

Escuela de Posgrado

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA
CLÍNICA Y DE LA SALUD CON MENCIÓN EN
TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

Trabajo Académico

**Prevalencia de la sintomatología depresiva en usuarios adultos
mayores de un Centro de Salud de Tacna, 2025**

Anggela Paola Gonzales Atencio
Milagros Leandra Guevara Yucra
Blanca Nelida Gutierrez Vilca

Para optar el Título de
Segunda Especialidad Profesional en Psicología Clínica y de la Salud con
Mención en Terapia Cognitiva Conductual

Lima, 2026

Repositorio Institucional Continental

Trabajo Académico



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

ANEXO 6**INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD**
DEL TRABAJO ACADÉMICO

A : Mg. Jaime Sobrados Tapia
Director Académico de la Escuela de Posgrado

DE : **Dr. Aldo Aguayo Melendez**
Asesor del trabajo académico

ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad del trabajo académico

FECHA : 28 de agosto de 2025

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para saludarlo, y en vista de haber sido designado Asesor del trabajo académico titulado “**PREVALENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN USUARIOS ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE SALUD DE TACNA, 2025**”, perteneciente a los Lic. Anggela Paola Gonzales Atencio, Lic. Milagros Leandra Guevara Yucra y Lic. Blanca Nelida Gutierrez Vilca, de la SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD CON MENCIÓN EN TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL; se procedió con el análisis del documento mediante la herramienta “Turnitin” y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software, cuyo resultado es **8 %** de similitud (informe adjunto) sin encontrarse hallazgos relacionados con plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

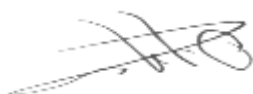
- Filtro de exclusión de bibliografía Sí NO
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores (Máximo n° de palabras excluidas: < 40) Sí NO
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante Sí NO

En consecuencia, se determina que el trabajo académico constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo académico sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios de legalidad, presunción de veracidad y simplicidad, expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales – RENATI y en la Directiva 003-2016-R/UC.

Esperando la atención a la presente, me despido sin otro particular y sea propicia la ocasión para renovar las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,



Dr. Aldo Aguayo Melendez

DNI: 24006365

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, GUEVARA YUCRA MILAGROS LEANDRA, identificada con Documento Nacional de Identidad N° 74029893, egresada de la SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD CON MENCIÓN EN TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. El Trabajo Académico titulado "PREVALENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN USUARIOS ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE SALUD DE TACNA, 2025", es de mi autoría, el mismo que presento para optar el TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD CON MENCIÓN EN TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL.
2. El Trabajo Académico no ha sido plagiado ni total ni parcialmente, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. El Trabajo Académico titulado es original e inédito, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

Lima, 05 de Setiembre de 2025.



GUEVARA YUCRA MILAGROS LEANDRA
DNI. N° 74029893



Huella

Arequipa

Av. Los Incas S/N,
José Luis Bustamante y Rivero
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara
(054) 412 030

Huancayo

Av. San Carlos 1980
(064) 481 430

Cusco

Urb. Manuel Prado - Lote B, N° 7 Av. Collasuyo
(084) 480 070

Sector Angostura KM. 10,
carretera San Jerónimo - Saylla
(084) 480 070

Lima

Av. Alfredo Mendiola 5210, Los Olivos
(01) 213 2760

Jr. Junín 355, Miraflores
(01) 213 2760

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, GUTIERREZ VILCA BLANCA NELIDA, identificada con Documento Nacional de Identidad N° 74023525, egresada de la SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD CON MENCIÓN EN TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. El Trabajo Académico titulado "PREVALENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN USUARIOS ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE SALUD DE TACNA, 2025", es de mi autoría, el mismo que presento para optar el TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD CON MENCIÓN EN TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL.
2. El Trabajo Académico no ha sido plagiado ni total ni parcialmente, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. El Trabajo Académico titulado es original e inédito, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

Lima, 05 de Setiembre de 2025.



GUTIERREZ VILCA BLANCA NELIDA
DNI. N° 74023525



Huella

Arequipa

Av. Los Incas S/N,
José Luis Bustamante y Rivero
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara
(054) 412 030

Huancayo

Av. San Carlos 1980
(064) 481 430

Cusco

Urb. Manuel Prado - Lote B, N° 7 Av. Collasuyo
(084) 480 070

Sector Angostura KM. 10,
carretera San Jerónimo - Saylla
(084) 480 070

Lima

Av. Alfredo Mendiola 5210, Los Olivos
(01) 213 2760

Jr. Junín 355, Miraflores
(01) 213 2760

Prevalencia de la sintomatología depresiva en usuarios adultos mayores de un Centro de Salud de Tacna, 2025

ORIGINALITY REPORT

8%

SIMILARITY INDEX

8%

INTERNET SOURCES

5%

PUBLICATIONS

3%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

hdl.handle.net

Internet Source

1%

2

[Submitted to Universidad Continental](#)

Student Paper

1%

3

repositorio.ucv.edu.pe

Internet Source

1%

4

[Submitted to Corporación Universitaria Iberoamericana](#)

Student Paper

1%

5

repositorio.unc.edu.pe

Internet Source

1%

6

repositorio.continental.edu.pe

Internet Source

1%

7

repositorio.unjbg.edu.pe

Internet Source

<1%

8

ensanut.insp.mx

Internet Source

<1%

9

revistas.ujat.mx

Internet Source

<1%

10

teps.cl

Internet Source

<1%

11

www.clubensayos.com

Internet Source

<1%

12

www.integracionsocial.gov.co

Internet Source

<1%

13

repositorio.utn.edu.ec

Internet Source

<1%

14

repositorio.unfv.edu.pe

Internet Source

<1%

Exclude quotes Off
Exclude bibliography On

Exclude matches < 40 words

Asesor

Dr. Aldo Aguayo Melendez

Agradecimiento

A nuestras familias por el apoyo brindado para realizar nuestras metas profesionales y personales.

A los pacientes que hemos atendido, por ser una constante fuente de aprendizaje.

A los docentes que con paciencia y respeto nos comparten sus conocimientos y sus experiencias.

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo describir la prevalencia de la sintomatología depresiva en usuarios adultos mayores de un Centro de Salud de Tacna, 2025. La metodología de la investigación empleada fue de tipo básico, de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental-transversal del tipo descriptivo. Para medir el nivel de depresión en adultos mayores, se aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-5). Esta investigación estuvo conformada por 21 adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Tacna, con edad igual o mayor a 60 años. Los resultados indicaron que el 24% de la población no presenta síntomas depresivos, el 38% presenta una depresión leve, el 14 % de los encuestados presentan una depresión moderada y el 24% restante presenta una depresión grave. En relación con la dimensión conductual, el 81 % de los adultos mayores manifestó preferir permanecer en el hogar, el 67 % refirió haber abandonado diversas actividades cotidianas y el 76 % indicó experimentar una notable falta de energía para el desarrollo de sus tareas habituales. Asimismo, en la dimensión cognitiva, los indicadores de mayor prevalencia evidenciaron que el 76 % de los participantes consideró que otras personas se encuentran en mejores condiciones que ellos, el 67 % expresó sentirse frecuentemente abandonado y el 62 % reportó experimentar aburrimiento de manera recurrente.

Palabras claves: Sintomatología depresiva y adultos mayores.

Abstract

The present study had to describe the prevalence of depressive symptomatology in older adult users of a Health Center in Tacna, 2025. The research methodology was basic in nature, with a quantitative approach and a non-experimental, cross-sectional, descriptive design. To measure the level of depression in older adults, the Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS-5) was applied. The study sample consisted of 21 older adults who were users of the Health Center in Tacna, aged 60 years or older. The results indicated that 24% of the population did not present depressive symptoms, 38% presented mild depression, 14% showed moderate depression, and the remaining 24% presented severe depression. Regarding the behavioral dimension, 81% of older adults reported preferring to stay at home, 67% indicated having abandoned various daily activities, and 76% reported experiencing a notable lack of energy to carry out their usual tasks. Likewise, in the cognitive dimension, the most prevalent indicators showed that 76% of participants believed that other people were in better conditions than themselves, 67% expressed feeling frequently abandoned, and 62% reported experiencing boredom on a recurrent manners.

Keywords: Depressive symptomatology and older adults.

Índice

Asesor	ii
Agradecimiento	iii
Resumen	iv
Abstract	v
Índice	vi
Introducción	viii
Capítulo I: Planteamiento del problema	9
1.1. Contextualización del problema	9
1.1.1. Entorno general	9
1.1.2. Condiciones específicas	10
1.2.1. Definición del problema principal	11
1.2.2. Causas del problema	11
1.3. Formulación del problema	12
1.4. Determinación de objetivos	12
1.4.1. Objetivo general	12
1.4.2. Objetivos específicos	12
1.5. Justificación e importancia del problema identificado	13
Capítulo II: Marco teórico	14
2.1. Antecedentes del problema	14
2.2. Fundamentación teórica	28
3.1. Propósito del diagnóstico	31
3.2. Metodología	31
3.2.1. Tipo, enfoque y diseño de investigación	31
3.2.3. Técnicas de análisis e indicadores del diagnóstico	34
3.3. Brechas identificadas	34
3.4. Conclusiones del diagnóstico	42
Capítulo IV: Aspectos administrativos	44
4.1. Objetivo del Plan de Acción	44
4.2. Actividades específicas del plan de acción	45
4.3. Resultados esperados	49

4.4. Monitoreo y seguimiento	49
Conclusiones.....	51
Recomendaciones	52
Referencias	53
Anexos	58

Introducción

La depresión en adultos mayores representa un asunto de creciente importancia debido a su elevada prevalencia y al efecto adverso que produce en la calidad de vida. Esta población experimenta transformaciones físicas, cognitivas, emocionales y sociales características del proceso de envejecimiento, mostrando una mayor susceptibilidad a desarrollar síntomas depresivos.

Diversos estudios realizados a nivel internacional, nacional y regional evidencian que la depresión en adultos mayores es una de las condiciones de salud mental más frecuentes y poco diagnosticadas, asociada a factores como enfermedades crónicas, aislamiento social, y pérdida de roles. En el Perú, las prevalencias reportadas son elevadas, y en Tacna la información aún es limitada, lo que dificulta la implementación de estrategias específicas de prevención y atención. Asimismo, los resultados de esta investigación pueden orientar a los profesionales de la salud en la identificación oportuna de síntomas, fomentando la aplicación de intervenciones efectivas que mejoren la calidad de vida y el bienestar psicológico de esta población vulnerable.

