



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



**CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA DEPRESIÓN
GERIÁTRICA EN LOS ADULTOS MAYORES
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD
SANTA ADRIANA JULIACA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. ROSBEL ELOY ROJAS MANCHA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

JULIACA – PERÚ

2025



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA DEPRESIÓN
GERIÁTRICA EN LOS ADULTOS MAYORES
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD
SANTA ADRIANA JULIACA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. ROSBEL ELOY ROJAS MANCHA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

:


Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

PRIMER MIEMBRO

:


Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

SEGUNDO MIEMBRO

:


Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

ASESOR DE TESIS

:


Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

:

SALUD PÚBLICA - P07

RESOLUCIÓN DECANAL N° 1253 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 01 de Diciembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2025 – 12638 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: CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA JULIACA 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: LICENCIADO EN ENFERMERIA del bachiller: ROJAS MANCHA ROSBEL ELOY habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- * Presidente : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
- * 1er. Miembro : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- * 2do. Miembro : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

- * Asesor (a) : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

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

DIA : MARTES 02 DE DICIEMBRE DEL 2025
HORA : 8:30 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 DECANAL N° 827 2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 30 de Setiembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 8683-2025 de fecha 30 de setiembre del 2025, presentado por el Bachiller el (a) **ROJAS MANCHA ROSBEL ELOY** quien solicita la revisión de Informe Final de investigación (Borrador de Tesis) Titulado: **CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA JULIACA 2024** por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de 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. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
- * **1er. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- * **2do. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

- * **Asesor (a)** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

Estando en la opinión favorable de los miembros del jurado, en concordancia con el Reglamento interno de trabajo de Investigación conducente a Grados y Títulos Resolución N° 094-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N°30220 Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la Unidad de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud; así mismo fue aprobado para su ejecución del informe Final con Resolución N° 273 -2025-D FCS-UANCV –J conducente para optar el Título Profesional de LICENCIADO (A) EN ENFERMERIA

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el INFORME FINAL de INVESTIGACIÓN (BORRADOR DE TESIS) para la REVISION de SIMILITUD TURNITIN., presentado por el bachiller **ROJAS MANCHA ROSBEL ELOY** para optar el título profesión de LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA con el tema titulado: **CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA JULIACA 2024** correspondiente a la línea de investigación SALUD PÚBLICA P07

- * **ARTICULO SEGUNDO.-** RATIFICAR como ASESOR (A) DE INVESTIGACIÓN (a) a la Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

* **ARTICULO TERCERO. -** DISPONER que la Unidad de Investigación, de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria Académica quedan encargadas del cumplimiento de la presente resolución

Regístrese, Comuníquese, y Archívese.

Distribución: interesado Archivo.





UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N°822 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 30 de Setiembre del 2025

VISTOS: El Expediente N° 8684 -2025 de fecha 30 de setiembre del 2025, presentada por el (la) Bachiller(a) **ROJAS MANCHA ROSBEL ELOY** quien solicita **CAMBIO** del Asesor del jurado conducente para optar el título profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA**

CONSIDERANDO: Que, según Resolución N° 01-2025-D-FCS-UANCV se aprueba la propuesta de Tesis: **CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA JULIACA 2024** teniendo como jurados y asesor designados por la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, a los siguientes Docentes:

- * **Presidente** : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
- * **1er. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- * **2do. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

- * **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, la Unidad de Investigación ha emitido el **Oficio N° 007-2025-UI-FCS-UANCV-J** solicitando la emisión de la resolución de cambio del Asesor Jurado por **DR. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE** ya no tiene vínculo con la UANCV; y,

Estando el informe favorable de la Dirección 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 N° 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 del Bachiller (a) **ROJAS MANCHA ROSBEL ELOY** del tema de tesis titulado: **CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA JULIACA 2024** para optar al Título Profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA** debiendo quedar a partir de fecha, de la siguiente manera:

- * **Presidente** : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
- * **1er. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- * **2do. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

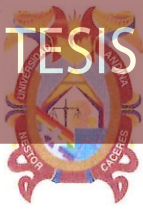
- * **Asesor (a)** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

* **SEGUNDO:** Disponer que los miembros del Jurado designados den continuidad al trámite de evaluación y calificación de la propuesta de investigación, 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.



DISTRIBUCIÓN
Jurados,
EP. PS



RESOLUCIÓN DECANAL N° 101 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 01 de abril del 2025

VISTOS:

El Informe N° 007-2025-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 propuesta de Investigación de fecha 28 de marzo de la E.P. de Enfermería folio 000092;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado(a) **ROJAS MANCHA ROSBEL ELOY** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA JULIACA 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 CATAORA**
- * **1er. Miembro** : **M.S.c. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ**
- * **2do. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 558-2023-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación del proyecto 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 D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado(a) **ROJAS MANCHA ROSBEL ELOY**, para optar el Título Profesional de **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA** titulado: **CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA JULIACA 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.
UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

Dra. Ingrid Liz Quispe Ticona
DECANA (e)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CEP: 39216

Distribución: Decanato, EP: Enfermería, Secretaría Académica, Archivo.



20% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 13% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 18% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

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

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



Metadatos Complementarios

Título de la tesis	
CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA JULIACA 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	ROSBEL ELOY ROJAS MANCHA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	43569536
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0006-7021-5586
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29344129
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4559-141X
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02401506
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01309221
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921



Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD PÚBLICA - P07
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p>País: Perú Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA JULIACA Coordenadas: Longitud: -15.4842518 Latitud: -70.154440 URL Maps https://www.google.com/maps/d/u/0/edit?mid=1pE6rmS04UJINI8OxzT7eMigSYa1lRdU&usp=sharing</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Abril 2024 – Diciembre 2025
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	<p>Enfermería https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03</p> <p>Salud Pública https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05</p>



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CACERES VELASQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Dra. María Concepción Figueroa Vilca
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo ROSBEL ELOY ROJAS MANCHA, identificado con DNI
Nro. 43569536, 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:

CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA JULIACA 2024

Asesorado por: Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

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 05 de DICIEMBRE del 2025



Firma del Asesor
(obligatoria)



Firma del Estudiante
(obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A mis hermanos por el apoyo incondicional que realizan a diario quienes han sido, mi guía, mi camino. Gracias por estar conmigo y apoyarme siempre. Las quiero mucho.



AGRADECIMIENTO

A la Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE, por impartir los conocimientos, porque sus enseñanzas jamás las olvidaré.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN	xii

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1.1. Problema general.....	4
1.1.2. Problemas específicos	4
1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	5
1.2.1 Justificación teórica.....	5
1.2.2 Justificación practica	5
1.2.3 Justificación metodológica	6
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	6
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. HIPÓTESIS.....	7
1.4.1. Hipótesis general	7



1.4.2. Hipótesis específicas	7
1.5. VARIABLES.....	7
1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	8

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	9
2.1.1. A nivel internacional	9
2.1.2 A nivel nacional	13
2.1.3 A nivel regional.....	19
2.2. MARCO TEÓRICO	23
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	38

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	40
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	41
3.3. MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN	41
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	41
3.4.1 Población	41
3.4.2 Muestra.....	41
3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	43
3.5.1 Técnicas	43
3.5.2 Instrumento.....	43



3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS45

3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....45

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO46

 3.8.1 Validez46

 3.8.2 Confiabilidad47

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....48

CONCLUSIONES73

RECOMENDACIONES75

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS76

A N E X O S81

ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.....82

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA91

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO93

ANEXO 4: INSTRUMENTOS94

ANEXO 5: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO100

ANEXO 6: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN ...103



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Edad asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024	49
Tabla 2.	Género Asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024	51
Tabla 3.	Lugar de procedencia asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024.....	53
Tabla 4.	Estado civil asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024.....	55
Tabla 5.	Actualmente con quien vive asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024	57
Tabla 6.	Ocupación asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024	59
Tabla 7.	Bienestar emocional asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024.....	61



Tabla 8.	Relaciones interpersonales asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024	63
Tabla 9.	Bienestar físico asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024.....	65
Tabla 10.	Inclusión social asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024.....	67
Tabla 11.	Derechos asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024	69
Tabla 12.	Depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024.....	71



RESUMEN

La investigación tuvo como **Objetivo:** Analizar la calidad de vida asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024. **Materiales y métodos:** Se adoptó un enfoque de imagen fija, sin experimentos. El equipo seleccionó a 201 adultos mayores que cumplieran con los criterios deseados. Se realizaron varias entrevistas. Lo interesante es que dos guías participaron y recopilaron información sobre ambos aspectos clave que los investigadores planeaban revisar. **Resultados:** Los investigadores identificaron los patrones vinculados a la depresión geriátrica en personas mayores que recibieron atención en el Centro de Salud Santa Adriana. Predominaron los de 60 a 70 años (47,3%; $p=0,000$), residentes en zona urbana (75,6%; $p=0,000$), convivientes (58,7%; $p=0,000$), que viven solo (30,8%; $p=0,000$) y jubilados (52,2%; $p=0,000$); además, el 59,7% fueron mujeres ($p=0,396$). La mayoría de estas variables mostraron asociación significativa ($p<0,05$), sustentando la hipótesis. En los componentes de autopercepción prevaleció la condición "regular" en bienestar emocional (49,3%; $p=0,000$), relaciones interpersonales (38,3%; $p=0,000$), bienestar físico (52,7%; $p=0,000$), inclusión social (58,7%; $p=0,000$) y derechos (60,2%; $p=0,000$). Además, la valoración global mostró que el 52,7% presenta probable depresión, el 29,9% no tiene depresión y el 17,4% evidencia depresión establecida. Estos resultados sustentan la hipótesis al registrarse significancia estadística en la mayoría de las variables ($p < 0,05$). **Conclusión:** La calidad de vida están asociadas a la depresión geriátrica.

Palabras clave: Adultos mayores; Calidad de vida; Depresión geriátrica; Factores epidemiológicos.



ABSTRACT

The **objective** of the research was to analyze the quality of life associated with geriatric depression in older adults treated at the Santa Adriana Health Center, Juliaca 2024. **Materials and methods:** A fixed-image approach was adopted, without experiments. The team selected 201 older adults who met the desired criteria. Several interviews were conducted. Interestingly, two guides participated and collected information on both key aspects that the researchers planned to examine. **Results:** Researchers identified patterns associated with geriatric depression in older adults receiving care at the Santa Adriana Health Center. The most common age groups were those aged 60 to 70 years (47.3%; $p=0.000$), urban residents (75.6%; $p=0.000$), cohabitants (58.7%; $p=0.000$), those living alone (30.8%; $p=0.000$), and retirees (52.2%; $p=0.000$). Furthermore, 59.7% were women ($p=0.396$). Most of these variables showed a significant association ($p<0.05$), supporting the hypothesis. In the self-perception components, the "fair" condition prevailed in emotional well-being (49.3%; $p=0.000$), interpersonal relationships (38.3%; $p=0.000$), physical well-being (52.7%; $p=0.000$), social inclusion (58.7%; $p=0.000$) and rights (60.2%; $p=0.000$). In addition, the global assessment showed that 52.7% presented probable depression, 29.9% did not have depression and 17.4% showed evidence of established depression. These results support the hypothesis by registering statistical significance in most of the variables ($p<0.05$). **Conclusion:** Quality of life is associated with geriatric depression.

Keywords: Older adults; Quality of life; Geriatric depression; Epidemiological factors.



INTRODUCCIÓN

La calidad de vida en los adultos mayores representa uno de los desafíos centrales para los sistemas de salud pública actuales, debido principalmente al incremento progresivo del envejecimiento poblacional. Este grupo etario es particularmente susceptible a problemas de salud mental, entre los cuales destaca la depresión geriátrica, condición que impacta significativamente no solo en la esfera emocional del adulto mayor, sino también en aspectos físicos, sociales y funcionales, generando dificultades en la capacidad de disfrutar de una vida plena y satisfactoria.

La percepción de los adultos mayores sobre la vida se relaciona con la depresión geriátrica en quienes reciben atención médica. Este vínculo ayuda a comprender la magnitud del problema y ofrece pistas sobre cómo combatirlo en el Centro de Salud Santa Adriana, ubicado en Juliaca, la atención a esta población se enfrenta a importantes retos debido al incremento progresivo del número de usuarios adultos mayores, quienes presentan diversas condiciones de salud, siendo la depresión una de las más comunes y menos visibilizadas por la comunidad.

El capítulo I sienta las bases. Explica el problema en cuestión, su importancia, los objetivos, las variables a verificar y cómo se verificarán. El capítulo II profundiza en la teoría que sustenta esta investigación. Aquí encontrará revisiones de estudios de todo el mundo, del país y de la región. También establece un marco para comprender los resultados posteriormente. El Capítulo III describe todos los métodos (paso a paso) utilizados durante el estudio. El



Capítulo IV presenta los resultados, profundiza en el significado de los hallazgos, presenta conclusiones y ofrece numerosas recomendaciones basadas en todo lo aprendido.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) estima que Perú tendrá alrededor de 4.747.803 adultos mayores en el año 2024, lo que representa casi el 14 % de la población. Las mujeres representan el 52,5 % de esa cifra, aproximadamente 2.493.532. Los hombres representan el 47,5 %, es decir, 2.254.271. (1)

A medida que las personas envejecen, se enfrentan a más problemas como enfermedades neurodegenerativas, dificultades económicas, pobreza y pérdida de memoria. A mayor edad, mayor riesgo. Estas enfermedades siguen aumentando a medida que la gente vive más y la población envejece. Factores como la vivienda, el dinero, la edad, el género, la ropa que se viste, la alimentación, la educación y el apoyo que se siente influyen en la sensación de bienestar. Los adultos mayores a menudo sufren todo tipo de maltrato e ignorancia. Esto perjudica su calidad de vida. Puede deprimir gravemente su estado de ánimo e incluso provocar depresión.



Descripción del problema

A nivel internacional

Hoy en día, la gente vive más. Casi todos esperan llegar a los 60, o incluso más. En todos los países, las personas mayores se están convirtiendo en una proporción cada vez mayor.

Para 2030, aproximadamente una de cada seis personas vivas tendrá al menos 60 años. El número de personas de 60 años o más era de mil millones en 2020 y parece que llegará a 1400 millones. En 2050, tendremos 2100 millones de adultos mayores. (2)

El Decenio de las Naciones Unidas para el Envejecimiento Saludable (2021-2030) busca reducir las brechas de salud y apoyar a las personas mayores, sus familias y las comunidades locales. Se centra en cuatro aspectos: busca que reconsideremos nuestra perspectiva sobre la edad y las personas mayores; busca transformar las comunidades para que las personas mayores puedan aprovechar sus habilidades; impulsa una atención médica que realmente se adapte a las necesidades de las personas mayores, una atención centrada en la persona; y garantiza que la atención a largo plazo esté disponible para quienes la necesitan.

A nivel nacional

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú estima que en 2024 el país contará con aproximadamente 4.747.803 adultos mayores. Esto representa el 13,9% de la población total. Hay más mujeres



que hombres. El 52,5% son mujeres, lo que equivale a 2.493.532. El 47,5% restante son hombres, es decir, 2.254.271. (3)

En 2024, el 5,7% de la gente en Perú vive en extrema pobreza. Los adultos mayores lo sienten más fuertes. El analfabetismo tampoco desaparece, el 14,6% de las personas mayores todavía no tienen acceso a la educación básica. Esto parece una piedra en zapato para el desarrollo natural de la comunidad y pega en la calidad de vida de muchos. Sin la educación básica, los adultos mayores se quedan estancados sin muchas opciones. Y la cosa empeora con los años, es obvio. (4)

A nivel local

En puno el estudio de Chambi y Condori, la estimulación temprana se sitúa en un nivel bastante bajo, aproximadamente el 62,5 %. Las habilidades psicomotoras apenas se están desarrollando, estancadas en torno al 56,25 %. La estimulación temprana mejora considerablemente el desarrollo psicomotor, aproximadamente el 50,7 % del resultado. Supera las pruebas rápidamente. (5)

Hombres y mujeres mayores de cierta edad alcanzan diferentes niveles educativos. En la universidad, el 16,1% de los hombres lo logró, mientras que solo el 9,9% de las mujeres lo logró. Esto representa una ventaja de 6,2 puntos para los hombres. Al principio, la historia es completamente distinta. En el primer nivel, las mujeres se adelantaron considerablemente, con un 18,4% en comparación con solo el 3,8% de los hombres, dejando una gran brecha de 14,6 puntos. En la secundaria, los hombres mostraron



cifras más sólidas nuevamente. El 34% de los hombres lo aprobaron, frente al 26,2% de las mujeres, lo que representa una diferencia de aproximadamente 8 puntos. La educación superior no universitaria tiene una división menor, de solo 1,5 puntos. Esto significa un 9,7% de hombres y un 8,2% de mujeres. En la escuela primaria, las mujeres superan a los hombres por menos de un punto porcentual. (Una carrera bastante reñida). (6)

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1. Problema general

PG. ¿Cuál es la calidad de vida asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024?

