencia de apoyo social en los adultos mayores atendidos en el servicio de geriatría del Hospital Geriátrico Policial “San José” en noviembre del 2023?</p>	<p>Objetivo específico 1: Describir la prevalencia de apoyo social en los adultos mayores atendidos en el servicio de geriatría del Hospital Geriátrico Policial “San José” en noviembre del 2023.</p>	<p>Hipótesis específica 1: Existe una alta prevalencia de apoyo social en los adultos mayores atendidos en el servicio de geriatría del Hospital Geriátrico Policial “San José” en noviembre del 2023.</p>					
<p>Problema específico 2: ¿Cuál es la frecuencia de adultos mayores del servicio de geriatría del Hospital Geriátrico Policial “San José” que requieren apoyo familiar o vecinal, que no disponen de algún seguro o que se encuentran en situación de abandono familiar en noviembre del 2023?</p>	<p>Objetivo específico 2: Determinar la frecuencia de adultos mayores del servicio de geriatría del Hospital Geriátrico Policial “San José” que requieren apoyo familiar o vecinal, que no disponen de algún seguro o que se encuentran en situación de abandono familiar en noviembre del 2023.</p>	<p>Hipótesis específica 2: Existe una alta frecuencia de adultos mayores del servicio de geriatría del Hospital Geriátrico Policial “San José” que requieren apoyo familiar o vecinal, que no disponen de algún seguro o que se encuentran en situación de abandono familiar en noviembre del 2023.</p>					



<p>Problema específico 3: ¿Cuál es la prevalencia de síntomas depresivos en los adultos mayores atendidos en el servicio de geriatría del Hospital Geriátrico Policial “San José” en noviembre del 2023?</p>	<p>Objetivo específico 3: Describir la prevalencia de síntomas depresivos en los adultos mayores atendidos en el servicio de geriatría del Hospital Geriátrico Policial “San José” en noviembre del 2023.</p>	<p>Hipótesis específica 3: Existe una alta prevalencia de síntomas depresivos en los adultos mayores atendidos en el servicio de geriatría del Hospital Geriátrico Policial “San José” en noviembre del 2023.</p>					
--	---	---	--	--	--	--	--

## **ANEXO 09: CONSENTIMIENTO INFORMADO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **Consentimiento Informado**

**Paciente:**

**Investigadora responsable:** Gianella Corina Chavarry Zegarra

**Título del proyecto:** ASOCIACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL GERIÁTRICO SAN JOSÉ DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ EN EL 2023

Se me ha solicitado participar en un estudio de investigación en el que se está estudiando: Determinar la asociación entre apoyo social y síntomas depresivos en los adultos mayores atendidos en el servicio de geriatría del Hospital Geriátrico "San José" de la Policía Nacional Del Perú en el 2023.

Yo en plena facultad de mis sentidos y habiendo recibido información completa y detallada respecto a este estudio entiendo que:


- a. He leído y entendido la información de este documento y se me respondió todas las preguntas relacionadas con el presente estudio.
- b. El estudio no supone riesgos en la integridad física, mental o moral de los participantes ya que no es un estudio experimental.
- c. Yo podré retirarme de esta investigación y revocar mi consentimiento en cualquier momento sin dar razones y sin que esto me perjudique.
- d. Los resultados de esta investigación serán usados con fines académicos. Estos aportaran al conocimiento científico por lo que pueden ser publicados pero mi nombre o identidad no serán revelados y mis datos clínicos permanecerán en forma confidencial.
- e. Mi consentimiento para ser parte de esta investigación es completamente voluntario sin que haya sido obligado o forzado, por lo que doy mi consentimiento para que se apliquen las pruebas señaladas.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

**CUESTIONARIO**

1) EXAMEN MMSE DE FOLSTEIN

Orientación	Puntos
¿Qué año-estación- fecha – día – mes es?	/5
¿Dónde estamos? (Provincia- ciudad-país- hospital- piso)	/5
Memoria inmediata	
Repetir 3 nombres ("mesa", "llave", "libro"). Repetirlos de nuevo hasta que aprenda los tres nombres y anotar el número de ensayos	/3
Atención y cálculo	
Restar 7 a partir de 100, 5 veces consecutivas. Como alternativa, deletrear "mundo" al revés.	/5
Recuerdo diferido	
Repetir los 3 nombres aprendidos antes	/3
Lenguaje y construcción	
Nombrar un lápiz y un reloj mostrados	/2
Repetir la frase: "Ni si es, ni no es, ni peros"	/1
Realizar correctamente las tres órdenes siguientes "tome este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo"	/3
Leer y ejecutar la frase "cierre los ojos"	/1
Escribir una frase con sujeto y predicado	/1
Copiar este dibujo 	/1
Puntaje total	/30

Nota. Obtenido a partir de Llamas-Velasco S, Llorente-Ayuso L, Contador I, Bermejo-Pareja F. Versiones en español del Minimental State Examination (MMSE). Cuestiones para su uso en la practica clinica [Spanish versions of the Minimental State Examination (MMSE). Questions for their use in clinical practice]. Rev Neurol. 2015 Oct 16;61(8):363-71.

