



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**DEPRIVACIÓN SENSORIAL RELACIONADO A LA DEPRESIÓN  
EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO  
DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024**

**TESIS PRESENTADA POR:**

**Bach. YENY MAMANI CHURA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**JULIACA – PERÚ**

**2025**



**UNIVERSIDAD ANDINA**

**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**


**DEPRIVACIÓN SENSORIAL RELACIONADO A LA DEPRESIÓN  
EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO  
DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024**


TESIS PRESENTADA POR:

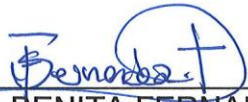
**Bach. YENY MAMANI CHURA**


PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

**PRESIDENTE** :   
Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

**PRIMER MIEMBRO** :   
Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

**SEGUNDO MIEMBRO** :   
Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

**ASESOR DE TESIS** :   
Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN** : SALUD PÚBLICA P07



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**

**RESOLUCIÓN DECANAL N° 10170 -2025-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 19 de noviembre del 2025

**VISTOS:**

El Expediente N° 2025 – 7623 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **DEPRIVACIÓN SENSORIAL RELACIONADO A LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024**

**CONSIDERANDO:**

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad.

**SE RESUELVE**

**PRIMERO:** Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de: **LICENCIADA EN ENFERMERÍA** el (la) bachiller: **MAMANI CHURA YENY** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- \* **Presidente** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
- \* **1er. Miembro** : Dra. MARIA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA
- \* **2do. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
  
- \* **Asesor (a)** : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

**SEGUNDO:** Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

**DIA** : JUEVES 20 DE NOVIEMBRE DEL 2025  
**HORA** : 16:00 HORAS  
**LOCAL** : Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud

**TERCERO:** Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el bachiller sustentante.

**CUARTO:** La Dirección de la Escuela Profesional de Enfermería y la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



**DISTRIBUCIÓN:**  
 - Jurados (3)  
 - Interesado (1)  
 - Asesor de Tesis (1)  
 - Archivo FCS 2025(1)



UNIVERSIDAD ANDINA  
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN Nº 1097-2025--FCS-UANCV

Juliaca, 10 de noviembre del 2025

**VISTOS:** Exp. 2025 -7416 presentado por el (la) egresado (a) MAMANI CHURA YENY quién ha solicitado cambio del Asesor del Proyecto de Investigación conducente a optar el título profesional de LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA

**CONSIDERANDO:** Que, según Resolución Nº 1061 -2025-D-FCS-UANCV, se aprueba el Proyecto de Tesis titulado: DEPRIVACIÓN SENSORIAL RELACIONADO A LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024 para lo cual se asignó.

Asesor (a) : Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento de la Unidad de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, y de acuerdo a la resolución Nº 269-2025-UANCV-CU-R, por motivos que ya no cuenta con vínculo laboral con la UANCV; y,

Estando el informe favorable de la Unidad de Grados y Títulos, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria Nº 30220, Ley de Creación de la UANCV Nº 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92-NAR. D.L. Nº 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**SE RESUELVE:**

**PRIMERO:** APROBAR el CAMBIO del ASESOR (A) designados a la egresada MAMANI CHURA YENY, para la revisión del proyecto de investigación titulado: DEPRIVACIÓN SENSORIAL RELACIONADO A LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024 para optar al Título Profesional de LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA debiendo quedar a partir de fecha.

Asesor (a) : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

**SEGUNDO:** Disponer que los miembros del Jurado designados den continuidad al trámite de evaluación y calificación del proyecto de tesis, borrador de tesis o sustentación de tesis, según sea el caso que se presente en cada expediente. Quedando válido en sus demás disposiciones la Resolución Decanal de aprobación de proyecto de tesis, que se menciona en el considerando.

**TERCERO:** La Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Grados y Títulos, la Dirección de la Escuela Profesional de Enfermería y la Secretaría Académica de la Facultad, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Archívese.

**DISTRIBUCIÓN:**

- Interesados (1)
- Archivo (1)



DISTRIBUCIÓN  
Jurados,  
EP. Obstetricia

**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"****RESOLUCIÓN DECANAL N° 512 2025-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 30 de junio del 2025

**VISTOS:**

El Informe N° 159-2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de fecha 27 de junio del egresado (a) **MAMANI CHURA YENY** quien solicita la aprobación del Informe Final Titulado **DEPRIVACIÓN SENSORIAL RELACIONADO A LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024** para optar el título profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA**

**CONSIDERANDO;**

**Que**, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- \* **Presidente** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
- \* **1er. Miembro** : Dra. MARIA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA
- \* **2do. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
  
- \* **Asesor (a)** : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

Estando en la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento interno de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**SE RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO.- APROBAR**, el **INFORME FINAL** de INVESTIGACIÓN, presentado por el (la) egresado (a) ) **MAMANI CHURA YENY** para optar el Título Profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA** Con la tesis titulado: **DEPRIVACIÓN SENSORIAL RELACIONADO A LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024** correspondiente a la Línea de investigación **SALUD PÚBLICA**

**ARTICULO SEGUNDO.- DISPONER** que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la facultad de ciencias de la salud, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



Distribución: Decanato, PS Archivo.



**RESOLUCIÓN DECANAL N° 1061-2024-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 21 de agosto del 2024

**VISTOS:**

El Informe N° 073-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de la Propuesta de Investigación de fecha 16 de agosto de la E.P. de Enfermería, folio 0000096;

**CONSIDERANDO:**

Que, el (la) egresado (a) **MAMANI CHURA YENY** presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **DEPRIVACIÓN SENSORIAL RELACIONADO A LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024** correspondiente a la línea de investigación: **salud publica**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- \* **Presidente** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA**
- \* **1er. Miembro** : **M.Sc. MARÍA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ**
- \* **2do. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 321 2024-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92-NAR. D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**SE RESUELVE:**

**APROBAR, la PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **MAMANI CHURA YENY** para optar el título profesional de: **LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA** titulado: **DEPRIVACIÓN SENSORIAL RELACIONADO A LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024**

La propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER**, como **ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**

**ARTICULO TERCERO.- DISPONER** que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela profesional de Enfermería, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.

Distribución: Decanato, EP: OBSTETRA Archivo.





## DEPRIVACIÓN SENSORIAL RELACIONADO A LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024

### INFORME DE ORIGINALIDAD

21%

INDICE DE SIMILITUD

18%

FUENTES DE INTERNET

8%

PUBLICACIONES

16%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

### FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	12%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
3	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.uta.edu.ec Fuente de Internet	<1%
6	repositorio.upse.edu.ec Fuente de Internet	<1%
7	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	<1%



### Metadatos Complementarios

Título de la tesis	
<b>DEPRIVACIÓN SENSORIAL RELACIONADO A LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024</b>	
<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	YENY MAMANI CHURA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	46862611
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0008-5316-2480">https://orcid.org/0009-0008-5316-2480</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29590767
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0003-4379-558X">https://orcid.org/0000-0003-4379-558X</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29344129
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02401506
<b>Miembro del jurado 2</b>	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921



<b>Datos de investigación</b>	
Línea de investigación	SALUD PÚBLICA - P07
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p><b>País:</b> Perú  <b>Departamento:</b> Puno  <b>Provincia:</b> Azángaro  <b>Distrito:</b> Azángaro  <b>CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO</b>  <b>Coordenadas:</b>  <b>Longitud:</b> -14.9061479  <b>Latitud:</b> -70.1925331  <b>URL Maps</b>  <a href="https://www.google.com/maps/d/u/0/edit?mid=1GRoVUzVhyCKZ51zvoJFOC_RBp9TU-bs&amp;usp=sharing">https://www.google.com/maps/d/u/0/edit?mid=1GRoVUzVhyCKZ51zvoJFOC_RBp9TU-bs&amp;usp=sharing</a></p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Agosto 2024 – Noviembre 2025
URL de disciplinas OCDE <a href="https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html">https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html</a> - Librería	<p><b>Enfermería</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03</a></p> <p><b>Salud Pública</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05</a></p>



UNIVERSIDAD ANDRÉS BASTO CACERES VELASQUEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

*Figueroua*  
Dra. María Concepción Figueroua Vilca  
DIRECTORA  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



### DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo YENY MAMANI CHURA, identificado con DNI Nro. 46862611, en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
- Programa de Segunda Especialidad,
- Programa de Maestría o Doctorado

ENFERMERÍA

informo que he elaborado el/la  Tesis o  Trabajo de Investigación,  Trabajo Académico denominada:

**DEPRIVACIÓN SENSORIAL RELACIONADO A LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024**

Asesorado por: Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.


Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca \_\_24\_\_ de diciembre del 2025

  
Firma del Asesor  
(obligatoria)

  
Firma del Estudiante  
(obligatoria)

  
Huella



## DEDICATORIA

A Dios por ser mi guía espiritual, por darme fortaleza en los momentos difíciles y guiarme con sabiduría para continuar.

A mis padres por darme la oportunidad de vivir y por la dedicación que han demostrado cada día para garantizar que obtenga la mejor educación posible.

El hecho de que nunca me hayan abandonado los ha convertido en mi única fuente de apoyo incondicional y en la inspiración que me impulsa a seguir adelante.

A mis hermanos por estar siempre presentes, por apoyarme y creer en mis capacidades por ser los mejores hermanos que me regalo la vida.



## AGRADECIMIENTO

A la UANCV de Juliaca, por haberme brindado la oportunidad de formarme como profesional, a todos los docentes de la facultad de enfermería quienes compartieron sus conocimientos hacia conmigo para lograr mi formación académica.

También expresar mi profundo agradecimiento a mi asesora, por su tiempo, dedicación y orientación en todo este largo camino.

A los miembros del jurado por también ser mi guía para presentar un buen trabajo de investigación.



**ÍNDICE GENERAL**

**DEDICATORIA .....iii**

**AGRADECIMIENTO .....iv**

**ÍNDICE GENERAL.....v**

**ÍNDICE DE TABLAS.....vii**

**RESUMEN .....viii**

**ABSTRACT.....ix**

**INTRODUCCIÓN .....x**

**CAPÍTULO I**

**ASPECTOS GENERALES**

**1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....1**

    1.1.1. Problema general.....4

    1.1.2. Problemas específicos .....4

**1.2. OBJETIVOS .....5**

    1.2.1. Objetivo general.....5

    1.2.2. Objetivos específicos .....5

**1.3. JUSTIFICACIÓN .....5**

    1.3.1. Justificación teórica.....5

    1.3.2. Justificación practica.....5

    1.3.3. Justificación metodológica .....6

**1.4. HIPÓTESIS .....6**

    1.4.1. Hipótesis general .....6

    1.4.2. Hipótesis específicas .....6



<b>1.5. VARIABLES.....</b>	<b>7</b>
<b>1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....</b>	<b>8</b>

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

<b>2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>9</b>
2.1.1. A nivel internacional.....	9
2.1.2. A nivel nacional.....	17
2.1.3. A nivel regional .....	20
<b>2.2. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>23</b>
<b>2.3. MARCO CONCEPTUAL .....</b>	<b>52</b>

## **CAPÍTULO III**

### **PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN**

<b>3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>54</b>
<b>3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>54</b>
<b>3.3. MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>55</b>
<b>3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....</b>	<b>55</b>
3.4.1. Población:.....	55
3.4.2. Muestra:.....	55
<b>3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS .....</b>	<b>56</b>
3.5.1. Técnicas .....	56
3.5.2. Instrumentos .....	56
<b>3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS .....</b>	<b>58</b>
<b>3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....</b>	<b>59</b>



3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO .....59

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....61

CONCLUSIONES.....76

RECOMENDACIONES .....77

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....78

A N E X O S .....83

ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS .....84

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....87

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....89

ANEXO 4: INSTRUMENTOS .....90

ANEXO 5: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO .....94

ANEXO 6: AUTORIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTO .....97



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Edad relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024.....	62
Tabla 2.	Genero relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024.....	64
Tabla 3.	Convivencia familiar relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024.....	66
Tabla 4.	Recursos económicos relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024.....	68
Tabla 5.	Agudeza visual relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024. ....	70
Tabla 6.	Agudeza auditiva relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024. ....	72
Tabla 7.	Depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024. ....	74



## RESUMEN

Tiene como **objetivo:** Analizar la deprivación sensorial relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024.

**Material y métodos:** De diseño no experimental, de tipo correlación, con enfoque cuantitativo, con una población de 75 adultos mayores, se utilizó como instrumentos la guía de entrevista, que incluye también el test de Snellen para la variable 1 y 2

una guía de entrevista basado en la escala de depresión geriátrica de Yesavage abreviada. **Resultados:** Se identificó la valoración sociodemográfica relacionado a

la depresión en adultos mayores, donde el 53.3% tienen de 71 a 80 años (P:0,000), el 50.7% son del género femenino (P:0,007), el 34,7% conviven con su pareja de similar edad (P:0,000) y el 80.0% cuentan con el aporte económico de pensión 65 (P:0,000).

Se describió la valoración sensorial relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en la cual se halló el 56,0% en la agudeza visual normal (P:0,000) y el 66,7% tienen disminución auditiva (P:0,000). Se identificó el nivel de

depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Azángaro, el 49,3% están sin depresión, el 45,3% tienen depresión leve y el 5,3% tienen depresión moderada. **Conclusión:** La deprivación sensorial está relacionado a la depresión

en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro. Todos los indicadores son significativos con un valor de  $p < 0,05$ , aceptando las hipótesis planteadas.

**Palabras clave:** Adultos mayores, deprivación, sensorial, depresión.



## ABSTRACT

The research aimed to: Analyze sensory deprivation related to depression in older adults treated at the Alianza Azángaro 2024 Health Center. **Method:** It is a non-experimental design, correlation type, with a quantitative approach, with a population of 75 older adults, the Snellen test interview and observation guide was used as instruments for variable 1 and for variable 2 an interview guide based on the abbreviated Yesavage geriatric depression scale. **Results:** The sociodemographic assessment related to depression in older adults was identified, where 53.3% are between 71 and 80 years old (P:0.000), 50.7% are female (P:0.007), 34.7% live with a partner of similar age (P:0.000), and 80.0% receive financial support from a pension 65 (P:0.000). Sensory assessment related to depression in older adults treated at the center was described, finding that 56.0% had normal visual acuity (P:0.000) and 66.7% had hearing loss (P:0.000). The level of depression in older adults treated at the Azángaro Health Center was identified: 49.3% are without depression, 45.3% have mild depression, and 5.3% have moderate depression. **Conclusion:** Sensory deprivation is related to depression in older adults treated at the Alianza Azángaro Health Center. All indicators are significant with a p value <0.05, supporting the proposed hypotheses.

**Keywords:** Older adults, deprivation, sensory, depression.



## INTRODUCCIÓN

La pérdida auditiva afecta a 380 millones de personas, lo que equivale al 6% de la población mundial. El 35 % de estas personas tienen sesenta años o más. Esto incluye la forma en que perciben el mundo. El término «privación sensorial» se refiere a circunstancias en las se decrecen los estímulos sensoriales o incluso su ausencia total. Es posible que los detalles menores se vuelvan más difíciles de percibir como consecuencia de que estos sentidos sean menos agudos. Las alteraciones en los sentidos pueden afectar a tu forma de vivir. Es probable que tengas dificultades para interactuar con otras personas, disfrutar de sus actividades y establecer vínculos con ellas. La sensación de soledad es una posible consecuencia de las alteraciones en la sensibilidad. La información recibida por los sentidos se transforma en impulsos nerviosos. En ese lugar, los impulsos se transforman en sensaciones que tienen significado. Es necesario experimentar un nivel determinado de estimulación antes de poder tomar conciencia de la sensación. Con la edad, este umbral se eleva. Aunque no siempre es así, la audición y la visión suelen ser los sentidos más afectados por el proceso de envejecimiento. Es posible mejorar la audición y la visión utilizando diversos productos, como gafas y audífonos, además de realizar ajustes en el estilo de vida.(1)

El capítulo I presenta aspectos generales, tales como la identificación, la formulación de preguntas y los objetivos, la justificación, las variables y operacionalización. En el capítulo II se establece un marco teórico y conceptual. El procedimiento metodológico del estudio se detalla en el capítulo III de la investigación. Por último, el capítulo IV presenta los resultados, las conclusiones y recomendaciones.