1.1.2. Problemas específicos

PE1. ¿Cuáles son las características epidemiológicas asociadas a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana?

PE2. ¿Cuáles son los componentes de autopercepción de la calidad de vida asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana?

PE3. ¿Cuál es el resultado de la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana?



1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

1.2.1 Justificación teórica

La investigación se realizará porque ampliará los estudios sobre calidad de vida asociado a la depresión geriátrica, el estudio sustentará diversas teorías psicológicas y sociales, esto ayudará a las personas a comprender cómo se conectan las emociones en la edad adulta, cuándo aparece la depresión y, en consecuencia, cómo perciben realmente su propia calidad de vida. Los tiempos difíciles golpean duramente a las personas mayores. Perder a un ser querido o debilitarse con la edad te afecta la mente, también cambia cómo te sientes día a día. Integrar estas teorías proporcionaría un marco teórico sólido que permitiría comprender las interrelaciones entre las variables desde perspectivas multidimensionales, guiando así la formulación de estrategias de intervención y apoyo más efectivas.

1.2.2 Justificación práctica

La investigación se realiza **para** tomar medidas en las situaciones que afectan la vida cotidiana y agravan la propagación de las enfermedades. En las personas mayores, la depresión no solo afecta la forma en que se sienten, sino que también parece estar relacionada con la pérdida de algunas capacidades físicas. De esta manera, la investigación nos ayuda a encontrar mejores formas de mejorar tanto cómo se sienten las personas como la salud general de un grupo, así es como se obtiene una visión completa.

1.2.3 Justificación metodológica

Con un enfoque claro en el método, nos basamos en el método científico, utilizando una perspectiva cuantitativa y apeándonos a una configuración no experimental combinada con análisis correlacional. ¿Las herramientas de recopilación de datos? Son sólidas y fiables, y sirven básicamente como guía para cualquier investigación posterior. Además, el uso de encuestas y análisis estadístico permite detectar patrones y conectar los puntos entre todo tipo de variables. Esta forma de trabajar ofrece una visión integral del fenómeno y sienta las bases para elaborar recomendaciones y planes de intervención.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1. Objetivo general

OG. Analizar la calidad de vida asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024.

1.3.2. Objetivos específicos

OE1. Identificar las características epidemiológicas asociadas a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana.

OE2. Describir los componentes de autopercepción de la calidad de vida asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana.



OE3. Verificar el resultado de la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana.

1.4. HIPÓTESIS

1.4.1. Hipótesis general

HG. La calidad de vida está asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024.

1.4.2. Hipótesis específicas

HE1. Las características epidemiológicas asociadas a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana son: La edad, genero, lugar de procedencia, estado civil, convivencia y ocupación.

HE2. Los componentes de autopercepción de la calidad de vida asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana son: El bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar físico, inclusión social y derechos.

HE3. El resultado de la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana es una probable depresión.

1.5. VARIABLES

Variable 1: Calidad de vida

Variable 2: Depresión geriátrica



1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES
Variable 1 1. Calidad de vida	1.1 Características epidemiológicas	1.1.1 Edad	a. 60 a 70 años b. 71 a 80 años c. 81 a 83 años
		1.1.2 Genero	a. Masculino b. Femenino
		1.1.3 Lugar de procedencia	a. Zona urbana b. Zona rural
		1.1.4 Estado civil	a. Soltero(a) b. Casado(a) c. Conviviente d. Viudo(a)
		1.1.5 Actualmente con quien vive	a. Cónyuge b. Cónyuge e hijos c. Hijos d. Otros familiares e. Solo
		1.1.6 Ocupación	a. Jubilado permanece en casa b. Trabajos independientes c. Otro
	1.2 Autopercepción de la calidad de vida	1.2.1 Bienestar emocional	a. Adecuado b. Regular c. Inadecuado
		1.2.2 Relaciones interpersonales	a. Adecuado b. Regular c. Inadecuado
		1.2.3 Bienestar físico	a. Adecuado b. Regular c. Inadecuado
		1.2.4 Inclusión social	a. Adecuado b. Regular c. Inadecuado
		1.2.5 Derechos	a. Adecuado b. Regular c. Inadecuado
Variable 2 2. Depresión geriátrica		2.1 Resultado	a. No depresión (0 – 5 puntos) b. Probable depresión (6-9 puntos) c. Depresión establecida (10 – 15 puntos)



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. A nivel internacional

Hermida, Ofman et. al. (7) En su artículo sobre cómo la calidad de vida y la depresión influyen en las personas mayores jubiladas, comparando por género en Bolivia en 2024, se propusieron explorar cómo se combinan estos dos elementos y cómo el género encaja en el rompecabezas de los adultos mayores que han dejado de trabajar. Abordaron esto con una investigación cuantitativa no experimental, manteniendo la descriptividad y analizando comparaciones y relaciones, todo en un estudio de tipo instantáneo. Hubo 242 participantes en total, divididos por la mitad: 121 hombres y 121 mujeres, ambos jubilados y residentes del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. **Resultados:** Los niveles de depresión eran bastante bajos y, sinceramente, la gente tenía una buena calidad de vida. Parece que el patrón más claro indica que una mejor calidad de vida se relaciona con menos depresión, y además, las estadísticas indican que las mujeres tienen una ventaja al analizar la calidad de vida por género. En resumen, la calidad de vida es una importante protección contra la depresión para las personas mayores



jubiladas. Aun así, supongo que si se analiza desde la perspectiva de los factores sociales que influyen en la salud, existe una verdadera necesidad de reevaluar el significado de la vejez y qué factores influyen en la forma de vida de las personas mayores, simplemente para mantener su bienestar.

Lorenzo (8) en su artículo sobre: Calidad de vida su vínculo con la depresión en el adulto mayor Cuba 2020. Objetivo: Sensibilizar a los profesionales de la salud sobre la atención integral al adulto mayor y promover proyectos que favorezcan su integración social, resaltando la relación entre calidad de vida, autoestima y depresión. **Metodología:** Estudio de carácter descriptivo–documental (revisión teórica) que analiza los cambios biológicos y las limitaciones sociales del envejecimiento y su impacto psicológico, integrando evidencia conceptual sobre autoestima, estilos de vida y determinantes psicosociales. **Resultados:** El envejecimiento psíquico se vincula con una menor capacidad de adaptación; los adultos mayores que asimilan racionalmente sus realidades muestran mejor afrontamiento. La independencia, el respeto a sus decisiones, el apoyo familiar y comunitario, y las acciones de prevención y promoción desde la atención primaria fortalecen la autoestima y favorecen estilos de vida saludables, los cuales inciden positivamente en la calidad de vida y reducen el riesgo de depresión. **Conclusión:** Elevar el conocimiento y la ética hacia la tercera edad permite consolidar una autoestima adecuada y un concepto positivo de sí mismo, componentes esenciales para mejorar la calidad de vida física y



mental del adulto mayor; el respeto a sus derechos debe asumirse como condición legítima para una vejez digna.

Moles, Esteve et. al. (9) en su artículo sobre “Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana” España 2021. Este estudio se propuso determinar la prevalencia de la depresión en personas mayores de 75 años residentes en Castellón de la Plana y qué factores influyen. El equipo empleó un estudio observacional transversal. Distribuyeron un cuestionario a 400 personas mayores de 75 años residentes en la comunidad (no en residencias), seleccionadas cuidadosamente durante 2015. **Resultados:** Prevalencia de síntomas depresivos 30,5% (mujeres 40,1%). Mayor depresión en quienes viven solos (26,6% vs. 16,1%; $p=0,011$). Mejor autopercepción de salud se asocia a menos síntomas. Según fragilidad: no frágiles 12,1%, frágiles 30,8% y prefrágiles 57% ($p<0,05$). Los aspectos negativos de las relaciones sociales son mayores en quienes presentan depresión ($p=0,006$). **Conclusión:** La depresión en los mayores de 75 años presenta una prevalencia relevante (30,5%) y se relaciona con sexo femenino, vivir solo, fragilidad, mala autopercepción de salud y calidad deficitaria de las relaciones sociales; la identificación y abordaje de estos factores es clave para reducir su impacto.

Gálvez, Aravena et. al. (10) en su artículo sobre “Salud mental y calidad de vida en adultos mayores: revisión sistémica” Chile 2020. El **objetivo:** El objetivo es determinar, con datos científicos sólidos, la



salud mental realmente influye en el bienestar de las personas mayores, este estudio comenzó como un importante proyecto de revisión en enero de 2020, extrayendo información de lugares confiables como MEDLINE, LILACS, CINAHL y ScIELO. Se podría decir que la búsqueda utilizó etiquetas como "edad", "persona mayor", "edad mayor de 80 años", "salud mental", "demencia", "depresión", "enfermedad de Alzheimer", "calidad de vida", "WHOQOL-BREE", "WHOQOL-BREF", "WHOQOL-OLD", "SF-12", "SF-36", "Ndf", "escala de depresión geriátrica" y "escalas de salud mental". **Resultados:** Tras revisar la impresionante cantidad de 1231 artículos, solo 15 fueron seleccionados para su análisis. Cuatro estudios recalcan una conexión estadística entre la probabilidad de que una persona se sienta deprimida y la disminución de su calidad de vida. Sin embargo, un estudio sugiere que las personas mayores no están necesariamente condenadas a una baja calidad de vida, incluso con el 31,1 % de ellas lidiando con problemas mentales como el estrés, la depresión o la ansiedad. Sorprendentemente, últimamente he notado que aparecen muchos más artículos sobre cómo medir la calidad de vida y la salud mental, especialmente en los últimos tres años. Las cifras muestran que algunos factores vinculan la salud mental con la percepción que las personas mayores tienen de sus vidas. Me parece interesante observarlo.

Rodríguez, Pérez, et. al. (11) en su artículo sobre “Depresión en la tercera edad” Cuba 2022 Objetivo: Un estudio se propuso determinar la frecuencia con la que la depresión surge entre los adultos mayores que residen en residencias de ancianos en Holguín. Este enfoque fue



descriptivo, y se extendió desde agosto de 2019 hasta marzo de 2020, con todo medido en números. Trabajaron con un grupo de 84 residentes mayores que viven en residencias de ancianos en Holguín. Pero aquí está el truco: se seleccionaron sesenta y seis personas, utilizando una fórmula elaborada en EPIDAT 3.1. Verificaron aspectos como la edad y los antecedentes, si las personas habían experimentado depresión anteriormente, su capacidad para realizar las tareas diarias, su capacidad intelectual y si se presentaron estados de ánimo depresivos. **Resultados:** Un grupo bastante pequeño de personas mostró signos de depresión. La mayoría de los casos se concentraron en hombres, de entre 71 y 80 años, blancos, en su mayoría con solo educación primaria, viudos, con hijos, viviendo solos, con problemas de salud crónicos, con algún tipo de historial de salud mental y sin problemas cognitivos. Se podría decir que las personas mayores alojadas en residencias de ancianos en Holguín no sufrieron depresión con tanta frecuencia. Pero aquí está el truco: la depresión realmente apareció si los sujetos eran hombres, blancos, de entre 71 y 80 años, con un nivel educativo bajo, viudos, solos, con hijos, enfermedades crónicas, con antecedentes de problemas de salud mental y sin deterioro cognitivo.

2.1.2 A nivel nacional

Torres (12) en su artículo sobre “Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos” Perú 2023 **Objetivo:** El estudio analizó la frecuencia con la que se presenta la depresión y sus vínculos en los peruanos mayores de 60 años. Se utilizó información de



la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de 2019 del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Se revisaron las respuestas de 4174 personas de 60 años o más. La investigación se basó en métodos observacionales y analíticos, así como en un análisis transversal. Se centraron principalmente en si una persona padecía un trastorno depresivo, incluyendo casos con o sin depresión grave. Para otros detalles, analizaron la edad, el género, el nivel de escolaridad, la distribución económica en cinco grupos, si vivían en ciudades o en el campo, su ubicación exacta (como Lima Metropolitana, otras zonas de la Costa, la Sierra o la Selva), si contaban con cobertura médica o no, y verificaron si bebían alcohol, fumaban o tenían algún tipo de discapacidad, todo marcado con sí o no. Para explorar los datos, trabajaron con frecuencias totales y relativas, buscaron diferencias en las proporciones y profundizaron en los detalles con un enfoque multivariado basado en modelos lineales generalizados. **Resultados:** El trastorno depresivo se presentó con una tasa del 13,18%, mientras que la discapacidad se situó en el 7,86%. Curiosamente, los hombres mayores tenían menos probabilidades de padecer un trastorno depresivo en comparación con las mujeres (RPa = 0,602; IC del 95%: 0,513-0,706), y las personas mayores de 85 años presentaban un mayor riesgo que las personas de 60 a 74 años (RPa = 1,664; IC del 95%: 1,304-2,124). Además, no tener ninguna discapacidad resultó ser un factor protector (RPa = 0,542; IC del 95%: 0,440-0,668), y quienes tenían un mayor nivel educativo y se encontraban en los tramos de riqueza "medios" o "altos" obtuvieron una protección



adicional en comparación con las personas sin escolaridad y las etiquetadas como "los más pobres" ($p < 0,005$). Entonces, estar en el grupo de mayores de 85 años, ser mujer, estar en los quintiles inferiores de riqueza, tener algún tipo de discapacidad y un nivel educativo más bajo son los que apuntan a un mayor riesgo de trastorno depresivo entre los adultos mayores en Perú.

Macedo (13) en su investigación “Deterioro cognitivo, calidad de vida y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática” Lima 2024 **Objetivo:** la variedad de investigaciones encontradas en cinco importantes bases de datos del último lustro resulta crucial. En respuesta, el equipo diseñó una revisión sistemática que utilizó perspectivas tanto cualitativas como cuantitativas. Utilizando el método PRISMA, la búsqueda arrojó 23 artículos principales. Parece que hay una lección importante bastante clara: los problemas cognitivos y la depresión se combinan, influyendo en la experiencia cotidiana de los adultos mayores. Los **Resultados** lo demuestran: la depresión y las dificultades para pensar van de la mano, lo que perjudica la calidad de vida de las personas. Parece que la edad, la escolaridad, el matrimonio, la frecuencia con la que se mudan y la necesidad de ayuda financiera se ven muy influenciados por estos factores. Se usan principalmente MMSE y GDS-15 (inválido en deterioro grave). La heterogeneidad de escalas de calidad de vida dificulta comparaciones.



Conclusión: Cuando el deterioro cognitivo se combina con la depresión en adultos mayores, la vida suele verse afectada. Para mejorar la investigación y los tratamientos, es necesario elegir las herramientas de evaluación adecuadas y tener en cuenta los límites (pensemos en cómo funciona la GDS-15 cuando alguien presenta un deterioro grave).

Morales (14) en su tesis sobre “Factores asociados al desarrollo de síndrome depresivo en adultos mayores en un establecimiento de salud nivel i-4 de la región Junín- 2023” **Objetivo:** es determinar qué factores están relacionados con el desarrollo del síndrome depresivo en personas mayores en un centro de salud de nivel I-4 en Junín, de julio a diciembre de 2023. A continuación, se trata de determinar la prevalencia del síndrome depresivo. Queremos determinar si factores como la edad, el género, la presencia de problemas de salud crónicos, problemas de funcionamiento, el nivel de escolaridad y el lugar de residencia habitual se relacionan con la aparición de este síndrome. **Metodología:** Este estudio adoptó un enfoque analítico, observacional y transversal. El equipo seleccionó aleatoriamente a 100 adultos mayores de 60 años, pero respetando las reglas de entrada y de corte. Para su evaluación, aplicaron la prueba de Yesavage y el índice de Katz. Decidieron trabajar con SPSS 23 y perfeccionaron un análisis de regresión logística multivariante binomial. Paralelamente, se utilizó un análisis univariante para determinar la prevalencia de la depresión. **Resultados:** Con un intervalo de confianza del 95%, ser mujer ($p = 0,022$, $OD = 3,465$) se destaca totalmente como un factor vinculado al síndrome depresivo, y las mujeres mayores tienen



3,465 veces más probabilidades de recibir este diagnóstico. Mirando dónde viven habitualmente las personas ($p = 0,035$, $OD = 0,341$), es muy probable que este sea otro factor para el síndrome, lo que significa que las personas mayores en comunidades rurales tienen 2,93 veces menos probabilidades de desarrollar síndrome depresivo en comparación con sus contrapartes urbanas. Supongo que la educación hace una diferencia aquí, ya que tener solo educación secundaria en comparación con la educación superior da un valor p de 0,033 y una razón de probabilidades de 0,200, lo que sugiere que los adultos mayores con educación secundaria tienen cinco veces menos probabilidades de terminar con síndrome depresivo que aquellos que completaron la educación superior.