2) Marque con una x a la respuesta seleccionada.

Edad: \_\_\_\_\_  
 Sexo: Masculino  Femenino   
 Grado policial: Oficial  Suboficial  Civil   
 Estado civil: Casado  soltero  viudo  conviviente   
 Años educativos: Menor o igual a 11años  más de 11años   
 Estado de convivencia: Reside solo  Reside con compañía   
 Tiene mascota: si  no   
 Se encuentra jubilado: si  no   
 Antecedente de consumo de tabaco: si  no   
 Tiene alguna enfermedad crónica no transmisible como:  
 Ninguna  Diabetes  Hipertensión arterial  otro: \_\_\_\_\_

### Escala de Depresión Geriátrica – versión de 5 ítems

Marque con una x la sí o no a las siguientes preguntas:

Pregunta	Sí	No
1. ¿Está satisfecho con su vida?		
2. ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?		
3. ¿Se siente a menudo abandonado/a?		
4. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?		
5. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?		

Nota. Obtenido a partir de De Dios del Valle R, Hernández Sánchez AM, Rexach Cano LI, Cruz Jentoft AJ. Validación de una versión de cinco ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en población española. Rev Esp Geriatria Gerontol. 1 de enero de 2001;36(5):276-80.

### Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón

Marque con una x a su situación actual según le corresponda:

<b>I. Situación económica</b>	
(1 punto) Dos veces el salario mínimo vital	
(2 puntos) Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales	
(3 puntos) Un salario mínimo vital	
(4 puntos) Ingreso irregular (menos del mínimo vital)	
(5 puntos) Sin pensión, sin otros ingresos	
	/5
<b>II. Situación familiar</b>	
(1 punto) Vive con la familia, sin conflicto familiar	
(2 puntos) Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física /psíquica	
(3 puntos) Vive con cónyuge de similar edad	
(4 puntos) Vive sólo y tiene hijos con vivienda próxima	
(5 puntos) Vive sólo y carece de hijos o viven alejados (interior del país o extranjero)	
	/5
<b>III. Vivienda</b>	
(1 puntos) Adecuada a necesidades	
(2 puntos) Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas)	
(3 puntos) Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).	
(4 puntos) Vivienda semi construida o de material rústico	
(5 puntos) Asentamiento humano (invasión) o sin vivienda	

	/5
<b>IV. Relaciones sociales</b>	
{1 punto} Mantiene relaciones sociales en la comunidad	
{2 puntos} Relaciones sociales sólo con familia y vecinos	
{3 puntos} Relaciones sociales sólo con la familia	
{4 puntos} No sale del domicilio, pero recibe visitas de familia	
{5 puntos} No sale del domicilio y no recibe visitas	
	/5
<b>V. Apoyo de la red social</b>	
{1 punto} No necesita apoyo	
{2 puntos} Requiere apoyo familiar o vecinal	
{3 puntos} Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social	
{4 puntos} No cuenta con seguro social	
{5 puntos} Situación de abandono familiar	
	/5
<b>Puntaje total</b>	<b>/25</b>

Nota. Obtenido a partir de la Guía Técnica para el llenado de la historia clínica de atención integral de salud del adulto mayor. MINSA (2010)

### Índice de Barthel

Marque con una x la situación que le corresponda:

Comer	Incapaz {0}	
	Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. {5}	
	Independiente {10}	
Trasladarse entre la silla y la cama	Incapaz, no se mantiene sentado {0}	
	Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado. {5}	
	Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) {10}	
	Independiente {15}	
Aseo personal	Necesita ayuda con el aseo personal {0}	
	Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse {5}	
Uso del retrete	Dependiente {0}	
	Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo {5}	
	Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse) {10}	
Bañarse/ducharse	Dependiente {0}	
	Independiente para bañarse o ducharse {5}	
Desplazarse	Inmóvil {0}	
	Independiente en silla de ruedas en 50 m. {5}	

	Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal) (10)	
	Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador. (15)	
Subir y bajar escaleras	Incapaz (0)	
	Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta (5)	
	Independiente para subir y bajar (10)	
Vestirse y desvestirse	Dependiente (0)	
	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda. (5)	
	Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc. (10)	
Control de heces	Incontinente (o necesita que le suministren enema) (0)	
	Accidente excepcional (uno/semana) (5)	
	Continente (10)	
Control de orina	Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa (0)	
	Accidente excepcional (máximo uno en 24 horas) (5)	
	Continente, durante al menos 7 días. (10)	

Nota. Obtenido a partir de Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev Esp Salud Pública. marzo de 1997;71(2):127-37.

## **ANEXO 10: BASES DE DATOS (EXCEL)**

[https://drive.google.com/drive/folders/1Ri4ek\\_wJ0n1w-bA\\_hNYZQgX5cQY79DgL?usp=sharing](https://drive.google.com/drive/folders/1Ri4ek_wJ0n1w-bA_hNYZQgX5cQY79DgL?usp=sharing)