## CAPÍTULO I

### ASPECTOS GENERALES

#### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las alteraciones sensoriales en la vejez son importantes no solo porque son muy comunes, sino también, por las consecuencias funcionales, psicológicas y sociales que tienen para los pacientes. Estos cambios son especialmente relevantes debido a su prevalencia. Podemos reconocer estos trastornos como verdaderos síndromes geriátricos, ya que suelen estar asociados a otras afecciones sistémicas. Por eso es posible identificarlos.(2)

Se evidencia los déficits auditivos y visuales limitan significativamente las habilidades funcionales de las personas mayores, tanto en lo que respecta a las tareas esenciales como a las consideradas instrumentales. Esto incrementa los accidentes y caídas dentro del hogar, así como la pérdida de movilidad y el aumento del grado de dependencia. Sus repercusiones cognitivas y sociales, lo que conduce a una disminución de las actividades fuera del hogar, una tendencia al aislamiento y un aumento de los niveles de preocupación y tensión. Además, dificultan el mantenimiento de las relaciones sociales. Se ha demostrado que las circunstancias adversas incrementan el deterioro cognitivo y de aparición de delirios. Para alcanzar y mantener un estilo de vida independiente, es fundamental preservar la



función visual. Para ello, debemos ser capaces de distinguir entre lo que se considera normal y lo que se considera patológico. (2)

## **Descripción del problema**

### **A nivel internacional**

Según la OMS, el 14% de personas con trastornos mentales son adultos mayores. Según la GHE para el año 2019, estos trastornos son responsables del 10,6 % de la discapacidad total que padecen las personas mayores. Esta discapacidad se cuantifica en años, que se abrevian como AVAD. Entre los problemas de salud mental las cuales sufren son, la ansiedad y la depresión se encuentran entre los más extendidos. En el Informe sobre la salud mundial de 2019 las personas de sesenta años o más son responsables de alrededor del 27,2 % de muertes son el suicidio. (3)

La prevalencia de las enfermedades crónicas es motivo de preocupación en el mundo sobre la salud. La HTA, la DM I y la dislipidemia son las tres afecciones más prevalentes entre la población adulta de México. Todas estas enfermedades son conocidas por su prevalencia en México. Al pasar los años con el envejecimiento, sufren una serie de problemas adicionales, entre ellos el deterioro sensorial, que conduce a una reducción en realizar sus actividades. El término «función sensorial» se refiere a la capacidad de los órganos sensoriales para recibir e interpretar sensaciones que provienen del entorno externo. Como consecuencia del proceso de envejecimiento, cada uno de estos órganos sufre transformaciones significativas, tal y como demuestra el estudio. Además, están relacionados con aspectos de la higiene personal y la inseguridad, como consumir alimentos en mal estado o



dejar el gas encendido. En las personas con menor aptitud para la percepción olfativa, se ha demostrado que tienen dificultades para diferenciar entre distintos sabores. Las investigaciones así lo han demostrado. Esto se debe a que el gusto y el olfato están influenciados por el sentido del olfato. Esto se debe a que las personas que no pueden incrementar la cantidad de azúcar o sal que consumen en su dieta. Esto se debe a que no pueden saborear una variedad de sabores, ya que no pueden percibirlos.(4)

### **A nivel nacional**

El envejecimiento en Perú, es un proceso que no se puede evitar. Las investigaciones demográficas indican que es notable la cantidad de personas mayores de sesenta años. Este patrón no solo se observa en los países prósperos, donde el porcentaje oscila entre el 12 % y el 15 %, sino también en los países en desarrollo o emergentes. Según las proyecciones de crecimiento demográfico realizadas en Perú, actualmente representan el 7,4 % de la población total, y se prevé el 12 % a mediados del siglo XXI.(5)

Se manifiesta en la pérdida total o parcial de estos sentidos, lo que dificulta que las personas mayores en Perú mantengan su independencia y reduce su calidad de vida. La ausencia de los sentidos de la vista y el oído es la manifestación específica de la privación sensorial en Perú. El síndrome geriátrico relacionado con el envejecimiento es un tipo común de síndrome geriátrico que puede provocar disfunciones en muchos de sus capacidades biológicas, psicológicas y sociales. Existe una correlación entre la privación sensorial y el deterioro cognitivo, la depresión y la fragilidad. (6)



## A nivel regional y local

Un problema importante que hay que abordar es la privación sensorial entre las personas mayores. Se trata de un problema que debe abordarse, ya que la región de Puno presenta una elevada incidencia de envejecimiento y no se prevé los recursos necesarios a este grupo. Según las estadísticas de la DIRESA de Puno, en 2020 más del 12 % tenía más de 65 años. Esta información se recopiló entre la población. Enfrentan a una serie de retos, uno de los más importantes es la falta de acceso a los servicios sociales y a los profesionales sanitarios. Es posible que el hecho de no tener acceso a esta información tenga un efecto perjudicial en su capacidad para mantener una calidad de vida adecuada y para realizar sus actividades.(7)

## Formulación del problema

### 1.1.1. Problema general

**PG.** ¿De qué manera la deprivación sensorial está relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024?

### 1.1.2. Problemas específicos

**PE1.** ¿Cuáles es la valoración sociodemográfico relacionados a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro?

**PE2.** ¿Cómo la valoración sensorial está relacionada a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro?

**PE3.** ¿Cuál es el nivel de depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro?



## 1.2. OBJETIVOS

### 1.2.1. Objetivo general

**OG.** Analizar la deprivación sensorial relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024.

### 1.2.2. Objetivos específicos

**OE1.** Identificar los indicadores de la valoración sociodemográfico relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro.

**OE2.** Describir la valoración sensorial relacionada a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro.

**OE3.** Identificar el nivel de depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro.

## 1.3. JUSTIFICACIÓN

### 1.3.1. Justificación teórica

La investigación da la relevancia científica del estudio realizado en el Centro de Salud Alianza, que es la fuente de la investigación basada en el tema. Esto se debe a que la gran cantidad de adultos de edad avanzada con escasos recursos económicos. Además, se destaca que es una investigación realizada por una egresada de la Carrera de Enfermería.

### 1.3.2. Justificación practica

El estudio a realizar es **para que** tanto los profesionales como los estudiantes de salud participen de forma activa involucrándose con los adultos mayores y las familias, para alcanzar los objetivos, que son los siguientes: obtener el reconocimiento de los estudiantes que reciben formación, son eficientes y competentes en la ejecución de proyectos

basados en la investigación; implementar cambios de comportamiento para mejorar la situación de la privación sensorial; y proporcionar a los profesionales de la salud información que pueda utilizarse para desarrollar con precisión políticas públicas y programas de salud y bienestar diseñados específicamente para esta población. Al proporcionar estas alternativas y estrategias, esta investigación ofrecerá posibilidades de mejora, así como enfoques para minimizar el síndrome de privación sensorial. Esto se debe a que el estudio proporcionará estos recursos. Los estigmas asociados al sistema sanitario servirán de base para esta consideración.

### **1.3.3. Justificación metodológica**

Se basa en el uso para evaluar los diversos factores relacionados con la privación sensorial del adulto mayor. La aplicación de estos instrumentos permitirá obtener datos sólidos y confiables que servirán como punto para futuras investigaciones. Además, la metodología empleada en este estudio podrá ser replicada en otros contextos, lo que contribuirá a la generación de conocimiento comparable y a la comprensión más amplia de la privación sensorial relacionado a la depresión.

## **1.4. HIPÓTESIS**

### **1.4.1. Hipótesis general**

**HG.** La privación sensorial está relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024.

### **1.4.2. Hipótesis específicas**

**HE1.** Los indicadores de la valoración sociodemográfica están relacionados a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud



Alianza Azángaro son: La edad, genero, convivencia familiar y recursos económicos.

**HE2.** La valoración sensorial está relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro.

**HE3.** El nivel de depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro es leve.

## 1.5. VARIABLES

**Variable1:** Deprivación sensorial.

**Variable 2:** Depresión.

## 1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES
Variable 1  Deprivación sensorial	1.1 Valoración sociodemográfico	1.1.1 Edad	a. 60 a 70 años b. 71 a 80 años c. 81 a 85 años
		1.1.2 Genero	a. Masculino b. Femenino
		1.1.3 Convivencia familiar	a. Se encuentra solo b. Convive con su pareja de similar edad c. Convive con sus hijos d. Convive con otros familiares
		1.1.4 Recursos económicos	a. Pensión 65 b. Pensión de jubilación. c. No recibe pensión.
	1.2. Valoración sensorial	1.2.1 Agudeza visual	a. Normal. b. Deterioro visual leve. c. Deterioro visual moderado.
1.2.2 Agudeza auditiva		a. Conservada b. Disminuida	
Variable 2  Depresión		2.1 Nivel	a. Sin depresión 0 – 5 puntos b. Depresión leve (6 a 9 puntos) c. Depresión moderada (>10 puntos)



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

##### 2.1.1. A nivel internacional

**Borbor (8)** en su investigación sobre “**Síndrome de privación sensorial y su comportamiento en el adulto mayor del centro de educación integral Melvin Jones del cantón La Libertad, 2020**”. **Objetivo** de evaluar el comportamiento del Síndrome de Privación Sensorial en el Adulto Mayor.

**Método:** Con el fin de recopilar información sobre la calidad y la funcionalidad de cada sentido en una muestra de sesenta personas mayores miembros de la fundación, se utilizó una metodología cuantitativa y transversal. A continuación, se empleó análisis estadístico basado en la resolución que reveló los problemas que habían dado lugar a la restricción sensorial. Los **resultados**, el 58 % de las personas mayores habían participado en actividades radicales. Como parte de la evaluación de los niveles actuales de la afección, el 7 % de las personas fueron diagnosticadas con ceguera, el 53 % con problemas auditivos, el 35 % con deterioro del olfato y el 21 % con anomalías en la percepción del gusto. El 52 % de las personas tienen predisposición a tener problemas para realizar tareas, y la mayor parte de estas dificultades se producen mientras trabajan. A partir de la información recopilada, se determinó que el síndrome de privación



sensorial es un trastorno real que afecta a la calidad de vida de las personas mayores. Esta afección les hace depender de sus trabajos y, con el tiempo, dejar de participar en esas actividades.

**Jaramillo (9) en su investigación sobre “Análisis de las alteraciones sensoriales en el adulto mayor y su relación con la independencia funcional y equilibrio 2022”**

**Objetivo** analizar las alteraciones sensoriales en el adulto mayor en relación con la independencia funcional y equilibrio, Veinticuatro de los cuarenta adultos mayores que eran miembros del GAD de la Parroquia Rural de Atahualpa representaban al género femenino, mientras que dieciséis de los adultos mayores representaban al género masculino. En total, se consideró que cuarenta personas eran adultos mayores. Se llevó a cabo una evaluación de los sentidos de la vista, el olfato, el gusto y el tacto con la intención de establecer una conexión entre estos sentidos y la capacidad para realizar tareas funcionales. La primera fase del procedimiento fue la recopilación de datos informativos, y esta revisión se llevó a cabo una vez completado ese paso. Durante el procedimiento de evaluación, se utilizaron las escalas de Barthel, Lawton y Brody, además de la escala de Tinetti, con el fin de determinar las caídas de una persona.

**Métodos:** Dado que el objetivo del estudio es observar y registrar diversas reacciones durante la evaluación, la naturaleza del estudio es de investigación observacional. Además, es descriptivo debido a que los datos se recopilaron en cada hogar, y es cualitativo-cuantitativo debido a los métodos utilizados para recopilar y evaluar los datos. **Resultados:** Las evaluaciones sensoriales realizadas indicaron que el sentido de la vista mostraba efectos normales, con una evaluación cromática del 85 % y



campos visuales del 95 %. Además, el sentido del gusto se evaluó en un 90 %, el sentido del tacto estereognóstico se evaluó en un 98 % y la grafesia se evaluó en un 53 %. Según los resultados de este estudio, los efectos descubiertos eran característicos del sentido de la vista, sin embargo, el sentido del olfato solo alcanzó una proporción baja del 25 %. Según la escala de Lawton y Brody, alrededor del 38 % de los hombres pudieron alcanzar la autonomía, sin embargo, solo el 8 % de las mujeres pudieron experimentar este nivel de autonomía. Según los resultados de la escala de Barthel, el 55 % de las personas tienen el potencial de alcanzar la independencia. Se **evidencio** que los cambios se producen como consecuencia del envejecimiento debido a factores como la edad, el sexo y el entorno. Sin embargo, aunque falle uno de estos componentes, no significa necesariamente que los demás también fallen, ya que todo depende de una serie de variables distintas. Es fundamental involucrar los sentidos para adquirir una mayor independencia funcional y la capacidad de mantener la homeostasis. Participar en actividades sensoriales es crucial.

**Duran, et al. (10) en su artículo de investigación sobre “Función sensorial y dependencia en adultos mayores con enfermedad crónica México 2020” Objetivo:** conocer la función sensorial y su asociación con la dependencia para realizar Actividades básicas de la vida diaria e Instrumentales en adultos mayores con enfermedad crónica. **Metodología:** Se empleo un estudio correlacional con 96 personas que representaban la muestra. Los dispositivos utilizados en el transcurso de este proyecto de investigación incluyeron la tabla de Snellen, el audiómetro manual, el monofilamento de Semmes-Weinstein, la prueba de sabores básicos y el



índice de Barthel. En la investigación estadística se utilizaron varios métodos estadísticos, entre ellos la correlación de Spearman y la prueba U de Mann-Whitney. Estos métodos incluían tanto estadísticas descriptivas como inferenciales. **Resultados:** Se ha detectado que el 71 % de las personas tienen discapacidad visual. Se ha observado una tasa de audición normal del 48 % en el oído izquierdo, mientras que en el oído derecho la tasa de audición normal es del 43 %. Además, el 24 % de las personas declararon tener una discapacidad táctil en el pie izquierdo, mientras que el 30 % la tenían en el pie derecho. Un total del 77 % de las personas tenían problemas con el olfato y el gusto. El 40 % del total dependía de actividades básicas (ABVD), mientras que el 24 % dependía de actividades instrumentales (AIVD). Se observó una correlación significativa entre las ABVD y la sensibilidad táctil en los pies y la agudeza auditiva ( $p = < 0,05$ ). La edad y las actividades de la vida diaria ajustadas individualmente (IADL) ( $p = 0,001$ ), la agudeza táctil del pie izquierdo ( $p = 0,031$ ), la audición ( $p = 0,001$ ), el olfato ( $p = 0,018$ ) y el gusto ( $p = 0,047$ ) fueron factores significativos en los datos analizados. En cuanto a la dependencia de la ABVD, la prueba realizada con gafas ( $U = 146\ 000$ ;  $p = < 0,754$ ) y la prueba realizada sin gafas ( $U = 127\ 500$ ;  $p = 0,079$ ) no mostraron diferencias significativas. **Conclusión:** Cuando los sentidos del tacto y el oído funcionan mejor, hay menos necesidad de realizar AVD, y cuando los sentidos del olfato tacto, el oído y el gusto funcionan mejor, hay menos necesidad de realizar actividades independientes de la vida diaria (AIVD).

**Azuara (11) en su investigación sobre “La funcionalidad familiar y depresión en adultos mayores. Intervención familiar cognoscitiva,**



**tabasco 2021-2023.” Objetivo:** Determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la presencia de depresión y el impacto de la intervención cognoscitiva en los adultos mayores. **Material y métodos:** De método mixto que incorporó metodologías de investigación cuantitativas y cualitativas, así como un diseño observacional, transversal y analítico. Los participantes en este estudio son 116 personas mayores, con un total de 116 participantes. Con una evaluación del funcionamiento de la familia extensa mediante la prueba Yesavage para la depresión y el examen Family APGAR. La intervención cognitiva que se llevó a cabo con la familia de cinco personas mayores diagnosticadas con depresión leve se seleccionó al azar. **Resultados:** Existe una correlación entre la presencia de síntomas de depresión en el 81 % de las personas y la naturaleza disfuncional del 67 % de los hogares. Teniendo en cuenta que el valor X<sup>2</sup> para la conexión entre la depresión y la dinámica familiar disfuncional fue de 0,05, se puede concluir que existe una conexión significativa entre los dos componentes. Tras la adopción de la intervención cognitiva, se observó que la puntuación APGAR de las familias cuyos miembros mayores estaban deprimidos subió de 5,2 a 8,2 a lo largo de la investigación. Se trata de una mejora significativa. **Conclusión:** Existe una correlación entre los síntomas depresivos y las situaciones familiares que no funcionan bien dentro del núcleo familiar. Mediante el uso de la intervención cognitiva, es posible promover una mejora en el funcionamiento familiar.

**Caro, et al. (12) en su artículo de investigación sobre “Nivel de depresión y el estado nutricional en adultos mayores del Municipio de Mixquiahuala Hidalgo 2021” Objetivo.** Analizar el nivel de depresión en



adultos mayores y el estado nutricional en el Municipio de Mixquiahuala Hidalgo **Metodología.** Es cuantitativo, descriptivo y correlacional. Se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para determinar la presencia de depresión. Se utilizó la Mini Evaluación Nutricional (MNA) para determinar el estado nutricional del animal. **Resultados.** Durante el transcurso de la investigación, se estudió a un total de trescientas personas de sesenta años o más. De ellas, el 63% eran mujeres y el 37% eran hombres. Al final del estudio, se descubrió que el 35% de las personas padecían depresión. El 41,0 % de las personas evaluadas padecían malnutrición o se encontraban en situación de peligro en el momento de la evaluación. Uno de los métodos utilizados para investigarlos fue la prueba de correlación de Pearson, y el valor de  $p$  era 0,32. **Conclusiones.** El riesgo de malnutrición y/o desnutrición está más significativamente relacionado con la presencia de síntomas depresivos y el sexo del individuo estudiado.

**Zagal (13) en su investigación sobre “Nivel de depresión relacionado a la capacidad funcional del adulto mayor México 2021” objetivo de evaluar el nivel de depresión relacionado a la capacidad funcional en los adultos mayores, de la estancia permanente de la casa hogar Olga Tamayo de Cuernavaca, Morelos. Resultados:** Además del grado de dependencia general, también se tiene en cuenta el grado de depresión. Se observó que se daban los siguientes porcentajes: el 34,8 % de las personas eran independientes y no mostraban signos de depresión, el 2,3 % padecían depresión leve y dependencia moderada, el 11,6 % tenían depresión leve y eran independientes, el 4,7 % tenían depresión leve y dependencia leve, el 18,6 % tenían depresión leve y dependencia moderada, el 11,7 % tenían



depresión leve y dependencia grave, el 6,9 % tenían depresión leve y dependencia total, el 4,7 % tenían depresión grave y eran independientes, y el 4,7 % tenían depresión grave y dependencia grave. **Conclusión:** Además, esto sugiere que experimentan un aumento en su nivel de melancolía cuando se ven expuestos a algún tipo de dependencia que influye en su capacidad para llevar a cabo cada una de sus tareas diarias.