Conclusión: La edad, las enfermedades crónicas y el buen funcionamiento de las personas mostraron valores p bastante discretos ($p = 0,805$, $p = 0,747$ y $p = 0,999$). De hecho, las cifras indican que el síndrome depresivo afecta a entre el 29,43 % y el 48,56 % del grupo, con un IC del 95 %.

Ochoa y Prada (15) en su tesis “Factores sociofamiliares asociados a la depresión en el programa del adulto mayor del hospital referencial de Ferreñafe Pimentel 2022.” **Objetivo:** determinar qué factores familiares y sociales se relacionan con la depresión en las personas mayores del programa 2022 del Hospital de Referencia Ferreñafe. Se empleó un método correlacional bastante sencillo y se mantuvo la metodología no experimental. **Resultados:** Entiende que el 51% de las personas mayores se enfrentaron a problemas sociales.



Muchos de ellos pasaron por momentos difíciles, sintiendo falta de compañía, falta de seguridad y sin encontrar amigos estables. Además, parece que se confirmó que el 46% tenía depresión, por lo que la mayoría de las personas cumplían con los requisitos de sentirse decaído, triste y sin muchas ganas de hacer las cosas cotidianas. Este estudio encontró que la situación familiar ($p = 0,000$), los problemas de dinero ($p = 0,001$), el lugar de residencia ($p = 0,000$) y la ayuda de amigos y otros ($p = 0,000$) juegan un papel importante en la depresión de los adultos mayores en grupo; sin embargo, en lo que respecta a las relaciones sociales, los hallazgos podrían no indicar ninguna relación ($p = 0,063$).

Fernández (16) presenta en su artículo sobre “Depresión en adultos mayores de comunidades indígenas en Purús, Ucayali, Perú 2024.

Objetivo: identificar la prevalencia real de la depresión entre las personas mayores que viven en la comunidad. Los investigadores contactaron a personas mayores que reciben apoyo del Equipo de Atención Integral de Salud de Purús (AISPED), que atiende a personas marginadas o dispersas. Obtuvieron información mediante una hoja de datos especial, y cada participante realizó el examen corto de Yesavage de 15 preguntas.

Resultados: De las 73 personas con las que se habló, el 32,8 % terminó lidiando con depresión: el 26 % presentó síntomas leves y el 6,8 % experimentó una depresión bastante intensa. Por lo tanto, sería conveniente que el sistema de salud buscara soluciones dirigidas directamente a esas necesidades.

Torres, Vilcapuma (17) en su tesis sobre Calidad de vida de los adultos mayores en el Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024.

Objetivo: El plan era determinar la calidad de vida de las personas mayores en el Centro de Adultos Mayores de Huancayo en 2023. En cuanto a cómo se llevó a cabo, la investigación fue bastante básica, meramente descriptiva, y se utilizó un método no experimental, con el proceso científico estándar y, más específicamente, el método de análisis-síntesis, que se basa en números. Trabajamos con los 53 participantes mayores, que conformaban el grupo completo, por lo que no fue necesario usar una muestra. Los **resultados** indican que, en CARGAM Hyo, las personas mayores en 2023 consideran que su calidad de vida es deficiente en varias áreas. En cuanto a la salud física, existe una gran diversidad de opiniones, pero una buena parte afirma sentirse "normal" con respecto a su estado de salud. Además, en cuanto a sus relaciones con los demás y su entorno, las personas mayores ofrecen diversas respuestas, siendo "normal" la que aparece con bastante frecuencia. En resumen, podemos afirmar que la calidad de vida se encuentra en un nivel moderado en estos aspectos, principalmente porque los residentes hablan de las cosas de maneras muy diversas.

2.1.3 A nivel regional

Huayllapuma y Apaza (18) en su tesis sobre: Multimorbilidad y niveles de depresión en adultos mayores que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024. Objetivo: determinar cómo la multimorbilidad se relaciona con las tasas de depresión en las personas



mayores del Centro de Salud Simón Bolívar de Puno. Se optó por un diseño correlacional sin intervención y un enfoque de instantáneas; el grupo de población incluyó a 568 personas mayores, de las cuales 230 se seleccionaron mediante un muestreo intencional no probabilístico. Para la multimorbilidad, se realizó una verificación documental y se detectó la depresión mediante entrevistas directas con los participantes. Las herramientas para obtener los datos fueron un formulario de datos y la GDS-15 o una Escala de Depresión Geriátrica. Los números se procesaron en Microsoft Excel y SPSS 26, mientras que se seleccionó la rho de Spearman para la prueba de hipótesis. Resultados: los adultos mayores con multimorbilidad son los más afectados por la depresión severa (40,1%). Le sigue la depresión moderada con un 36,6%, seguida de cerca por la depresión leve con un 19,7%. Parece que existe una relación real entre tener muchos problemas de salud y la gravedad de la depresión, ya que p es de 0,000 y el vínculo alcanza un sólido 0,483 para una correlación positiva moderada. Por lo tanto, cuando la multimorbilidad aumenta, la depresión aumenta con ella.

Damian (19) en su tesis sobre “Efectividad de la danzaterapia en el nivel de depresión del adulto mayor en el Puesto de Salud Jayllihuaya – Puno 2019”. **Objetivo:** determinar cómo la bailoterapia afecta la depresión en personas mayores del Health Post, los investigadores iniciaron un preexperimento con configuraciones de prueba previa y posterior en un solo grupo, además de una muestra no probabilística. La población incluyó a 130 personas mayores, pero solo 84



de ellas (hombres y mujeres de entre 60 y 86 años) fueron seleccionadas para el estudio. El equipo obtuvo información de una encuesta. Utilizaron la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, de tan solo 15 preguntas. Las tablas mostraban muchos números y porcentajes. Simple. Pero aquí está la clave: para comprobar las conjeturas del estudio, compararon las puntuaciones de depresión antes y después y luego realizaron una prueba de chi-cuadrado para homogeneidad. El nivel de confianza fue del 95 % (bastante sólido). **Los resultados**, la tasa de depresión severa entre los participantes era del 45,24%, pero después de cambiar a la actividad física, ninguno de los adultos mayores mostró signos de depresión severa. Los niveles de depresión moderada comenzaron en 40,47% antes de la terapia, bajando drásticamente al 10,71% una vez finalizada la terapia. Curiosamente, los casos de depresión leve pasaron del 14,29% antes de la terapia de baile a un impresionante 89,29% después, ya que las personas pasaron de categorías más graves al grupo leve. Si observa los resultados demográficos de los adultos mayores (edad, sexo, estado civil y nivel educativo), la mayoría lidiaba con depresión severa o moderada antes de participar en la terapia de baile. Las cosas cambiaron después de que probaron la terapia de baile; la depresión severa desapareció y la mayoría se quedó solo con síntomas leves o moderados.

Maquera (20) en su tesis sobre “Abandono familiar y calidad de vida en adultos mayores del Centro Poblado De Camicachi, Ilave 2024” El objetivo: determinar cómo el abandono familiar afecta la calidad de vida de las personas mayores que viven en Camicachi. Se optó por un estudio



cuantitativo que suele buscar correlaciones y simplemente describe lo existente, utilizando un enfoque transversal no experimental. Población: 150 adultos mayores; muestra: 108 seleccionados por conveniencia. Recolección mediante entrevista y cuestionarios: Abandono Familiar y WHOQOL-BREF abreviado (válidos y confiables). Análisis en SPSS v25 con correlación Rho de Spearman. **Resultados:** La mayoría presenta niveles promedio de calidad de vida aun con abandono moderado (57,4%), material/económico (44,4%) o por rechazo (57,4%); existen subgrupos con salud física y psicológica bajas. El abandono familiar total (Rho=-0,595), el material o económico (Rho=-0,518) y el rechazo (Rho=-0,598) se relacionan de forma importante con una peor calidad de vida (p=0,000). **Conclusión:** El abandono familiar en sus distintas formas deteriora significativamente la calidad de vida del adulto mayor; reducirlo y fortalecer el soporte físico, psicológico y social es clave para mejorar su bienestar.

Choque y Torres (21) en su tesis sobre Nivel de depresión del adulto mayor en el Centro de Salud de la Revolución, Juliaca-2021. Objetivo: Conocer el nivel de depresión en los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Revolución y describirlo según género, edad, estado civil, instrucción, ocupación y convivencia familiar. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal con una muestra de 61 adultos mayores. La recolección de datos se realizó mediante entrevista y cuestionario, utilizando como instrumento la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (1983). **Resultados:** El 41,7% presentó depresión



grave y alrededor del 11% depresión leve. Predominaron adultos de 71–80 años (41,7%), varones (56,7%), sin instrucción (48,3%), casados (51,7%) y viudos (41,7%); el 86,7% no trabaja y el 63,3% vive con su familia. La depresión grave fue más frecuente en viudos (41,7%), personas sin instrucción (30%), que no trabajan (41,7%) y que no conviven con la familia (30%). **Conclusión:** Se evidencia alta proporción de depresión grave en esta población, asociada a factores sociodemográficos de vulnerabilidad (viudez, baja instrucción, inactividad laboral y escaso apoyo familiar), lo que demanda intervenciones preventivas y psicosociales focalizadas.

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Calidad de vida

Para los adultos mayores, la calidad de vida se traduce en tranquilidad y comodidad, sentirse apoyados y protegidos por la familia con verdadera amabilidad y respeto, además de tener cubiertas sus necesidades personales de expresión, decisión, comunicación y conocimiento como parte de una comunidad. Por otro lado, las familias creen que se trata de que los adultos mayores tengan suficiente comida, ropa adecuada, se mantengan limpios y vivan en una vivienda digna. (22)

Cada persona la percibe de forma diferente; se relaciona con quiénes son, cuán felices se sienten y qué piensan de su propio nuevo enfoque. Se pueden detectar indicios de ella en las experiencias personales, la salud y la interacción con los demás o con su entorno. Además, todo depende de diversos factores.



La calidad de vida surge de la combinación de diferentes aspectos de la vida como persona, como el lugar donde vives, la ropa que usas, la comida que comes, tu educación y tus libertades personales. Cada aspecto influye en el bienestar. Lograr ese bienestar también depende de cómo se desarrolla el envejecimiento y de cómo cada persona se adapta a los cambios en su cuerpo y mente a medida que el mundo que la rodea cambia con el tiempo, y cada uno lo enfrenta a su manera. Ese tipo de adaptación afecta la salud física, puede causar problemas de memoria y contribuye a la preocupación por quedarse atrás, morir, ser dependiente o contraer una discapacidad.

2.2.1.1. Características epidemiológicas

Mayores de 80 años, y las mujeres con otros problemas de salud encabezan la lista. Verá que la mayoría ocurre en casa después de una caída, y el dolor en el lugar de la lesión es muy intenso. La fractura más frecuente es la intertrocantérea, y los médicos suelen optar por la fijación interna como solución. (23)

El 27,2% de los hogares en todo el país están encabezados por una persona mayor. Curiosamente, al desglosarlo por género, hay más mujeres mayores que hombres mayores al frente del hogar. De hecho, de todos los hogares con mujeres al frente, el 28,9% son mujeres mayores, mientras que en el caso de los hombres, el 26,3% son adultos mayores. En las zonas rurales, el 38,9% de los hogares están encabezados por mujeres mayores y el 28,1% por hombres mayores; la diferencia de género es de unos sólidos 10,8 puntos porcentuales. Supongo que en las



ciudades las cifras cambian, ya que las mujeres mayores encabezan el 27,1% de los hogares, mientras que en el caso de los hombres, es solo el 25,8%. Alrededor del 11,7% de los adultos mayores no cursaron estudios o apenas los habían comenzado, y el 37% terminó la escuela primaria. Sin duda, el 29,5% completó la educación secundaria y el 21,8% logró la educación superior (el 12,2% obtuvo un título universitario y el 9,6% cursó estudios no universitarios). Sorprendentemente, el 27,5% de los hogares con al menos un adulto mayor padecen insuficiencia calórica. Al parecer, en Lima Metropolitana, esa cifra asciende al 37,7%, seguida por el 23,3% en otras zonas urbanas, mientras que solo el 18,9% enfrenta este problema en las zonas rurales. (24)

Edad

Se considera adulto mayor a cualquier persona de 60 años o más. (23)

De hecho, la ONU establece los 60 años como umbral, pero en los países más ricos, la mayoría de las personas marcan el inicio de la vejez a los 65. Los cambios naturales que ocurren en nuestros cuerpos a medida que envejecemos no siguen un patrón, y dependen mucho de circunstancias individuales como el lugar donde vives, tus finanzas, tu cultura, lo que comes, tu actividad e incluso tu estado emocional. ¿Algo que realmente importa en esta etapa? Asegurarse de poder seguir funcionando y mantenerse independiente, sin importar la edad o cualquier problema de salud inminente.



Género

El sexo incluye todos los rasgos físicos, detalles biológicos, estructuras corporales y procesos corporales que definen a una persona como hombre o mujer. Generalmente, el sexo se determina de forma natural al nacer. (24)

El género proviene de las diferentes reglas sociales que establecen valores y moldean cómo actúa cada persona. En espacios donde el trabajo remunerado cobra protagonismo, la sociedad vincula esos trabajos con los hombres, mientras que el cuidado, las emociones y la vida familiar se etiquetan como algo femenino. Al llegar a la edad adulta, es común ver a las mujeres compaginando un doble rol: trabajar y, al mismo tiempo, encargarse de las tareas de cuidado en su vida personal. Los hombres, por su parte, se mantienen mayormente en el mundo laboral fuera del hogar, pero su rol como proveedores implica estar vinculados tanto a espacios públicos como privados. La idea del género no se limita a los roles; los expertos han explorado y descubierto que también es un factor real en la salud. Existen ciertas categorías (roles, responsabilidades y actividades diarias) que moldean la salud de hombres y mujeres de manera diferente. Al mismo tiempo, cada etapa de la vida conlleva su propio conjunto de indicadores de salud adaptados a la edad. La forma en que las personas mayores afrontan la jubilación podría influir en su salud. (25)



Lugar de procedencia

A principios de 2023 en las zonas rurales, el 42,7% de las familias tenía a alguien de esa edad. Y aquí hay algo: las familias que viven en Lima Metropolitana con un adulto mayor representan el 41,7% de los hogares. Curiosamente, solo el 36,8% de los hogares en otras zonas urbanas tienen al menos una persona de esta edad.

La independencia entre los adultos mayores se situó en el 85% en las zonas urbanas, seguida de cerca por las zonas rurales, con un 82%. Parece que su estado cognitivo resultó normal en el 65% en las zonas urbanas, pero en el campo, el 72% presentó niveles leves. Resulta sorprendente, pero el 85% de los habitantes de la ciudad no presentó ningún signo de depresión, mientras que solo el 68% de los habitantes de las zonas rurales evitó esos estados depresivos. Supongo que las revisiones familiares detectaron riesgo social en el 88% de los casos urbanos, y en las zonas rurales, en el 78%. (26)

Estado Civil

Al desglosar por estado civil, el 63,6 % de los adultos mayores están casados o viven en pareja, el 19,3 % han perdido a su cónyuge y el 17,1 % se encuentra en una categoría de relación diferente. Curiosamente, el 15,6 % de este grupo de personas mayores pertenece al grupo de los octogenarios. Por lo tanto, al considerar la edad, alrededor del 15,6 % de los adultos mayores son octogenarios, es decir, personas de 80 años o más: la friolera de 647 000 personas. Sorprendentemente, de estas



personas, el 56,4 % son mujeres, mientras que solo el 43,6 % son hombres. (29)

Pero, dejando la edad de lado por un momento, las brechas de género realmente impactantes surgen al combinar la soltería o el matrimonio con la convivencia.