En este contexto, se plantea la necesidad de describir la prevalencia de la sintomatología depresiva en usuarios adultos mayores de un centro de salud de Tacna durante el año 2025, con el propósito de aportar información actualizada y específica que oriente el diseño e implementación de programas de carácter preventivo desde un enfoque cognitivo-conductual.

En cuanto a la estructura del trabajo académico, en el capítulo I, se presenta el planteamiento del problema. En el capítulo II, se presenta el marco teórico. En el capítulo III, se presenta el diagnóstico del problema. Y en el capítulo IV, se presentan los aspectos administrativos, donde se plantea un programa de intervención cognitiva-conductual. El trabajo finaliza con la presentación de conclusiones y de recomendaciones.

Capítulo I: Planteamiento del problema

1.1. Contextualización del problema

1.1.1. Entorno general

A nivel internacional, se estima que el 5,7% de los adultos mayores de 60 años pueden estar cursando un trastorno depresivo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). Lo cual, refleja el problema de salud mental existente a nivel mundial y es preocupante los porcentajes que se manejan. Debido a que tanto aquellos que son diagnosticados clínicamente de depresión, como aquellos que presentan sintomatología depresiva sin llegar a formar el cuadro clínico completo para ser diagnosticados, sufren una merma en su funcionamiento social y familiar. Además, se reduce su rendimiento laboral y lo que es peor, pueden llegar a presentar casos de suicidio. Según la OMS (2023), cada año se suicidan más de 700 000 personas. En este sentido, cualquier persona podría padecer de una depresión, tanto más quienes han experimentado sucesos traumáticos o eventos estresantes. De modo que, la pandemia del COVID-19, ha sido un acontecimiento estresante que impactó a todo el mundo. Por ende, los adultos mayores han vivido los efectos a nivel orgánico y mental de la pandemia y cabe recalcar que son consecuencias que aún persisten. Por tanto, los adultos mayores no están exentos de padecer sintomatología depresiva, sino todo lo contrario. Según la OMS (2023) el 14% de los adultos de 60 años o más viven con un trastorno mental. Además del contexto referido, en esta etapa de vida se viven diferentes cambios y muchas pérdidas que los vuelven más vulnerables para padecer mayor incapacidad.

En el Perú, la depresión destaca como uno de los problemas de salud mental más frecuentes y preocupantes en la población adulta. En este contexto, según el Ministerio de Salud (2024), se atendieron más de 256 000 casos de depresión, de los cuales 75,3 % corresponden a mujeres y 24,7 % a hombres. En términos generales, el 41,1 % de los casos afectó a adultos, seguido por 26,8 % en jóvenes, 17,6% en adultos mayores y 12,7 % en adolescentes. Ante esta realidad, se hace evidente la necesidad de reforzar las políticas de salud mental, con estrategias focalizadas que permitan una atención más equitativa y efectiva, especialmente en los sectores más vulnerables. En consecuencia, resulta fundamental fortalecer los

programas de prevención, detección temprana y tratamiento de la sintomatología depresiva en adultos, considerando su elevada prevalencia y el efecto que genera en su calidad de vida.

A nivel nacional, la depresión se ha establecido como uno de los trastornos de salud mental más comunes y alarmantes en adultos, afectando su bienestar emocional y funcionamiento diario.. En relación con ello, un estudio de Sánchez-Villena y Ventura León (2024), basado en la encuesta ENDES, identificó que los síntomas depresivos son altamente prevalentes, siendo la tristeza el principal síntoma en la mayoría de grupos, excepto en la población aymara, donde predominó el insomnio. Por consiguiente, estos hallazgos evidencian la necesidad de intervenciones que consideren el contexto sociocultural en el abordaje de la salud mental.

1.1.2. Condiciones específicas

En Tacna, la prevalencia de la depresión se configura como uno de los retos centrales dentro del campo de la salud mental regional, al ser uno de los trastornos con mayor incidencia y repercusiones notables en la calidad de vida de la población. De acuerdo con la Dirección Regional de Salud de Tacna (2024), durante el transcurso del 2024 se han registrado 6,259 atenciones vinculadas a diagnósticos de salud mental en la región. Dentro de este grupo, la depresión concentra el 7,45 % de los casos, ocupando el segundo lugar entre los trastornos mentales más reportados. En este contexto, la elevada prevalencia de depresión en Tacna revela una problemática persistente que demanda intervenciones prioritarias. Este porcentaje no solo pone de manifiesto la afectación emocional y funcional que enfrentan quienes la padecen, sino también la urgencia de consolidar políticas públicas enfocadas en la prevención, la detección temprana y el acceso oportuno a tratamientos para los trastornos depresivos en la región.

La depresión en personas adultas mayores constituye una preocupación en aumento, pues está relacionada con factores propios del envejecimiento, tales como el aislamiento social, la disminución de la independencia y la presencia simultánea de enfermedades crónicas. En este contexto, Magallanes (2023) desarrolló una investigación en Tacna con una muestra conformada por 92 adultos

de edad avanzada, encontrando que el 51,09 % mostro depresión en nivel moderado y el 26,09 % en nivel grave, mientras que el 22,82 % manifestó depresión leve. Además, se evidenció que el 77,27 % de las mujeres encuestadas manifestó síntomas de depresión moderada, En consecuencia, estos hallazgos destacan la elevada prevalencia de síntomas depresivos en la población geriátrica, siendo las mujeres mayores las más afectadas. Esta situación refuerza la urgencia de implementar programas específicos de atención emocional dirigidos a personas adultas mayores, con enfoque preventivo.

1.2. Identificación del problema

1.2.1. Definición del problema principal

La sintomatología depresiva puede ser definida como el conjunto de síntomas que vuelven peculiar a la depresión y que la diferencian de otros trastornos mentales (Chapí, 2013, como se citó en Gil-Díaz et al., 2022). Por ejemplo, el sujeto puede experimentar un estado de ánimo de tristeza, pérdida del interés, sentimiento de inutilidad, dificultad para pensar o tomar decisiones, y tentativas suicidas (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014). Por tanto, presentar esta sintomatología describe un cuadro depresivo que puede ser diagnosticado por el profesional competente. Además, cabe mencionar, que la sintomatología de la depresión varía según la persona que lo padece. Es decir, hay personas que pueden ser asintomáticas y no por ello se debe descartar la presencia de depresión.

1.2.2. Causas del problema

Existen diversas causas para el desarrollo de la sintomatología de la depresión. Sin embargo, no es posible identificar cual es la causa más significativa, ya sea para su inicio o para su mantenimiento. Debido a que, los factores de riesgo interactúan a la vez como causa y consecuencia a la vez (Guiasalud.es, 2023). Por tanto, las causas de la sintomatología depresiva deben ser estudiadas de forma multidimensional y con una praxis cuidadosa para no generar relaciones causales erradas y que generen confusión durante el diagnóstico y tratamiento. En este sentido, la APA (2014) destaca y describe los factores individuales, los acontecimientos vitales estresantes y los factores genéticos y fisiológicos.

Primero los factores individuales, que son aquellos que se relacionan con la persona, que aumentan o disminuyen la probabilidad de sufrir depresión como la edad, sexo, consumo de drogas, etc. Luego, los acontecimientos vitales estresantes, que son aquellas experiencias significativas en la vida de una persona que pueden generar altos niveles de estrés como la pérdida de empleo, soledad, los problemas familiares, de pareja o en el trabajo, problemas económicos, enfermedades crónicas, etc. Y finalmente, los factores genéticos y fisiológicos, que se refieren a la información heredada de los padres, que influye en las características como la predisposición a ciertas enfermedades, rasgos de personalidad y capacidades cognitivas, según la APA (2024), esta heredabilidad es de aproximadamente el 40 %. De modo que, todos estos factores deben ser considerados y pueden ser causas de inicio o mantenimiento de la sintomatología depresiva.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuál es la prevalencia de la sintomatología depresiva en usuarios adultos mayores de un Centro de Salud de Tacna durante el año 2025?

1.3.2. Problemas específicos

-¿Cuál es la prevalencia de la sintomatología del aspecto cognitivo en usuarios adultos mayores de un Centro de Salud, Tacna 2025?

-¿Cuál es la prevalencia de la sintomatología del aspecto conductual en usuarios adultos mayores de un Centro de Salud, Tacna 2025?

1.4. Determinación de objetivos

1.4.1. Objetivo general

Describir la prevalencia de la sintomatología depresiva en usuarios adultos mayores de un Centro de Salud de Tacna, 2025

1.4.2. Objetivos específicos

1.Describir la prevalencia de la sintomatología del aspecto cognitivo en usuarios adultos mayores de un Centro de Salud de Tacna, 2025.

2.Describir la prevalencia de la sintomatología del aspecto conductual en usuarios adultos mayores de un Centro de Salud de Tacna, 2025.

1.5. Justificación e importancia del problema identificado

El presente trabajo de investigación se justifica teóricamente en el modelo cognitivo de la depresión propuesto por Beck (2005). Desde esta perspectiva, la depresión en adultos mayores se explica como resultado de patrones de pensamiento negativos que distorsionan la percepción que el individuo tiene de sí mismo, del mundo y del futuro. Además, este enfoque proporciona una base sólida para comprender los procesos mentales que sostienen la sintomatología depresiva y ofrece herramientas útiles para su detección temprana, a fin de favorecer la estabilidad emocional y mejorar las condiciones de vida de las personas de edad avanzada en la región de Tacna.

Asimismo, el estudio evidencia una necesidad social, ya que busca dar respuesta a la elevada frecuencia de síntomas depresivos en la población adulta mayor. Esta población, podrá beneficiarse directamente mediante la identificación oportuna de síntomas, lo que facilitará su acceso a un tratamiento adecuado y mejorará su bienestar integral. En la misma línea, los especialistas en salud mental contarán con evidencia actualizada que les permitirá desarrollar estrategias de intervención más precisas, mientras que los cuidadores y familiares tendrán mayor comprensión sobre la disposición anímica del adulto mayor, fortaleciendo el entorno de apoyo.