**Liljas, et al.** (14) en su artículo de investigación sobre "Asociación entre el deterioro multisensorial y la calidad de vida y la depresión en adultos mayores ingleses 2020" **Objetivo:** Examinar las asociaciones entre los deterioros multisensoriales concurrentes y aspectos del bienestar, a saber, la calidad de vida y los síntomas depresivos. **Método:** transversal, este estudio analiza a las personas que participaron en la octava oleada del Estudio Longitudinal Inglés sobre el Envejecimiento, realizado entre mayo de 2016 y junio de 2017. Muestra una población inglesa que vive actualmente en la zona y tiene al menos 52 años. **Resultados:** la edad media de los individuos era de 66,6 años, con un intervalo de confianza del 95 % que oscilaba entre 66,2 y 67,0 años. El porcentaje ponderado de los individuos fue del 52 %, mientras que el porcentaje no ponderado fue del 56 %. Esto se estableció utilizando una muestra de 6147 personas, representativa de la población. Las diversas deficiencias sensoriales se asociaban con una peor calidad de vida y un mayor riesgo de sufrir síntomas de depresión. Esta fue la conclusión a la que se llegó tras tener en cuenta las características sociodemográficas, las variables relacionadas con el estilo de vida, las enfermedades crónicas y la función cognitiva. Las personas que declararon tener entre tres y cuatro discapacidades



sensoriales tenían la peor calidad de vida (-4,68; intervalo de confianza del 95 %, -6,13 a -3,23 puntos en la escala CASP-19). Esto se debía a que la calidad de vida disminuía de forma lineal con el aumento del número de sentidos afectados. Se comparó a las personas que no padecían ninguna discapacidad sensorial con aquellas que no percibían nada. El riesgo de síntomas depresivos era más de tres veces superior a la norma en las personas que tenían entre tres y cuatro deficiencias sensoriales. Este riesgo era significativamente mayor que el habitual. **Conclusiones:** Según los resultados de este estudio, que fue una investigación transversal, se demostró que las deficiencias sensoriales comparativas estaban asociadas con una peor calidad de vida, así como con un mayor riesgo de sufrir síntomas de depresión. Esta fue la conclusión del estudio mencionado anteriormente.

**Cali (15) en su investigación sobre “El deterioro cognitivo y su influencia en la depresión en adultos mayores que acuden al Club de Diabéticos del Cantón Baños 2020”** **Objetivo** principal determinar si el deterioro cognitivo influye en la depresión de en adultos mayores. **Métodos:** En el proyecto de investigación participaron un total de setenta personas, treinta y tres hombres y treinta y siete mujeres. Las personas se distribuyeron en varios centros de salud vinculados al cantón de Baños. En cada centro se realizó una prueba conocida como Mini-Examen del Estado Mental (MMSE) en un día concreto con el fin de determinar si existía algún grado de deterioro cognitivo. Se eligió ese día concreto para recoger muestras que se ajustaran a las variables, cuyos **resultados** Aproximadamente el 57 % de la población ya muestra indicios de una afección que se cree que está



relacionada con la cognición y la memoria, según los datos revelados. La mitad de las personas ya presentan estos síntomas. Los resultados de esta evaluación mostraron que un gran porcentaje, concretamente el 23 %, ya sienten síntomas de depresión. De ello se deduce que el deterioro de su capacidad cognitiva tendrá un efecto en su estado emocional. Como **conclusión**, Los resultados del análisis estadístico  $\chi^2$  mostraron que existe una conexión entre las variables. Como resultado, se aceptó la hipótesis alternativa (H1). Esta hipótesis afirma que el deterioro cognitivo sí tiene un efecto sobre la depresión. Esto implica que una disminución de las capacidades cognitivas también tiene un efecto sobre el estado emocional de estas personas. Como resultado, se han sugerido talleres centrados en la estimulación neurocognitiva de la atención y la memoria. Estos talleres se basan en enfoques para abordar los retos que se han experimentado.

### 2.1.2. A nivel nacional

**Moreno (16) en su investigación sobre “Depresión geriátrica y satisfacción con la vida en adultos mayores de un albergue en Rímac 2024” objetivo:** Comprobar la relación entre depresión geriátrica y satisfacción con la vida. **Método:** El diseño utilizado en esta investigación fue transversal y no se llevaron a cabo experimentos. La naturaleza de este estudio fue directa, correlacional y comparativa. No solo se observó que la conexión entre las variables era inversa y de intensidad moderada ( $r_s = -.464$ ), hay una correlación estadística entre las variables era muy significativa ( $p < .01$ ). **Resultados:** el 67 % de la población, afirmaron estar muy satisfechas con sus vidas. Se afirmó que el 8 % padecían depresión, lo que supone un porcentaje significativo. Se observó que el grupo de edad de



70 a 79 años experimentaba síntomas de depresión, en contraste con los demás grupos de edad, cuando se comparaban ambas variables según el sexo, la edad y el estado civil. Este era el caso cuando se comparaban las variables. Se **concluyó** De los residentes encuestados, creían que su nivel de satisfacción con la vida aumentaba en proporción al número de síntomas depresivos que experimentaban.

**Pecart (17) en su artículo de investigación sobre “Factores de riesgo asociados a depresión en adultos mayores de un centro de salud de la sierra peruana Huancayo 2022”** **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo asociados a depresión en el adulto mayor atendido en consulta externa del Centro de Salud La Libertad. **Métodos:** Es retrospectivo, analítico y transversal en 850 pacientes de edad avanzada que fueron derivados al C.S. de La Libertad por sus médicos de familia. Con criterios de inclusión se les registró su historial sociodemográfico en formularios, y los datos se recopilaron a partir de la información obtenida de sus historiales. **Resultados:** El 70% de las personas que acudieron fueron diagnosticadas con depresión leve a moderada, mientras que el catorce coma cinco por ciento fueron diagnosticadas con depresión grave. El grupo etario de 60 a 69 años fue el que presentó mayor probabilidad de padecerla. Los resultados del análisis multivariante no revelaron correlaciones estadísticamente significativas entre los parámetros sociodemográficos evaluados. El género, la edad, el estado civil, el nivel educativo, las condiciones de vivienda y la situación socioeconómica fueron algunas de las características que se tuvieron en cuenta. **Conclusión:** No se identificaron características



relacionadas con la depresión grave entre las personas mayores examinadas en un centro de salud situado en las tierras altas de Perú.

**Failoc y Pielago (18) en su investigación sobre “Factores relacionados con depresión en adultos mayores atendidos en atención primaria de salud en Chiclayo 2021”** **Objetivos:** Evaluar los factores relacionados con

la depresión en adultos mayores de los centros de salud de Chiclayo.

**Métodos:** Es observacional, prospectiva y analítica, con adultos mayores de sesenta años. En su versión simplificada, se utilizó la escala de depresión

Yesavaje en este proyecto. Con un análisis univariante y otro bivariante, y los datos se presentaron en forma de porcentajes y frecuencias. Se

construyeron regresiones logísticas teniendo en cuenta desde el principio las modificaciones de edad y sexo. **Resultados:** Un total de 302 personas

mayores participaron en el evento que se celebró. La edad media era de setenta y tres años. El 30,8 % presentaba síntomas de tristeza, mientras que

se determinó que el 18,2 % de la población tenía algún grado de deterioro cognitivo. Se descubrió que 160 personas, lo que equivale al 52,98 %,

mostraban signos de riesgo sociofamiliar, mientras que 29 personas, lo que equivale al 9,60 %, presentaban una necesidad funcional dependiente. Los

resultados de la investigación sobre la depresión, el grupo de edad, el deterioro cognitivo y la evaluación sociofamiliar llevaron a la conclusión de

que existe una relación entre estas características, con una significación de  $p < 0,05$ . Independientemente de si se tuvieron en cuenta o no la edad y el

sexo en el análisis multivariante, se demostró que el deterioro cognitivo y la evaluación sociofamiliar se identificaron como factores de riesgo.

**Conclusiones:** El deterioro cognitivo y la depresión están relacionados entre

sí, y el riesgo sociofamiliar es un factor importante que puede tenerse en cuenta en relación con esta asociación.

**Sanga (19) en su investigación sobre “Depresión y calidad de vida de las personas adultas mayores pacientes del C.S. Tarata, Tacna - 2021”**

**Objetivo** es determinar la relación entre depresión y calidad de vida de las personas adultas mayores. Se utilizó un método cuantitativo, no experimental, transversal y correlacional-causal. Se seleccionó a 157 personas de 65 años o más para formar parte de la población muestral, que ascendió a un total de 413 individuos. Se descubrió una conexión negativa significativa entre las variables de depresión y calidad de vida, y también se observó un alto grado de correlación ( $\rho = -0,664$ ;  $p < 0,05$ ) asociado a esta relación. A nivel dimensional, se constató que existe un gran número de conexiones. Además, se observó que el 68,79 % no presentaban signos ni síntomas de depresión y tenían una calidad de vida notable. El siguiente grupo estaba formado por el 26,11 % de las personas que presentaban depresión leve y tenían una calidad de vida que oscilaba entre media y alta, con tendencia a ser más alta. Otro hallazgo fue que el 4,46 % de las personas que presentaban niveles moderados de depresión también obtuvieron una calidad de vida que oscilaba entre media y alta, con una tendencia a ser media. Por último, pero no por ello menos importante, el 0,64 % de las personas que mostraban depresión grave tenían una calidad de vida que se situaba en un punto intermedio.

**2.1.3. A nivel regional**

**Huayllapuma y Apaza (20) en su investigación sobre “Multimorbilidad y niveles de depresión en adultos mayores que acuden al C.S. Simón**



**Bolívar de Puno, 2024” Objetivo** determinar la relación entre la multimorbilidad y los niveles de depresión en adultos mayores que acuden al C.S. Simón Bolívar de Puno, Puno. La **metodología:** Es transversal correlacional y no se incluyeron experimentos en el estudio. Aunque la población estaba compuesta por 568 personas mayores, se incluyeron 230 personas mayores en la muestra. Se empleó una estrategia de muestreo intencional no probabilístico para el experimento. La variable de multimorbilidad se determinó mediante la técnica de revisión de documentos, mientras que la variable de depresión se determinó mediante entrevistas. Esta evaluación utilizó un formulario de recopilación de datos, además de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15), que fue el instrumento examinado. Los **resultados**, las personas mayores que padecen varias afecciones presentaban una mayor prevalencia de depresión grave (40,1 %), seguida de depresión moderada (36,6 %) y depresión leve (19,7 %). Se **concluye** Los datos indican una correlación entre la multimorbilidad y los niveles de depresión, con un coeficiente de correlación positivo moderado de 0,483 y un valor de significación de  $p = 0,000$ .

**Choque y Torres (21) en su investigación sobre “Nivel de depresión del adulto mayor en el Centro de Salud de la Revolución, Juliaca 2021.**

**Objetivo:** Es conocer el nivel de depresión del adulto mayor en el Centro de Salud Revolución 2021, **Métodos:** Se incluyeron en la muestra sesenta y una personas mayores que residían en este lugar concreto. J. A. y Yesavage (1983) desarrollaron la Escala de Depresión Geriátrica, que se utilizó para recopilar toda la información. Además, se utilizaron cuestionarios y entrevistas para recopilar los datos. **Resultados:** Según los resultados de



este estudio, el 41,7 % de los participantes sufre depresión grave, seguido por el 11,7 % que sufre depresión moderada. Los datos también indican que los participantes están deprimidos. Además, entre los participantes, el 41,7 % tiene entre 71 y 80 años, el 56,7 % son hombres, el 48,3 % no ha completado ningún tipo de educación formal, el 51,7 % está casado y el 41,7 % es viudo. Además, el 86,7 % de las personas mayores están subempleadas y el 63,3 % de ellas siguen viviendo con sus familias, independientemente de su situación laboral. Por otro lado, la incidencia de la depresión grave entre las mujeres es del 30 %, mientras que la tasa de depresión grave entre las personas de entre 60 y 70 años en Estados Unidos es del 16 %. Además, el 30 % de las personas que no han completado ningún tipo de educación formal padecen depresión grave. Esto es similar. Además del hecho de que el 41,7 % han sufrido una pérdida importante padecen depresión grave, el 41,7 % de las personas mayores desempleadas también padecen esta afección. Otro punto a tener en cuenta es que la depresión grave afecta al 30 % no viven con su familia.

**Apaza (22) en su investigación sobre “Depresión y funcionamiento familiar en adultos mayores en tiempos de COVID-19, Micro Red Capachica Puno 2021” objetivo** determinar la relación entre el nivel de depresión y funcionamiento familiar en adultos mayores. **Métodos:** En el proyecto de estudio es cuantitativo y transversal, y tuvo un carácter descriptivo y correlacional. Por otra parte, este estudio no incluyó ningún tipo de experimento. Para la muestra es de 327 personas mayores mediante un muestreo probabilístico estratificado. La población encuestada estaba compuesta por un total de 2173 personas mayores. La técnica de

recopilación de datos, es una encuesta, utilizó tanto el (APGAR) como el «Cuestionario de la Escala Abreviada de Yesavage». Se utilizaron ambos cuestionarios. **Resultados:** El 37,3 % padecen depresión grave, mientras que el 19,6 % sufren depresión moderada. Esta información procede de diversos estudios. En lo que respecta al funcionamiento de sus familias, el 67,6 % de las personas mayores sufren disfunciones familiares muy graves, mientras que el 18,3 % tienen hogares con disfunciones moderadas. El 37,3 % de las personas mayores que sufren depresión grave también presentan un disfuncionamiento considerable dentro de sus familias. Esto se debe a la relación que existe entre ambos. Del mismo modo, el 15,3 % sufren depresión grave también se enfrentan a un disfuncionamiento significativo dentro de sus familias. **Conclusión:** Por lo tanto, es apropiado sugerir que el nivel de depresión y el funcionamiento familiar en las personas mayores durante la COVID-19 en la microrred de Capachica están significativamente correlacionados ( $Rho = -0,648$ ,  $p = 0,000$ ). Esto se debe a que la gravedad de la disfunción familiar es directamente proporcional al grado de melancolía que experimentan los adultos mayores.

## 2.2. MARCO TEÓRICO

### 1. DEPRIVACIÓN SENSORIAL

Un problema típico que surge con el envejecimiento es la privación sensorial, y será cada vez más importante combatirlo de manera adecuada debido relacionados con los cambios demográficos que se están produciendo actualmente a nivel mundial. Es difícil comprender plenamente en las personas mayores debido a la existencia de múltiples enfermedades, así como a la prevalencia de la polifarmacia y los trastornos psicológicos que son frecuentes



en este grupo. Muchos casos, estas deficiencias en el olfato, audición, la visión, y el gusto están relacionadas directa o indirectamente con otros trastornos geriátricos y/o son componentes integrales de esos síndromes. Esto dificulta la identificación del problema, lo que a su vez conduce a un infradiagnóstico, lo que a su vez provoca un retraso en el tratamiento, lo que a su vez perjudica al paciente y condiciona diversos grados de dependencia. (23)

No es de extrañar que las deficiencias sensoriales, como las discapacidades visuales y auditivas, provoquen en las personas mayores limitaciones funcionales tanto en las tareas básicas como en las instrumentales. La presencia de estas deficiencias provoca un aumento del grado de dependencia, una disminución de la movilidad y un aumento de accidentes dentro de la casa, incluidas las caídas. Sus repercusiones cognitivas y sociales dificultan la interacción y el mantenimiento de las relaciones sociales, lo que conduce a una disminución del número de actividades que se realizan fuera del hogar, una tendencia al aislamiento y unos niveles elevados de preocupación y tensión. El deterioro de la sensibilidad es uno de los factores directamente en la población anciana. Esta afección es muy común entre las personas y es una de las razones por las que es tan frecuente. Mantener la función visual es esencial para poder llevar una vida independiente.

El origen de una enfermedad en el ser humano está basado con el envejecimiento, que dependen de las capacidades físicas y sensoriales de la persona. Estos cambios constituyen la base del fenómeno. Otra forma de expresarlo es que, durante el comienzo de su vida, una persona atraviesa una serie de acontecimientos que son relevantes para su salud. Teniendo esto en cuenta, la mayor parte de estos acontecimientos tienen lugar a lo largo del



proceso de envejecimiento, lo que conduce a una pérdida de capacidades sensoriales, ya sea de forma gradual o progresiva con el paso del tiempo.

Cuando una persona alcanza una edad avanzada, este proceso se produce simultáneamente con la degeneración gradual de uno o más sentidos, lo que finalmente conduce a la pérdida de dichos sentidos, ya sea de forma significativa o parcial. Está relacionado con una decreción funcional de varios órganos sensoriales, lo que exige la degeneración del sistema neurológico. Existe una relación entre ambos. Las deficiencias sensoriales, como las discapacidades visuales y auditivas, son conocidas por causar restricciones funcionales en las personas mayores, tanto en tareas básicas como instrumentales. Este es un hecho innegable. Estas deficiencias provocan incrementan los accidentes dentro del hogar, así como caídas, además de una pérdida de movilidad y un aumento de la gravedad de la dependencia. Debido al impacto cognitivo y social que tienen, dificultan la comunicación y el mantenimiento de los contactos sociales. Esto conduce a una disminución del número de actividades que se realizan fuera del hogar, a una tendencia a experimentar sentimientos de aislamiento y a niveles elevados de estrés y tensión. Esta afección es muy común entre los ancianos y es una de las razones por las que es tan frecuente. Mantener la función visual es esencial para poder llevar una vida independiente.

### **1.1. Valoración sociodemográfica**

La evaluación sociodemográfica es un proceso que incluye la identificación y evaluación de los problemas físicos, sociales de una persona, funcionales y mentales. Este examen se conoce como evaluación sociodemográfica. Las personas mayores son las que se



someten a esta evaluación. (24)

### 1.1.1. Edad

Además de ser un concepto lineal, también tiene en cuenta la forma en que las personas obtienen o pierden acceso a los recursos. Esto es un indicio de que las personas están en constante evolución. Se considera que las personas de sesenta años o más que experimentan una serie de cambios como resultado del proceso natural de envejecimiento se encuentran en proceso de envejecimiento. Estos cambios pueden incluir cambios en su apariencia física, cambios en su estado mental y cambios en la interacción. (25)

Es importante señalar que la edad no solo es el componente más importante y básico para determinar el grado de privación sensorial que sienten las personas mayores, sino que también es el factor desencadenante de patologías. Los órganos sensoriales de las personas experimentan una amplia gama de cambios fisiológicos; lo que finalmente conduce a una reducción constante de su capacidad para llevar a cabo sus funciones a lo largo de su vida. Además, la privación sensorial puede, a su vez, contribuir al deterioro de las capacidades cognitivas y funcionales que se produce en la vejez. Ambas cosas están relacionadas entre sí de alguna manera. El vínculo en cuestión funciona como una calle en ambos sentidos.