Para los hombres, ser viudo y vivir solo prácticamente les impone una dura crítica por su mala salud. Por otro lado, las mujeres tienen una actitud totalmente diferente: las viudas solteras tienen el mayor riesgo de afirmar que su salud es peor, seguidas por las mujeres separadas o divorciadas que viven solas.

Actualmente con quien vive

Jubilarse es un golpe duro. Enfermarse con la edad empeora aún más. La vida da un vuelco. Algunos mayores terminan sentados sin nadie que los cuide. La depresión se cuele y trastoca la mente de las personas. A veces uno se siente un poco perdido. Creo que vale la pena recordar que envejecer es simplemente una parte normal de la vida para todos. El experto señala que es importante que las familias se reúnan y reconsideren cómo pasan el tiempo juntas. Además, las familias deben asegurarse de brindar mucho amor y momentos de calidad, y reconocer que los adultos mayores aún tienen mucho talento que desarrollar durante estos años. (27)

Ocupación

En este momento, una serie de problemas amenazan el futuro del sistema de pensiones de la seguridad social del Perú. La realidad es que las



personas mayores en el mercado laboral peruano tienen pocas oportunidades, y esto solo ha agravado la crisis de las pensiones con el tiempo. Desde esta perspectiva y considerando el derecho de todos a la igualdad de trato, tiene sentido impulsar medidas positivas que permitan contratar a las personas mayores, lo que ayuda a asegurar el futuro del sistema de pensiones y les permite reincorporarse al trabajo con pleno respeto a su dignidad. Incorporar a los adultos mayores les brinda una situación laboral formal, lo que significa que pueden aportar dinero a la seguridad social y alcanzar el objetivo necesario para obtener una pensión. Además, este enfoque está diseñado para retrasar el uso del sistema de pensiones durante el período de trabajo que estos incentivos permiten, dando a los ahorros para la pensión la oportunidad de estabilizarse en lugar de quedarse estancados en una crisis a punto de estallar. (28)

2.2.1.2. Autopercepción de la calidad de vida

La autoevaluación de salud es eficaz para verificar el estado de salud de los adultos mayores. Contribuye a la formulación de políticas públicas que buscan un acceso equitativo para todos.

Aparecida por primera vez en la década de 1950, la autoevaluación de la salud se convirtió rápidamente en una herramienta confiable para evaluar el bienestar general, ya que integra las opiniones personales de las personas como datos reales. Existe evidencia que demuestra que funciona como un predictor independiente y fiable de quiénes podrían



enfrentar una mayor mortalidad entre las personas mayores, especialmente los hombres.

La autopercepción se describe básicamente como la evaluación personal que cada persona hace de su propio bienestar funcional, social y psicológico, ya sea optimista o pesimista. Esto se relaciona con cómo se sienten las personas y lo que les sucede día a día. Conforman un contexto psicológico y sociológico que funciona tanto para individuos como para grupos más grandes, dentro de una perspectiva socioambiental donde las personas se comprometen con diferentes maneras de juzgar sus sentimientos, pensamientos y acciones. Algunos podrían decir que el concepto de salud se vincula más a menudo con si una persona está enferma o no. Sin embargo, las cosas han cambiado con los años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) determinó que la salud significa pleno bienestar físico, mental y social, y no solo estar libre de enfermedades. Con esta idea, la salud comenzó a considerarse un factor importante para determinar el bienestar de las personas. (29)

Bienestar emocional

Gestionar las emociones es fundamental para mantenerse sano y sentirse bien en cualquier etapa de la vida. Si puedes usar tus habilidades emocionales, podrás afrontar problemas, resolver problemas, reaccionar a los cambios y conectar con los demás. Además, para gestionar las emociones correctamente, identificar qué te afecta, ya sea positivo o negativo, es vital para iniciar un proceso de regulación emocional que impulse tu bienestar general.



Los factores biopsicosociales pueden alterar la forma en que las personas manejan sus emociones con el tiempo, dificultando la regulación de los sentimientos y el manejo del estrés. (30)

Relaciones interpersonales

El número de hijos en una familia puede influir de manera significativa en la calidad del cuidado, la atención y la estimulación que recibe cada niño, afectando así su desarrollo psicomotor durante la etapa de lactancia. El número de hijos influye en el desarrollo psicomotor del lactante principalmente a través de la cantidad y calidad de estímulos, atención y cuidados que recibe. Mientras que familias con un solo hijo pueden brindar mayor atención personalizada, las familias numerosas enfrentan el reto de distribuir recursos y tiempo, aunque también ofrecen un ambiente rico en interacción social y motora. Por ello, es fundamental fortalecer las redes de apoyo y promover estrategias que aseguren estimulación adecuada para todos los niños, independientemente del tamaño familiar. Con frecuencia, se asocia la vejez con una ruptura progresiva de las relaciones, ya que las familias se distancian y las responsabilidades sociales se desvanecen, lo que genera mayor confusión familiar.

Relaciones positivas: Contar con un equipo familiar dinámico, unido y alentador les ayuda a afrontar las limitaciones y el dolor que conlleva la pérdida, ya que les reduce el estrés. Además, este apoyo les motiva a seguir adelante, les proporciona consejos e información oportunos sobre cómo vivir de forma independiente, refuerza su positivismo y les permite



satisfacer una de las necesidades básicas que todos compartimos: amar y ser amados.

Apoyo social percibido: Las personas mayores que reciben más apoyo social a través de conversaciones telefónicas o pasando tiempo con amigos, familiares y vecinos, así como quienes asisten regularmente a eventos sociales, tienden a tener una salud más saludable y a sentirse más satisfechas con sus vidas. Y aquí está el truco: quienes mantienen vínculos estrechos con familiares, amigos o grupos como su asociación comunitaria, en realidad, permanecen más tiempo en la comunidad que quienes carecen de esos vínculos.

Amistad para toda la vida: Cuando las personas envejecen, tener amigos les brinda un apoyo verdaderamente valioso y significativo. Los amigos no solo comparten la edad, sino que también comparten cosas importantes: experiencias pasadas similares, pasiones, recuerdos y creencias fundamentales, todo lo cual se une para crear una relación cómoda y fluida, sin dramas.

Amplíe sus relaciones: La percepción que tienes sobre la compañía y si tienes buenos amigos cerca influye en tu nivel de felicidad y es vital para afrontar la vejez. Tener amigos ayuda a las personas a sentirse más capaces, significativas y útiles en la vida. Además, mejora el sentido de identidad, a la vez que fomenta la felicidad, la salud y una vida más longeva; y a veces incluso influye en la riqueza y el éxito. Sorprendentemente, muchas personas lo consideran un simple privilegio.

(31)



Bienestar físico

Mantenerse físicamente sano a medida que envejece es vital para que la vida siga siendo emocionante y esté llena de posibilidades. En la mayoría de los casos, mantenerse activo y recibir atención médica completa son maneras importantes de mantener una buena calidad de vida y reducir el riesgo de desarrollar enfermedades asociadas con el envejecimiento.

Supongo que el bienestar físico significa realmente poder realizar actividades e interactuar socialmente sin barreras físicas, dolor constante ni señales de alerta sobre la salud. (32)

Inclusión social

Además, existen numerosas medidas bien pensadas, gestionadas por especialistas en este campo, dirigidas directamente a las personas marginadas. El objetivo es simplemente ayudar a estas personas y brindarles una verdadera oportunidad de alcanzar la felicidad personal y social. La integración social ofrece muchísimas ventajas, no solo evitando que las personas vulnerables queden marginadas, sino también impulsando a toda la comunidad, ya que una mayor comodidad personal se traduce en una sociedad más feliz en general. Además, en una multitud, nadie tiene exactamente la misma información, por lo que la integración social descubre oportunidades para aprender y explorar culturas desconocidas. Y aquí está la cuestión: las sociedades cambian mucho; todo está en constante cambio. Ese tipo de cambio continuo podría explicar por qué la integración social se da en tantos países del mundo. (33)



Derechos

Los adultos mayores deberían tener sus derechos humanos y libertades fundamentales protegidos, permitiéndoles ejercer derechos como estos.

- a) Vivir con dignidad, plenitud, independencia y una mente y un cuerpo sanos
- b) Las personas deberían estar libres de ser tratadas de manera diferente por su edad y rechazar todas esas representaciones negativas.
- c) Algunos podrían decir que todos deberían tener las mismas oportunidades.
- d) Deberían recibir el tipo de atención, seguridad social y ayuda familiar que se ajuste a su situación.
- e) Supongo que es importante que puedan permanecer con su familia y envejecer en sus hogares y vecindarios.
- f) Nadie debería tener que lidiar con violencia de ningún tipo, punto.
- g) Parece que los adultos mayores necesitan acceso a la educación y la formación cuando lo deseen.
- h) Participa y haz oír tu voz: participa en la vida social, laboral, económica, cultural y política.
- i) Y en lo que respecta a los servicios públicos y privados, tú decides primero cómo quieres ser tratado.
- j) Cualquier procedimiento en el que participes debería darte información sólida y actualizada, sin preguntas.

- k) Algunos dicen que solo se espera que las personas realicen trabajos o tareas que se ajusten a lo que su cuerpo y mente puedan soportar.
- l) Tienes derecho a decir sí o no por adelantado, después de que te hayan explicado adecuadamente lo que está sucediendo, en cada aspecto de tu vida.
- m) Además, se espera que recibas atención médica completa y participes activamente en el tratamiento, con profesionales de la salud escuchando, realmente escuchando, lo que quieres y lo que te preocupa.
- n) Si alguna vez pierdes tu libertad, las condiciones físicas donde te retienen deberían ser acordes a tus necesidades reales; supongo que ese es el objetivo.
- ñ) Y, por supuesto, todos merecen acceso a la justicia. (34)

2.2.2. DEPRESIÓN GERIÁTRICA

Sentirse deprimido, desconectado, enojado o simplemente perder el interés puede convertirse en un verdadero problema si dura semanas y dificulta las tareas cotidianas. Muchas personas mayores lidian con la depresión, pero la cuestión es que no debería considerarse parte del envejecimiento. Curiosamente, a menudo la gente la pasa por alto y no recibe la ayuda que necesita.

Causas: A medida que las personas envejecen, los cambios en el estilo de vida pueden aumentar la probabilidad de padecer depresión o intensificar los síntomas preexistentes. Algunos de estos factores son:



- Recoger y salir de casa, como mudarse a un centro para personas mayores, puede ser un gran cambio.
- El dolor persistente o lidiar con una enfermedad es un desafío considerable, la verdad.
- A veces, los hijos hacen las maletas y se mudan.
- Supongo que perder a tu pareja o a buenos amigos es muy duro.

Dificultar la independencia, como tener dificultades para cuidar de uno mismo, moverse con libertad o incluso perder la licencia de conducir, puede ser un verdadero cambio radical.

A veces, sentirse deprimido está relacionado con problemas de salud, como lidiar con problemas físicos:

- Trastornos tiroideos
- Mal de Parkinson
- Enfermedad del corazón
- Cáncer
- Accidente cerebrovascular
- Demencia (como mal de Alzheimer)

Exceso de bebidas alcohólicas, tomar medicamentos como pastillas para dormir puede empeorar la depresión. Demasiadas bebidas y demasiadas pastillas, la depresión se agrava.

Síntomas: Aparecen varios signos familiares de depresión. Aun así, a veces es difícil identificar la depresión en personas mayores. Algunos dicen que son cosas que vienen con la edad o que quizás indican algo



más. Por lo tanto, situaciones que suelen afrontar las personas mayores.

(35)

Tratamiento

Comienza el tratamiento abordando cualquier afección que pueda estar causando los síntomas.

Si algún medicamento parece empeorar la situación, lo mejor es suspenderlo. 7

Además, dejar el alcohol y las pastillas para dormir también ayuda.

Supongo que, si estas medidas no solucionan el problema, los antidepresivos y la terapia de conversación suelen marcar una diferencia considerable.

La mayoría de los médicos suelen empezar a tratar a las personas mayores con cantidades más pequeñas de antidepresivos y luego aumentan la dosis a un ritmo más lento que si se tratara de adultos más jóvenes.

Para manejar mejor la depresión en el hogar

- Haz ejercicio con regularidad, siempre que tu médico te lo permita.
- Procura tener amigos que te apoyen y te animen, y haz cosas que realmente disfrutes.
- Intenta establecer rutinas de sueño sólidas.
- Creo que vale la pena aprender a detectar los primeros signos de depresión y saber qué hacer si los detectas.



- Modera el consumo de alcohol y evita las drogas ilegales.
- Si algo te molesta, háblalo con alguien de confianza.
- Sigue tus recetas y consulta con tu médico si aparecen efectos secundarios.
- Pronóstico

La depresión suele mejorar cuando las personas reciben algún tipo de tratamiento. Si puedes recurrir al apoyo de los servicios sociales y mantener cerca a tus amigos y familiares, es probable que tengas más posibilidades de mantenerte activo y ocupado.

El suicidio es el riesgo más alarmante asociado con la depresión, en las personas mayores, los hombres representan la mayor parte de las muertes por suicidio. Resulta que las personas divorciadas o que han perdido a su cónyuge enfrentan un riesgo aún mayor.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Autopercepción

La persona suele atribuirse más cualidades y rasgos que a los demás, lo que significa que acumula valores y características adicionales en su propia identidad en lugar de compartirlos con el grupo. Curiosamente, se atribuye muchos más atributos de los que asigna a los demás. (29)

Bienestar

Cuando alguien se encuentra en este estado, se siente realmente bien y se desenvuelve bien en su vida diaria. (30)



Calidad

La gente lo usa para hablar de todo, desde cómo se llevan las comunidades hasta los detalles esenciales de estar física y mentalmente bien, con definiciones que surgen en psicología, sociología, medicina, ciencias políticas, estudios de desarrollo y muchas otras áreas. (36)

Depresión

La gente lidia con esto constantemente; de hecho, es un trastorno mental bastante común. Se trata de sentirse deprimido o perder el interés en cosas que solían disfrutar durante un largo periodo. (35)

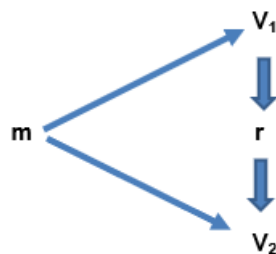
CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio no empleó experimentos; en cambio, observó cómo los eventos surgían de forma natural y los analizó en el momento en que ocurrían. En el trabajo no experimental, no se construyen configuraciones, simplemente se captura lo que ya existe.

Parece que la configuración actual coincide:



Donde:

M = Muestra

V1= Calidad de vida

V2= Depresión geriátrica

R = Correlación de las variables



3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Fue básico ya que ayuda al crecimiento del conocimiento y da las bases para la investigación práctica posterior. Es correlacional porque se establecieron vínculos estadísticos entre cada variable.

Es transversal porque durante la investigación se realizó en un periodo determinado de tiempo.

Enfoque:

Esto define un método cuantitativo, ya que el proceso toma datos y los estudia para abordar preguntas de investigación y verificar si las hipótesis pasadas se sostienen.

3.3. MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN

Se optó por el método deductivo hipotético. Este método, en cierto modo, supone lo que vemos usando reglas generales.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1 Población

La población de este trabajo está constituida por 935 adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca.

3.4.2 Muestra

Como muestra según la fórmula tenemos un total de 201 adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca.

Tamaño de la población	N	935
Error Alfa	α	0.05
Nivel de Confianza	$1-\alpha$	0.95
Z de $(1-\alpha)$	Z $(1-\alpha)$	1.96
Prevalencia de la Enfermedad	p	0.40
Complemento de p	q	0.60
Precisión	d	0.06

Tamaño de la muestra	n	201
----------------------	---	------------

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

$$n = \frac{935 \quad 3.8416 \quad 0.40 \quad 0.60}{0.0036 \quad 934 \quad + \quad 3.842 \quad 0.40 \quad 0.60}$$

$$n = \frac{862.145}{3.3624 \quad + \quad 0.922}$$

$$n = \frac{862.145}{4.284}$$

$$n = 201.248$$

$$n = \quad \mathbf{201}$$

Criterios de inclusión:

- Personas de entre 60 y 83 años que acudan al Centro de Salud Santa Adriana Juliaca.
- Hombres y mujeres.
- Adultos mayores deseen participar en un estudio.



- Adultos mayores firmen el consentimiento informado. Sí, se requiere documentación.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores menores de 60 y mayores 83 años de edad que se atienden en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca.
- Adultos mayores que tengan problemas para comunicarse.
- Adultos mayores que no acepten participar del estudio.
- Adultos mayores que no firmen el consentimiento informado.