Capítulo II: Marco teórico

2.1. Antecedentes del problema

El análisis de 30 estudios permitió identificar que 30 correspondían a un enfoque cuantitativo. Entre ellos, cuatro presentaron un diseño transversal, orientado a describir características de una población en un momento específico (Paredes-Arturo et al., 2024; Torres & Torres, 2023; Miletic, Lekic y Courteney., 2021; Agis et al., 2020; Ponce-Torres et al., 2020). De igual forma, se identificaron estudios que emplearon variantes del diseño transversal, con enfoques orientados al análisis correlacional o causal. En este sentido, se localizaron dos investigaciones transversales-correlacionales, que compara dos o más variables dentro de la investigación en un momento específico (Solano et al., 2024; Inostroza et al., 2023). Además, se halló un estudio con diseño transversal correlacional-causal, el cual resultó útil para establecer asociaciones entre variables con fines explicativos, aunque limitado en cuanto a la posibilidad de inferir causalidad debido a su naturaleza no experimental y de corte único (Mamani, 2022).

De manera similar, se encontró una investigación que aplicó un diseño transversal de tipo correlacional y observacional, apropiado para identificar patrones conductuales en una población determinada sin intervención del investigador (Pérez y Naupari, 2023). Por otro lado, se localizó un estudio de diseño retrospectivo con corte transversal, centrado en el análisis de datos previamente recopilados para describir y correlacionar variables en un momento específico (Vinaccia et al., 2021). A la vez, se encontró un estudio de diseño transversal con análisis secundario, que incorporó análisis de redes para explorar la interconexión entre múltiples variables (Sánchez-Villena y Ventura León, 2022). Adicionalmente, se identificó una investigación con diseño transversal de tipo descriptivo-correlacional, orientada al análisis de relaciones entre variables sin manipulación (Solano Dávila y Bartolo, 2022).

Adicionalmente, se identificaron cinco investigaciones que utilizaron un diseño descriptivo-correlacional, caracterizado por su capacidad para examinar relaciones entre variables sin manipularlas (Sánchez-Domínguez et al., 2024;

Magallanes,2023; Choque-Gallego, 2022; Alfaro-Ticona et al., 2021; Camacho y Bernal, 2021).Además, se identificó un estudio con diseño descriptivo transversal analítico, el cual se caracteriza por describir las características de una población en un momento determinado, al tiempo que permite analizar asociaciones entre variables, sin manipularlas y con un enfoque más profundo en la interpretación de los datos recolectados (Serrano y Cernaqué, 2023).

Por otro lado, se registraron estudios con enfoques analíticos y comparativos. Uno de ellos utilizó un diseño analítico y transversal retrospectivo, orientado al análisis de factores asociados a partir de registros previos (Reyes, 2022). También se identificó un diseño no experimental, transversal y descriptivo, centrado en la observación de fenómenos sin intervención del investigador (Rimarchin, 2022). De forma complementaria, se halló un estudio descriptivo de tipo simposio/documental, fundamentado en revisión experta (Tello-Rodríguez, 2022). Además, se identificaron dos estudios con diseño longitudinal, cuya finalidad fue analizar los cambios o tendencias que ocurren en la población a lo largo del tiempo (Yuang et al., 2023; Valera et al., 2020).

Asimismo, se registró una investigación analítica de corte transversal, cuyo objetivo fue examinar las relaciones entre diferentes determinantes de la salud (Torres, 2022). De igual modo, se halló un diseño analítico de tipo caso-control con corte transversal, aplicado para comparar dos grupos poblacionales y detectar posibles factores de riesgo (Santos, 2022). Asimismo, se encontró un estudio con diseño observacional y comparativo, cuyo objetivo fue identificar diferencias significativas entre grupos (Ramírez, 2024). Finalmente, se encontraron tres estudios que no precisan su tipo de diseño cuantitativo, pero que sirvieron para explicar las cualidades de la población a estudiar (Vasquez-Salas et al.,2023; Duchitanga-Pintado & Sánchez-Tinoco, 2023; Bustamante et al., 2021).

Por otro lado, 15 investigaciones utilizaron la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15) desarrollada por Yesavage con el propósito de evaluar (Paredes-Arturo et al., 2024; Sánchez-Domínguez et al., 2024; Duchitanga-Pintado & Sánchez-Tinoco, 2023; Pérez y Naupari, 2023; Serrano Monge, 2023; Sanga, 2022; Miletic et al., 2021; Camacho & Bernal, 2021; Vinaccia et al.,2021; Rimarachin, 2021;

Choque-Gallegos, 2021; Bustamante et al., 2021; Agis et al., 2020; Ponce-Torres et al., 2020; ; Valera et al., 2020)..

Asimismo, otras 8 investigaciones utilizaron el Cuestionario para la Salud del Paciente-9 (PHQ-9), que detecta y evalúa la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos (Solano et al., 2024; Ramírez, 2024; Sánchez-Villena & Ventura-León, 2024; Bartolo, 2024; Inostroza et al., 2023; Torres & Torres, 2023; Espinoza, 2023; Torres Mantilla, 2023). En adición, se encontró tres investigaciones que utilizaron la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-7) que tuvo como propósito el evaluar la recurrencia de manifestaciones depresivas durante la semana previa al proceso de entrevista. (Vasquez-Salas et al., 2023; Yuang et al., 2023; Vinaccia et al., 2021).

Por otra parte, se hallaron estudios que emplearon escalas distintas, como la Escala de Depresión de Zung (Magallanes, 2023), orientada a medir la afectación emocional en contextos clínicos, y la Escala de Depresión Infantil de Birmleson, usada para evaluar sintomatología depresiva en adolescentes (Alfaro-Ticona & Centella-Centeno, 2021). Sumado a ello, Se hallaron registros clínicos en los que constaban diagnósticos efectuados por profesionales del área de la salud mental, como el formulario para la obtención de datos (Denegri,2023), y la revisión narrativa y análisis integrado de estudios clínicos (Tello-Rodríguez, 2020).

En México, Sánchez-Domínguez et al. (2024) exploraron la relación entre los niveles de depresión y la autoestima en personas de edad avanzada, a partir de un estudio con diseño no experimental, de tipo descriptivo y correlacional. Además, sus participantes fueron 50 personas adultas mayores, a quienes se les administró la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage junto con la Escala de Autoestima de Rosenberg. Al finalizar, los resultados mostraron que el 56 % de los adultos evaluados no presentó sintomatología depresiva. Asimismo, en lo que respecta a la autoestima, el 54 % evidenció un nivel alto, siendo esta la categoría predominante dentro de la muestra. Sin embargo, se identificó una relación negativa de moderada intensidad entre depresión y autoestima ($r = -0.54$), lo cual indica que, a mayor autoestima, menores niveles de sintomatología depresiva en esta población.

También en México, Vasquez-Salas et al.(2023), estimaron la predominancia de la sintomatología depresiva en adolescentes y adultos mexicanos, basado en estudio descriptivo. Además tuvo una muestra de 3547 Adolescentes y 11913 adultos y utilizó la encuesta Ensanut-2022, en la cual se encuentra la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-7). Al finalizar, concluyeron que los adultos mayores presentan sintomatología depresiva en un 38.3%, siendo mayor al obtenido por los adultos que alcanzaron un 11.3%. Adicionalmente, en los adultos mayores se presentaron, diferencias por sexo, predominando la sintomatología depresiva en las mujeres con un 45.5% frente al 29.3% obtenido de los hombres. Además, también se encontraron diferencias por área de residencia, los que vivían en un área rural obtuvieron mayor porcentaje de sintomatología depresiva con un 46.8%, mientras que los que vivían en un área urbana obtuvieron el porcentaje de 36.0%.

Asimismo, en Mexico, Camacho y Bernal (2021) analizaron la vinculación entre el nivel educativo, la edad, el sexo, el estado cognitivo, la presencia de síntomas depresivos y el grado de autonomía en las actividades cotidianas, poniendo especial atención en las diferencias asociadas al género, dentro de un grupo de personas de edad avanzada pertenecientes a una comunidad rural de Actopan, Hidalgo, a partir de un estudio de tipo descriptivo. Además, sus participantes fueron 94 adultos mayores, y se aplicaron la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), el CASI para habilidades cognitivas, el índice de Katz para actividades básicas y el índice Lawton y Brody. Al finalizar, se reportó que el 64,89 % obtuvo un rendimiento cognitivo dentro del promedio poblacional, mientras que el 16 % presentó posible deterioro cognitivo, situación más frecuente en mujeres con menor nivel de escolaridad. Por tanto, pusieron en evidencia una brecha de género, manifestada principalmente en la baja escolarización de las mujeres comprendidas entre los 70 y 89 años, lo cual podría afectar su desempeño cognitivo. Sin embargo, se observó una baja incidencia de síntomas depresivos y un alto nivel de independencia funcional, posiblemente atribuible a la actividad física cotidiana y a una red de apoyo social sólida en la comunidad..

De igual forma, en Mexico Agis et al. (2020) determinaron la constancia de sintomatología depresiva y su tratamiento en personas de la tercera edad, basado en un estudio descriptivo transversal. Además, sus participantes fueron 3,114 de 7 estados del país y empleó la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage, y también se analizó su afiliación a seguridad social, funcionalidad y estado cognoscitivo. Al finalizar, concluyeron una prevalencia de sintomatología depresiva del 27.4% en la población de estudio, se identificó que el 88% de ellos presentaron depresión leve a moderada, y el 12% una depresión establecida. Además, se encontró mayor predominancia en mujeres con el 71% de los casos ($Z=2.4$; $p<0.05$). Adicionalmente, se encontró que el 74.9% tenían estudios básicos o menos, mientras que el 25.1%. Asimismo, sólo el 11.2% fue identificado por su centro de salud y de ellos, solo el 3.1% fue tratado de alguna forma.

También, en México, Valera et al. (2020), determinaron el nivel de depresión durante la tercera edad de aquellos que se someten a una cirugía, basado en un estudio observacional, comparativo, prospectivo y longitudinal. Además, tuvo una muestra de 73 adultos de la tercera edad, y utilizó la escala de Depresión Geriátrica de Yasavage versión corta. Al finalizar, concluyeron que anteriormente a la intervención el 64% de adultos mayores no mostraron sintomatología depresiva, mientras que el 29 % sí manifestó sintomatología leve y el 7% restantes mostró una depresión establecida. Luego de la intervención se observó una pequeña variación, el 60% de adultos mayores continuaron sin mostrar sintomatología depresiva, el 29% manifestaron una sintomatología leve, y el 11% restante, presentaron una depresión establecida. Además, encontraron que los hombres fueron los que más se deprimieron antes y después de la cirugía.