### 1.1.2. Genero

Además, se refiere a las cualidades sociales y las oportunidades asociadas con el hecho de ser mujer u hombre, además de las interacciones que tienen lugar entre hombres y mujeres. De diferentes



maneras, dependiendo de si somos mujeres u hombres, la socialización influye en nuestras acciones, valores y expectativas de diferentes maneras. La sexualidad es el componente que determina las características físicas, pero la socialización es el factor que se utiliza para condicionar los comportamientos. Cuando hablamos de género, nos referimos, respectivamente, en términos de obligaciones y responsabilidades. Además, es propenso a cambiar debido a la influencia de la cultura.(26)

Como resultado de las diferencias en cuanto a la incidencia de determinadas deficiencias sensoriales y la influencia que estas deficiencias tienen en sus vidas, es necesario que los investigadores estudien la relación entre la privación sensorial y el género. Esto se debe a que existen diferencias, que son la causa de este comportamiento. El proceso de determinación de la susceptibilidad a determinados tipos de pérdida sensorial y la forma en que estas categorías de pérdida afectan a la calidad de vida probablemente estén influidos por el género. Esto se debe a que el género es un factor estadísticamente significativo.

### **1.1.3. Convivencia familiar**

El término «vida familiar» se refiere al ambiente que fomenta el crecimiento de las personas, el mantenimiento de su bienestar y la seguridad en los miembros de la familia. La interacción, la comunicación y el respeto mutuo son componentes de la vida familiar. Los padres que proporcionan a sus hijos un entorno familiar no solo saludable, sino también estable, pueden ayudarles a desarrollar la

confianza en sí mismos, a sentirse más seguros y amables, y mejorar la interacción. (27)

El método en el que los miembros de un grupo familiar conviven entre sí es a lo que se refiere la gente cuando habla de su vida familiar. En los miembros de la familia, esto abarca las relaciones, las interacciones y el ambiente que se genera. La esencia es la capacidad de vivir e interactuar con diferentes miembros de la familia, creando así un entorno definido por la confianza, el bienestar, la seguridad y la libertad. Hay muchos miembros en una familia.(28)

#### **1.1.4. Recursos económicos**

Existe una amplia variedad de recursos financieros a los que pueden acceder las personas mayores. Estos recursos pueden incluir ingresos procedentes de salarios y pensiones, ayuda adicional de familiares, alquileres de propiedades y ayudas del gobierno. Un buen ejemplo de ello es el programa «Pensión 65» de Perú. (29)

#### **1.1.5. Envejecimiento**

Hay una variedad de procesos por los que pasan las personas a medida que atraviesan las fases de su desarrollo, uno de los cuales es la adaptación. Estos procesos, independientemente de si son biológicos, psicológicos o sociales, se diferencian entre sí en función de la condición en la que se encuentran en el momento actual. Por esta razón, el entorno en el que se cría una persona es muy importante, ya que tiene un impacto significativo en los hábitos que desarrolla, independientemente de si estos son útiles o perjudiciales, así como en el estilo de vida que ha llevado a lo largo de toda su vida.



El proceso de envejecimiento es definido por esta organización como la acumulación lenta de daños. Esta definición se refiere al proceso de envejecimiento. El efecto final de este proceso será una disminución gradual tanto mentales y físicas, un aumento de la probabilidad de enfermar y, finalmente, la muerte. Esto ocurrirá con el paso del tiempo. El envejecimiento está definido por la OMS, y esta descripción se proporciona en relación con ese concepto. La persona sufrirá patologías o enfermedades en una escala que se corresponde con la etapa de la vida en la que se encuentra. Esta etapa evoluciona a lo largo del tiempo, durante el transcurso de su vida. Existe una alta probabilidad de que, en esta situación concreta, usted sufra los síntomas de muchas enfermedades al mismo tiempo. Esta probabilidad es extremadamente alta. Sin embargo, dependerá de una serie de factores, que analizaremos con más detalle en los siguientes párrafos. Independientemente de si la enfermedad es primaria, secundaria o terciaria, es necesario que el personal médico controle y realice un seguimiento del estado del paciente en esta fase como medida preventiva. Para reducir los posibles riesgos para la salud y el bienestar que puedan derivarse de las circunstancias, se lleva a cabo esta medida con el fin de mitigar dichos riesgos.

### **Tipos de envejecimiento**

Afirmaciones anteriores han sugerido que el proceso de envejecimiento es progresivo y varía de una persona a otra debido a que está relacionado con los componentes psicológicos, sociales y físicos del individuo. Esto se debe a que el proceso está influenciado

por el entorno del individuo. El proceso de envejecimiento puede clasificarse en varias categorías diferentes, algunas de las cuales son las siguientes:

### **Envejecimiento Biológico**

La acumulación de un proceso biológico que se manifiesta como consecuencia de una amplia variedad de daños moleculares y celulares a lo largo de la vida de una persona. Estos daños pueden clasificarse en tipos específicos. Estos daños pueden considerarse como daños progresivos que se producen con el paso del tiempo. Como resultado del proceso natural y progresivo del envejecimiento. La pérdida de densidad ósea y masa muscular, entre otros cambios, es una de las consecuencias de estos cambios, que afectan al cuerpo y a sus sistemas. Este proceso, que es totalmente normal y afecta a todos, es algo por lo que pasa cada persona en este momento de su vida.

### **Envejecimiento Psicológico**

La psique del individuo atraviesa un proceso de envejecimiento psicológico como consecuencia de la influencia que el tiempo ha tenido en su vida y la forma en que la evalúa. Esto se debe a que el tiempo le ha dado la oportunidad de reflexionar sobre sus experiencias. En las capacidades cognitivas, emocionales y sociales de una persona, en las funciones ejecutivas superiores del cerebro. Estos cambios y modificaciones acaban afectando a la vida cotidiana del propio individuo. Las variaciones y ajustes que se producen se describen con este término, que los describe. Durante esta última etapa de la vida, es



fundamental tener en cuenta que las personas mayores tienden a buscar un sentido a las circunstancias que les rodean para encontrar un propósito. Al hacerlo, se sienten impulsadas a transmitir sus conocimientos y experiencias a las personas más cercanas. Sin embargo, es fundamental tener en cuenta que esto no siempre es así, ya que depende de la persona en cuestión.

### **Envejecimiento Social**

Se caracteriza por cambios en el papel que la persona desempeña en sus contextos social, familiar y laboral. Esto se debe a que el individuo ha llegado a esta etapa de su vida, en la que ha completado su participación en el mercado laboral y ha entrado en la jubilación (también conocida como jubilación). La persona experimenta la pérdida de seres queridos o incluso deja de ver a sus amigos, con impacto negativo en su vida social. Corresponde a determinados miembros de la familia decidir si la persona mayor debe ser ingresada en un centro que le proporcione cuidados especializados. Dado que cada uno de estos factores afecta no solo a la persona, sino también a su entorno, es fundamental esforzarse por ayudar a las personas a aceptar sus nuevas circunstancias.

### **Envejecimiento Activo**

Esta definición se refiere al esfuerzo por mejorar la calidad de vida de una persona durante el proceso de envejecimiento. Dado que esta etapa se caracteriza por el estilo de vida saludable y participativo, están obligadas a asumir la responsabilidad de cuidar su salud física, mental y social. Este método de envejecimiento ayuda a las personas mayores



a mantener un estilo de vida saludable, al tiempo que refuerza sus capacidades cognitivas y físicas, así como su capacidad para relacionarse con los demás.

### **Envejecimiento Saludable.**

Según la OPS, se describe como un proceso continuo que busca maximizar las oportunidades para conservar y desarrollar la salud física y mental. El proceso de envejecimiento saludable se denomina a veces proceso continuo. También es responsabilidad de la OPS garantizar la creación de iniciativas, actividades, intervenciones y alianzas con los principales socios de la zona para que la OPS pueda cumplir su función en la sociedad con respecto a las personas de edad avanzada. La OPS está obligada a hacerlo. En otras palabras, es esencial adoptar un enfoque holístico de la prevención, lo que requiere establecer una conexión entre la mentalidad, el cuerpo físico y las circunstancias. Es fundamental que este grupo realice ajustes positivos en su forma de vida para establecer hábitos que protejan su salud y bienestar general. Esto garantizará que puedan entrar en el proceso de envejecimiento de una manera saludable y agradable.

### **Envejecimiento Óptimo**

En la medida de lo posible, el concepto de «envejecimiento óptimo» es referida disponen de todo lo necesario para mantener el mejor estado de salud posible y llegar a la vejez sin encontrar dificultades. Una persona en la vejez y su bienestar emocional están íntimamente ligados al grado en que es capaz de llevar a cabo las numerosas tareas que conforman su existencia cotidiana con un sentido de propósito y



satisfacción personal. Este tipo de envejecimiento no solo sugiere que la persona vive con un sentido de propósito, sino que también implica que toma medidas preventivas a lo largo del camino.

### **Envejecimiento Patológico**

El envejecimiento patológico son los cambios que van más allá de lo que se considera un elemento normal y saludable del proceso de envejecimiento. Es posible que las enfermedades o los malos hábitos sean la causa de estas alteraciones. A diferencia de otras dolencias, se distingue por la presencia de muchos cambios que son el resultado de enfermedades o hábitos horribles que la persona ha desarrollado a lo largo de su vida. Estos cambios son la causa de la afección. Hay una serie de consecuencias, algunas de las cuales incluyen la interferencia en el crecimiento normal de las actividades del usuario y cambios en la atención, la memoria y el lenguaje. Estos procesos se ven afectados por cambios cognitivos, que se describen como un tipo leve de deterioro cognitivo. Uno de los resultados más comunes es el cambio de ciertos aspectos.

### **Factores que aceleran el envejecimiento.**

Las actividades que realizamos a lo largo de nuestra rutina diaria tienen un impacto inmediato y directo en nuestro estado de salud y bienestar. En cierta medida, algunos comportamientos pueden ayudarle a conservar su aspecto juvenil, mientras que otros pueden acelerar drásticamente el proceso de envejecimiento. Mantener un equilibrio saludable entre ambos es de suma importancia. Todos trabajamos con el mismo objetivo: envejecer de forma saludable y óptima. Es algo que



todos y cada uno de nosotros deseamos. Por otro lado, hay otros aspectos, como las rutinas y los hábitos, que pueden contribuir a acelerar cualquier proceso concreto. Entre estos componentes se incluyen, entre otros, los que se detallan en la siguiente lista. Una variedad de modificaciones fisiológicas se producirá como consecuencia de un sueño inadecuado o una pérdida de al menos siete horas de sueño al día. Esto se debe a que nuestro cuerpo se repara a sí mismo durante el sueño. Por lo tanto, cualquier privación del sueño, independientemente de su duración, dará lugar a estos fenómenos. En última instancia, una reducción de la duración del sueño la cual mide o, lo que aumentará la probabilidad de infecciones y otros problemas de salud. En combinación con la falta de actividad física, una dieta desequilibrada incluye grasas o deficientes en nutrientes esenciales no solo provocará un aumento de peso, sino que también contribuirá a una mala salud, al envejecimiento celular prematuro y a anomalías en el desarrollo físico y mental. Si la persona no realizara ninguna actividad física, esto seguiría siendo así. La OMS ha identificado dos de los factores de riesgo para una variedad de enfermedades, entre ellas la hipertensión y la hiperglucemia. La población geriátrica está especialmente expuesta a estas variables. Los efectos del estrés incluyen sentimientos de ansiedad, confusión, irritación, temor y una multitud de pensamientos desagradables. El estrés también afecta a la salud y al bienestar, esto acelera el proceso de envejecimiento del cerebro. El estrés sus orígenes, entre los que se incluyen, entre otros, los siguientes: tensión, insatisfacción y desequilibrio emocional;

situaciones adversas cotidianas; sucesos fortuitos; acontecimientos traumáticos y otras experiencias.

## **1.2. Valoración sensorial**

El estudio de cómo los sentidos humanos reaccionan a diversos estímulos es el objeto de la disciplina científica conocida como evaluación sensorial. Dado que la evaluación sensorial es una investigación científica, es fundamental prestar atención a la precisión, exactitud y reproducibilidad de sus procedimientos. Además, tiene en cuenta y examina la relación que existe entre un determinado estímulo físico y la respuesta al estímulo. En otras palabras, tiene en cuenta y estudia la relación. Es una creencia muy extendida que la conclusión es el resultado final de un proceso que solo requiere un paso para completarse. (30)

### **1.2.1. Agudeza visual**

La pérdida de visión, que es una consecuencia del proceso natural de envejecimiento y da aumento al riesgo de caídas y accidentes, y la limitación para conducir, trabajar y realizar las tareas cotidianas sin ayuda están asociados a esta afección. Existe una relación entre estos tres factores. Además, aumenta el peligro de caídas y accidentes. Para este tipo de medición, se utilizan con frecuencia varios optotipos distintos. A continuación se enumeran los más habituales: (31)

Las alteraciones oculares causadas por la edad son un componente natural del proceso de envejecimiento. Aunque estas alteraciones suelen provocar problemas de visión, no deben considerarse totalmente normales. Cuando se trata de la prevalencia de la



discapacidad visual, la ubicación de la medición es de suma importancia. Entre las personas de 65 a 75 años, existe una tendencia del cuatro al cinco por ciento a padecer problemas de visión. Las cifras se acercan al veinte por ciento cuando se supera los 65 años. La ceguera en casos de opacidad del cristalino en muchos casos es reversible, también conocida como cataratas.

**Test de Snellen:** Este examen lo realiza la gran mayoría de las personas. A medida que avanza, verá que el tamaño de las letras de las filas siguientes disminuye. El número de filas que el paciente es capaz de percibir es directamente proporcional a la mejora de su agudeza visual. (31)

La prueba de Snellen se divide en varios niveles, y cada nivel tiene un número diferente de figuras que se muestran. Hay un optotipo en el nivel 1, y el número de optotipos aumenta progresivamente hasta llegar a siete optotipos en el nivel 7. Esto significa que el número de optotipos por nivel es igual al número de niveles que hay en cada nivel, del uno al siete. Hay ocho optotipos diferentes que están disponibles en cada nivel, desde el nivel 8 hasta el nivel 11. Sin embargo, la distancia que separa los optotipos no siempre es la misma en las orientaciones horizontal y vertical. Esto es válido para ambas direcciones. La lectura de los optotipos con un ojo a una distancia de seis metros permite calcular el tamaño de los optotipos. Otro factor que se tiene en cuenta a la hora de determinar el tamaño de los optotipos es el optotipo más grande del nivel 1 y el optotipo más pequeño del nivel 11.



## 1.2.2. Agudeza auditiva

Las deficiencias auditivas pueden ser consecuencia de la erosión gradual de la agudeza de los tonos de frecuencia al ser recibidos. Esto se debe a que los problemas auditivos afectan al grosor de la membrana timpánica, lo que finalmente provoca un cambio en la experiencia del procesamiento sensorial auditivo. Como resultado de una degradación más grave del sistema sensorial humano, que se produce posteriormente por secuelas o consecuencias que se producen antes de la exposición a condiciones físicas, esta es la consecuencia que se ha producido. En última instancia, esta consecuencia es provocada por el deterioro. Algunos ejemplos de estos factores son los ruidos fuertes constantes, la acumulación de cerumen o las infecciones. La agudeza auditiva es la capacidad de oír, percibir y discriminar sonidos. Es un sentido fundamental que está relacionado con la comunicación a través del lenguaje. (32)

Como resultado de la percepción de que la pérdida auditiva; que es una parte normal del proceso de envejecimiento, las personas se sienten desanimadas a buscar ayuda médica lo antes posible. El desánimo puede dar lugar a limitaciones funcionales en varios ámbitos, como la interacción social, la vida familiar, el funcionamiento psicológico y las capacidades cognitivas. Por ejemplo, puede provocar sentimientos de desesperanza y ansiedad, y también puede limitar la capacidad de interactuar con otras personas, lo que puede dar lugar a sentimientos de aislamiento. Además, existe una asociación entre la pérdida auditiva y una mayor incidencia de deterioro cognitivo, y



viceversa. Dado que tanto la demencia como el deterioro cognitivo leve afectan a las capacidades del sistema auditivo central, el grado de pérdida auditiva es más grave. Esto se debe a que estas afecciones alteran el funcionamiento normal del sistema auditivo. Esta es una de las posibilidades asociadas a la pérdida auditiva. A medida que se envejece, la exposición a sonidos fuertes, los trastornos sistémicos, la obstrucción del conducto auditivo por cerumen, el consumo de medicamentos y el tabaquismo son todas causas potenciales de pérdida auditiva. Otras posibles causas son la exposición a ruidos fuertes. La pérdida auditiva se caracteriza a menudo por una pérdida de la percepción de los sonidos. No es posible traducir esto a un nivel acústico medio, ya que el habla se compone de sonidos agudos y graves, y la intensidad acústica de estos sonidos varía. Por lo tanto, no es posible calcular el nivel acústico medio. (32)

## 2. DEPRESIÓN

Con síntomas que incluyen sentimientos de melancolía, falta de interés, culpa, dificultades para dormir y cansancio, la depresión es una afección mental muy frecuente, según la OMS. Las formas crónicas o recurrentes de esta afección pueden tener un impacto negativo en el rendimiento laboral o académico y, en situaciones extremas, pueden incluso llevar al suicidio. Es posible tratarla sin medicamentos en su forma leve; sin embargo, en situaciones moderadas a graves, puede ser necesario buscar psicoterapia profesional además de medicación. Estos síntomas se observan en personas que padecen depresión. La aparición de estos



síntomas sugiere un elemento específico de la enfermedad que padece el individuo. Otra posibilidad es la presencia de síntomas cognitivos, volitivos y somáticos, lo que indica un efecto global tanto a nivel psicológico como físico, con especial énfasis en el ámbito emocional. Esto se debe a que el ámbito emocional parece ser el más afectado. En personas, la depresión se asocia con el deterioro cognitivo, síntomas físicos y pérdida de interés que en las personas más jóvenes. Existen conexiones complejas entre las predisposiciones genéticas, el deterioro cognitivo, los cambios neurobiológicos relacionados con la edad y las situaciones estresantes, da aun desarrollo de la depresión.