3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

3.5.1 Técnicas: Se utilizó la entrevista según la operacionalización de variables.

Variable 1: Entrevista.

Variable 2: Entrevista.

3.5.2 Instrumento

Variable 1

Instrumento

Se utilizó guía de entrevista sobre calidad de vida. El cual consta de dos dimensiones, el primero el cual se denomina características epidemiológicas tiene seis indicadores y alguien percibe su propia calidad de vida, normalmente se fijan en cinco aspectos: el bienestar emocional, las relaciones con los demás, la salud física, la inclusión social y los derechos. Estos cinco aspectos abarcan muchos aspectos.



Autor: Escala FUMAT Miguel Ángel Verdugo Alonso, Laura Elisabet Gómez Sánchez, Benito Arias Martínez

Adaptación y validación: Rojas, Rosbel (2025)

Aplicación: Adultos mayores

Tipo de aplicación: Individual

Tiempo de aplicación: 20 minutos aproximadamente.

Puntaje:

- a. Adecuado (7 a 10 puntos)
- b. Regular (4 a 6 puntos)
- c. Inadecuado (0 a 3 puntos)

Variable 2

Instrumento

Se utilizó una guía de entrevista sobre depresión geriátrica, la escala de depresión geriátrica de Yesagave. Es un instrumento de autoreporte, que está compuesto por 15 reactivos los cuales se encargan de realizar la medición de la presencia de síntomas de depresión mediante preguntas directas.

Ficha técnica:

Administración: Adultos mayores.

Tiempo de administración: 10-15 minutos.

Normas de aplicación: La persona que realiza la prueba le hace las preguntas directamente al paciente, sin desglosarlas ni explicar su significado. El paciente no necesita pensar demasiado en las respuestas.

Simplemente diga "sí" o "no" según cómo se sintió la semana pasada.



Puntaje total 15 puntos

- a. No depresión (0 – 5 puntos)
- b. Probable depresión (6-9 puntos)
- b. Depresión establecida (10 – 15 puntos)

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para recolectar datos, solicitamos al responsable del centro de salud permiso para trabajar con el personal, principalmente los licenciados en enfermería.

Luego se realizó las coordinaciones con las licenciadas de enfermería para proceder a recolectar los datos.

Los participantes firmaron primero el consentimiento informado.

La recopilación de datos duró tres meses. Posteriormente, transcribí todo, lo codifiqué, lo conté y lo pasé por el programa SPSS. Los resultados se incluyeron en las tablas estadísticas para analizarlos y comprender su significado.

Al observar los datos, comparé los resultados con la información de fondo del estudio y la teoría actualizada.

3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

La prueba de hipótesis se realiza mediante ciertos métodos para determinar si una idea es correcta o no con base en la probabilidad. La

prueba de chi-cuadrado (X^2) permitió manejar y comprender números.

Cuando un valor p era menor de 0,05, se consideraba un factor importante.

Formula del chi cuadrado:

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

Donde:

X^2 : Chi cuadrado

e_i : frecuencia esperada

o_i : frecuencia observada

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

3.8.1 Validez

Tres jueces expertos revisaron el instrumento para la variable 1 (identificaron qué funcionaba y qué no). Dijeron que se mantenía firme y era confiable. Los tres lo aprobaron, por lo que la validación fue del 100 %. Listo para la investigación.

Para la variable 2, utilizamos una escala de depresión geriátrica de Yesavage. Tres jueces expertos la revisaron y le dieron plena aprobación (100% de validación).

3.8.2 Confiabilidad

Se ha obtenido una confiabilidad alta de los instrumentos, con un valor global de 0.704; determinando que el instrumento de la variable 1 es altamente confiable y adecuado para medir las dimensiones.

El instrumento diseñado para la Variable 2 también demostró una alta confiabilidad de 0.854, lo que lo valida como una herramienta adecuada y consistente para la medición precisa de sus dimensiones.

El alfa de Cronbach comprueba la fiabilidad de una encuesta o prueba, generalmente mediante escalas de Likert. Para obtener el alfa de Cronbach, se utilizan varianzas. Esa es la idea básica:

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

En que:

K cuenta los elementos.

S_i^2 suma las varianzas de un elemento.

S_t^2 registra la varianza de la suma total de elementos.

α es el coeficiente alfa de Cronbach.



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El objetivo principal analizó cómo la depresión afecta la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024.

Hay doce tablas con las cifras.

Tras analizar los datos, se puede observar que estos aspectos están relacionados. A continuación, se presenta el resultado.

Tabla 1. Edad asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024

Edad	Depresión geriátrica						Total	
	No presenta depresión		Probable depresión		Depresión establecida			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
60 a 70 años	40	19,9	54	26,9	1	0,5	95	47,3
71 a 80 años	20	10,0	46	22,9	16	8,0	82	40,8
81 a 83 años	0	0,0	6	3,0	18	9,0	24	11,9
Total	60	29,9	106	52,7	35	17,4	201	100,0

Fuente: G. entrevistas.

$$X^2_{cal}=77,261$$

$$P=0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

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

$$Gf=4$$



El primer objetivo específico fue: Identificar las características epidemiológicas asociadas a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana, por tanto, se tiene 6 tablas:

Observando la tabla 1, vemos el indicador edad de los adultos mayores asociada a la depresión geriátrica en la cual se observa que el 47,3% tienen entre las edades de 60 a 70 años, el 40,8% tiene edades de 71 a 80 años y el 11,9% tiene 81 a 83 años.

Entre las personas mayores con posible depresión, el 26,9 % se encuentra en el grupo de edad de 60 a 70 años. ¿En cuanto a las personas sin depresión? Aproximadamente el 19,9 % tiene entre 60 y 70 años. Curiosamente, de las personas con diagnóstico oficial de depresión, solo el 9,0 % tiene entre 80 y 83 años.

Al revisar las estadísticas, establecimos un límite error del 5% significativamente estadístico se ubicó en $p < 0.05$; X^2_{cal} fue igual a 77.261 que supera a X^2_{tab} establecido en 9.488, con grados de libertad iguales a 4 y nivel de significancia observado de $P = 0.000$.

Según la investigación de Moles et al. (9) la prevalencia de síntomas depresivos 30,5%; en frágiles 30,8% y prefrágiles 57%, $p < 0,05$) evidencian que la edad incrementa el riesgo de depresión; en nuestro estudio esta relación se confirma estadísticamente ($\chi^2 = 77,26$; $gl = 4$; $p < 0,001$), concentrándose la depresión establecida en los ≥ 81 años (9,0%).

Tabla 2. Género Asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024

Género	Depresión geriátrica							
	No presenta depresión		Probable depresión		Depresión establecida		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Masculino	27	13,4	38	18,9	16	8,0	81	40,3
Femenino	33	16,4	68	33,8	19	9,5	120	59,7
Total	60	29,9	106	52,7	35	17,4	201	100,0

Fuente: G. entrevistas

$$X^2_{ca}=1,850$$

$$P=0,396$$

ES SIGNIFICATIVA

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

$$Gf=2$$



Observando la tabla 2, se muestra la distribución de género entre los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca. Se observa que el 59,7 % son mujeres y el 40,3 % son hombres.

El grupo de adultos mayores con probable depresión está compuesto por un 33,8 % de mujeres; el grupo que no presenta depresión incluye un 16,4 % de mujeres; y el grupo con depresión establecida agrupa un 9,5 % de mujeres.

Al revisar las estadísticas, establecimos un límite error del 5% significativamente estadístico se ubicó en $p < 0,05$; con $X^2_{cal} = 1,850$ siendo menor que $X^2_{tab} = 5,991$, $Gl = 2$ en efecto y un valor mayor correspondiente de $P = 0,396$.

Según Hermida et al. (7) describen diferencias de calidad de vida comparativas por género y reportan menor riesgo en varones ($RP_a = 0,602$; $IC_{95\%}: 0,513 - 0,706$); no obstante, en nuestra población el género no mostró asociación significativa con la depresión ($\chi^2 = 1,85$; $gl = 2$; $p = 0,396$), lo que sugiere factores locales protectores que equilibran el riesgo.

Tabla 3. Lugar de procedencia asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024

Lugar de procedencia	Depresión geriátrica						Total	
	No presenta depresión		Probable depresión		Depresión establecida			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Zona urbana	48	23,9	95	47,3	9	4,5	152	75,6
Zona rural	12	6,0	11	5,5	26	12,9	49	24,4
Total	60	29,9	106	52,7	35	17,4	201	100,0

Fuente: G. entrevistas

$$X^2_{cal}=59,183$$

$$P=0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

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

$$Gl=2$$



Observando la tabla 3, tenemos el lugar de procedencia asociado con la de depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca. Se observa que el 75,6 % reside en la zona urbana y el 24,4 % proviene de zona rural.

El grupo de adultos mayores con posible depresión está compuesto por un 47,3 % de residentes en zona urbana; el grupo que no presenta depresión incluye un 23,9 % de adultos de zona urbana; y el grupo con depresión establecida agrupa un 12,9 % de residentes en zona rural.

Al revisar las estadísticas, establecimos un límite error del 5% significativamente estadístico se ubicó en $p < 0,05$. Dado que $X_2^{cal}=59,183$ supera a $X_2^{tab}=5,991$ con $Gl=2$ y $P=0,000$ como nivel de significancia reportado, es evidente que el indicador.

Según Fernández (16) halló una elevada prevalencia de depresión (32,8%) en adultos mayores indígenas de zona aislada, mientras que Morales también identificó diferencias por residencia ($p=0,035$; $OR=0,341$). Coherentemente, en nuestro estudio la procedencia se asoció a la depresión ($\chi^2=59,18$; $gl=2$; $p<0,001$), con mayor depresión establecida en residentes rurales (12,9%).

Tabla 4. Estado civil asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024

Estado civil	Depresión geriátrica							
	No presenta depresión		Probable depresión		Depresión establecida		Total	
	fi	%	Fi	%	fi	%	fi	%
Soltero	0	0,0	2	1,0	2	1,0	4	2,0
Casado	1	0,5	43	21,4	0	0,0	44	21,9
Conviviente	59	29,4	40	19,9	19	9,5	118	58,7
Viudo	0	0,0	21	10,4	14	7,0	35	17,4
Total	60	29,9	106	52,7	35	17,4	201	100,0

Fuente: G. entrevistas

$$X^2_{cal}=84,558$$

$$P=0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

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

$$Gl=6$$



Observando la tabla 4, tenemos la distribución del estado civil asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca. La mayoría de los participantes son convivientes 58,7 %, seguidos de casados 21,9 %, viudos 17,4 % y solteros 2,0 %.

El grupo de adultos mayores que no presenta depresión, en un 29,4 % por convivientes; el grupo con depresión está compuesto en un 21,4 % por casados; y el grupo con depresión establecida, en un 9,5 % por convivientes.

Al revisar las estadísticas, establecimos un límite error del 5% significativamente estadístico se ubicó en $p < 0,05$; especialmente, $X^2_{cal}=84.558$ supera sustancialmente a $X^2_{tab}=12.592$ con $Gl=6$ y $P=0,000$.

Según Macedo (13) incluye el estado civil como factor asociado y señalan mayor afectación en viudos; concordantemente, nuestro análisis muestra asociación significativa ($\chi^2=84,56$; $gl=6$; $p<0,001$) y mayor frecuencia de depresión en viudos frente a convivientes o casados.

Tabla 5. Actualmente con quien vive asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024

Actualmente con quien vive	Depresión geriátrica						Total	
	No presenta depresión		Probable depresión		Depresión establecida			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Cónyuge	0	0,0	39	19,4	19	9,5	58	28,9
Cónyuge e hijos	0	0,0	2	1,0	0	0,0	2	1,0
Hijos	60	29,9	0	0,0	1	0,5	61	30,3
Otros familiares	0	0,0	13	6,5	5	2,5	18	9,0
Solo	0	0,0	52	25,9	10	5,0	62	30,8
Total	60	29,9	106	52,7	35	17,4	201	100,0

Fuente: G. entrevistas

$$X^2_{ca}=203,805$$

$$P=0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab}=15,507$$

$$Gf=8$$



Observando la tabla 5, se presenta la distribución de los arreglos de convivencia de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca. Se observa que el 30.8% vive solo, el 30.3% vive con sus hijos, el 28,9% vive con su cónyuge, el 9,0% vive con otros familiares, y el 1,0 % con cónyuge e hijos.

El grupo de adultos mayores que no presenta depresión, es un 29,9% está conformado principalmente por quienes conviven con sus hijos; el grupo con probable depresión, es un 25,9% que viven solos; y el grupo con depresión establecida, es un 9.5% que viven con su cónyuge.

Al revisar las estadísticas, establecimos un límite error del 5% significativamente estadístico se ubicó en $p < 0,05$; con $X^2_{cal} = 84,558$ superando a $X^2_{tab} = 9,488$ y $Gl = 4$ junto a un $P = 0,000$ como valor de significancia.

Según Ochoa, Prada (15) para la situación familiar y red social evidencian el peso del soporte sociofamiliar. Coincidimos en esa línea, en nuestro estudio la convivencia se asoció a depresión ($\chi^2 = 203,81$; $gl = 8$; $p < 0,001$), enlazando el menor apoyo diario con mayor sintomatología.

Tabla 6. Ocupación asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024

Ocupación	Depresión geriátrica							
	No presenta depresión		Probable depresión		Depresión establecida		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Jubilado	60	29,9	45	22,4	0	0,0	105	52,2
Trabajos independientes	0	0,0	61	30,3	35	17,4	96	47,8
Total	60	29,9	106	52,7	35	17,4	201	100,0

Fuente: G. entrevistas

$$X^2_{cal}=97,207$$

$$P=0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

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

$$Gl=2$$



Observando la tabla 6, tenemos la distribución de la ocupación asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca. Se observa que el 52,2 % son jubilados, mientras que el 47,8 % realiza trabajos independientes.

El grupo de adultos mayores con probable depresión está compuesto en un 30,3 % por quienes realizan trabajos independientes; el grupo que no presenta depresión, es un 29,9% son jubilados y el grupo con depresión establecida, es un 17,4% epor quienes realizan trabajos independientes.

Al revisar las estadísticas, establecimos un límite error del 5% significativamente estadístico se ubicó en $p < 0,05$. Si nos fijamos, nuestro X^2_{cal} se disparó a 97.207, superando el $X^2_{tab} = 5.991$; Gl es 2, y alcanzamos un nivel de significancia de $p = 0,000$.

Según Hermida et al. (7) muestran que buena calidad de vida se asocia con menor depresión en jubilados, en nuestro estudio la ocupación fue significativa ($\chi^2=97,21$; $gl=2$; $p<0,001$), con depresión establecida únicamente en trabajadores independientes (17,4%).

Tabla 7. Bienestar emocional asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024

Bienestar emocional	Depresión geriátrica							
	No presenta depresión		Probable depresión		Depresión establecida		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Adecuado	26	12,9	0	0,0	0	0,0	26	12,9
Regular	34	16,9	60	29,9	5	2,5	99	49,3
Inadecuado	0	0,0	46	22,9	30	14,9	76	37,8
Total	60	29,9	106	52,7	35	17,4	201	100,0

Fuente: G. entrevistas

$$X^2_{ca}=116,424$$

$$P=0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

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

$$Gf=4$$



El segundo objetivo específico fue: Describir los componentes autopercepción de la calidad de vida asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana, por tanto, se tiene 5 tablas:

En la Tabla 7 se muestra un marcador de bienestar emocional vinculado a la depresión geriátrica en personas mayores atendidas en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca. Se observa que el 49,3 % de los participantes reporta un bienestar emocional regular, el 37,8 % lo califica como inadecuado, y el 12,9 % lo considera adecuado.

El grupo de adultos mayores con probable depresión está compuesto en un 29,9% por aquellos que consideran su bienestar emocional como regular; el grupo que no presenta depresión se compone en un 16,9% por aquellos que califican como regular; y el grupo con depresión establecida agrupa un 14,9% que considera inadecuado.

Al revisar las estadísticas, establecimos un límite error del 5% significativamente estadístico se ubicó en $p < 0,05$. Al mismo tiempo, X^2_{cal} alcanzó 116.424, superando con creces los 9.488 de X^2_{tab} , y con un Gl de 4 y un nivel de confianza de p de 0,000.

Según Gálvez et al. (10) identifican asociación entre riesgo de depresión y deterioro de la calidad de vida, y enfatiza el componente emocional; coherentemente en nuestro estudio, el bienestar emocional se relacionó con la depresión ($\chi^2=116,42$; $gl=4$; $p < 0,001$): ningún adulto con bienestar adecuado presentó depresión.