En Chile, Inostroza et al. (2023), comprendieron la conexión del bienestar, apoyo social y sintomatología depresiva en adultos de la tercera edad, basado en un estudio descriptivo – correlacional, de tipo transversal. Además, su muestra fue de 538 adultos mayores y aplicó los siguientes instrumentos: Patient Health Questionnaire-9, Pemberton Happiness Index y la Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social de Zimet. Al finalizar, concluyeron que el bienestar se correlaciona positivamente con la escala de apoyo social. Asimismo, respecto de

la escala de sintomatología depresiva, se identificó una correlación negativa con el apoyo social y *el bienestar*. Además, una mayor sintomatología depresiva ($\beta = -1,585$, $p < 0,001$) tiene un efecto negativo en el bienestar y un mayor apoyo social ($\beta = 0,463$, $p < 0,001$), influye a un nivel más alto de bienestar.

También, en Chile, Bustamante et al. (2021), determinaron síntomas depresivos utilizando la escala de Yesavage-15 de la experiencia local, basado en un estudio descriptivo. Además, tuvo 59 pacientes y se aplicaron las Escalas Pfeiffer y Yesavage-15. Al finalizar, concluyeron que el 67,80% arrojó Test de Yesavage-15 negativo y un 32,20% arrojó Test de Yesavage-15 positivo ($p = 0,865$). Además, de este último grupo distribuido por sexo un 52,63% corresponde a las mujeres y un 47,37% a los hombres. Según el nivel educacional, el 52,63% cuenta con Educación Básica cursada o completa, 31,58% con Educación Media cursada o completa, y 15,79% con Educación Superior cursada o completa ($p = 0,726$); y de acuerdo al estado civil, el 52,63% está casados o situación de pareja de hecho, el 15,79% solteros y viudos el 31,58% ($p = 0,928$).

En Colombia, Paredes-Arturo et al. (2024), determinaron el nivel de sintomatología depresiva y las variables relacionadas con los adultos mayores, basado en un estudio descriptivo- transversal. Además, tuvo una muestra de 288 participantes y utilizaron la escala Yesavage, el Test Minimental (MMSE), el cuestionario Vida y la escala espacios de vida (LSA). Al finalizar, concluyeron una prevalencia del 51.35% con respecto a síntomas emocionales moderados. Asimismo, encontraron un predominio en el sexo femenino 57% y con nivel de escolaridad bajo (41% con primaria incompleta y 28.8% que apenas leía o escribía). Además, de las cuatro clases de perfiles de síntomas depresivos, las clases 1, 2 y 3 dan cuenta de un predominio de sintomatología depresiva con un 3.81%, 23.2% y 21.6%, respectivamente y la cuarta clase corresponde a sintomatología moderada 51.35% de la muestra.

También en Colombia, Vinaccia et al. (2021) examinaron la relación entre la calidad de vida, la resiliencia y la sintomatología depresiva en personas de edad avanzada residentes en la ciudad de Montería, a través de un estudio cuantitativo con diseño

retrospectivo, corte transversal y un alcance descriptivo-correlacional. Además, sus participantes fueron 100 adultos mayores, y se emplearon la Escala CES-D, la escala CASP-19 y el CD-RISC 10. Al finalizar, se identificó que las personas adultas mayores obtuvieron puntuaciones elevadas en las dimensiones relacionadas con la calidad de vida, destacando particularmente en los aspectos de control, disfrute y autorrealización. En consecuencia, también se constató una alta resiliencia y bajos niveles de sintomatología depresiva en esta población. Sin embargo, se hallaron correlaciones negativas entre depresión y calidad de vida, y correlaciones positivas entre calidad de vida y resiliencia, según la evaluación de los instrumentos aplicados.

En Ecuador, Duchitanga-Pintado y Sánchez-Tinoco (2023), estudiaron a la familia problemática como una variable que influye en la depresión de las personas de la tercera edad, basado en un estudio cuantitativo con carácter descriptivo. Además, tuvo una muestra de 100 personas de la tercera edad y utilizó la escala de Yessavage y Apgar familiar. Al finalizar, concluyeron que el 31% no manifiesta sintomatología depresiva, el 63% manifiesta sintomatología depresiva leve y el 6% presenta una depresión moderada. Además, los varones obtuvieron un porcentaje mayor en depresión con un 37% y también obtuvieron un 23% en disfunción familiar leve y 24% en disfunción familiar moderada. En tanto que, la disfunción familiar severa se presenta en ambos sexos por igual con un porcentaje de 7% respectivamente.

En China, Yuang et al. (2023) exploraron las trayectorias de ocho años de la fragilidad, las alteraciones en el rendimiento cognitivo y los síntomas depresivos en personas chinas de edad avanzada, basado en un estudio longitudinal y alcance explicativo. Además, sus participantes fueron 6,106 adultos mayores, y se utilizó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Al finalizar, encontraron que el curso de la trayectoria vinculada a la fragilidad y deterioro cognitivo progresivos con depresión (14 %) se asoció con factores como desempleo, ausencia de actividad social, mala situación económica en la infancia y mala salud en la adultez. Por tanto, la trayectoria de pre-fragilidad, deterioro cognitivo y depresión limítrofe (20 %) mostró una fuerte relación con una salud

deficiente en la infancia. Sin embargo, la trayectoria de pre-fragilidad y deterioro cognitivo sin depresión (29,3 %) estuvo vinculada con un bajo nivel educativo, menor consumo en el hogar y residencia en zonas rurales.

En Croacia, Miletic et al. (2021) determinaron la incidencia de síntomas depresivos en pacientes hospitalizados en una unidad geriátrica, basado en un estudio transversal. Además, sus participantes fueron 473 personas adultas mayores hospitalizadas, y se empleó la Escala de Depresión Geriátrica GDS-15. Al finalizar, se determinó que el 22,2 % de las personas de edad avanzada hospitalizadas manifestó sintomatología depresiva, con una mayor prevalencia en mujeres que en hombres. En consecuencia, se constató que la mayoría de los casos positivos vivía en un entorno doméstico habitual, específicamente el 79,4 % de los hombres y el 74,6 % de las mujeres. Sin embargo, los síntomas depresivos en mujeres se asociaron principalmente con la vida en soledad 69 %, mientras que en los hombres predominaron entre aquellos que vivían en pareja 64,7 %, destacando la necesidad de realizar tamizajes rutinarios para detectar y tratar oportunamente la depresión en este grupo poblacional.

En Perú, Solano et al. (2024), identificaron las variables sociodemográficas que influyen en la depresión de las personas de la tercera edad, basado en un estudio Transversal, descriptivo y correlacional. Además, tuvo una muestra de 5247 adultos mayores y se utilizó la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2019, en la cual se encuentra el Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9). Al finalizar, concluyeron que son las mujeres quienes presentan mayor depresión leve, moderada, moderadamente severa y severa que los varones. Además, se encontró que el 38.9% de los adultos mayores con un nivel de instrucción inicial o preescolar padecen de depresión moderada, moderadamente severa y severa; el 23.9% sin ningún nivel de instrucción y el 16.2% con instrucción primaria. Asimismo, se encontró que los más pobres y pobres son los más perjudicados por la sintomatología depresiva que aquellos con una condición económica más holgada.

También, en Perú, Sánchez-Villena (2024) examinaron la dinámica de los síntomas depresivos según identidad étnica y determinaron el síntoma central mediante análisis de redes, basado en un estudio cuantitativo, diseño transversal. Por otro lado, tuvo una muestra de 32,634 adultos peruanos y se utilizó el instrumento PHQ-9 aplicado en ENDES. Al finalizar, concluyeron que el síntoma central en la mayoría de grupos fué el ánimo deprimido. Asimismo, en la población aymara, el síntoma central fue problemas de sueño. Además, la menor interacción entre síntomas se observó en nativos amazónicos.

En el ámbito peruano, Solano Dávila (2024) desarrolló un estudio sobre la relación entre cuadro depresivo y variables sociodemográficas en adultos atendidos en un establecimiento de salud, utilizando un enfoque cuantitativo de diseño correlacional. Por otro lado, el grupo muestral estuvo compuesto por adultos de ambos sexos, a quienes se les administró el instrumento PHQ-9 para evaluar los niveles de depresión. En esa línea, los resultados mostraron que existía una relación significativa entre la sintomatología depresiva y factores como el sexo, la edad, el nivel educativo y el estado civil. En particular, se observó mayor prevalencia de síntomas depresivos en mujeres, personas con bajo nivel educativo y aquellas sin pareja. Para finalizar, Estos hallazgos evidencian la influencia de las condiciones sociodemográficas en el desarrollo de la depresión, lo cual aporta elementos relevantes para investigaciones como la presente, que se orienta a analizar la frecuencia de la sintomatología depresiva en adultos mayores atendidos en un centro de salud mental comunitario de Tacna.

En el escenario peruano, Serrano Monge (2023) investigó la presencia de depresión en usuarios atendidos en diversos establecimientos de salud pertenecientes a la Red de Salud, utilizando un enfoque cuantitativo con diseño descriptivo transversal. La muestra incluyó a 150 usuarios adultos, a quienes se les aplicó el cuestionario PHQ-9 para evaluar la sintomatología depresiva. Por otro lado, los resultados indicaron que un 52 % de los participantes presentaban síntomas depresivos en diferentes niveles, predominando el desánimo, la fatiga y los trastornos del sueño. Además, se identificaron diferencias significativas en función del sexo y la edad, siendo las mujeres y los adultos mayores quienes

presentaban mayor sintomatología. En resumen, estos resultados permiten comprender la distribución de la depresión en contextos de atención primaria en salud.

Asimismo, en Perú, Torres y Torres (2023), determinaron el predominio de las variables relacionadas con el cuadro depresivo en la población adulta mayor, basado en un estudio analítico y transversal. Además, tuvo una muestra de 4174 adultos mayores y utilizó la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2019, en la cual se encuentra el PHQ-9. Al finalizar, concluyeron que el 13,18% presentaba un trastorno depresivo y una discapacidad del 7,86 %. Asimismo, encontraron que los varones tienen poca posibilidad de sufrir trastornos depresivos que las mujeres. Además, se tomaron como factores protectores el no padecer de alguna discapacidad, mayor grado de instrucción y quintil de riqueza, desde el quintil medio.