La depresión, caracterizada por una complejidad creciente y que tiene un impacto en adultos, es particularmente prevalente en este grupo de edad. Es una enfermedad que debe tratarse y, siempre que se trate a tiempo y de manera adecuada, a menudo es posible revertir la afección. En caso contrario, puede acelerar el deterioro de las capacidades físicas, cognitivas y sociales, retrasar el proceso de curación tras una enfermedad o una intervención quirúrgica, provocar un incremento de la asistencia médica e incluso incitar a las personas a quitarse la vida. (34) Esto se debe a que son trastornos mentales crónicos. Esta es la razón por la que las cosas son como son. (2). Las mujeres son propensas que los hombres a presentar síntomas de depresión grave y moderada, según los resultados de varias investigaciones. Se pueden extraer algunas conclusiones. Además, contrariamente a lo que se suponía anteriormente, la investigación reveló que la incidencia de la depresión



grave y moderada está aumentando entre las personas mayores que viven en comunidades. Este hallazgo contradice la creencia popular.(35) Es fundamental tener una comprensión integral de la depresión. Teniendo en cuenta que existe un problema de salud mental que afecta a personas de una edad determinada en Perú, es fundamental disponer de esta información. En el Perú es una gran preocupación para la salud pública del país. Se considera que diversas enfermedades mentales son síndromes geriátricos. Estos trastornos están asociados con las personas mayores. Además de ser responsable de mayores tasas de mortalidad, la depresión también es responsable de discapacidades físicas, psicológicas y sociales. La depresión es una de estas enfermedades. Se ha demostrado que las mujeres de entre 55 y 80 años, así como los hombres de 80 años, tienen una mayor incidencia de depresión. Según algunas estimaciones, hay alrededor de 340 millones padecen depresión. La frecuencia de estas enfermedades es mayor entre los miembros de la población considerados de edad avanzada. Las personas mayores que sufren depresión incluyen falta de interés por la vida, falta de comunicación, falta de movimiento y falta de interés por sí mismas. Se caracteriza por un sufrimiento patológico excesivo, intenso y que impregna toda la persona. Es una afección que suele asociarse con la tristeza. Estas son algunas de las características que se asocian con la depresión. Las personas que sufren depresión suelen sentir falta de interés por la vida y, en ocasiones, pérdida del deseo de vivir. A menudo tienen la impresión de que son incapaces de realizar actividades que antes les gustaban. Las personas diagnosticadas con depresión pueden



presentar otros síntomas además de la tristeza que sienten. A continuación, se enumeran algunos ejemplos de estos síntomas: cambios en los hábitos alimenticios, problemas para dormir, síntomas físicos y problemas mentales. Además de dificultar la vida de los pacientes deprimidos, estos síntomas influyen considerablemente en su calidad de vida. La correlación entre la depresión y la vejez ha sido estudiada y analizada de diversas maneras. A lo largo del tiempo de la humanidad, se ha considerado que los síntomas indicativos de la depresión.

Esta dolencia, que afecta a los adultos, afecta al siete por ciento de la población anciana, que es el 5% de los años que las personas de sesenta años o más han pasado viviendo con una discapacidad en algún momento de su vida. Debido a que esta afección no se identifica adecuadamente en la atención primaria, no se trata a tiempo, lo que lleva a que se ignore. Como consecuencia, no se reconoce. Esta afección se caracteriza por una visión negativa que las personas mayores tienen de su propia salud, lo que los lleva a asumir que su salud es mala. Esta afección se caracteriza por la idea de que las personas mayores tienen mala salud. Ciertos acontecimientos de la vida, como la jubilación, la muerte del cónyuge o de amigos, y otras situaciones similares, pueden provocar en las personas mayores sentimientos de preocupación, inquietud o tristeza. Estos sentimientos pueden desencadenarse por diversos acontecimientos de la vida. En las últimas fases del trastorno, se utiliza la palabra «depresión» para caracterizar la afección.



## Clasificación

**Episodio depresivo leve:** A pesar de que es muy poco probable que la persona abandone por completo estas actividades mientras experimenta estos síntomas, con frecuencia experimenta una disminución del interés para disfrutar de actividades que antes le gustaban, un aumento del cansancio y algunas dificultades para cumplir con sus obligaciones laborales y sociales.

La persona tiene la impresión de haber perdido interés en las cosas en las que participa habitualmente, como sus aficiones, sus estudios y su trabajo en general. La depresión moderada se caracteriza por rasgos como tener una visión pesimista de la propia salud, esperar que las cosas salgan mal y carecer de confianza en que haya alguna posibilidad de cambio. Todos estos son síntomas relacionados con la depresión moderada. Se sienten ansiosos ante una amplia gama de situaciones, tanto de carácter personal como financiero. Además de tener dificultades para tomar decisiones, se sienten ansiosos ante muchas situaciones. También muestran un ligero descenso en su capacidad para reaccionar ante las señales sexuales y en su motivación para mantener relaciones sexuales. Por otro lado, afirman sentirse menos activos sexualmente. Duermen más tiempo de lo normal o se levantan antes de lo habitual. Ambas situaciones son posibles.

**Episodio depresivo moderado:** Es necesario presentar 2 de los síntomas más frecuentes asociados a este tipo de episodio. Estos síntomas suelen durar al menos dos semanas y, con frecuencia, se



manifiestan de tal manera que dificultan la participación en actividades sociales, laborales o domésticas.

Con el tiempo, una persona perderá interés en prácticamente todo y, para empezar a moverse, tendrá que hacer un esfuerzo considerable o ser coaccionada por otras personas. Las personas diagnosticadas con depresión leve suelen referir sentimientos de aburrimiento en su vida cotidiana. Tienden a tomarse todo muy en serio, no encuentran nada divertido y tienden a derrumbarse rápidamente cuando hablan de sus problemas personales. Tienden a tomarse todo muy en serio. Además, hay una evidente falta de preocupación que las mujeres presentan en su aspecto personal. Es posible que la persona se dé cuenta de que ya no tiene apetito e incluso que se olvide de comer sin darse cuenta. En contraste con lo que habían imaginado, esto es exactamente lo contrario. O bien se levantan dos o tres horas antes de lo habitual, o bien duermen mucho más tiempo de lo que solían hacerlo. En otras palabras, están cambiando sus hábitos. Debido a que pueden permanecer sentados durante largos periodos de tiempo sin hablar, los niveles de deseo sexual que experimentan se reducen considerablemente cuando se encuentran en esta situación.

**Depresión grave:** Debido a que estas personas carecen por completo de cualquier tipo de deseo, a menudo es esencial proporcionarles comida o ropa. Esto se debe a que se encuentran en un estado de desesperación total y absoluta. Como nunca salen de casa, pasan la mayor parte del tiempo en la cama. Esto se debe a que nunca salen de casa. Les gusta trabajar desde la comodidad de sus propios hogares. Las personas con



tendencias suicidas están llenas de una profunda melancolía porque están convencidas de que la vida no les ofrece nada más y que la muerte es la única salida. Por ello, muchas llegan a sentir que la única salida es simplemente morir. En la misma línea, algunas personas pueden llegar a darse cuenta de que desprecian a los demás o que no sienten ningún amor por su propia familia. Ambas situaciones son concebibles. También es posible que crean que son un completo fracaso, que son una carga para su familia y que todos estarían mejor si no existieran. Podrían ser personas que suscriben esta idea en particular.

**Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos:** Un alto grado de angustia, sentimientos de culpa, y la posibilidad de tener pensamientos suicidas son las manifestaciones más comunes de esta afección.

**Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos:** Por lo general, se caracteriza por delirios o un estado de estupor triste, y suele incluir temas relacionados con una fatalidad o calamidad inminente de la que el paciente se siente responsable. Además de los síntomas somáticos asociados a episodios previos, es un indicio de que la persona padece una enfermedad mental.

#### **Organización estructural del pensamiento depresivo.**

El objetivo de esta teoría es intentar explicar por qué las personas que están tristes siguen manteniendo opiniones que no solo son perjudiciales para ellas, sino también inútiles. Por lo general, las personas que sufren una depresión leve son capaces de examinar sus pensamientos negativos con cierta objetividad dentro del contexto de su condición. Aunque puede que no exista una conexión lógica entre las circunstancias



reales y sus interpretaciones negativas de esas situaciones, descubren que sus pensamientos están cada vez más dominados por concepciones negativas a medida que aumenta la intensidad de su tristeza. Esto ocurre a pesar de que puede que no exista ninguna relación entre ellos mismos y las condiciones reales. En los casos más graves de depresión, el pensamiento del paciente queda totalmente controlado por patrones idiosincrásicos. Esta es una de las características definitorias de la depresión grave. Esto supone un reto importante para el paciente.

### **Sintomatología:**

Los síntomas depresivos más frecuentes durante esta etapa incluyen: comportamiento melancólico y abatido, disminución de la actividad motora, reducción de la gesticulación al hablar y al caminar, comunicación verbal poco frecuente y tono de voz alterado; preocupación persistente por dolencias físicas; inquietud; descuido personal; culpa abrumadora; fluctuaciones notables en el peso; disminución sustancial del interés o el disfrute en casi todas las actividades a lo largo del día, casi todos los días; dificultad para concentrarse; dificultades para manejar el estrés y los problemas; fijación en síntomas somáticos; e ideas suicidas.

Las más comunes de los cuales son el aburrimiento, la apatía y la indiferencia. La tristeza es el signo más destacado de la depresión. Uno de los primeros signos de la depresión es la anhedonia, es una pérdida típica de interés en actividades que antes eran placenteras y una pérdida de entusiasmo. Una sensación de ansiedad que puede manifestarse mentalmente (nerviosismo, inquietud interior) o físicamente (dolores de cabeza, diarrea, tensión muscular, falta de apetito, trastornos del sueño,



etc.) es algo habitual que suele ir acompañado de sentimientos de tristeza. Otros síntomas adicionales son la impaciencia y la lentitud mental, así como una propensión a sentirse inseguro e infravalorado, y la necesidad de criticarse a uno mismo.

La depresión se ha relacionado con una amplia gama de características clínicas, algunas de las cuales se describen a continuación:

a) Estado emocional, que puede incluir sentimientos como tristeza, desesperación, vacío y descontento. Las personas con síntomas cognitivos pueden tener dificultades para concentrarse, pérdida de interés, pensamientos desagradables, sentimientos de vergüenza, indecisión y pensamientos de acabar con su vida quitándose la vida. Algunos ejemplos de comportamientos son el retraso psicomotor o la agitación, el aislamiento social, las relaciones de dependencia, el llanto y los pensamientos suicidas.

### **Efectos de la depresión**

Cuando hay depresión, la capacidad del sistema inmunitario para producir una respuesta ante invasores externos o potencialmente peligrosos, como las células cancerosas o los microorganismos, puede verse debilitada. Tener una mayor probabilidad de contraer enfermedades se asocia con un mayor riesgo de depresión. Además, las personas que sufren depresión tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos cardiovasculares. Existe la posibilidad de que la depresión sea la causa de ciertos cambios en el organismo que provocan una mayor tendencia a experimentar peligro.



La depresión se diferencia de otras enfermedades mentales típicas de las personas mayores por varias razones. Por ejemplo, los episodios tienden a durar más tiempo y a ser más frecuentes, las personas se muestran más agitadas y ansiosas que inhibidas, experimentan una mayor pérdida de apetito, sufren un empeoramiento del insomnio, están menos deprimidas, son más irritables, tienen una mayor tendencia a la somatización y la hipocondría, corren un mayor riesgo de suicidio. Entre los muchos componentes que conforman la depresión se encuentran los siguientes.

### **Criterios para el diagnóstico**

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5) identifica los diagnósticos basándose en cinco criterios. A lo largo de dos semanas, la persona debe mostrar al menos cinco síntomas de depresión, y estos síntomas deben sugerir un cambio en el funcionamiento del individuo. Este es el primer criterio que debe cumplirse para cumplir los requisitos. Existe una lista de síntomas típicos de la depresión, que son los siguientes:

- 1) Un estado de ánimo crónicamente deprimido y marcado por características tanto subjetivas como objetivas, como sentimientos de vacío y desesperación, así como por características evidentes para los demás, como el llanto prolongado.
- 2) El segundo síntoma de la depresión es una disminución importante del interés o el placer por actividades que antes resultaban gratificantes, o la incapacidad de experimentar cualquiera de estas sensaciones.
- 3) Un aumento o disminución considerable de la altura.



- 4) Hipersomnias, que es otro nombre para el insomnio sin sueño. Por otro lado, pueden presentarse trastornos del comportamiento, como agitación o deterioro psicomotor.
- 5) El sexto síntoma es el agotamiento o la falta de energía casi a diario.
- 6) Se experimenta un sentimiento de inutilidad o un remordimiento abrumador.
- 7) La octava consecuencia es una menor capacidad para concentrarse o tomar decisiones. Además, los pensamientos recurrentes sobre la muerte o los intentos de suicidio también se consideran síntomas. La persona debe sentir un malestar clínicamente significativo o un deterioro en áreas sociales, laborales u otras áreas críticas del funcionamiento para que los síntomas estén presentes, tal y como estipula el segundo criterio, que establece que los síntomas deben estar presentes. El tercer criterio es que no es posible atribuir los síntomas a los efectos de una afección médica. Esto se debe a que los síntomas no pueden atribuirse a ninguno de estos factores. Por el contrario, la esquizofrenia y otras enfermedades psicóticas no proporcionan una explicación para el cuarto criterio, y el quinto criterio deja claro que no abarca los aspectos maníacos o hipomaníacos de la afección. Ambos criterios se consideran condiciones diagnósticas.

### **Tipos de depresión según los síntomas**

**Depresión mayor:** Una persona afectada por esta afección puede presentar síntomas como desesperación y malestar general, y existe el riesgo de que los síntomas se prolonguen durante más de dos semanas.



**Trastorno persistente (Distimia):** Cuando esto ocurre, los síntomas persisten durante un periodo superior a dos años hasta que finalmente desaparecen. Debido a que la dolencia puede impedir o no que la persona lleve una vida normal, la gravedad de la enfermedad es menor en muchos de los doce casos documentados. Por este motivo, la gravedad de la situación es menor. Las personas que padecen este tipo de enfermedad pueden tener uno o dos episodios a lo largo de su vida, dependiendo del número total de episodios que hayan experimentado en general.

**Trastorno adaptativo depresivo:** En todas y cada una de las situaciones, los síntomas están relacionados con un determinado tipo de factor estresante; sin embargo, en este caso concreto, el elemento psicosocial es el más significativo. Esto se debe al hecho de que se van a producir cambios muy importantes, como la jubilación y otros acontecimientos similares. En este contexto, tenemos en cuenta situaciones en las que las personas pueden experimentar un mayor grado de malestar del esperado. Este malestar puede implicar una disminución significativa del tiempo que dedican a actividades relacionadas con sus relaciones profesionales, sociales e interpersonales.

### **Factores Contribuyentes**

Además de estar causada por factores biológicos, psicológicos y sociales, la depresión es también consecuencia de interacciones complejas entre una amplia variedad de otros factores. Las personas que han pasado por una serie de experiencias vitales difíciles, como el desempleo, la muerte de un ser querido o un trauma psicológico, son más propensas a sufrir



depresión. Por otro lado, la depresión puede provocar un aumento del estrés y la disfunción.

Se ha demostrado que las iniciativas preventivas pueden reducir la gravedad de la depresión. La adopción de programas escolares que fomentan el pensamiento positivo entre los niños y adolescentes es uno de los métodos comunitarios más exitosos para reducir la depresión. Estos programas están diseñados para ser implementados en las escuelas. Las intervenciones centradas en los padres de niños con trastornos del comportamiento tienen el potencial de mejorar los resultados de los niños y aliviar los sentimientos de depresión que experimentan los padres de estos niños. Además, hay algunas pruebas que sugieren que las personas mayores que participan en programas de acondicionamiento físico pueden reducir el riesgo de desarrollar depresión.

### **Prevalencia**

Las personas mayores que sufren depresión oscilan entre el 10 y el 14 %, según diversas fuentes. A lo largo de los últimos años, la prevalencia de los síntomas depresivos entre la población de personas mayores en Perú se ha mantenido en un nivel que no supera el 10 %. Según los resultados de un estudio realizado, el 23 % viven en zonas urbanas en Perú presentan síntomas significativos de depresión.

### **Escala de Depresión Geriátrica (GDS), creada por Yesavage**

Se espera que los participantes respondan con «sí» o «no» a preguntas sobre cómo se sintieron durante la semana anterior mientras rellenan el cuestionario GDS más extenso, que es una herramienta rápida que



consta de treinta preguntas. En 1986 se elaboró un cuestionario breve para el GDS. Ese fue el año en que se utilizó. Este cuestionario incluía quince preguntas distintas. Se seleccionaron los ítems del extenso cuestionario GDS que mostraban una mayor relación con los síntomas de depresión para incluirlos en la versión resumida del cuestionario. Esta decisión se tomó como consecuencia de las pruebas de validación que se llevaron a cabo. El número total de preguntas era quince, y diez de ellas mostraban la existencia de melancolía cuando se respondían de forma positiva. Se formularon un total de quince preguntas. Las respuestas negativas a las siguientes preguntas (puntos 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban que la persona encuestada presentaba síntomas de depresión. Para desarrollar esta versión, se ha condensado la Escala de Depresión Sí/No, más conocida como GDS-15, en un formato más breve. Debido a que no mezcla las quejas somáticas con los síntomas depresivos, esta medida de autoinforme es la única de su tipo que ha sido diseñada exclusivamente para personas mayores. Esta es la principal ventaja de esta medida de autoinforme.