Tabla 8. Relaciones interpersonales asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024

Relaciones interpersonales	Depresión geriátrica							
	No presenta depresión		Probable depresión		Depresión establecida		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Adecuado	51	25,4	22	10,9	0	0,0	73	36,3
Regular	9	4,5	44	21,9	24	11,9	77	38,3
Inadecuado	0	0,0	40	19,9	11	5,5	51	25,4
Total	60	29,9	106	52,7	35	17,4	201	100,0

Fuente: G. entrevistas

$$X^2_{cal}=98,208$$

$$P=0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

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

$$Gf=4$$



Observando la tabla 8, vemos el indicador relaciones interpersonales asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca. Se observa que el 38,3% reporta relaciones interpersonales regular, el 36,3 % adecuadas, y el 25,4 % inadecuadas.

El grupo de adultos mayores que no presentan depresión está compuesto por un 25,4% por quienes describieron sus relaciones interpersonales como adecuados, el grupo con probable depresión está compuesto por un 21,9 % de aquellos que calificaron sus relaciones interpersonales como regulares; y el grupo con depresión establecida agrupa un 11,9 % de adultos con relaciones interpersonales regulares.

Al revisar las estadísticas, establecimos un límite error del 5% significativamente estadístico se ubicó en $p < 0,05$, con una lectura de X^2_{cal} de 98,208, mucho mayor que la de X^2_{tab} de 9,488. El IG se sitúa en 4 y el nivel de significancia alcanza $P = 0,000$.

Según Moles et al. (9) señalaron que relaciones sociales negativas se vinculan a más síntomas confirmaron la influencia del apoyo ($p=0,000$); en nuestro estudio las relaciones interpersonales se asociaron significativamente ($\chi^2=98,21$; $gl=4$; $p<0,001$), incrementándose la depresión en relaciones regulares o inadecuadas.

Tabla 9. Bienestar físico asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024

Bienestar físico	Depresión geriátrica							
	No presenta depresión		Probable depresión		Depresión establecida		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Adecuado	3	1,5	2	1,0	0	0,0	5	2,5
Regular	45	22,4	59	29,4	2	1,0	106	52,7
Inadecuado	12	6,0	45	22,4	33	16,4	90	44,8
Total	60	29,9	106	52,7	35	17,4	201	100,0

Fuente: G. entrevistas

$$X^2_{cal}=50,545$$

$$P=0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

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

$$Gf=4$$



Al revisar la Tabla 9, se puede observar cómo el bienestar físico se relaciona con la depresión geriátrica en las personas mayores que reciben atención en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca. Se observa que el 52,7 % de la muestra reporta un bienestar físico regular, el 44,8 % como inadecuado y el 2,5 % de la muestra reporta un bienestar físico adecuado.

El grupo de adultos mayores con probable depresión está compuesto en un 29,4 % por quienes reportan un bienestar físico regular; el grupo que no presenta depresión se compone en un 22,4 % por quienes califican su bienestar como regular; y el grupo con depresión establecida agrupa un 16,4 % de adultos que consideran su bienestar físico inadecuado.

Al revisar las estadísticas, establecimos un límite error del 5% significativamente estadístico se ubicó en $p < 0,05$, con X^2_{cal} registrando 50.545 muy por encima de la marca X^2_{tab} de 9.488 y Gl establecido en 4. Resulta que, a un nivel de significancia de $P = 0,000$.

Según Huayllapuma, Apaza (18) encontraron correlación moderada entre multimorbilidad y depresión ($r=0,483$; $p=0,000$) y Macedo [13] resalta la carga de comorbilidad; en nuestra población el bienestar físico se asoció ($\chi^2=50,55$; $gl=4$; $p<0,001$), concentrándose la depresión establecida en el nivel inadecuado (16,4%).

Tabla 10. Inclusión social asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024

Inclusión social	Depresión geriátrica						Total	
	No presenta depresión		Probable depresión		Depresión establecida			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Adecuado	48	23,9	1	0,5	0	0,0	49	24,4
Regular	12	6,0	103	51,2	3	1,5	118	58,7
Inadecuado	0	0,0	2	1,0	32	15,9	34	16,9
Total	60	29,9	106	52,7	35	17,4	201	100,0

Fuente: G. entrevistas

$$X^2_{caI}=304,751$$

$$P=0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

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

$$Gf=4$$



Observando la tabla 10, la distribución de la inclusión social asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca. Se observa que el 58,7% de participantes califica su inclusión social como regular, el 24,4% como adecuado y 16,9% inadecuado.

El grupo de adultos mayores con probable depresión está compuesto en un 51,2 % por aquellos que califican su inclusión social como regular; el grupo que no presenta depresión se compone en un 23,9 % por quienes tienen una inclusión social adecuada; y el grupo con depresión establecida agrupa un 15,9 % de adultos con inclusión social inadecuada.

Al revisar las estadísticas, establecimos un límite error del 5% significativamente estadístico se ubicó en $p < 0,05$ y una puntuación de X^2_{cal} de 304.751, que superó ampliamente a la de X^2_{tab} , que fue de 9.488. Con un Gl de 4 y un nivel de significancia muy bajo ($P = 0,000$).

Según Maquera (20) evidenció que la baja inclusión social incrementa la depresión ($Rho = -0,598$; $p = 0,000$), y demostraron que una mayor inclusión social, a través del apoyo social, reduce significativamente la sintomatología depresiva ($p = 0,000$). De forma consistente, en nuestro estudio se halló una asociación altamente significativa ($\chi^2 = 304,75$; $gl = 4$; $p < 0,001$), observándose un 15,9 % de depresión establecida en el grupo con inclusión inadecuada.

Tabla 11. Derechos asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024

Derechos	Depresión geriátrica							
	No presenta depresión		Probable depresión		Depresión establecida		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Adecuado	45	22,4	0	0,0	0	0,0	45	22,4
Regular	15	7,5	102	50,7	4	2,0	121	60,2
Inadecuado	0	0,0	4	2,0	31	15,4	35	17,4
Total	60	29,9	106	52,7	35	17,4	201	100,0

Fuente: G. entrevistas

$$X^2_{cal}=278,332$$

$$P=0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

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

$$Gl=4$$



Observando la tabla 11, la distribución de la valoración de los derechos asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca. El 60,2 % de la muestra califica sus derechos como regular, el 22,4% los considera adecuados y el 17,4 % los percibe como inadecuados.

El grupo de adultos mayores con probable depresión está compuesto en un 50,7 % por quienes valoran sus derechos como regulares; el grupo que no presenta depresión se compone en un 22,4 % por aquellos que califican sus derechos como adecuados; y el grupo con depresión establecida agrupa un 15,4 % de adultos que perciben sus derechos como inadecuados.

Al revisar las estadísticas, establecimos un límite error del 5% significativamente estadístico se ubicó en $p < 0,05$, con una $X^2_{cal} = 278,332$ mayor que $X^2_{tab} = 9,488$, con $Gl = 4$ y un nivel de significancia $P = 0,000$ es significativa.

Segun Maquera (20) relaciona el abandono y deterioro de la calidad de vida, describen percepciones moderadas; en nuestra muestra la percepción de derechos se asoció a la depresión ($\chi^2 = 278,33$; $gl = 4$; $p < 0,001$), sin casos en el nivel adecuado y mayor severidad cuando se perciben derechos inadecuados (15,4%).



Tabla 12. Depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024.

Niveles	fi	%
No depresión	60	29,9
Probable depresión	106	52,7
Depresión establecida	35	17,4
Total	201	100,0

Fuente: Guía de entrevista.



El tercer objetivo específico se delineó de la siguiente manera: Ver cómo se desarrolló la depresión geriátrica en personas mayores que recibieron atención en el Centro de Salud Santa Adriana.

Observando la tabla 12 tenemos el 52,7% de adultos mayores tienen una probable depresión, el 29.9% no presentan depresión y el 17.4% tiene depresión establecida.

Según Gálvez et al. (10) sintetizan un modelo multifactorial donde edad, soporte social y calidad de vida convergen; En nuestro estudio coincidimos en los resultados, con asociaciones significativas en todas de variables confirman ese enfoque y respaldan intervenciones multidimensionales para reducir la depresión geriátrica.

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Se analizó cómo la depresión geriátrica afecta la vida de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024. Curiosamente, todos los indicadores resultaron importantes, con un valor p inferior a 0,05, por lo que las hipótesis propuestas se cumplieron.
- SEGUNDA:** Se Identificó los elementos epidemiológicos clave vinculados a la depresión geriátrica en adultos mayores que recibieron atención en el Centro de Salud Santa Adriana fueron claramente definidos; estos incluyen: 47.3% de adultos mayores entre 60 y 70 años ($p = 0.000$), 59.7% mujeres ($p = 0.396$), 75.6% viviendo en barrios urbanos ($p = 0.000$), 58.7% compartiendo su hogar ($p = 0.000$), 30.8% viviendo solo en casa ($p = 0.000$) y 52.2% habiendo dejado de trabajar ($p = 0.000$). Parece que los valores p son inferiores a 0.05, por lo que se acepta la hipótesis.
- TERCERA:** Se describió los factores que moldean la percepción de calidad de vida de los adultos mayores en relación con la depresión se mapearon en el Centro de Salud Santa Adriana. Casi la mitad (49.3%) sintió que su bienestar emocional era simplemente aceptable ($p=0.000$), lo que sugiere que estos desafíos podrían ser bastante comunes. Sin duda, el 38.3% también calificó sus relaciones con los demás como promedio ($p=0.000$). Más de la mitad (52.7%) describió su estado físico como simplemente regular, ni enérgico ni agotado ($p=0.000$). Y



el 58.7% consideró que su participación social no era nada destacable, solo promedio ($p=0.000$). En realidad, el 60.2% también consideró que sus derechos eran más o menos normales ($p=0.000$). Todas estas conexiones fueron estadísticamente ciertas ($p<0.05$), lo que refuerza la hipótesis principal.

CUARTA: Se verificó la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana; la mayoría se clasificó con probable depresión en un 52,7 %, el 29,9 % no presentó depresión y el 17,4 % evidenció depresión establecida.



RECOMENDACIONES

PRIMERA: Al director del Centro de Salud Santa Adriana a continuar y fortalecer los programas de tamizaje y detección precoz de depresión geriátrica, asegurando evaluaciones periódicas de salud mental a los adultos mayores atendidos, así como mantener y ampliar las campañas de sensibilización sobre la importancia del bienestar emocional en la vejez.

SEGUNDA: A los profesionales de salud del Centro de Salud Santa Adriana a continuar participando en procesos de capacitación permanente sobre el abordaje integral de la depresión geriátrica y la promoción de la calidad de vida en adultos mayores, reforzando el trabajo interdisciplinario y brindando atención oportuna y humanizada acorde a las necesidades de esta población.

TERCERA: A los familiares y cuidadores de los adultos mayores a seguir involucrándose activamente en talleres y sesiones informativas organizadas por el centro de salud, con el fin de fortalecer sus capacidades para la detección temprana de signos de depresión y proporcionar un soporte emocional adecuado.

CUARTA: A los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana a continuar participando en actividades recreativas, sociales y comunitarias promovidas por el centro, manteniendo vínculos sociales activos y solicitando apoyo profesional ante la presencia de síntomas de tristeza, aislamiento o desmotivación, contribuyendo así a preservar y mejorar su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INEI. [Online].; 2024 [cited 2024 Diciembre 7. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/1010099-este-26-de-agosto-mas-de-4-millones-747-mil-adultos-mayores-conmemoran-su-dia>.
2. OMS. Envejecimiento. [Online].; 2024 [cited 2024 Diciembre 7. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
3. INEI. Adultos Mayores. [Online].; 2024 [cited 2024 Diciembre 7. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/1010099-este-26-de-agosto-mas-de-4-millones-747-mil-adultos-mayores-conmemoran-su-dia>.
4. UNEX. Día del Adulto Mayor en Perú. [Online].; 2024 [cited 2024 Diciembre 7. Available from: <https://departamento-humanidades.pucp.edu.pe/noticias/dia-del-adulto-mayor-en-peru---informe-unex>.
5. Chambi G, Condori E. Estimulación temprana favorece el desarrollo de la psicomotricidad de los niños de tres años en la Institución Educativa Inicial N°51 "Carlos y Blanca Tosi" del distrito de José Domingo Choquehuanca de la provincia de Azángaro, Puno, 2022. Tesis pregrado. Moquegua: Universidad Jose Carlos Mariategui, Educacion; 2023.
6. INEI. Adulto mayor Puno. [Online].; 2024 [cited 2024 Diciembre 7. Available from: https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto_mayor_ii_t24.pdf.
7. Hermida P, Ofman S. Calidad de vida y depresión en adultos mayores jubilados. un estudio comparativo por género.. Scielo. 2024 Agosto; 22(2).



8. Lorenzo C. Calidad de vida su vínculo con la depresión en el adulto mayor. Scielo. 2020 Junio; 24(3).
9. Moles M, Esteve A. Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. Scielo. 2019 Octubre; 18(55).
10. Galvez M, Aravena C. Salud mental y calidad de vida en adultos mayores: revisión sistémica. Scielo. 2020 Diciembre; 58(4).
11. Rodriguez M, Perez L. Depresión en la tercera edad. Scielo. 2022 Abril; 26.
12. Torres J, Torres J. Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos. Scielo. 2023 Setiembre; 23(3).
13. Macedo W. Deterioro cognitivo, calidad de vida y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática. Tesis Postgrado. Lima: Univesidad Cayetano Heredia, Psicología; 2024 Junio.
14. Morales M. Factores asociados al desarrollo de síndrome depresivo en adultos mayores en un establecimiento de salud nivel i-4 de la región Junín- 2023. Tesis de Grado. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Peru, Medicina Humana; 2024 Agosto.
15. Ochoa D, Prada M. Factores sociofamiliares asociados a la depresión en el programa del adulto mayor del hospital referencial de Ferreñafe Pimentel 2022. Tesis de grado. Pimentel: Universidad Señor de Sipan, Escuela Profesional de Enfermería; 2021 Agosto.
16. Fernandez K. Depresión en adultos mayores de comunidades indígenas en Purús, Ucayali, Perú 2024.. Revista Peruana de Medicina Integrativa. 2024 Marzo; 9(1): p. 67.



17. Torres G, Vilcapuma L. Calidad de vida de los adultos mayores en el Centro del Adulto Mayor, Huancayo 2024.. Tesis de grado. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú, Trabajo Social; 2024.
18. Huayllapuma R, Apaza Y. Multimorbilidad y niveles de depresión en adultos mayores que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024. Tesis de grado. Puno: Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Enfermería; 2024.
19. Damian V. Efectividad de la danzaterapia en el nivel de depresión del adulto mayor en el Puesto de Salud Jayllihuaya – Puno 2019. Tesis pregrado. Puno: Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Enfermería; 2019.
20. Maquera N. Abandono familiar y calidad de vida en adultos mayores del Centro Poblado De Camicahi, Ilave 2024. Tesis de grado. Puno: Universidad Nacional del Altiplano, Escuela de Enfermería; 2024.
21. Choque D, Torres J. Nivel de depresión del adulto mayor en el Centro de Salud de la Revolución, Juliaca-2021. Tesis pregrado. Juliaca: Universidad Cesar Vallejo, Escuela Profesional de Enfermería; 2021.
22. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Scielo. 2007 Setiembre; 68(3).
23. El peruano. Ley de la persona adulta mayor. [Online].; 2024 [cited 2024 Diciembre 8. Available from: <https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/faaf840040a1b1078871bd6976768c74/ley-reglamento-persona-adulta.pdf>.
24. MINEDU. Sexo y genero. [Online].; 2020 [cited 2024 Diciembre 2. Available from: <https://sites.minedu.gob.pe/curriculonacional/2020/11/06/a-que-se-denomina-sexo>.