En el ámbito nacional, Reyes Denegri (2023) estudió la prevalencia de manifestaciones depresivas y variables relacionadas en adultos jóvenes que reciben atención en el servicio de salud mental del Centro de Salud San Isidro, utilizando un enfoque cuantitativo, de diseño transversal analítico. Por otro lado, la investigación se basó en una muestra de 120 pacientes, a quienes se les aplicó el cuestionario PHQ-9 para evaluar la sintomatología depresiva. Asimismo, los hallazgos revelaron que el 48.3 % presentó algún nivel de depresión, siendo los síntomas más comunes el ánimo deprimido, la fatiga y los trastornos del sueño. Además, se identificó una asociación significativa entre la presencia del trastorno depresivo y factores como el desempleo y los antecedentes familiares de enfermedad mental. En resumen, estos resultados aportan evidencia sobre los factores de riesgo vinculados a la depresión en contextos clínicos urbanos, constituyendo un referente importante para estudios como el presente, enfocado en la frecuencia de los síntomas depresivos en adultos mayores de un centro de salud mental comunitario en Tacna.

En Perú, Torres Mantilla (2023) llevó a cabo un estudio sobre los factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos, empleando un enfoque

cuantitativo de diseño transversal y analítico. La investigación utilizó datos secundarios de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), con una muestra representativa a nivel nacional de adultos mayores, a quienes se les evaluó mediante el instrumento PHQ-9. Por otro lado, los resultados revelaron una prevalencia significativa de síntomas depresivos, siendo más altos en mujeres, personas con bajo nivel educativo, sin pareja y con enfermedades crónicas. Entre los síntomas predominantes se encontraron el ánimo deprimido, la falta de energía y los trastornos del sueño. En ese contexto, estos hallazgos reflejan la influencia de múltiples determinantes sociales y de salud en la aparición del trastorno depresivo en la vejez.

En el contexto Peruano, Santos Espinoza (2023) investigó la relación entre la depresión y la funcionalidad familiar en adultos atendidos en el Centro de Salud Mental Comunitario Carabayllo, empleando un enfoque cuantitativo de diseño correlacional. Por otro lado, la muestra estuvo conformada por 100 usuarios adultos, a quienes se aplicaron los instrumentos PHQ-9 y la Escala de Evaluación de la Funcionalidad Familiar (EFF). Asimismo, los resultados evidenciaron una correlación inversa entre los niveles de funcionalidad familiar y la sintomatología depresiva, es decir, a menor funcionalidad, mayor presencia de síntomas depresivos. En esa línea, se identificó que el síntoma más frecuente fue el ánimo deprimido. En definitiva, Estos hallazgos permiten evidenciar la importancia del contexto familiar en la aparición o persistencia de la depresión.

En el marco nacional, Rimarachín Lozano (2021) examinó el grado de depresión en adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud Mental Comunitario de Lima, empleando un enfoque cuantitativo con diseño descriptivo. Por otro lado, la investigación se desarrolló con una muestra de 80 adultos mayores, a quienes se les aplicó el instrumento Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15). En ese sentido, los resultados indicaron que más del 60 % de los participantes presentaron algún nivel de depresión, siendo el estado de ánimo bajo, la pérdida de interés y la disminución de energía los síntomas más reportados. Asimismo, se evidenció una mayor prevalencia en mujeres y en personas con escasa red de apoyo social. Por tanto, estos hallazgos permiten reconocer la vulnerabilidad emocional de la

población adulta mayor en contextos comunitarios, constituyendo un aporte valioso para investigaciones como la presente, que busca identificar la presencia de sintomatología depresiva en usuarios adultos mayores de un centro de salud mental comunitario de Tacna.

También, en Perú, Choque-Gallegos (2021) abordó la problemática de la depresión en adultos mayores durante el contexto de la pandemia por COVID-19, desarrollando un estudio con enfoque cuantitativo, diseño descriptivo y transversal. Por otro lado, la investigación se realizó con una grupo de adultos mayores residentes en comunidades urbanas, a quienes se les administró la Escala de Depresión Geriátrica (GDS). En esa línea, los resultados evidenciaron un incremento significativo en los niveles de depresión, atribuido al retraimiento social, ansiedad frente al contagio, duelo por personas cercanas y la reducción de redes de apoyo. Asimismo, los síntomas más frecuentes fueron la tristeza persistente, la sensación de inutilidad y la pérdida de interés por actividades cotidianas. Para finalizar, Estos hallazgos permiten comprender cómo factores contextuales como una crisis sanitaria intensifican la vulnerabilidad emocional de los adultos mayores.

En Perú, Ponce-Torres et al. (2020), evaluaron las variables que influyen en la sintomatología depresiva de las personas de la tercera edad asistentes al centro de salud "Micaela Bastidas, basado en un estudio transversal analítico. Además, tuvo una muestra en 142 adultos mayores y utilizó la escala GDS-15 de Yesavage. Al finalizar, concluyeron que el 44,4% no mostró síntomas depresivos, el 43,7% presenta riesgo de sintomatología depresiva y el 12,0% presenta sintomatología depresiva establecida. Además, de los que presentaron depresión establecida, el 67,6% fueron mujeres. Asimismo, las variables que suelen influir en la presencia de la depresión fueron el no tener escolaridad y no trabajar.

Asimismo, en Perú, Tello Rodríguez (2020) realizó un estudio sobre la salud mental en el adulto mayor, centrado en los trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño, utilizando un enfoque descriptivo con revisión documental especializada. Por otro lado, a través del análisis clínico y epidemiológico de fuentes secundarias, la autora identificó que los trastornos afectivos, en especial la

depresión, constituyen uno de los problemas más frecuentes en adultos mayores, afectando significativamente su calidad de vida, funcionalidad y bienestar emocional. Además, destacó que la depresión en esta población suele estar subdiagnosticada, debido a que muchos de sus síntomas se confunden con el deterioro propio del envejecimiento o con enfermedades físicas. En resumen, estos hallazgos subrayan la importancia de una evaluación específica y oportuna de la sintomatología depresiva en personas mayores, lo cual resulta pertinente para estudios como el presente, que busca determinar la prevalencia de manifestaciones depresivas en población adulta mayor de un centro de salud mental comunitario de Tacna.

En Tacna, Ramírez (2024) analizó las variables vinculadas con la presencia de sintomatología depresiva en adolescentes pertenecientes a una institución educativa de nivel secundario, basado en un estudio descriptivo, observacional y comparativo. Además, sus participantes fueron 403 estudiantes, y se aplicó el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9). Al finalizar, se constató una elevada prevalencia de sintomatología depresiva, la cual estuvo presente en el 67 % de los adolescentes evaluados. En este contexto, los síntomas depresivos leves representaron la proporción más alta (31 %), seguidos por los de carácter moderadamente severo (17,1 %) y los de nivel moderado (14,4 %). Sin embargo, un 4,5 % presentó síntomas depresivos severos, lo que pone en evidencia la presencia de casos clínicamente relevantes que requieren atención especializada. Asimismo, en Tacna, Magallanes (2023) analizó la relación existente entre la dinámica de la funcionalidad familiar y la presencia de sintomatología depresiva en pacientes de edad avanzada hospitalizados en el área de medicina interna durante el periodo de la pandemia por COVID-19, a partir de un estudio descriptivo de tipo correlacional. Además, sus participantes fueron 92 adultos mayores hospitalizados en el Hospital Hipólito Unanue, y se aplicaron la Escala de Depresión de Zung y el instrumento de evaluación de la funcionalidad familiar de Olson. Al finalizar, se identificó que el 22,82 % de los participantes presentó nivel leve de depresión, el 51,09 % mostró nivel moderado y el 26,09 % manifestó nivel grave. En consecuencia, el nivel moderado de depresión resultó ser el de mayor prevalencia en ambos sexos, alcanzando un 77,27 % en mujeres y un 70,83 % en hombres. Sin

embargo, las mujeres también presentaron casos de depresión grave (6,82 %), ausentes en los hombres, y la depresión leve se registró en un 15,91 % de mujeres y un 29,17 % de hombres.

De igual forma, en Tacna, Pérez (2023) analizó el vínculo entre la intensidad de los síntomas depresivos y el nivel de dependencia funcional en personas de edad avanzada residentes en distintos centros de reposo de la provincia, a partir de un estudio analítico de corte transversal, observacional y correlacional. Además, sus participantes fueron 80 adultos mayores, y se aplicaron la Escala de Depresión de Yesavage y el Índice de Barthel para evaluar el estado funcional. Al finalizar, los resultados mostraron que un número predominante de personas de edad avanzada eran hombres (57,5 %), con bajo nivel educativo y comorbilidades asociadas, especialmente osteoarticulares. Por tanto, el 80 % presentó algún grado de dependencia funcional, predominando el nivel moderado. Sin embargo, solo el 32,5 % de los evaluados no mostró síntomas depresivos, y se identificó una relación significativa entre depresión y dependencia funcional ($p < 0.001$).

También en Tacna, Sanga (2022) examinó la asociación entre la presencia de depresión y el nivel de dependencia funcional en personas adultas mayores que residen en centros de reposo de la provincia, a partir de un estudio **con diseño no experimental, de corte transversal y tipo correlacional-causal**. Además, sus participantes fueron 157 adultos mayores del C.S. Tarata, y se aplicaron la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el Índice de Calidad de Vida de Mezzich y colaboradores. Al finalizar, se identificó que la mayoría de los participantes eran hombres (57,5 %) con bajo nivel educativo y presencia de comorbilidades, destacando las enfermedades osteoarticulares. En consecuencia, se identificó que el 80 % de las personas adultas de edad avanzada mostró algún nivel de dependencia funcional, con predominio del nivel moderado. Sin embargo, únicamente el 32,5 % no evidenció síntomas depresivos y se comprobó una asociación estadísticamente significativa entre la sintomatología depresiva y la dependencia funcional ($p < 0.001$).