Se pueden identificar tres niveles de depresión utilizando la versión abreviada de la Escala de Depresión de Yesavage: ausencia de depresión (de 0 a 5), moderada (de 6 a 9) y depresión establecida (10 o más horas). Cada uno de estos niveles se asocia a un grado distinto de melancolía o emociones similares a la melancolía. La versión de 15 ítems ha demostrado un alto grado de fiabilidad interobservador e intraobservador, y su validez predictiva es comparable a la actualmente



descrita: 80 % de sensibilidad y 75 % de especificidad para el punto de corte de 5.

Debido a su alto grado de sensibilidad y a su elevado nivel de especificidad, la Escala de Depresión Sí/No ha demostrado ser una herramienta extremadamente útil para detectar enfermedades depresivas. Esto se debe a que posee ambas características. Sería importante determinar las características sociodemográficas y clínicas relacionadas con los síntomas depresivos para orientar mejor el uso de las pruebas de detección en las a sufrir depresión.

### **2.3. MARCO CONCEPTUAL**

#### **Adulto mayor**

Se puede decir que se encuentran en la etapa de la vejez y, dependiendo de cada individuo, pueden experimentar un dolor insoportable tanto en su cuerpo físico como en su estado mental.(19)



## **Audición**

La audición se define como la capacidad de recibir sonidos, que luego son procesados por nuestro cerebro. Esta capacidad se denomina capacidad auditiva. Nos permite interactuar con el entorno que nos rodea y con otras personas.(36)

## **Depresión**

Este trastorno mental es uno de los más frecuentes en nuestra cultura y uno de los más comunes. Una sensación continua de tristeza, pérdida de interés, baja autoestima son algunos de los síntomas que lo describen. Es posible que se vuelva crónico o recurrente, y se caracteriza por varios síntomas.(19)

## **Deprivación sensorial**

Es la ausencia de cualquier estímulo sensorial, que puede ser mínima o total. La privación puede producirse de forma natural o intencionada.(1)

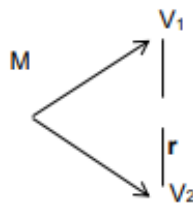
## CAPÍTULO III

### PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño es no experimental porque no se manipulará ninguna variable de estudio. (37)

El presente diseño es:



Donde:

M = Muestra

V1= Deprivación sensorial

V2= Depresión

R = Correlación

#### 3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

En esta investigación se utilizó un enfoque descriptivo correlacional transversal. El objetivo es proporcionar una descripción detallada de las cualidades, rasgos, objetos y perfiles de personas que se investigan. Las ideas o variables a las que se refiere esta investigación pueden medirse o



recopilarse por separado, o pueden recopilarse en combinación con el estudio.

(38)

### **Enfoque:**

Debido a que depende de recuentos, mediciones numéricas, y, a menudo, del uso de estadísticas para caracterizar con precisión los patrones de comportamiento de una población, la investigación podría considerarse de naturaleza cuantitativa. (39)

### **3.3. MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN**

Dado que el método deductivo permite realizar inferencias sobre hechos observables utilizando normas generales, se optó por utilizar este método.

(40)

### **3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.4.1. Población:**

Está conformada por el total de 75 adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza.

#### **3.4.2. Muestra:**

Debido a la cantidad de datos, y para obtener resultados significativos, se trabajó con toda la población, que son 75 adultos mayores.

#### **Criterios de inclusión:**

- Adultos mayores de 60 y 85 años de ambos sexos atendidos en el Centro de Salud Alianza.
- Adultos mayores que firmen el consentimiento informado.
- Adultos mayores sin problemas de comunicación



### **Criterios de exclusión:**

- A los adultos mayores que no asistan al Centro de Salud Alianza.
- A los adultos mayores que invalidaron los instrumentos.
- A los adultos mayores que no firmen el consentimiento informado.
- Adultos mayores con problemas de comunicación

## **3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

### **3.5.1. Técnicas**

**Variable 1:** Entrevista y observación

**Variable 2:** Entrevista.

### **3.5.2. Instrumentos**

**Variable 1:** Se utilizo un "cuestionario", el test de Snellen. En el caso de la agudeza visual:

#### **Test de Snellen**

Mediante la tabla de Snellen y un ocluser, se determinará la visión a distancia del individuo siguiendo el procedimiento siguiente:

- En la tabla, comprueba que los símbolos tengan el tamaño adecuado (la primera fila debe tener 88 milímetros de alto y las letras deben disminuir progresivamente de tamaño).
- Es de suma importancia que el entorno sea tranquilo y cuente con la luz adecuada.
- Con el fin de evitar que la información se grabe en la memoria, debe implementarse a una velocidad adecuadamente rápida.
- Se debe informar con antelación sobre la exploración programada y se le debe recomendar que lleve sus gafas a la cita.



- Coloque al paciente sentado y a una distancia de seis metros de la tabla antes de comenzar.
- Me gustaría que el participante utilizara un oclisor opaco para cubrir un ojo, teniendo cuidado de no aplicar una presión excesiva (inspeccione primero un ojo y luego el otro).
- Después de leer en voz alta la primera línea del panel, deben continuar leyendo hacia abajo hasta que ya no puedan identificar las letras. Esto debe hacerse hasta llegar al final del panel.
- La última fila que haya leído correctamente.
- Se determina su agudeza visual.
- Se utiliza una fracción para indicar la medida, donde el dividendo representa la distancia, medida en metros, desde el participante, y el divisor representa el tamaño de la letra en cada línea que se puede leer con claridad. La medida se presenta de esta manera. Se utiliza una fracción para representar esta medida en su presentación.
- A una distancia de 400 pies (121,9 metros), una persona con una agudeza visual media puede leer la primera fila, que se clasifica como 20/400. Esta es la distancia de lectura más adecuada que se puede alcanzar.
- Para el diagnóstico final se hará referencia a lo siguiente:

**Normal:** 20/20

**Anormal:** menor de 20/20

a. Normal. (20/20 y 20/30)

b. Deterioro visual leve. (20/40 y 20/60)

c. Deterioro visual moderado. (20/70 y 20/200)



d. Deterioro visual severo. (20/200 y 20/400)

En lo que se refiere a la agudeza auditiva se utilizó como instrumento una guía de entrevista para determinar la privación auditiva.

**Variable 2:** Para el análisis de la variable depresión se usó una guía de entrevista basada en la escala de depresión geriátrica de Yesavage abreviada.

Empleamos una escala de 15 ítems que es altamente fiable y precisa en su evaluación de las características depresivas, compuesta por respuestas dicotómicas (sí/no) a lo largo de toda la investigación. Sí, las respuestas correctas son afirmativas para los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas para los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. La puntuación máxima posible es de 15 puntos, mientras que la mínima es de 0. Los ítems son (+) si = 0 No = 1, y (-) si = 1 No = 0. Se considera normal una puntuación de 0 a 5. Los indicadores de depresión moderada oscilan entre seis y nueve puntos. Una puntuación de 10 o más es indicativa de depresión grave.

### 3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

La secuencia tiene los siguientes pasos:

Primero se realizó una solicitud al Centro de Salud Alianza, con el fin de garantizar el trabajo con el personal de enfermería que se encarga de la atención del adulto mayor.

Una vez recopilado los datos se codificaron, cuantificaron y procesaron en el software SPSS para la elaboración de tablas estadísticas que permitieron un mejor análisis e interpretación.

Con un nivel de confianza 95% (CI) y un valor p inferior a 0,05, lo que se considera significativo.

### 3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

El conjunto de principios que se utilizan para determinar si una hipótesis es verdadera o no se denomina prueba de hipótesis. Para llegar a esta conclusión se utiliza la probabilidad. Se llevará a cabo la implementación de la prueba estadística  $X^2$  y las pruebas relacionadas con ella para gestionar los procesos de recopilación, clasificación e interpretación de los datos. Con un valor significativo de  $p < 0,05$ .

Formula:

$$x^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

Donde:

$X^2$ : Chi cuadrado

$e_i$ : frecuencia esperada

$o_i$ : frecuencia observada

### 3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

#### 3.8.1. Validez

El instrumento que figura en el anexo 4 se validó con la ayuda de tres expertos para garantizar que se adapta a nuestras circunstancias actuales y ofrece las garantías necesarias. Los expertos verificarán la validez y fiabilidad de los instrumentos.

#### 3.8.2. Confiabilidad

Se utilizó el alfa de Cronbach para evaluar la fiabilidad de los instrumentos, lo que dio como resultado una puntuación agregada de 0,910 para la medida de la privación sensorial y de 0,894 para la escala de depresión. A partir de las varianzas, el alfa de Cronbach se calcula así:



$$\alpha = \left[ \frac{k}{k-1} \right] \left[ 1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Donde:

- $S_i^2$  Es la varianza del ítem i.
- $S_t^2$  Es la varianza de los valores totales observados.
- $k$  Es el número de preguntas o ítems.

Con el fin de determinar la fiabilidad, se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach, que finalmente alcanzó un valor de 0,710 para la variable 1.

Como consecuencia de este resultado, que sugiere que la variable es fiable, se considera que es indicativo de una gran consistencia interna. El grado de fiabilidad otorgado a la variable 2 es de 0,894, lo que significa que el aparato de medición utilizado para la variable funcional es capaz de proporcionar datos fiables. (Anexo 8)



## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El objetivo general es: Analizar la deprivación sensorial relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024, se presenta 7 tablas estadísticas.

Se descubrió que existía una relación estadística entre las variables, y los resultados de esta correlación se muestran en los párrafos siguientes.

**Tabla 1. Edad relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024.**

Edad	Depresión						Total	
	Sin depresión		Depresión leve		Depresión moderada		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
60 a 70 años	26	34,7	6	8,0	0	0,0	32	42,7
71 a 80 años	11	14,7	28	37,3	1	1,3	40	53,3
81 a 85 años	0	0,0	0	0,0	3	4,0	3	4,0
Total	37	49,3	34	45,3	4	5,3	75	100,0

Fuente: Guía de entrevista

$$X^2_{cal}=76.388$$

$$P=0,000$$

*ES SIGNIFICATIVA*

$$X^2_{tab}=9,488$$

$$Gf=4$$



Nuestro primer objetivo específico: Identificar los indicadores de la valoración sociodemográfico relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro, se trabajó 4 tablas de doble entrada.

La tabla 1, vemos: Edad relacionado a la depresión en adultos mayores, el 53,3% tienen de 71 a 80 años, el 42,7% tienen de 60 a 70 años y el 4,0% tienen de 81 a 85 años.

El grupo de adultos mayores sin depresión el 34,7% tienen de 60 a 70 años y el otro grupo de adultos mayores con depresión moderada el 37,3% tienen de 71 a 80 años y el grupo de adultos mayores con depresión moderada el 4,0% tienen entre 81 a 85 años.

Al examinar las estadísticas tenemos la  $X^2_{cal}=76,388$  mayor a  $X^2_{tab}=9,488$ , con  $Gl=4$  y  $P=0,000$ , siendo significativo el indicador edad.

Según Moreno (16) en su investigación hallaron que el grupo de 70 a 79 años el 78,6% presentan depresión leve y se caracteriza por síntomas menos intensos y de menor duración que en la depresión moderada, pero que pueden causar problemas importantes en la vida diaria. Con respecto a nuestro estudio encontramos una similitud dado que los adultos mayores de 71 a 80 en el 37,3% tienen una leve depresión.

**Tabla 2. Genero relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024.**

Genero	Depresión						Total	
	Sin depresión		Depresión leve		Depresión moderada		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Masculino	25	33,3	11	14,7	1	1,3	37	49,3
Femenino	12	16,0	23	30,7	3	4,0	38	50,7
Total	37	49,3	34	45,3	4	5,3	75	100,0

Fuente: Guía de entrevista

$$X^2_{cal}=9,791$$

$$P=0,007$$

**ES SIGNIFICATIVA**

$$X^2_{tab}=5,991$$

$$Gf=2$$



En la tabla 2, tenemos la variable: Genero relacionado a la depresión en adultos mayores, donde el 50,7% es femenino y el 49,3% es masculino.

El grupo de adultos mayores sin depresión el 33,3% son del género masculino y el otro grupo de adultos mayores que tienen depresión leve el 30,7% son del género femenino en cuanto a los que padecen depresión moderada el 4,0% son de género femenino.

Al examinar las estadísticas tenemos la  $X^2_{cal}=9,791$  mayor a  $X^2_{tab}=5,991$ , con  $Gf=2$  y  $P=0,000$ , siendo significativo el indicador género.

Según Jaramillo (9) en su investigación indican que el 34,7% de las mujeres padecen depresión leve, las mujeres adultas mayores tienen mayor prevalencia de depresión que los hombres adultos mayores. Se cree que la depresión en mujeres adultas mayores está relacionada con factores como cambios hormonales, pérdida de roles sociales, aislamiento social y mala salud física. Con respecto a nuestra investigación hallamos un resultado similar al autor dado que hay el 30,7% de las adultas mayores padecen depresión leve

**Tabla 3. Convivencia familiar relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024.**

Convivencia familiar	Depresión							
	Sin depresión		Depresión leve		Depresión moderada		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Se encuentra solo	0	0,0	6	8,0	3	4,0	9	12,0
Convive con su pareja de similar edad	7	9,3	18	24,0	1	1,3	26	34,7
Convive con sus hijos	13	17,3	3	4,0	0	0,0	16	21,3
Convive con otros familiares	17	22,7	7	9,3	0	0,0	24	32,0
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>49,3</b>	<b>34</b>	<b>45,3</b>	<b>4</b>	<b>5,3</b>	<b>75</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Guía de entrevista

$$X^2_{cal}=36,167$$

$$X^2_{tab}=12,592$$

$$P=0,000$$

$$GI=6$$

**ES SIGNIFICATIVA**



Observando la tabla 3, se tiene la variable: Convivencia familiar relacionado a la depresión en adultos mayores, donde el 34,7% convive con su pareja de similar edad, el 32,0% convive con sus familiares, el 21.3% convive con sus hijos y el 4,0% vive solo en su domicilio

El grupo de adultos mayores sin depresión el 22,7% conviven con otros familiares, el grupo de adultos mayores con depresión leve el 24,0% convive con su pareja de similar edad y los que padecen depresión moderada el 4,0% se encuentra solo en su vivienda.

Al examinar las estadísticas tenemos la  $X^2_{cal}=36,167$  mayor a  $X^2_{tab}=12.592$ , con  $Gl=6$  y  $P=0,000$ , siendo significativo el indicador convivencia familiar.

Según Zagal (13) en su investigación hallaron que el 34.8% de adultos mayores que conviven con otras personas, incluyendo adultos mayores, puede ayudar a disminuir la depresión. La conexión social y la interacción con los demás son importantes para la salud mental, en la vejez, donde el aislamiento social y la soledad pueden ser factores de riesgo para la depresión, es esta investigación el 32.0% conviven con otros familiares y el 22.7% no tiene depresión.

**Tabla 4. Recursos económicos relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024.**

Recursos económicos	Depresión						Total	
	Sin depresión		Depresión leve		Depresión moderada			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Pensión 65	30	40,0	30	40,0	0	0,0	60	80,0
Pensión de jubilación	7	5,3	4	5,3	1	1,3	12	16,0
No recibe pensión	0	0,0	0	0,0	3	4,0	3	4,0
Total	37	49,3	34	45,3	4	5,3	75	100,0

Fuente: Guía de entrevista

$$X^2_{cal}=57,524$$

$$P=0,000$$

*ES SIGNIFICATIVA*

$$X^2_{tab}=9,488$$

$$Gf=4$$



En la tabla 4, vemos la variable: Recursos económicos relacionados a la depresión en adultos mayores, donde el 80,0% cuentan con pensión 65, el 16,0% con pensión de jubilación y el 4,0% no reciben ningún aporte económico.

El grupo de adultos mayores sin depresión el 40,0% cuentan con pensión 65, el grupo de adultos mayores con depresión leve el 40,0% también y los que padecen depresión moderada el 4,0% no recibe ningún aporte económico.

Al examinar la estadística tenemos la  $X^2_{cal}=57,524$  mayor a  $X^2_{tab}=9,488$ , con  $Gl=4$  y  $P=0,000$ , siendo significativo el indicador recursos económicos.

Según Moreno (16) en su investigación halla que el 81.9% recibe apoyo del Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65 para adultos mayores en en situación de pobreza o pobreza extrema. Inicialmente, el monto era de S/250, pero ha sido incrementado a S/350 a partir de mayo de 2025, busca mejorar la calidad de vida de los beneficiarios, quienes no suelen tener otros ingresos como pensiones o prestaciones de Essalud. Con respecto a nuestro estudio no encontramos relación entre los recursos económicos y la depresión ya que el 80,0% de los adultos mayores cuentan con el apoyo del gobierno denominado pensión 65.

**Tabla 5. Agudeza visual relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024.**

Agudeza visual	Depresión						Total	
	Sin depresión		Depresión leve		Depresión moderada			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Normal.	26	34,7	0	0,0	0	0,0	26	34,7
Deterioro visual leve.	11	14,7	30	40,0	1	1,3	42	56,0
Deterioro visual moderado	0	0,0	4	5,3	3	4,0	7	9,3
Total	37	49,3	34	45,3	4	5,3	75	100,0

Fuente: Guía de observación Test Snellen

$$X^2_{cal}=60,407$$

$$P=0,000$$

**ES SIGNIFICATIVA**

$$X^2_{tab}=9,488$$

$$Gf=4$$



En el segundo objetivo específico: Describir la valoración sensorial relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza, se trabajó 4 tablas de doble entrada.

En la tabla 5, vemos: Agudeza visual relacionado a la depresión en adultos mayores, donde el 56,0% tienen deterioro visual leve, el 34,7% es normal y el 9,3% tienen deterioro visual moderado.