25. Hermida P, Tartaglini M. Actitudes y significados acerca de la jubilación: un estudio comparativo de acuerdo al género en adultos mayores. Scielo. 2016 Junio; 22(1).
26. Bernilla M. Calidad de vida del adulto mayor zona rural y urbana. Tesis de grado. Pimentel: Universidad Señor de Sipan, Escuela Profesional de Enfermería; 2021.
27. Apoyo familiar en adultos mayores. [Online].; 2017 [cited 2024 Diciembre 8. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/14933-minsa-apoyo-de-la-familia-esfundamental-para-los-adultos-mayores>.
28. Najar C. Contratación laboral de adultos mayores en el Perú: El derecho a la igualdad como solución a la crisis de seguridad social que se avecina. Laboem. 2023 Marzo; 3(1).
29. Leal A, Maldonado M. Autopercepción de la calidad de vida en salud de adultos. Redilat. 2022 Noviembre; 4(1).
30. Inapam. Importancia de la gestion emocional. [Online].; 2023 [cited 2024 Diciembre 8. Available from: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/la-importancia-de-la-gestion-emocional-durante-el-envejecimiento?idiom=es>.
31. Velasco C, Paris E. Tercera edad y la importancia de las relaciones interpersonales. Ipsuss. 2018 Marzo; 6(3).
32. Inee. Glosario de terminos. [Online].; 2023 [cited 2024 Diciembre 8. Available from: <https://inee.org/es/glosario-EeE/bienestar-fisico>.
33. Avila S. integracion de los adultos mayores. [Online].; 2023 [cited 2024 Diciembre 8. Available from: <https://www.euroinnova.com/trabajo-social->



servicios-sociales-e-igualdad/articulos/como-fomentar-la-integracion-de-los-mayores-en-la-sociedad.

34. Editora Peru. Normas Legales actualizadas. [Online].; 2024 [cited 2024 Diciembre 8. Available from: <https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/faaf840040a1b1078871bd6976768c74/ley-reglamento-persona-adulta.pdf>.
35. Mediplus. Depresion en adultos mayores. [Online].; 2024 [cited 2024 Diciembre 8. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001521.htm>.
36. Enciclopedia Libre. Concepto. [Online].; 2024 [cited 2024 Diciembre 8. Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/Calidad_de_vida..
37. Rondon C, Saga H. Características clínicas y epidemiológicas en adultos mayores con diagnóstico de fractura de cadera en un hospital de Lima, Perú. Portal Regional da BVS. 2021 Marzo; 38(1).
38. INEI. Situacion de la poblacion adulta Mayor. [Online].; 2024 [cited 2024 Diciembre 8. Available from: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6548711/5706764-situacion-de-la-poblacion-adulta-mayor-enero-febrero-marzo-2024.pdf>.



ANEXOS



ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda																		
Visible: 12 de 12 variables																		
	Edad	Genero	Lugar de procedencia	Estado civil	Actualmente con quien convive	Ocupación	Bienestar emocional	Relaciones interpersonales	Bienestar físico	Inclusiones sociales	Derechos	Depresión geriátrica	var	var	var	var	var	var
1	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado pe...	Regular	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	.						
2	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Regular	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión						
3	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Regular	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión						
4	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Regular	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión						
5	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión						
6	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión						
7	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión						
8	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión						
9	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión						
10	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión						
11	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión						
12	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión						
13	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión						
14	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión						
15	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión						
16	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión						
17	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión						
18	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión						
19	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión						
20	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión						
21	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión						
22	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión						
23	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión						
24	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión						
25	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión						
26	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión						



92:														Visible: 12 de 12 variables					
	Edad	Genero	Lugar de procedencia	Estado civil	Actualmente con quien vive	Ocupación	Bienestar emocional	Relaciones interpersonales	Bienestar físico	Inclusión social	Derechos	Depresión geriátrica	var	var	var	var	var	var	
25	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión							
26	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión							
27	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión							
28	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión							
29	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión							
30	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión							
31	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión							
32	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión							
33	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión							
34	71 a 80 años	Masculino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión							
35	71 a 80 años	Masculino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión							
36	71 a 80 años	Masculino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión							
37	71 a 80 años	Masculino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión							
38	71 a 80 años	Masculino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión							
39	71 a 80 años	Masculino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión							
40	71 a 80 años	Masculino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión							
41	71 a 80 años	Masculino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión							
42	71 a 80 años	Masculino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión							
43	71 a 80 años	Masculino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión							
44	71 a 80 años	Masculino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión							
45	71 a 80 años	Masculino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	No depresión							
46	71 a 80 años	Masculino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Regular	No depresión							
47	71 a 80 años	Masculino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Regular	No depresión							
48	71 a 80 años	Masculino	Zona urbana	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Regular	No depresión							
49	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Regular	Regular	No depresión							
50	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	hijos	Jubilado pe...	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Regular	Regular	No depresión							



Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

11: Bienstareemocional | 2,00 Visible: 12 de 12 variables

	Edad	Genero	Lugardepr cedenci a	Estadociv il	Actualmenteconqui enve	Ocupación	Bienstareemocional	Relacionesinte rpersonales	Bienestarfisico	Inclusiónsocial	Derechos	Depresióngeriatrica	var
49	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	Conyuge e hijos	Trabajos independientes	Adecuado	Adecuado	Inadecuado	Regular	Regular	No depresión	
50	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	Conyuge e hijos	Trabajos independientes	Adecuado	Adecuado	Inadecuado	Regular	Regular	No depresión	
51	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	Conyuge e hijos	Trabajos independientes	Adecuado	Adecuado	Inadecuado	Regular	Regular	No depresión	
52	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	hijos	Trabajos independientes	Adecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	No depresión	
53	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	hijos	Trabajos independientes	Adecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	No depresión	
54	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	hijos	Trabajos independientes	Adecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	No depresión	
55	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	hijos	Trabajos independientes	Adecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	No depresión	
56	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	hijos	Trabajos independientes	Regular	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	No depresión	
57	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	hijos	Trabajos independientes	Regular	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Regular	No depresión	
58	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	hijos	Jubilado permanece en casa	Regular	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Regular	No depresión	
59	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	hijos	Jubilado permanece en casa	Regular	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Regular	No depresión	
60	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	hijos	Jubilado permanece en casa	Regular	Regular	Regular	Inadecuado	Regular	No depresión	
61	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Inadecuado	Inadecuado	Regular	Regular	Regular	Probable depresión	
62	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Inadecuado	Inadecuado	Regular	Regular	Regular	Probable depresión	
63	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Inadecuado	Inadecuado	Regular	Regular	Regular	Probable depresión	
64	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Inadecuado	Inadecuado	Regular	Regular	Regular	Probable depresión	
65	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Inadecuado	Inadecuado	Regular	Regular	Regular	Probable depresión	
66	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Inadecuado	Inadecuado	Regular	Regular	Regular	Probable depresión	
67	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Regular	Probable depresión	
68	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Regular	Probable depresión	
69	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Regular	Probable depresión	
70	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Regular	Probable depresión	
71	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Regular	Probable depresión	
72	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Inadecuado	Probable depresión	
73	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Inadecuado	Probable depresión	
74	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Inadecuado	Probable depresión	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON



Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

11 : Bienestaremocional | 2,00 Visible: 12 de 12 variables

	Edad	Genero	Lugar de procedencia	Estado civil	Actualmente con quien vive	Ocupación	Bienestaremocional	Relaciones interpersonales	Bienestar físico	Inclusión social	Derechos	Depresión geriátrica	var
73	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Inadecuado	Probable depresión	
74	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Inadecuado	Probable depresión	
75	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Inadecuado	Probable depresión	
76	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Inadecuado	Probable depresión	
77	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Inadecuado	Probable depresión	
78	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Inadecuado	Probable depresión	
79	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Inadecuado	Probable depresión	
80	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Inadecuado	Probable depresión	
81	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Inadecuado	Probable depresión	
82	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Inadecuado	Probable depresión	
83	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Regular	Regular	Regular	Inadecuado	Probable depresión	
84	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Regular	Regular	Regular	Inadecuado	Probable depresión	
85	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Regular	Regular	Regular	Inadecuado	Probable depresión	
86	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Regular	Regular	Regular	Inadecuado	Probable depresión	
87	71 a 80 años	Masculino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Regular	Regular	Regular	Inadecuado	Probable depresión	
88	71 a 80 años	Masculino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Regular	Regular	Regular	Inadecuado	Probable depresión	
89	71 a 80 años	Masculino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular	Probable depresión	
90	71 a 80 años	Masculino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular	Probable depresión	
91	71 a 80 años	Masculino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular	Probable depresión	
92	71 a 80 años	Masculino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular	Probable depresión	
93	71 a 80 años	Masculino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Regular	Probable depresión	
94	71 a 80 años	Masculino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Regular	Probable depresión	
95	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Regular	Probable depresión	
96	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Regular	Probable depresión	
97	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Regular	Probable depresión	
98	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Soltero	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Regular	Probable depresión	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode.ON



Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

11: Bienestaremocional | 2,00 Visible: 12 de 12 variables

	Edad	Genero	Lugar de procedencia	Estado civil	Actualmente con quien vive	Ocupación	Bienestaremocional	Relaciones interpersonales	Bienestar físico	Inclusión social	Derechos	Depresión geriátrica	var
97	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Regular	Probable depresión	
98	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Soltero	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Regular	Probable depresión	
99	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Soltero	Conyuge	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Regular	Probable depresión	
100	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	familiares	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Regular	Probable depresión	
101	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	familiares	Jubilado permanece en casa	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Regular	Probable depresión	
102	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	Conyuge e hijos	Jubilado permanece en casa	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular	Probable depresión	
103	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Casado	Solo	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Regular	Regular	Inadecuado	Probable depresión	
104	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Casado	familiares	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Regular	Regular	Inadecuado	Probable depresión	
105	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Viudo	familiares	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Regular	Regular	Inadecuado	Probable depresión	
106	71 a 80 años	Masculino	Zona urbana	Viudo	Solo	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Probable depresión	
107	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Viudo	familiares	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Probable depresión	
108	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Viudo	familiares	Trabajos independientes	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Probable depresión	
109	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Viudo	familiares	Trabajos independientes	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Probable depresión	
110	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Viudo	familiares	Trabajos independientes	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Probable depresión	
111	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Viudo	familiares	Trabajos independientes	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Probable depresión	
112	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Viudo	familiares	Trabajos independientes	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Probable depresión	
113	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Viudo	familiares	Trabajos independientes	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Probable depresión	
114	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Viudo	familiares	Trabajos independientes	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Probable depresión	
115	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Viudo	familiares	Trabajos independientes	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Probable depresión	
116	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Viudo	Conyuge e hijos	Trabajos independientes	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Probable depresión	
117	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Viudo	Solo	Trabajos independientes	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Probable depresión	
118	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Viudo	Solo	Trabajos independientes	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Adecuado	Regular	Probable depresión	
119	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Viudo	Solo	Trabajos independientes	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Adecuado	Regular	Probable depresión	
120	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Viudo	Solo	Trabajos independientes	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Adecuado	Regular	Probable depresión	
121	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Viudo	Solo	Trabajos independientes	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Adecuado	Regular	Probable depresión	
122	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Viudo	Solo	Trabajos independientes	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Adecuado	Regular	Probable depresión	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unicode:ON



11: Bienestaremocional 2,00													Visible: 12 de 12 variables
	Edad	Genero	Lugardeprocedencia	Estadocivil	Actualmenteconquien vive	Ocupación	Bienestaremocional	Relacionesinterpersonales	Bienestarfisico	Inclusiónsocial	Derechos	Depresióngeriatrica	var
121	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Viudo	Solo	Trabajos independientes	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Adecuado	Regular	Probable depresión	
122	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Viudo	Solo	Trabajos independientes	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Adecuado	Regular	Probable depresión	
123	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Viudo	Solo	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Adecuado	Regular	Probable depresión	
124	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Viudo	Solo	Trabajos independientes	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Adecuado	Regular	Probable depresión	
125	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Casado	Solo	Jubilado permanece en casa	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Adecuado	Regular	Probable depresión	
126	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Casado	Solo	Jubilado permanece en casa	Regular	Regular	Inadecuado	Adecuado	Regular	Probable depresión	
127	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Regular	Regular	Inadecuado	Adecuado	Regular	Probable depresión	
128	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Regular	Regular	Inadecuado	Adecuado	Regular	Probable depresión	
129	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Adecuado	Regular	Probable depresión	
130	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Probable depresión	
131	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Probable depresión	
132	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Probable depresión	
133	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Probable depresión	
134	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Probable depresión	
135	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Probable depresión	
136	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Regular	Regular	Probable depresión	
137	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Regular	Regular	Probable depresión	
138	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Regular	Regular	Probable depresión	
139	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Inadecuado	Regular	Probable depresión	
140	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Adecuado	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Probable depresión	
141	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Regular	Adecuado	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Probable depresión	
142	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Regular	Adecuado	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Probable depresión	
143	60 a 70 años	Masculino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Regular	Adecuado	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Probable depresión	
144	81 a 83 años	Femenino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Regular	Adecuado	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Probable depresión	
145	81 a 83 años	Femenino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Regular	Adecuado	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Probable depresión	
146	81 a 83 años	Femenino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Regular	Adecuado	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Probable depresión	



Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

11 : Bienestaremocional | 2,00 Visible: 12 de 12 variables

	Edad	Genero	Lugar de procedencia	Estado civil	Actualmente con quien vive	Ocupación	Bienestaremocional	Relaciones interpersonales	Bienestar físico	Inclusión social	Derechos	Depresión geriátrica	var
145	81 a 83 años	Femenino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Regular	Adecuado	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Probable depresión	
146	81 a 83 años	Femenino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Regular	Adecuado	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Probable depresión	
147	81 a 83 años	Femenino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Regular	Adecuado	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Probable depresión	
148	81 a 83 años	Femenino	Zona urbana	Casado	Solo	Jubilado permanece en casa	Regular	Adecuado	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Probable depresión	
149	81 a 83 años	Femenino	Zona urbana	Casado	Solo	Jubilado permanece en casa	Regular	Adecuado	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Probable depresión	
150	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Casado	Solo	Jubilado permanece en casa	Regular	Adecuado	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Probable depresión	
151	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Casado	Solo	Jubilado permanece en casa	Regular	Adecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Probable depresión	
152	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Casado	Solo	Jubilado permanece en casa	Regular	Adecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Probable depresión	
153	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Regular	Adecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Probable depresión	
154	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Regular	Adecuado	Inadecuado	Inadecuado	Regular	Probable depresión	
155	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Regular	Adecuado	Inadecuado	Inadecuado	Regular	Probable depresión	
156	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Inadecuado	Regular	Probable depresión	
157	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Regular	Regular	Probable depresión	
158	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Regular	Probable depresión	
159	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Casado	hijos	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Probable depresión	
160	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Casado	Solo	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Probable depresión	
161	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Casado	Solo	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Probable depresión	
162	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Casado	Solo	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Regular	Regular	Regular	Probable depresión	
163	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Casado	Solo	Trabajos independientes	Inadecuado	Regular	Regular	Regular	Inadecuado	Probable depresión	
164	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Casado	Solo	Trabajos independientes	Regular	Regular	Regular	Adecuado	Inadecuado	Probable depresión	
165	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Casado	Solo	Trabajos independientes	Regular	Regular	Adecuado	Inadecuado	Inadecuado	Probable depresión	
166	60 a 70 años	Femenino	Zona urbana	Viudo	Solo	Trabajos independientes	Regular	Regular	Adecuado	Inadecuado	Inadecuado	Probable depresión	
167	81 a 83 años	Masculino	Zona rural	Viudo	Solo	Trabajos independientes	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Depresión establecida	
168	81 a 83 años	Masculino	Zona rural	Viudo	Solo	Trabajos independientes	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Depresión establecida	
169	81 a 83 años	Femenino	Zona rural	Viudo	Solo	Trabajos independientes	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Depresión establecida	
170	81 a 83 años	Femenino	Zona rural	Viudo	Solo	Trabajos independientes	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Depresión establecida	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON



11 : Bienestaremocional 2,00													Visible: 12 de 12 variables
	Edad	Genero	Lugar de procedencia	Estado civil	Actualmente con quien vive	Ocupación	Bienestaremocional	Relaciones interpersonales	Bienestar físico	Inclusión social	Derechos	Depresión geriátrica	var
169	81 a 83 años	Femenino	Zona rural	Viudo	Solo	Trabajos independientes	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Depresión establecida	
170	81 a 83 años	Femenino	Zona rural	Viudo	Solo	Trabajos independientes	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Depresión establecida	
171	81 a 83 años	Femenino	Zona rural	Viudo	Solo	Trabajos independientes	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Depresión establecida	
172	81 a 83 años	Femenino	Zona rural	Viudo	Solo	Trabajos independientes	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Depresión establecida	
173	81 a 83 años	Femenino	Zona rural	Viudo	Solo	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Depresión establecida	
174	81 a 83 años	Femenino	Zona rural	Viudo	Solo	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Depresión establecida	
175	81 a 83 años	Femenino	Zona rural	Viudo	Solo	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Inadecuado	Regular	Depresión establecida	
176	71 a 80 años	Femenino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Regular	Depresión establecida	
177	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Regular	Depresión establecida	
178	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Regular	Depresión establecida	
179	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Regular	Depresión establecida	
180	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Regular	Depresión establecida	
181	81 a 83 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Regular	Depresión establecida	
182	60 a 70 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Depresión establecida	
183	81 a 83 años	Femenino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Depresión establecida	
184	81 a 83 años	Femenino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Depresión establecida	
185	81 a 83 años	Femenino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Depresión establecida	
186	81 a 83 años	Femenino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Depresión establecida	
187	81 a 83 años	Femenino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Depresión establecida	
188	71 a 80 años	Femenino	Zona rural	Viudo	familiares	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Depresión establecida	
189	71 a 80 años	Femenino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Jubilado permanece en casa	Regular	Regular	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Depresión establecida	
190	71 a 80 años	Femenino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Jubilado permanece en casa	Regular	Regular	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Depresión establecida	
191	71 a 80 años	Femenino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Jubilado permanece en casa	Regular	Regular	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Depresión establecida	
192	81 a 83 años	Femenino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Depresión establecida	
193	81 a 83 años	Femenino	Zona urbana	Viudo	hijos	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Depresión establecida	
194	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Depresión establecida	



Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda													
11 : Bienestaremocional 2,00 Visible: 12 de 12 variables													
	Edad	Genero	Lugar de procedencia	Estado civil	Actualmente con quien vive	Ocupación	Bienestaremocional	Relaciones interpersonales	Bienestar físico	Inclusión social	Derechos	Depresión geriátrica	var
178	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Regular	Depresión establecida	
179	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Regular	Depresión establecida	
180	71 a 80 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Regular	Depresión establecida	
181	81 a 83 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Regular	Depresión establecida	
182	60 a 70 años	Masculino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Trabajos independientes	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Depresión establecida	
183	81 a 83 años	Femenino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Depresión establecida	
184	81 a 83 años	Femenino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Depresión establecida	
185	81 a 83 años	Femenino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Depresión establecida	
186	81 a 83 años	Femenino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Depresión establecida	
187	81 a 83 años	Femenino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Regular	Depresión establecida	
188	71 a 80 años	Femenino	Zona rural	Viudo	familiares	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Depresión establecida	
189	71 a 80 años	Femenino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Jubilado permanece en casa	Regular	Regular	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Depresión establecida	
190	71 a 80 años	Femenino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Jubilado permanece en casa	Regular	Regular	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Depresión establecida	
191	71 a 80 años	Femenino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Jubilado permanece en casa	Regular	Regular	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Depresión establecida	
192	81 a 83 años	Femenino	Zona rural	Conviviente	Conyuge	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Depresión establecida	
193	81 a 83 años	Femenino	Zona urbana	Viudo	hijos	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Depresión establecida	
194	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Depresión establecida	
195	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Viudo	familiares	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Depresión establecida	
196	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Viudo	familiares	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Depresión establecida	
197	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Depresión establecida	
198	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Viudo	Solo	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Regular	Depresión establecida	
199	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Soltero	familiares	Jubilado permanece en casa	Regular	Inadecuado	Inadecuado	Regular	Regular	Depresión establecida	
200	71 a 80 años	Femenino	Zona urbana	Soltero	familiares	Jubilado permanece en casa	Inadecuado	Inadecuado	Regular	Regular	Regular	Depresión establecida	
201	81 a 83 años	Femenino	Zona urbana	Conviviente	Conyuge	Jubilado permanece en casa	Regular	Regular	Regular	Regular	Regular	Depresión establecida	
202													
203													

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA JULIACA 2024

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES	METODOLOGIA
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>PG. ¿La calidad de vida estará asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>OG. Analizar la calidad de vida asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>HG. La calidad de vida está asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 2024.</p>	<p>Variable 1</p> <p>1. Calidad de vida</p>	<p>1.1 Características epidemiológicas</p>	<p>1.1.1 Edad</p>	<p>a. 60 a 70 años b. 71 a 80 años c. 81 a 83 años</p>	<p>Diseño: No experimental</p> <p>Tipo de investigación: Básico, correlacional y transversal.</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Población: 935 adultos mayores de 60 a 83 años.</p> <p>Muestra: 201 adultos mayores de 60 a 83 años.</p> <p>Técnicas: Para la variable 1 Entrevista.</p> <p>Para la variable 2: Entrevista.</p> <p>Instrumentos: Variable 1: Guía de entrevista sobre la calidad de vida.</p> <p>Variable 2: Guía de entrevista sobre la depresión geriátrica.</p>
<p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>PE1. ¿Cuáles son las características epidemiológicas asociadas a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana?</p> <p>PE2. ¿Cuáles son los componentes de autopercepción de la calidad de vida asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana?</p> <p>PE3. ¿Cuál es el resultado de la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>OE1. Identificar las características epidemiológicas asociadas a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana.</p> <p>OE2. Describir los componentes de autopercepción de la calidad de vida asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana.</p> <p>OE3. Verificar el resultado de la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana.</p>	<p>HIPÓTESIS ESPECIFICAS</p> <p>HE1. Las características epidemiológicas asociadas a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana son: La edad, genero, lugar de procedencia, estado civil, convivencia y ocupación.</p> <p>HE2. Los componentes de autopercepción de la calidad de vida asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana son: El bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar físico, inclusión social y derechos.</p> <p>HE3. El resultado de la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa</p>	<p>1.2 Autopercepción de la calidad de vida</p>	<p>1.1.2 Genero</p>	<p>a. Masculino b. Femenino</p>		
				<p>1.1.3 Lugar de residencia</p>	<p>a. Zona urbana b. Zona rural</p>		
				<p>1.1.4 Estado civil</p>	<p>a. Soltero(a) b. Casado(a) c. Conviviente d. Viudo(a)</p>		
				<p>1.1.5 Actualmente con quien vive</p>	<p>a. Cónyuge b. Cónyuge e hijos c. Hijos d. Otros familiares e. Solo</p>		
				<p>1.1.6 Ocupación</p>	<p>a. Jubilado permanece en casa b. Trabajos independientes c. Otro</p>		
				<p>1.2.1 Bienestar emocional</p>	<p>a. Adecuado b. Regular c. Inadecuado</p>		
				<p>1.2.2 Relaciones interpersonales</p>	<p>a. Adecuado b. Regular c. Inadecuado</p>		
				<p>1.2.3 Bienestar físico</p>	<p>a. Adecuado b. Regular c. Inadecuado</p>		



		Adriana es una probable depresión.			1.2.4 Inclusión social	a. Adecuado b. Regular c. Inadecuado	
					1.2.5 Derechos	a. Adecuado b. Regular c. Inadecuado	
			VARIABLE 2 2.. Depresión geriátrica		2.2.1 Resultado	a. No depresivo (0 – 5 puntos) b. Probable depresión (6 – 9 puntos) c. Depresión establecida (10 – 15 puntos)	



ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificado con número de DNI:
_____, autorizo a el bachiller: Rosbel Eloy Rojas Mancha egresado de la E.P de Enfermería de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez para llevar a cabo la recolección de datos.

He comprendido que será a través de la entrevista.

Conozco que los datos que proporcione serán confidenciales y usados solamente para objetivos académicos y que mi participación no implicará ningún daño para mi paciente ni para mí.

Como constancia firmo este documento que guardara mis derechos.

Firma del participante



Huella digital



ANEXO 4: INSTRUMENTOS

GUIA DE ENTREVISTA SOBRE CALIDAD DE VIDA

(Autor: Escala FUMAT Miguel Ángel Verdugo Alonso, Laura Elisabet Gómez Sánchez, Benito Arias Martínez)

Ficha N°:

Instrucciones:

Sus respuestas son confidenciales, importantes y quedarán en anonimato. A continuación, le realizaremos una serie de preguntas y se le solicita su opinión sincera al respecto.

A. FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

1. ¿Cuál es su edad?

- a. 60 a 70 años
- b. 71 a 80 años
- c. 81 a 83 años

2. Genero:

- a. Masculino
- b. Femenino

3. Lugar de procedencia:

- a. Zona urbana
- b. Zona rural

4. Estado civil:

- a. Soltero (a)
- b. Casado (a)
- c. Viudo (a)
- d. Conviviente



5. Actualmente con quien vive:

- a. Cónyuge
- b. Cónyuge e hijos
- c. Hijos
- d. Otros familiares
- e. Solo

6. Ocupación:

- a. Jubilado permanece en casa
- b. Trabajos independientes

I. AUTOPERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA

Escala de Calidad de vida.				
N°	Bienestar emocional	S 2p	AV 1p	N 0p
1	Se muestra satisfecho con su vida presente.			
2	Está alegre y de buen humor.			
3	Se siente capaz y seguro en sus actividades de la vida diaria.			
4	Se muestra satisfecho consigo mismo.			
5	Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.			
Resultados:				
a. Adecuado (7 a 10 puntos)				
b. Regular (4 a 6 puntos)				
c. Inadecuado (0 a 3 puntos)				
N°	Relaciones interpersonales			
6	Realiza actividades que le gustan con otras personas.			
7	Mantiene con su familia la relación que desea.			



8	Tiene amigos estables.			
9	Se siente valorado por su familia.			
10	Mantiene una buena relación con sus vecinos.			
Resultados:				
a. Adecuado (7 a 10 puntos)				
b. Regular (4 a 6 puntos)				
c. Inadecuado (0 a 3 puntos)				
Bienestar físico				
11	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.			
12	Cuenta con acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, visitas en domicilio, hospitalaria, etc.)			
13	Mantiene una alimentación saludable.			
14	Duerme tranquilo durante la noche.			
15	Vive tranquilo sin preocupaciones			
Resultados:				
a. Adecuado (7 a 10 puntos)				
b. Regular (4 a 6 puntos)				
c. Inadecuado (0 a 3 puntos)				
Inclusión social				
16	Utiliza entornos comunitarios, como parques, plazas			
17	Su familia le apoya cuando lo necesita.			
18	Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.			
19	Cuenta con los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad.			
20	En su comunidad fomentan su participación en las diversas actividades.			



Resultados: a. Adecuado (7 a 10 puntos) b. Regular (4 a 6 puntos) c. Inadecuado (0 a 3 puntos)				
Derechos				
21	Su familia preserva su intimidad.			
22	En su comunidad es tratado con respeto.			
23	Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.			
24	Tiene facilidad para cumplir con sus derechos legales como voto, respeto a sus creencias, valores, etc.			
25	Asiste según sus creencias a la iglesia que el (ella) prefiera			
Resultados: a. Adecuado (7 a 10 puntos) b. Regular (4 a 6 puntos) c. Inadecuado (0 a 3 puntos)				



GUIA DE ENTREVISTA SOBRE LA DEPRESIÓN GERIATRICA

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁRICA DE YESAVAGE

Escala de Yesavage (Screening de Depresión)				
Nombre del Usuario:		Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad:	Años	Meses	Fecha de aplicación:	Aplicado por:

INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la **ÚLTIMA SEMANA**

1.	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	si	NO
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
3.	¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
5.	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	si	NO
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SI	no
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	si	NO
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado?	SI	no
9.	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
10.	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	no
11.	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	si	NO
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	SI	no
13.	¿Se siente lleno de energía?	si	NO
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	no
15.	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	SI	no
Las respuestas que indican depresión están en NEGRITA Y MAYÚSCULAS . Cada una de estas respuestas cuenta 1 PUNTO .			Total:



INSTRUCTIVO:

Puntuación total: 15 puntos

Puntos de corte

- a. No depresión (0 – 5 puntos)
- b. Probable depresión (6-9 puntos)
- c. Depresión establecida (10 – 15 puntos)

ANEXO 5: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Los abajo firmantes, profesionales Licenciadas en enfermería, certificamos que el instrumento (Anexo 3) correspondiente a la investigación "Calidad de vida asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 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
TOTAL	7

Se ha considerado como resultado un total de:

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



ANEXO 5: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Los abajo firmantes, profesionales Licenciadas en enfermería, certificamos que el instrumento (Anexo 3) correspondiente a la investigación “Calidad de vida asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 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
TOTAL	7

Se ha considerado como resultado un total de:

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



ANEXO 5: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Los abajo firmantes, profesionales Licenciadas en enfermería, certificamos que el instrumento (Anexo 3) correspondiente a la investigación "Calidad de vida asociada a la depresión geriátrica en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca 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
TOTAL	7

Se ha considerado como resultado un total de:

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

Alberta Sulca Ali
LIC. EN ENFERMERÍA
CEP: 46602



**ANEXO 6: AUTORIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTO DONDE SE REALIZÓ
LA INVESTIGACIÓN**



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

**SOLICITO: AUTORIZACION PARA
REALIZAR RECOPIACION DE DATOS PARA
TESIS.**

**SEÑOR: DR. DAVID ALFREDO LLANOS MIRANDA
JEFE DEL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA**

Yo, Rosbel Eloy Rojas Mancha, Bachiller en Enfermería de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca, identificado con DNI N° 43569536, con domicilio en el Jr. Chavín N° 465 Urb. Anexo San Pablo, de la ciudad de Juliaca Provincia de San Román, Región Puno, ante Ud. me presento y expongo lo siguiente:

Que mediante el presente documento me dirijo a usted, con la finalidad de solicitarle autorización para realizar estudio de TESIS. En el Área de Salud Pública Denominado **CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA JULIACA 2024**, esto con el fin de optar el título profesional de Licenciado en Enfermería de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca.

POR LO ESPUESTO:

Pido a usted Señor jefe del Centro de Salud Santa Adriana, acceder a mi petición por ser justa y legal.

Juliaca, 29 de abril del 2025

**Rosbel Eloy Rojas Mancha
DNI N°: 43569536**



"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

Juliaca, 28 de Abril del 2025

CARTA N° 295 - 2025 -J-UADI-HCMM-RED-S-SR/J

Señor(es):

DR. DAVID ALFREDO LLANOS MIRANDA
JEFE DE LA MICRO RED SANTA ADRIANA – RSSR

PRESENTE.-

ASUNTO : PRESENTA A BACHILLER PARA EJECUTAR PROYECTO DE INVESTIGACION.

SOLICITANTE : Sr. **ROSBEL ELOY ROJAS MANCHA**

REGISTRO N° 8499 – 2025

Mediante el presente me dirijo a Ud. para saludarlo cordialmente, así mismo presentarle al Bachiller de la Escuela Profesional de ENFERMERIA de la UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CACERES VELASQUEZ, quien ejecutará el Proyecto de Investigación titulado **"CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA JULIACA 2024"**, contando con la opinión favorable de las instancias correspondientes, considera procedente para que el interesado obtenga información para el proyecto de investigación, solicito le brinde las facilidades para recabar información. La Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación de la Red de Salud San Román otorga la **OPINION FAVORABLE** para que la interesada realice lo solicitado dentro de la Institución a partir de la fecha, al concluir el proyecto deberá dejar un ejemplar para la biblioteca del Hospital.

Atentamente,

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
HOSPITAL CARLOS MONTE MÉRANO
Dr. Efraín U. Corrales Guzmán
JEFE UADI - CAPACITACIÓN
MÉDICO - PEDIATRA
CMP. 54365 - RNE 31091

EUCG/ccf
Cc. Interesado

AUTORIZADO
29/ABR. 2025

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
RED DE SALUD SAN ROMÁN
SANTA ADRIANA
David A. Llanos Miranda
GERENTE
CLAS SANTA ADRIANA
CMP 50720

ANEXO 7: POBLACIÓN DE ESTUDIO



POBLACIÓN TOTAL DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA JULIACA 2024

POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES	935
-------------------------------------	------------





ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

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

Formato digital

Fecha de entrega: 05/12/2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: ROSBEL ELOY ROJAS MANCHA

Dirección: Jr. Chavin # 465 - Juliaca

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 43569536

Teléfono: 964406030 email: rosbelrojasmancha29@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 EN ENFERMERÍA

Asesor: Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA EN LOS ADULTOS
MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA JULIACA 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): Adultos mayores; Calidad de vida; Depresión geriátrica; Factores epidemiológicos

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2}?

2

¹ 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.

² 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 los 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

Línea de investigación: SALUD PÚBLICA - P07



05 – DICIEMBRE – 2025

Firma de Autor

huella digital

Fecha