De igual forma, en Tacna, Alfaro-Ticona y Centella-Centeno (2021) determinaron el vínculo entre la presencia de síntomas depresivos y el funcionamiento familiar con la ideación suicida en estudiantes de una institución educativa pública de la ciudad de Tacna, basado en un estudio descriptivo-correlacional. Además, sus participantes fueron 208 estudiantes de secundaria y se aplicó la Escala de Depresión Infantil de Birlson, la Escala de Ideación Suicida de Beck y el test de funcionamiento familiar. Al finalizar, se estableció que existe una asociación estadísticamente significativa entre la ideación suicida y los síntomas depresivos ($p_1 = 0,000$), así como entre el funcionamiento familiar y la ideación suicida ($p_2 = 0,000$). Los resultados destacan que la disfuncionalidad en el ámbito familiar aumenta la probabilidad de que los adolescentes desarrollen pensamientos suicidas, lo que repercute negativamente en su estabilidad emocional. De igual manera, se identificó que el 77,9 % de los estudiantes presentó un nivel bajo de ideación suicida, mientras que el 40,4 % evidenció la presencia de sintomatología depresiva. Por tanto, se observó que el 42,9 % de los estudiantes que mostraron síntomas de depresión e ideación suicida vivían en contextos familiares disfuncionales.

2.2. Fundamentación teórica

2.2.1 Sintomatología depresiva

2.2.1.1 Definición

Según Vega-Dienstmaier (2015), al hablar de depresión, este puede ser definido como un conjunto de síntomas que interactúan para singularizar la depresión y diferenciarla de otros trastornos. Debido a que todo síndrome patológico presenta sintomatología, los cuales permiten que puedan ser clasificados, identificados, diagnosticados y tratados. Además, según Aguilar (2020), los síntomas pueden ser definidos como una manifestación clínica subjetiva. Por lo cual, la detección de síntomas, debe realizarse durante la entrevista, en cual se escucha las quejas que presentan las personas y relacionarlas con los síntomas de la depresión. Por ende, esta metodología busca confirmar o descartar el cumplimiento de criterios para un síndrome patológico, la gran superposición de síntomas o la comorbilidad entre los diferentes trastornos mentales existentes.

Además, según Beck et al. (2002; como se cito en Cahuana & Monterrey, 2022) define la sintomatología como un conjunto de esquemas que son el resultado de la distorsión de la información. Asimismo, desde el modelo cognitivo de la depresión, dichos síntomas pueden evidenciarse en la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Además, para esta perspectiva las causas de la depresión radican en los esquemas cognitivos. Por ende, durante la detección de síntomas, se identifican dichos esquemas y distorsiones cognitivas. Sin embargo, dicha recogida de información no resulta ser sencilla debido a la subjetividad de los síntomas.

2.2.2 Dimensiones de la sintomatología depresiva

2.2.2.1. Aspecto Cognitivo

Desde el enfoque cognitivo, la depresión se comprende como el resultado de patrones de pensamiento distorsionados que influyen negativamente en la forma en que el individuo interpreta la realidad. En esta línea, Beck (2005) sostiene que la depresión se mantiene por la interacción entre una visión negativa del individuo sobre sí mismo, el mundo y el futuro, esquemas mentales rígidos que estructuran dichas percepciones, y errores sistemáticos en el pensamiento. Por lo tanto, la persona procesa sus experiencias a través de esquemas mentales rígidos que la predisponen a interpretar los acontecimientos de forma pesimista, llevándola a percibir sus vivencias como fracasos constantes y, en consecuencia, a intensificar la sintomatología de la depresión.

Por otro lado, la predisposición y desencadenamiento de la sintomatología depresiva está estrechamente vinculada a aprendizajes y experiencias tempranas que moldean la forma en que el individuo se percibe a sí mismo y al mundo. Según Beck (2005), las vivencias adversas en la infancia dan lugar a la formación de esquemas cognitivos disfuncionales sobre uno mismo, el mundo y el futuro. Estos esquemas tienden a activarse ante eventos estresantes, predisponiendo a la persona a interpretar la realidad de forma negativa y distorsionada, lo cual favorece la aparición de sintomatología depresiva. Esto significa que, frente a eventos como pérdidas, enfermedades, aislamiento o conflictos interpersonales la persona

reactiva esquemas negativos previamente aprendidos, intensificando pensamientos de inutilidad, desesperanza o fracaso.

2.2.2.2. Aspecto Conductual

Desde la perspectiva conductual, la depresión se manifiesta mediante una disminución significativa de las conductas reforzadas positivamente, lo que genera un círculo vicioso de inactividad, aislamiento y pérdida de interés por actividades anteriormente gratificantes. Por esa razón, (Beck et al., 2021) sostienen que las personas con depresión suelen presentar una disminución significativa en la actividad, motivación y participación en actividades gratificantes, lo que se traduce en aislamiento social, abandono del autocuidado y dificultades para llevar a cabo responsabilidades básicas. Por tanto, esta disminución en la actividad puede ir acompañada de lentitud motora, expresiones faciales tristes, bajo contacto visual y una tendencia a evitar situaciones sociales o retadoras.

Asimismo, la conducta depresiva es reforzada por la evitación de situaciones que generan ansiedad o malestar, produciendo alivio momentáneo, pero perpetuando la pasividad y el retraimiento. En esta línea, la persona deprimida tiende a interpretar sus acciones como inútiles o condenadas al fracaso, lo que reduce su iniciativa para actuar (Beck et al., 2021). Esta perspectiva resalta la importancia de intervenir conductualmente mediante la programación de actividades placenteras o significativas, que permitan al individuo reconectarse con fuentes de refuerzo y recuperar progresivamente su funcionalidad.

Capítulo III: Diagnóstico del problema

3.1. Propósito del diagnóstico

Describir la prevalencia de la **sintomatología depresiva** en 21 usuarios adultos mayores de un Centro de Salud de Tacna, mediante la Escala Yesavage.

3.2. Metodología

3.2.1. Tipo, enfoque y diseño de investigación

La investigación es de tipo básica, pues tiene como finalidad describir la prevalencia de los síntomas depresivos en adultos mayores que asisten a un Centro de Salud. En este contexto, Haro et al. (2024) sostienen que la investigación básica tiene como objetivo expandir el saber teórico, centrándose en la comprensión de los principios fundamentales sin un enfoque inmediato en aplicaciones prácticas. Esto implica que, la presente investigación se orienta a enriquecer el entendimiento de la sintomatología depresiva considerando la realidad regional de Tacna, sin contemplar la implementación de estrategias de intervención, modificación tecnológica o aplicación inmediata de los hallazgos.

Además, este estudio adopta un enfoque cuantitativo, ya que busca medir de forma objetiva la prevalencia de la sintomatología depresiva en usuarios adultos mayores de un Centro de Salud. Alineado con este planteamiento, la investigación con enfoque cuantitativo permite recolectar datos a través de instrumentos estructurados y someterlos a un análisis estadístico para identificar niveles, frecuencias y posibles asociaciones (Hernández et al., 2021). Lo que significa que, en el campo de la salud mental, este tipo de investigaciones aporta datos concretos que sirven de base para intervenciones clínicas y comunitarias fundamentadas.

Asimismo, el diseño del trabajo es descriptivo, no experimental-transversal. Por consiguiente, esta investigación pretende especificar las características sobre la sintomatología depresiva en adultos mayores, sin manipular variables y en un solo momento (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). En síntesis, este trabajo no varía de forma intencional la sintomatología depresiva sino que, se enfoca en describir la sintomatología depresiva de los adultos mayores en un tiempo único.

Actores involucrados

En el presente estudio, se consideró una muestra conformada por 21 adultos mayores usuarios del Centro de Salud de Tacna.

Criterios de inclusión:

- Edad igual o mayor a 60 años, acorde con la clasificación de adulto mayor según la OMS.
- Usuarios activos del Centro de Salud durante el año 2025.
- Con capacidad cognitiva conservada, que les permita comprender y responder el instrumento.
- Residentes en la ciudad de Tacna, para contextualizar los resultados.
- Que hayan otorgado su consentimiento informado de manera voluntaria.
- Condición clínica estable.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que no firmen el consentimiento informado.
- Adultos mayores con deterioro cognitivo moderado a grave.
- Adultos mayores con pérdida de audición severa.
- Adultos mayores que tenían tratamiento con antidepresivos.
- Adultos mayores con alteraciones mentales graves.

3.2.2. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de la presente investigación es la encuesta, la cual nos permite recoger información del grupo de estudio. Además como instrumento que se usa el cuestionario. Pues, esta forma de recolección de información, consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir (Bourke, et al., 2016, como se cita en Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). Es decir, la investigación hace uso del cuestionario para medir la sintomatología depresiva de los adultos mayores.

Por tanto, para la medición de la variable depresión se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en su versión abreviada de 15 ítems. Esta escala está diseñada específicamente para el tamizaje de síntomas depresivos en población adulta mayor, el cual incluye dos dimensiones: aspecto conductual y aspecto cognitivo. Asimismo, la escala presenta un formato de respuesta

dicotómica (Sí/No), incluye un total de 15 preguntas, con una calificación de 1 a 0, con un máximo de 15. De acuerdo con la valoración, desde cero hasta cuatro corresponde a la categoría normal; de cinco a ocho a la categoría de depresión leve; de nueve a once a la categoría de depresión moderada y finalmente de doce a quince, a la categoría de depresión grave. Cabe señalar que, en el contexto peruano, esta versión fue validada por Sanga (2022), quien reportó un coeficiente de confiabilidad KR20 de 0.75, lo que respalda su pertinencia y fiabilidad en la evaluación de la sintomatología depresiva en adultos mayores.

Tabla 1

Ficha técnica de la Escala Sanga (2022)

Ficha técnica de la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage (GDS-15)

1.	Nombre del instrumento	Escala de Depresión Geriátrica Yesavage (GDS-15)
2.	Autor	J.A. Yesavage y J.I. Sheikh (1986)
3.	Adaptación Peruana	Validado en Tacna por Sanga (2022)
4.	Objetivo:	Mide el nivel de depresión de los adultos mayores
5.	N° de ítems:	15 ítems con 2 dimensiones
6.	Rango de aplicación	Adultos mayores de 60 años en adelante
7.	Administración	Individual o colectiva
8.	Confiabilidad	Coeficiente KR20: 0.75
9.	Dimensiones evaluadas	a) Aspecto conductual b) Aspecto cognitivo
10	Dirección	https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/2505

3.2.3. Técnicas de análisis e indicadores del diagnóstico

En el presente estudio de enfoque **cuantitativo** y diseño **descriptivo**, se aplicaron procedimientos de análisis orientados a determinar la prevalencia de la sintomatología depresiva en usuarios adultos mayores. Para ello, se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (versión de 15 ítems), complementada con variables sociodemográficas como la edad, sexo, grado de instrucción, estado civil y la convivencia actual.