El grupo de adultos mayores sin depresión el 34,7% tiene agudeza visual normal, el grupo de adultos mayores que tienen depresión leve el 40,0% tiene un deterioro visual leve y los que padecen depresión moderada el 4,0% tiene un deterioro visual moderado.

Al examinar las estadísticas tenemos la  $X^2_{cal}=60,407$  mayor a  $X^2_{tab}=9,488$ , con  $Gf=4$  y  $P=0,000$ , siendo significativo el indicador agudeza visual.

Según Duran y Salazar et al. (10) en su artículo de investigación hallaron que el 71% de los adultos mayores presentaron alteración visual. Con respecto a nuestro estudio encontramos similitud con los resultados de los autores, puesto que todos los adultos mayores presentaron desde una agudeza visual de normal en el 34,7% de los casos y 56,0% con un deterioro visual leve.

**Tabla 6. Agudeza auditiva relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024.**

Agudeza auditiva	Depresión						Total	
	Sin depresión		Depresión leve		Depresión moderada			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Conservada	21	28,0	4	5,3	0	0,0	25	33,3
Disminuida	16	21,3	30	40,0	4	5,3	50	66,7
Total	37	49,3	34	45,3	4	5,3	75	100,0

Fuente: Guía de entrevista y observación

$$X^2_{cal}=18,253$$

$$P=0,000$$

**ES SIGNIFICATIVA**

$$X^2_{tab}=5,991$$

$$Gf=2$$



En la tabla 6, vemos: Agudeza auditiva relacionado a la depresión en adultos mayores, donde el 66,7% la agudeza auditiva esta disminuida y el 33,3% conservada.

El grupo de adultos mayores sin depresión el 28.0% tiene la agudeza auditiva conservada, el grupo de adultos mayores con depresión leve el 40.0% si disminuuida y el 5,3% también.

Al examinar las estadísticas tenemos la  $X^2_{cal}=18,253$  mayor a  $X^2_{tab}=5,991$ , con  $Gl=2$  y  $P=0,000$ , siendo significativo el indicador agudeza auditiva.

Según Borbor (8) en su investigación hallaron que el 53% presentaron problemas en la audición. La pérdida de audición en adultos mayores presenta problemas significativos que afectan la calidad de vida, la interacción social y la salud cognitiva. La pérdida auditiva puede causar dificultad para comunicarse, aislamiento social, depresión, y puede estar relacionada con el deterioro cognitivo. Con respecto a nuestra investigación encontramos similitud ya que el 66,7% tienen deprivación auditiva



**Tabla 7. Depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024.**

Nivel	fi	%
Sin depresión	37	49,3
Depresión leve	34	45,3
Depresión moderada	4	5,3
Total	75	100,0

Fuente: Escala de depresión geriátrica de Yesavage.



En el tercer objetivo específico: Identificar el nivel de depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro.

El nivel de depresión de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Azángaro, el 49,3% están sin depresión, el 45,3% tienen depresión leve y el 5,3% tienen depresión moderada.

Según Azuara (11) en su investigación indican que los adultos mayores el 81% tiene síntomas de depresión. Esta problemática aqueja a los adultos mayores siendo en la salud mental común que puede afectar su calidad de vida y bienestar. Con respecto a nuestra investigación hallamos que en un mayor porcentaje no presentaron depresión, pero el 45,3% presentaron una depresión leve.



## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** Se analizó que la privación sensorial está relacionada a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro. Todos los indicadores son significativos con un valor de  $p < 0,05$ , aceptando las hipótesis planteadas.

**SEGUNDA:** Se identificó la valoración sociodemográfica relacionada a la depresión en adultos mayores, donde el 53.3% tienen de 71 a 80 años ( $P:0,000$ ), el 50.7% son del género femenino ( $P:0,007$ ), el 34,7% conviven con su pareja de similar edad ( $P:0,000$ ) y el 80.0% cuentan con el aporte económico de pensión 65 ( $P:0,000$ ). Los datos son significativos  $p < 0,05$ , aceptando la hipótesis.

**TERCERA:** Se describió la valoración sensorial relacionada a la depresión en adultos mayores atendidos en la cual se halló el 56,0% en la agudeza visual normal ( $P:0,000$ ) y el 66,7% tienen privación auditiva ( $P:0,000$ ). Los datos son significativos  $p < 0,05$ , aceptando la hipótesis planteada.

**CUARTA:** Se identificó el nivel de depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Azángaro, el 49,3% están sin depresión, el 45,3% tienen depresión leve y el 5,3% tienen depresión moderada.



## RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Al jefe del Centro de Salud Alianza organizar en coordinación con el equipo de salud campañas dirigido a los adultos mayores para una atención integral y así entre otros aspectos también evaluar la privación sensorial y otras evaluaciones que corresponden a los adultos mayores según el VACAM, para evitar complicaciones o brindar un tratamiento oportuno para que puedan tener una buena calidad de vida.
- SEGUNDA:** A las licenciadas de enfermería con el fin de prevenir enfermedades crónicas y fomentar las actividades recreativas durante el tiempo libre, las enfermeras tituladas y los responsables del Plan Nacional para las Personas Mayores (PLAM) deben desarrollar una estrategia integral para las personas mayores. Esta estrategia debe centrarse en intervenciones diseñadas para mantener una buena salud física, mental y emocional a través del ejercicio.
- TERCERA:** A las licenciadas de enfermería encargada de la estrategia de los adultos mayores, emplear evaluaciones periódicas para ver cómo se encuentran sus sentidos para poderlo referir al médico o especialista, para su tratamiento.
- CUARTA:** A los profesionales de psicología realizar talleres con los adultos diagnosticados con alguna disminución en los sentidos, profundizar el proceso de aceptación, como también brindar apoyo a los adultos mayores con depresión.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hoyos M. Niveles de Déficit Visual y Déficit Auditivo correlacionado a niveles de Capacidad Funcional en Adultos Mayores, Hospital Albrecht EsSalud. Universidad Cesar Vallejo; 2018.
2. Ródenads I, García M, Bordas J. Deprivación sensorial. :251.
3. Organización Mundial de la Salud [Internet]. [citado 3 de marzo de 2025]. Salud mental de los adultos mayores. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
4. Organización Mundial de la Salud [Internet]. [citado 3 de marzo de 2025]. Ceguera y discapacidad visual. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>
5. Varela L, Chávez H, Gálvez M, Méndez F. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional Perú. 2004;(17(2)):6.
6. INEI [Internet]. 2020 [citado 3 de marzo de 2025]. Situación de la Población Adulta Mayor-Junio 2020 | GeriatricCare. Disponible en: <https://geriatriccare.pe/situacion-de-la-poblacion-adulta-mayor-junio-2020/>
7. Vilcherrez Lozada J. Señales de Envejecimiento Poblacional de Puno. Tendencias y Perspectivas de la Población Regional a 2050. TecnoHumanismo. 2023;3(4):57-82.
8. Borbor A. Síndrome de privación sensorial y su comportamiento en el adulto mayor del centro de educación integral Melvin Jones del cantón La Libertad, 2020. [Internet] [bachelorThesis]. La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena, 2021; 2021 [citado 21 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/6030>



9. Jaramillo R. Análisis de las alteraciones sensoriales en el adulto mayor y su relación con la independencia funcional y equilibrio [Internet]. [Ecuador]: Universidad Técnica de Ambato; 2022 [citado 25 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/35163>
10. Duran T, Salazar M, Hernández P, Guevara M, Gutiérrez G. Función sensorial y dependencia en adultos mayores con enfermedad crónica. Sanus [Internet]. septiembre de 2020 [citado 21 de febrero de 2025];5(15). Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2448-60942020000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2448-60942020000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
11. Azuara C. La funcionalidad familiar y depresión en adultos mayores. Intervención familiar cognoscitiva, tabasco 2021-2023. Univ Juárez Autónoma Tabasco. 1 de febrero de 2024;85.
12. Caro Y, Mendoza I, Pérez D, Maya A, López B. Nivel de depresión y el estado nutricional en adultos mayores del Municipio de Mixquiahuala Hidalgo. 2021;5.
13. Zagal L. Nivel de depresión relacionado a la capacidad funcional del adulto mayor. Univ Autónoma Estado Morelos. 23 de junio de 2021;75.
14. Liljas AEM, Jones A, Cadar D, Steptoe A, Lassale C. Association of Multisensory Impairment With Quality of Life and Depression in English Older Adults. JAMA Otolaryngol-- Head Neck Surg. marzo de 2020;146(3):278-85.
15. Cali B. El deterioro cognitivo y su influencia en la depresión en adultos mayores que acuden al Club de Diabéticos del Cantón Baños. [Internet] [bachelorThesis]. Ambato: Universidad Tecnológica Indoamérica; 2020 [citado 25 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uti.edu.ec//handle/123456789/2085>
16. Moreno M. Depresión geriátrica y satisfacción con la vida en adultos mayores de un albergue en Rímac. Univ Autónoma Perú. 8 de marzo de 2024;65.



17. Pecart J. Factores de riesgo asociados a depresión en adultos mayores de un centro de salud de la sierra peruana. Rev Peru Med Integrativa. 4 de enero de 2022;7(1):10-5.
18. Failoc V, Pielago A. Factores relacionados con depresión en adultos mayores atendidos en atención primaria de salud en Chiclayo. Rev Colomb Psiquiatr. 1 de octubre de 2021;50(4):285-9.
19. Sanga P. Depresión y calidad de vida de las personas adultas mayores pacientes del C.S. Tarata, Tacna - 2021. Univ Autónoma Perú. 19 de julio de 2023;103.
20. Huayllapuma R, Apaza Y. Multimorbilidad y niveles de depresión en adultos mayores que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024. Univ Nac Altiplano. 5 de noviembre de 2024;113.
21. Choque D, Torres J. Nivel de depresión del adulto mayor en el Centro de Salud de la Revolución, Juliaca-2021. Universidad Cesar Vallejo; 2021.
22. Apaza J. Depresión y funcionamiento familiar en adultos mayores en tiempos de COVID-19, Micro Red Capachica-Puno 2021. Universidad Nacional Del Altiplano; 2022.
23. Detección y manejo del síndrome de privación sensorial en el adulto mayor [Internet]. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. 2013. (Secretaría de Salud). Disponible en: [www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html)
24. D'Hyver C. Valoración geriátrica integral. Rev Fac Med México. junio de 2017;60(3):38-54.



25. Manrique G. Factores sociodemograficos y su relación con la capacidad funcional en adultos mayores AAHH Villa Solidaridad, distrito San Juan de Miraflores, 2022. Univ Norbert Wien. 8 de noviembre de 2022;63.
26. Maza L. Reconocimiento e identidad de género. Veritas. abril de 2021;(48):103-20.
27. Perou Y, Faez M, Borges J, Diaz M. Evaluación funcional del adulto mayor y el proceso de atención de enfermería. Rev Inf Científica. 2016;95(5):851-61.
28. Castro C, Vega A. Repositorio Continental: Capacidad funcional y estado nutricional en adultos mayores institucionalizados en la provincia de Huancayo durante el periodo 2021 [Internet]. Universidad Continental; 2022 [citado 2 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/11276>
29. Gutiérrez L, Laos C. Estado cognitivo y capacidad funcional en el Hogar del Adulto Mayor San Juan Dde Dios, Ica. Rev Enfermeria Vanguard. 21 de diciembre de 2024;12(2):49-61.
30. Severiano P. ¿Qué es y cómo se utiliza la evaluación sensorial? Inter Discip. diciembre de 2019;7(19):47-68.
31. Martín R, Vecilla G. Agudeza visual. Man Optom. :20.
32. Molano N. Pautas para el cuidado del oído y la audición. Minist Salud Protección Soc - Colomb. :13.
33. Fuentes A, Fresno M, Santander H, Valenzuela S, Gutiérrez M, Miralles R. Sensopercepción olfatoria: una revisión. Rev Médica Chile. marzo de 2011;139(3):362-7.
34. Jonis M, Llacta D. Depresión en el adulto mayor, cual es la verdadera situación en nuestro país. Rev Medica Hered. enero de 2013;24(1):78-9.



35. Stanley M, Blair K, Beare P. Enfermería geriátrica [Internet]. 3.<sup>a</sup> ed. México; [citado 2 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://glifos.upana.edu.gt/library/index.php?title=38523&lang=%20%20&query=@title=Special:GSMSearchPage@process=@autor=BLAIR,%20KATHRYN%20A.%20,%20@mode=&recnum=1>
36. GAES. Qué es la audición - GAES [Internet]. Blog de GAES. 2021 [citado 2 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.gaes.es/blog/salud-auditiva/que-es-la-audicion/>
37. Loayza J. Actitudes hacia la investigación científica y estadística en estudiantes de Psicología. Acad Rev Investig En Cienc Soc Humanidades. 27 de julio de 2021;8(2):165-77.
38. Hernández R. Tipos, alcances y diseños de investigación. (iv):14.
39. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta | RUDICS [Internet]. [citado 5 de enero de 2025]. Disponible en: <https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>
40. Fernandez A. Toda Materia. [citado 25 de abril de 2024]. Métodos de investigación: qué y cuáles son (con ejemplos). Disponible en: <https://www.todamateria.com/metodos-de-investigacion/>



# ANEXOS

## ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

\*BASE DE DATOS YENY.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	edad	genero	convivenciafamiliar	recursos economicos	agudez visual	agudeza auditiva	depression
1	60 a 70 años	Masculino	convive con hijos	pension jubilacion	Baja visión leve: AV 2...	conservada	Sin depresión 0 - 5 puntos
2	60 a 70 años	Masculino	convive con hijos	pension jubilacion	Baja visión leve: AV 2...	conservada	Sin depresión 0 - 5 puntos
3	60 a 70 años	Masculino	convive con hijos	pension jubilacion	Baja visión leve: AV 2...	conservada	Sin depresión 0 - 5 puntos
4	60 a 70 años	Masculino	convive con hijos	pension jubilacion	Baja visión leve: AV 2...	conservada	Sin depresión 0 - 5 puntos
5	60 a 70 años	Masculino	convive con otros familiares	pension jubilacion	Baja visión leve: AV 2...	conservada	Sin depresión 0 - 5 puntos
6	60 a 70 años	Masculino	convive con otros familiares	pension jubilacion	Baja visión leve: AV 2...	conservada	Sin depresión 0 - 5 puntos
7	60 a 70 años	Masculino	convive con otros familiares	pension jubilacion	Baja visión leve: AV 2...	conservada	Sin depresión 0 - 5 puntos
8	60 a 70 años	Masculino	convive con otros familiares	pension 65	Baja visión leve: AV 2...	conservada	Sin depresión 0 - 5 puntos
9	60 a 70 años	Masculino	convive con otros familiares	pension 65	Baja visión leve: AV 2...	conservada	Sin depresión 0 - 5 puntos
10	60 a 70 años	Masculino	convive con otros familiares	pension 65	Baja visión leve: AV 2...	conservada	Sin depresión 0 - 5 puntos
11	60 a 70 años	Masculino	convive con otros familiares	pension 65	Baja visión leve: AV 2...	conservada	Sin depresión 0 - 5 puntos
12	60 a 70 años	Masculino	convive con otros familiares	pension 65	Baja visión leve: AV 2...	conservada	Sin depresión 0 - 5 puntos
13	60 a 70 años	Masculino	convive con otros familiares	pension 65	Baja visión leve: AV 2...	Disminuida	Sin depresión 0 - 5 puntos
14	60 a 70 años	Masculino	convive con otros familiares	pension 65	Baja visión leve: AV 2...	Disminuida	Sin depresión 0 - 5 puntos
15	60 a 70 años	Masculino	convive con otros familiares	pension 65	Baja visión leve: AV 2...	Disminuida	Sin depresión 0 - 5 puntos
16	60 a 70 años	Masculino	convive con otros familiares	pension 65	Baja visión leve: AV 2...	Disminuida	Sin depresión 0 - 5 puntos
17	60 a 70 años	Masculino	convive con otros familiares	pension 65	Baja visión leve: AV 2...	Disminuida	Sin depresión 0 - 5 puntos
18	60 a 70 años	Masculino	convive con otros familiares	pension 65	Baja visión leve: AV 2...	Disminuida	Sin depresión 0 - 5 puntos
19	60 a 70 años	Masculino	convive con otros familiares	pension 65	Baja visión leve: AV 2...	Disminuida	Sin depresión 0 - 5 puntos
20	60 a 70 años	Masculino	convive con otros familiares	pension 65	Baja visión leve: AV 2...	conservada	Sin depresión 0 - 5 puntos
21	60 a 70 años	Masculino	convive con otros familiares	pension 65	Baja visión leve: AV 2...	conservada	Sin depresión 0 - 5 puntos
22	60 a 70 años	Masculino	convive con hijos	pension 65	Baja visión leve: AV 2...	conservada	Sin depresión 0 - 5 puntos
23	60 a 70 años	Masculino	convive con hijos	pension 65	Baja visión leve: AV 2...	conservada	Sin depresión 0 - 5 puntos
24	60 a 70 años	Masculino	convive con hijos	pension 65	Baja visión leve: AV 2...	conservada	Sin depresión 0 - 5 puntos
25	60 a 70 años	Masculino	convive con hijos	pension 65	Baja visión leve: AV 2...	conservada	Sin depresión 0 - 5 puntos
26	60 a 70 años	femenino	convive con hijos	pension 65	Baja visión leve: AV 2...	conservada	Sin depresión 0 - 5 puntos
27	71 a 80 años	femenino	convive con hijos	pension 65	Baja visión moderada:...	conservada	Sin depresión 0 - 5 puntos