El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes), con el propósito de identificar los niveles de sintomatología depresiva y caracterizar a la población estudiada según las variables sociodemográficas. Los resultados obtenidos se presentarán en tablas y gráficos para facilitar la interpretación y permitir la identificación de posibles relaciones entre las variables estudiadas y los niveles de depresión.

Indicadores de diagnóstico:

- Edad
- Sexo
- Grado de instrucción
- Nivel de Sintomatología depresiva

3.3. Brechas identificadas

A continuación, se describen los resultados encontrados en los adultos mayores del centro de salud de Tacna.

Tabla 2

Edad de los adultos mayores

Edad	f	%
60– 65 años	13	62%
66 –70 años	5	24%

71 – 75 años	2	10%
76 – 80 años	1	5%
Total	21	100%

La tabla 2, describe que el 62% de la población de estudio tiene entre 60 a 65 años; seguido del 24% que representa las edades de 66 a 70 años; luego el 10% que representa a las edades de 71 a 75 años, por último, un 5% que representa edades de 76 a 80 años. Es decir, la mayor cantidad de población se encuentra en la primera década de entrada a la adultez mayor, y va disminuyendo a medida se avanza en edad.

Tabla 3

Sexo de los adultos mayores

Sexo	F	%
Femenino	13	62%
Masculino	8	38%
Total	21	100%

La tabla 3, describe que el 62% de la población de estudio es del sexo femenino, mientras que el 38% es del sexo masculino. Es decir, la mayor cantidad de participantes son mujeres.

Tabla 4

Nivel de instrucción de los adultos mayores

Nivel Educativo	F	%
Sin educación	3	14%
Primaria	5	24%
Secundaria	9	43%
Universitaria/Técnico	4	19%

Total	21	100%
-------	----	------

La tabla 4, describe que el 43% de la población de estudio tiene estudios a nivel secundario, el 24% presenta estudios primarios, 19 % tiene estudios universitarios y/o técnicos y el 14 % restante no tiene educación. Lo cual, indica que la mayor parte de la población cuenta con estudios académicos secundarios y primarios.

Tabla 5

Niveles de sintomatología depresiva presente en los adultos mayores

Nivel	f	%
Normal	5	24%
Leve	8	38%
Moderado	3	14%
Grave	5	24%
Total	21	100%

La tabla 5, describe que el 24% de la población no presenta síntomas depresivos, el 38% presenta una depresión leve, el 14 % de los encuestados presentan una depresión moderada y el 24% restante presenta una depresión grave. Es decir, estos resultados nos indican que la mayor parte de la población estudiada presenta sintomatología depresiva, sumando las valoraciones depresivas sumarían un total de 76%. Por tanto, este último porcentaje de evaluados presenta sintomatología conductual y cognitiva.

Tabla 6

Nivel de sintomatología según edad

Normal	Leve	Moderado	Grave
--------	------	----------	-------

	f	%	F	%	f	%	f	%
60– 65 años	5	24 %	4	19%	1	5%	3	14%
66 –70 años	0	0%	2	10%	2	10 %	1	5%
71 – 75 años	0	0%	1	5%	0	0%	1	5%
76 – 80 años	0	0%	1	5%	0	0%	0	0%

En la tabla 6 se puede observar que el 24% de evaluados que no presentan síntomas depresivos tienen entre 60 a 65 años. En cuanto a la depresión leve, el 19 % se encuentra entre 60 y 65 años, luego un 10% entre 66 a 70 años y otro 5% tiene entre 71 y 75 años y un 5% entre 76 y 80 años. Con respecto a la depresión moderada, el 10% tiene entre 66 y 70 años y el 5% entre 60 y 65 años. Finalmente, en cuanto a la depresión grave el 14% tiene entre 60 a 65 años, el 5% tiene entre 66 a 70 años y un 5% entre 71 y 75 años.

Tabla 7

Nivel de sintomatología según sexo

	Normal		Leve		Moderado		Grave	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Femenino	3	14%	5	24%	3	14%	2	10%
Masculino	2	10%	3	14%	0	0%	3	14%

La tabla 7, describe que del sexo femenino, el 14% no presenta sintomatología depresiva, el 24% presenta depresión leve y el otro 14% presenta una depresión moderada y el 10% presenta una depresión grave. Con respecto al sexo masculino, el 10% no presenta sintomatología depresiva, el 14% presenta depresión leve y el 14% presenta depresión grave. Lo cual, indica que son las mujeres quienes

presentan mayor sintomatología depresiva leve y moderada, mientras que en los varones presentan más síntomas depresivos graves en un 14% frente al 10% obtenido por las mujeres.

Tabla 8

Nivel de sintomatología según nivel de educativo

	Normal		Leve		Moderado		Grave	
	f	%	f	%	f	%	F	%
Sin educación	2	10%	0	0%	0	0%	1	5%
Primaria	0	0%	3	14%	1	5%	1	5%
Secundaria	2	10%	3	14%	1	5%	3	14%
Universitario/técnico	1	5%	2	10%	1	5%	0	0%

En la tabla 8 se puede observar que en cuanto a los evaluados que no presentan sintomatología depresiva el 10% tiene estudios secundarios, el otro 10% sin educación y un 5% universitario/técnico. Con respecto a la depresión leve, el 14 % tiene estudios secundarios y el otro 14% estudios primarios; y el 10% restante tiene estudios universitarios/técnicos. En lo que respecta a la sintomatología moderada, el 5% presenta estudios secundarios, un 5% estudios primarios y un 5% restante estudios universitarios/técnicos. Finalmente, en cuanto a la depresión grave el 14% presenta estudios secundarios, un 5% tienen estudios primarios y un 5% no cuenta con educación.

Tabla 9

Dimensión 01: Síntomas conductuales

<u>Preguntas</u>	SI	NO
------------------	----	----

	f	%	f	%
P2	14	67%	7	33%
P9	17	81%	4	19%
P12	10	48%	11	52%
P13	16	76%	5	24%

En la tabla 9, se describen los porcentajes de respuesta por preguntas de la dimensión de sintomatología conductual, los cuales describen aquellas conductas evitativas que puede presentar un evaluado. En cuanto a la pregunta 2, sobre si ha renunciado a muchas de sus actividades, el 67% respondió que sí, mientras que el 33% refiere que no ha renunciado a sus actividades. Con relación a la pregunta 9, sobre la preferencia de quedarse en casa a salir el 81% refiere que si prefiere quedarse en casa, mientras que el 19% refiere que prefiere salir de casa. Con respecto a la pregunta 12, sobre si les cuesta iniciar nuevos proyectos, el 48% refiere que efectivamente, mientras que el 52% refiere que no presentan problemas. En cuanto a la pregunta 13, sobre si se siente lleno de energía, el 76% respondió que no se siente con energía, mientras que el 24% refiere que sí siente energía. Finalmente, para esta dimensión, los porcentajes más altos en cuanto sintomatología depresiva conductual se presentan para las preguntas 9 (81%), 13 (76%) y la pregunta 2 (67%).

Tabla 10

Dimensión 2: síntomas cognitivos en adultos mayores

Preguntas	SI		NO	
	f	%	f	%
P1	4	19%	17	81%
P3	7	33%	14	67%
P4	13	62%	8	38%

P5	7	33%	17	81%
P6	10	48%	11	52%
P7	9	43%	12	57%
P8	14	67%	7	33%
P10	7	33%	14	67%
P11	3	14%	18	86%
P14	5	24%	16	76%
P15	16	76%	5	24%

En la tabla 10, se describen los porcentajes de respuesta por preguntas de la dimensión de sintomatología cognitiva, en la cual se reflejan verbalizaciones de ideas negativas. En cuanto a la pregunta 1, sobre si está satisfecho con su vida el 19% refiere que no se siente satisfechos, mientras que el 81% si se siente satisfecho. Con relación a la pregunta 3 sobre si siente que su vida está vacía, el 33% refiere que si, mientras el 67% no siente vacía su vida. Con respecto a la pregunta 4, sobre si se encuentra a menudo aburrido, el 62% refiere que efectivamente, mientras que el 38% no se siente aburrido. En cuanto a la pregunta 5, sobre si tiene a menudo buen ánimo, el 33% da positivo para depresión, mientras que el 81% refiere tener buen ánimo. Además, para la pregunta 6, sobre si teme que algo malo le pase, el 48% da positivo para depresión, mientras que el 52% refiere no temer que algo malo le pase. Acerca de la pregunta 7, sobre si se siente feliz muchas veces, el 43% da positivo para depresión mientras que el 57% refiere que si se siente feliz muchas veces. En relación con la pregunta 8, sobre si se siente a menudo abandonado, el 67% refiere que sí mientras que el 33% refiere que no. En relación con la pregunta 10, sobre si cree tener más problemas de memoria que otras personas de su edad, el 48% refiere que sí, mientras que el 52% refiere no tener problemas de memoria que otras personas. Con respecto a la pregunta 11, sobre si piensa que es maravilloso vivir, el 14% da positivo para depresión mientras que el 86% refiere que es maravilloso vivir. En cuanto a la pregunta 14, sobre si siente que su situación es desesperada, el 24% refiere que

sí, mientras que el 76% refiere que no. Con respecto a la pregunta 15, sobre si cree que mucha gente está mejor que uno, el 76% refiere que sí, mientras que el 24% refiere que no es así. Con respecto a esta dimensión, los porcentajes más altos en cuanto sintomatología depresiva cognitiva provienen de las preguntas 15 (76%), 8(67%), 4 (62%), 6 (48%), 7 (43%).

3.3.2. Brechas de contenido y antecedentes

Se han revisado un total de 30 estudios de enfoque cuantitativo, en los cuales se identificó una mayor prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres. (Paredes-Arturo et al., 2024; Solano et al.,2024; Solano Dávila y Bartolo, 2024 ; Vasquez-Salas et al.,2023; Torres y Torres, 2023; Torres Mantilla y Torres Mantilla; 2023; Serrano -Monge y Cernaqué- Miranda, 2023; Magallanes, 2023; Rimarachin-Lozano, 2021; Bustamante et al.,2021; Miletic et al., 2021; Agis et al., 2020). En contraste, algunos estudios han reportado una mayor prevalencia en varones (Duchitanga-Pintado y Sánchez-Tinoco, 2023; Valera et al.,2020; Pocomucha - Sumari; 2019).

Por otro lado, diversas investigaciones han evidenciado que los adultos mayores que disponen de un apoyo social limitado tienden a mostrar niveles significativamente más elevados de depresión. (Inostroza et al., 2023; Camacho et al., 2022; Rimarachín-Lozano, 2021; Pocomucha-Sumari, 2019).