Vista de datos Vista de variables



\*BASE DE DATOS YENY.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda



	edad	genero	convivenciafamiliar	recursos economicos	agudez visual	agudeza auditiva	depresion
28	71 a 80 años	femenino	convive con hijos	pension 65	Baja visión moderada:...	conservada	Sin depresión 0 - 5 puntos
29	71 a 80 años	femenino	convive con hijos	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Sin depresión 0 - 5 puntos
30	71 a 80 años	femenino	convive con hijos	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Sin depresión 0 - 5 puntos
31	71 a 80 años	femenino	convive con su pareja	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Sin depresión 0 - 5 puntos
32	71 a 80 años	femenino	convive con su pareja	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Sin depresión 0 - 5 puntos
33	71 a 80 años	femenino	convive con su pareja	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Sin depresión 0 - 5 puntos
34	71 a 80 años	femenino	convive con su pareja	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Sin depresión 0 - 5 puntos
35	71 a 80 años	femenino	convive con su pareja	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Sin depresión 0 - 5 puntos
36	71 a 80 años	femenino	convive con su pareja	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Sin depresión 0 - 5 puntos
37	71 a 80 años	femenino	convive con su pareja	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Sin depresión 0 - 5 puntos
38	71 a 80 años	femenino	convive con su pareja	pension jubilacion	Baja visión moderada:...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
39	71 a 80 años	femenino	convive con su pareja	pension jubilacion	Baja visión moderada:...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
40	71 a 80 años	femenino	solo	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
41	71 a 80 años	femenino	solo	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
42	71 a 80 años	femenino	solo	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
43	71 a 80 años	femenino	convive con su pareja	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
44	71 a 80 años	femenino	convive con su pareja	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
45	71 a 80 años	femenino	convive con su pareja	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
46	71 a 80 años	femenino	convive con su pareja	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
47	71 a 80 años	femenino	convive con su pareja	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
48	71 a 80 años	femenino	convive con hijos	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
49	71 a 80 años	femenino	convive con hijos	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
50	71 a 80 años	femenino	convive con hijos	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
51	71 a 80 años	femenino	convive con otros familiares	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
52	71 a 80 años	femenino	convive con otros familiares	pension 65	Baja visión moderada:...	conservada	Depresión leve (6 a 9 puntos)
53	71 a 80 años	femenino	convive con otros familiares	pension 65	Baja visión moderada:...	conservada	Depresión leve (6 a 9 puntos)
54	71 a 80 años	femenino	convive con su pareja	pension 65	Baja visión moderada:...	conservada	Depresión leve (6 a 9 puntos)



\*BASE DE DATOS YENY.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	edad	genero	convivenciafamiliar	recursos economicos	agudez visual	agudeza auditiva	depression
55	71 a 80 años	femenino	convive con su pareja	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
56	71 a 80 años	femenino	convive con su pareja	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
57	71 a 80 años	femenino	convive con su pareja	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
58	71 a 80 años	femenino	solo	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
59	71 a 80 años	femenino	solo	pension 65	Baja visión moderada:...	conservada	Depresión leve (6 a 9 puntos)
60	71 a 80 años	femenino	convive con otros familiares	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
61	71 a 80 años	Masculino	convive con otros familiares	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
62	71 a 80 años	Masculino	convive con otros familiares	pension 65	Baja visión severa: A...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
63	71 a 80 años	Masculino	convive con otros familiares	pension 65	Baja visión severa: A...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
64	71 a 80 años	Masculino	solo	pension 65	Baja visión severa: A...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
65	71 a 80 años	Masculino	convive con su pareja	pension 65	Baja visión severa: A...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
66	60 a 70 años	Masculino	convive con su pareja	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
67	60 a 70 años	Masculino	convive con su pareja	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
68	60 a 70 años	Masculino	convive con su pareja	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
69	60 a 70 años	Masculino	convive con su pareja	pension 65	Baja visión moderada:...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
70	60 a 70 años	Masculino	convive con su pareja	pension jubilacion	Baja visión moderada:...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
71	60 a 70 años	Masculino	convive con su pareja	pension jubilacion	Baja visión moderada:...	Disminuida	Depresión leve (6 a 9 puntos)
72	71 a 80 años	femenino	convive con su pareja	pension jubilacion	Baja visión moderada:...	Disminuida	Depresión moderada (>10 pts)
73	81 a 85 años	femenino	solo	no recibe pension	Baja visión severa: A...	Disminuida	Depresión moderada (>10 pts)
74	81 a 85 años	femenino	solo	no recibe pension	Baja visión severa: A...	Disminuida	Depresión moderada (>10 pts)
75	81 a 85 años	Masculino	solo	no recibe pension	Baja visión severa: A...	Disminuida	Depresión moderada (>10 pts)
76							
77							
78							
79							
80							
81							

Vista de datos Vista de variables



ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: DEPRIVACIÓN SENSORIAL RELACIONADO A LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES	METODOLOGÍA
<p><b>Problema general</b> PG. ¿De qué manera la privación sensorial está relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024?</p> <p><b>Problemas específicos</b> PE1. ¿Cuáles son los indicadores de la valoración sociodemográfica relacionados a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro?</p> <p>PE2. ¿Cómo la valoración sensorial está relacionado a la</p>	<p><b>Objetivo general</b> OG. Analizar la privación sensorial relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024.</p> <p><b>Objetivos específicos</b> OE1. Identificar los indicadores de la valoración sociodemográfica relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro.</p> <p>OE2. Describir la valoración sensorial</p>	<p><b>Hipótesis general</b> HG. La privación sensorial está relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024</p> <p><b>Hipótesis específicas</b> HE1. Los indicadores de la valoración sociodemográfica relacionados a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro son: La edad, genero, convivencia</p>	<p>Variable 1</p> <p>Deprivación sensorial</p>	1.1 Valoración sociodemográfico	1.1.1 Edad	a. 60 a 70 años b. 71 a 80 años c. 81 a 85 años	<p><b>1. Diseño:</b> No experimental de corte transversal.</p> <p><b>2. Tipo de investigación</b> La investigación es de tipo descriptiva, correlacional y de</p> <p><b>3. Enfoque</b> Cuantitativo.</p> <p><b>Técnicas:</b>  <b>Para la variable 1:</b> Se utilizó la técnica de entrevista, observación</p> <p><b>Para la variable 2:</b> Se utilizó la técnica de entrevista.</p> <p><b>Instrumentos:</b> <b>Para medir la variable 1:</b> Se utilizo</p>
				1.1.2 Genero	a. Masculino b. Femenino		
				1.1.3 Convivencia familiar	a. Se encuentra solo b. Convive con su pareja de similar edad c. Convive con sus hijos d. Convive con otros familiares		
				1.1.4 Recursos económicos	a. Pensión 65 b. Pensión de jubilación. c. No recibe pensión.		
				1.2. Valoración sensorial	1.2.1 Agudeza visual	a. Normal. (20/20 y 20/30) b. Deterioro visual leve. (20/40 y 20/60) c. Deterioro visual moderado. (20/70 y 20/200) d. Deterioro visual severo. (20/200 y 20/400)	



<p>depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro? <b>PE3.</b> ¿Cuál es el nivel de depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro?</p>	<p>relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro. <b>OE3.</b> Identificar el nivel de depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro.</p>	<p>familiar y recursos económicos. <b>HE2.</b> La valoración sensorial está relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro. <b>HE3.</b> El nivel de depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro es leve.</p>			1.3.2 Agudeza auditiva	a. Conservada b. Disminuida	<p>un "cuestionario", el test de Snellen en el caso de la agudeza visual: <b>Para la variable 2:</b> Se utilizó una escala de depresión geriátrica de Yesavage abreviada. <b>Población:</b> 75 adultos mayores <b>Muestreo:</b> no se utilizó un muestreo se trabajó con la población total de 75 adultos mayores. <b>Prueba de hipótesis</b> Se uso de la prueba estadística Chi2</p> $\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$
			Variable 2 Depresión	2.1 Nivel	a. Sin depresión 0 – 5 puntos b. Depresión leve (6 a 9 puntos) c. Depresión moderada (>10 puntos)		



## ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, he leído la hoja de información que se me entrego, pude hablar con la investigadora y hacer las preguntas necesarias sobre el estudio para comprender sus alcances.

- ✓ Estoy de acuerdo en ser encuestado (a) sin mencionar mi identidad.
- ✓ Entiendo que participar en esta investigación es voluntaria y que soy libre de negarme o abandonarlo en cualquier momento.
- ✓ Estoy de acuerdo en permitir que la información obtenida sea publicada y que pueda conocer los resultados.

Después de haber leído y comprendido el objetivo del estudio, y haber resuelto las dudas que tenía, en forma consciente y voluntaria doy mí Consentimiento para participar en el estudio.

---

**Firma del participante**



**Huella digital**



## ANEXO 4: INSTRUMENTOS

### GUIA DE ENTREVISTA SOBRE DEPRIVACIÓN SENSORIAL EN ADULTOS

#### MAYORES

El siguiente instrumento tiene como objetivo obtener información sobre la privación sensorial en los adultos mayores. Para ello, se hará la consulta al adulto mayor y según ello se registrará la respuesta.

#### I. VALORACIÓN SOCIODEMOGRÁFICO

##### 1. Edad

- a. 60 a 70 años
- b. 71 a 80 años
- c. 81 a 85 años

##### 2. Genero

- a. Masculino
- b. Femenino

##### 3. Convivencia familiar:

- a. Se encuentra solo
- b. Convive con su pareja de similar edad
- c. Convive con sus hijos
- d. Convive con otros familiares

##### 4. Recursos económicos:

- a. Pensión 65
- b. Pensión de jubilación.
- c. No recibe pensión.



## II. VALORACION SENSORIAL

### 5. Agudeza visual

#### CARTILLA DE SNELLEN TEST DE DEFICIT VISUAL

<b>E</b>	<b>1</b>	20/200
<b>F P</b>	<b>2</b>	20/100
<b>T O Z</b>	<b>3</b>	20/70
<b>L P E D</b>	<b>4</b>	20/50
<b>P E C F D</b>	<b>5</b>	20/40
<b>E D F C Z P</b>	<b>6</b>	20/30
<b>F E L O P Z D</b>	<b>7</b>	20/25
<b>D E F F O T E C</b>	<b>8</b>	20/20
<b>L E F O D P C T</b>	<b>9</b>	
<b>P O P L Y C E O</b>	<b>10</b>	
<b>P E R R L C F T P</b>	<b>11</b>	

Puntaje OJO DERECHO	Puntaje OJO IZQUIERDO
a. Normal. (20/20 y 20/30) b. Deterioro visual leve. (20/40 y 20/60) c. Deterioro visual moderado. (20/70 y 20/200) d. Deterioro visual severo. (20/200 y 20/400)	



## 6. Agudeza auditiva

ITEMS	SI 2puntos	A VECES 1 punto	NO 0
1. ¿Tiene dificultad para oír cuando alguien le habla en voz baja?			
2. ¿Los problemas para oír le han causado dificultades al visitar amigos, parientes o vecinos?			
3. ¿Los problemas para oír han hecho que vaya menos seguido de los que le gustaría a actos sociales o servicios religiosos?			
4. ¿Los problemas para oír le causan dificultad para entender los programas de radio de televisión o radio?			
5. ¿Cree que su dificultad para oír limita su vida personal o social?			

### Resultados

0 puntos: Sin dificultad auditiva

1 - 10 puntos: Con dificultad auditiva

## ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA

**Adaptado de:** Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, eds. Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention. New York: Haworth, 1986.

Ítems		SI	NO
1	En general ¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1
2	¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	1	0
3	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4	¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	1	0
5	¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1
6	¿Teme que algo malo puede ocurrirle?	1	0
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8	¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9	¿Prefiere quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
10	¿Cree tener más problemas que la mayoría de gente?	1	0
11	¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	0	1
12	Actualmente ¿Se siente un/a inútil??	1	0
13	¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14	¿Se siente sin esperanza en este momento?	1	0
15	¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	1	0
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>			

### Resultados

- a) Sin depresión: 0-5 puntos
- b) Depresión leve: 6-9 puntos
- c) Depresión moderada  $\geq 10$  puntos



**ANEXO 5: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**

**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO JUICIO DE EXPERTOS**

Los abajo firmantes, profesionales de enfermería, certificamos que el instrumento que se usara para la recolección de los datos del trabajo de investigación titulado "Deprivación sensorial relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024" está apto para ser usado. Consideramos que el instrumento es válido para su uso previsto.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio.	1
La estructura del instrumento es el adecuado.	1
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	1
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1
Los ítems son claros y entendibles	1
El número de ítems es adecuado para su aplicación	1
Se debe eliminar algunos ítems	0
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>

Se ha considerado como resultado un total de:

- De acuerdo = 1(Si)
- En desacuerdo = 0 (No)

*Wady Carolina Paco*  
 LIC. EN ENFERMERIA  
 C.E.P. 57278



## VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO JUICIO DE EXPERTOS

Los abajo firmantes, profesionales de enfermería, certificamos que el instrumento que se usara para la recolección de los datos del trabajo de investigación titulado "Deprivación sensorial relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024" está apto para ser usado. Consideramos que el instrumento es válido para su uso previsto.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio.	1
La estructura del instrumento es el adecuado.	1
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	1
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1
Los ítems son claros y entendibles	1
El número de ítems es adecuado para su aplicación	1
Se debe eliminar algunos ítems	0
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>

Se ha considerado como resultado un total de:

- De acuerdo = 1(Si)
- En desacuerdo = 0 (No)



Rossi Quispe Quispe  
LIC. EN ENFERMERÍA  
CEP. 65800

### VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO JUICIO DE EXPERTOS

Los abajo firmantes, profesionales de enfermería, certificamos que el instrumento que se usara para la recolección de los datos del trabajo de investigación titulado "Deprivación sensorial relacionado a la depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024" está apto para ser usado. Consideramos que el instrumento es válido para su uso previsto.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio.	1
La estructura del instrumento es el adecuado.	1
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	1
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1
Los ítems son claros y entendibles	1
El número de ítems es adecuado para su aplicación	1
Se debe eliminar algunos ítems	0
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>

Se ha considerado como resultado un total de:

- De acuerdo = 1(Si)
- En desacuerdo = 0 (No)



MAYRA D. HANCCO HANCCO  
Lic. EN ENFERMERÍA  
C.E.P. 52442

## ANEXO 6: AUTORIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTO

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

**SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR ESTUDIO DE TESIS**

M.C HENRY ARSENIO AGUILAR BRAVO  
Jefe del Centro de Salud Alianza

YO, **YENY MAMANI CHURA**, Bachiller en Enfermería de la "Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca, identificada con DNI. N° 46862611, con domicilio en el jr. Grocio paredes Terán S/N de esta ciudad de Azángaro, con correo electrónico: [yenimamanichura99@gmail.com](mailto:yenimamanichura99@gmail.com) y con celular N° 916372795 a Ud., respetosamente, digo:

Que, mediante el presente documento me dirijo a usted. Sr. Jefe del centro de salud alianza- Azángaro, con la finalidad de solicitarle **autorización** para realizar estudio de TESIS. en el área de enfermería denominado "DEPRIVACIÓN SENSORIAL RELACIONADO A LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024", con el fin de optar mi Título Profesional de Licenciada En Enfermería.

POR LO EXPUESTO:

Pido a usted sr. Jefe del Centro de Salud Alianza, acceder a Mi petición.

Azángaro, 26 de setiembre de 2024

YENY MAMANI CHURA  
DNI N° 46862611



M.C. HENRY A. AGUILAR BRAVO  
MÉDICO CIRUJANO  
CMP. 72714 - RNA.12405

123 26-09-2024

## AUTORIZACION PARA REALIZAR ESTUDIO DE TESIS

JEFE DEL CENTRO DE SALUD ALIANZA-AZANGARO

### AUTORIZA

A la Bachiller en Enfermería YENY MAMANI CHURA de la universidad andina

Néstor Cáceres Velázquez de Juliaca, identificado con **DNI 46862611**.

AUTORIZA, realizar encuesta a los adultos mayores del centro de salud alianza para el estudio de tesis denominado **DEPRIVACIÓN SENSORIAL RELACIONADO A LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024**.


HENRY A. AGUILAR BRAVO  
MÉDICO CIRUJANO  
CMP: 72714 RNA: 12495  
MICRO RED - ALIANZA

Azángaro, 26 de setiembre del 2024

## ANEXO 7: POBLACIÓN

### DEPRIVACIÓN SENSORIAL RELACIONADO A LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024

EDADES	TOTAL
<b>ADULTOS MAYORES</b>	<b>75</b>

Docencia de la FES - FES Cuzco  
MEDICINA GENERAL  
C.A. 8215

## ANEXO 8: ALFA DE CROMBACH

## Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,710	9

## Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Edad	11,7467	10,651	,794	,891	,792
Genero	11,8533	12,046	,461	,811	,915
Convivencia familiar	11,8133	10,505	,822	,797	,690
Recursos económicos	12,0000	10,919	,722	,777	,798
Agudeza visual	11,6133	10,240	,832	,839	,789
Agudeza auditiva	11,7067	10,670	,764	,714	,794
Depresión	11,8000	10,568	,767	,741	,894

## Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desv. Desviación	N de elementos
13,3600	13,909	3,72950	7



ANEXO 1  
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS  
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN  
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 24/12/2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: YENY MAMANI CHURA

Dirección: Jr. Jesús Ramos Paredes N° 110

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 46862611

Teléfono: 916372795 email: yenimamanichura99@gmail.com

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Facultad y/o Escuela de Posgrado: CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional o Mención: ENFERMERÍA

Título o Grado Académico a optar: LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA

Asesor: Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación  Tesis  Trabajo de Suficiencia Profesional  Trabajo Académico

**DEPRIVACIÓN SENSORIAL RELACIONADO A LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024**

Palabras claves, (3 a 5 términos): Adultos mayores, privación, sensorial, depresión.

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV <sup>1,2</sup>?

1

<sup>1</sup> Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

<sup>2</sup> Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller  Título  2da Especialidad  Maestría  Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o autor (es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): \_\_\_\_\_
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



**Jurisdicción de su Licencia**

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción “internacional” o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción “internacional” emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción “internacional” goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

- Internacional Nacional
- Nacional

Línea de investigación: **SALUD PÚBLICA - P07**

Firma de Autor



huella digital

24 de diciembre del 2025

Fecha