Asimismo, otros estudios han identificado una relación significativa entre la presencia de síntomas depresivos y variables sociodemográficas como la edad, el nivel educativo y el estado civil, así como con la situación laboral, evidenciando que el hecho de no trabajar se asocia con mayores probabilidades de experimentar depresión en esta etapa de la vida (Solano-Dávila y Bartolo, 2024; Ponce-Torres et al., 2020).

El objetivo del estudio fue describir la prevalencia de sintomatología depresiva en personas adultas mayores usuarias de un Centro de Salud. Se halló que el 38 % presentó una depresión leve, el 24 % presentó una depresión grave y el 24 % no presentó síntomas depresivos. En conjunto, el 76 % de la muestra evidenció algún grado de sintomatología depresiva, lo que refleja una elevada incidencia. De manera similar, Duchitanga-Pintado y Sánchez-Tinoco (2023) reportaron un 63 %

con depresión leve, un 31 % sin depresión y un 6 % con depresión moderada. En contraste, la investigación de Sanga (2022) mostró resultados opuestos, al identificar que el 68,79 % de los adultos mayores no presentaba depresión y exhibía un alto nivel de calidad de vida. De igual forma, Sánchez-Domínguez et al. (2024) reportaron que el 56 % de los participantes no presentaba síntomas depresivos.

En la dimensión de aspecto conductual, los indicadores de mayor prevalencia evidenciaron que el 81% de los adultos mayores prefiere quedarse en casa, el 67% ha renunciado a muchas de sus actividades cotidianas, y el 76% manifestó no sentirse con energía. De manera similar, Choque-Gallegos (2021) encontró que los síntomas más comunes fueron la pérdida de interés en actividades diarias, la tristeza persistente y la sensación de inutilidad. De manera similar, Reyes -Denegri (2023) identificó como síntomas más comunes la fatiga, los trastornos del sueño y el ánimo deprimido. Asimismo, Rimarachín- Lozano (2021) encontró síntomas como ánimo bajo, pérdida de interés y disminución de energía.

En la dimensión de aspecto cognitivo, los indicadores de mayor prevalencia evidenciaron que el 76 % de los adultos mayores considera que muchas personas se encuentran en una mejor situación que ellos, el 67 % manifestó sentirse a menudo abandonado y el 62 % refirió experimentar aburrimiento con frecuencia. Asimismo, el 48 % expresó temor a que algo negativo pudiera sucederle, mientras que el 43 % indicó sentirse infeliz en reiteradas ocasiones. De manera similar, en la investigación de Sánchez-Villena y Ventura-León (2024) concluyó que el síntoma central en la mayoría de los grupos evaluados fue el ánimo deprimido, hallazgo coincidente con lo reportado por Santos Espinoza (2023), quien también lo identificó como el síntoma predominante.

3.4. Conclusiones del diagnóstico

En función de los objetivos planteados y del contraste entre los resultados obtenidos y los antecedentes revisados, se concluye lo siguiente:

El análisis de los resultados mediante la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (versión de 15 ítems), evidenció la presencia de sintomatología

depresiva en diferentes niveles (normal, leve, moderada y grave) en los adultos mayores evaluados. Este hallazgo es consistente con lo señalado en estudios internacionales como los de Herazo (2020) y Hervada (2020), quienes destacan la elevada prevalencia de la depresión en la vejez y su manifestación tanto en el ámbito conductual como cognitivo.

En la dimensión conductual, los porcentajes más elevados correspondieron a los ítems 9(81%), 13(76%) y 2(67%), reflejando pérdida de motivación, escasa participación social, y desinterés en actividades habituales. Tales resultados se encuentran en concordancia con lo planteado por Valera et al. (2020) y Reyes Denegri (2023), quienes subrayan que la reducción en la actividad conductual y social es un signo distintivo de depresión en los adultos mayores.

En la dimensión cognitiva, los porcentajes más altos se registraron en los ítems 15 (76%), 8 (67%), 4 (62%), 6 (48%) y 7 (43%), lo que revela predominio de sentimientos de inutilidad, percepción de soledad, aburrimiento, temor y bajo estado de ánimo en los adultos mayores evaluados. Estos resultados coinciden con lo reportado a nivel nacional por Duchtiang-Pintado (2023) y Sánchez-Villena & Ventura León (2024), quienes resaltan que las distorsiones cognitivas y la sensación de aislamiento son factores relevantes en la depresión geriátrica.

A nivel regional, los resultados obtenidos guardan relación con lo encontrado por Choque-Gallegos (2021), y Mantilla & Torres (2023) quienes identificaron que factores como el aislamiento social, la reducción de redes de apoyo y la inactividad física contribuyen significativamente a la presencia de síntomas depresivos en adultos mayores atendidos en centros de salud.

Estos hallazgos reafirman la necesidad de implementar intervenciones integrales que incluyan estimulación cognitiva, fortalecimiento de redes de apoyo y programas de integración social, con el fin de reducir el impacto de la depresión en la calidad de vida de los adultos mayores.

Capítulo IV: Aspectos administrativos

4.1. Objetivo del Plan de Acción

Proponer un Programa Cognitivo Conductual ante la sintomatología depresiva de adultos mayores de un Centro de Salud de Tacna, 2025.

4.2. Actividades específicas del plan de acción

Objetivo	Actividad	Tiempo	Recursos	Responsable
Sesión 1: Relacionar pensamiento-emoción-conducta	Presentación del programa, dinámica de interacción grupal, psicoeducación sobre la relación pensamiento-emoción-conducta (triada cognitiva)	2 horas	Pizarra, fichas, plumones	Terapeuta
Sesión 2: Sensibilizar sobre los síntomas conductuales de la depresión	Diálogo grupal introductorio, con ejemplos cotidianos; lluvia de ideas sobre conductas asociadas a la tristeza y depresión.	2 horas	Papelotes, plumones, proyector	Terapeuta
Sesión 3: Promover la socialización y la participación en actividades grupales	Juegos cooperativos, dinámicas recreativas al aire libre.	2 horas	Espacio abierto, pelotas, música.	Terapeuta
Sesión 4: Estimular la vitalidad y la activación física	Ejercicios de activación física ligera, baile terapéutico, respiración consciente	2 horas	Música, colchonetas, botellas de agua.	Terapeuta
Sesión 5: Favorecer la activación conductual ayudando al paciente a recuperar actividades placenteras o significativas	Revisar una lista de actividades, identificar cuáles le resultan más agradables o motivadoras para comenzar a implementarlas en su rutina Identificar los pensamientos negativos que sostienen la sensación de infelicidad y generar alternativas más realistas y funcionales.	2 horas	Lista de actividades, lapiceros	Terapeuta

	Elaborar un horario sencillo en el que diariamente incluya al menos una de esas actividades y llevar un registro breve de su realización y de cómo se sintió después.			
Sesión 6: Identificar pensamientos negativos recurrentes que refuercen su estado depresivo.	Se introduce al concepto de pensamientos automáticos y a las distorsiones cognitivas más comunes. Como tarea, se le pide completar registros de pensamientos diarios para practicar fuera de la sesión.	2 horas	Registro de pensamientos, lapiceros	Terapeuta
Sesión 7: Identificar los pensamientos negativos que sostienen la sensación de infelicidad y generar alternativas más realistas y funcionales.	Se explora una situación reciente en la que se sintió infeliz, se detecta el pensamiento automático asociado y se aplica el cuestionamiento socrático para construir respuestas alternativas.	2 horas	Registro de pensamientos y reestructuración, lapiceros	Terapeuta
Sesión 8: Identificar los pensamientos catastróficos asociados a su temor de que algo malo le pase.	Se explorará una situación reciente en la que surgió el temor a que algo malo suceda, identificando el pensamiento automático y la emoción asociada, para luego analizar las evidencias a favor y en contra de ese pensamiento catastrófico y finalmente generar una interpretación alternativa más realista y equilibrada.	2 horas	Registro de pensamientos catastróficos y reestructuración, lapiceros	Terapeuta

<p>Sesión 9: Detectar y examinar las creencias de aburrimiento</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medir la intensidad de la depresión 2. Establecer la agenda 3. Revisar las tareas para la casa 4. Introducir el Registro de Pensamientos Disfuncionales (RPD) y la técnica de evaluar los estados de ánimo utilizando el cuadro de actividades 5. Asignar tareas para casa 6. Evaluar reacciones ante la sesión. 	<p>2 hora</p>	<p>Registros de Pensamiento Disfuncionales Hojas Lapiceros</p>	<p>Terapeuta</p>
<p>Sesión 10: Detectar y examinar la creencia de abandono</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medir la intensidad de la depresión 2. Establecer la agenda 3. Revisar las tareas para la casa 4. Introducir el Formulario de Creencias Centrales - (FCC), brindar las técnicas de Programación de Actividades y Experimentos conductuales. 5. Asignar tareas para casa 6. Evaluar reacciones ante la sesión. 	<p>2 horas</p>	<p>Formulario de Creencias Centrales</p>	<p>Terapeuta</p>
<p>Sesión 11: Detectar y examinar la creencia de que insatisfacción personal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medir la intensidad de la depresión 2. Establecer la agenda 3. Revisar las tareas para la casa 4. Introducir la técnica de retribución y someter a prueba los pensamientos y el uso de la tarjeta de apoyo. 5. Asignar tareas para casa 6. Evaluar reacciones ante la sesión. 	<p>2 horas</p>	<p>Hojas Lapiceros</p>	<p>Terapeuta</p>

<p>Sesión 12:</p> <p>Prevenir recaídas y consolidación de aprendizaje</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medir la intensidad de la depresión 2. Establecer la agenda 3. Discutir los progresos hasta la fecha. 4. Discutir las expectativas ante la terminación de la terapia. 5. Repasar lo aprendido en la terapia (técnicas y autoterapia) 6. Evaluar reacciones ante la sesión. 	<p>2 horas</p>	<p>Hojas Lapiceros</p>	<p>Terapeutas</p>
---	--	----------------	----------------------------	-------------------

4.3. Resultados esperados

Al menos un 80 % de los adultos mayores que participaron mostrarán una mejora significativa tanto en los síntomas cognitivos como conductuales. El programa cognitivo-conductual propuesto se diseñó con el propósito de disminuir la severidad de los síntomas identificados, proponiendo intervenciones específicas para cada dimensión evaluada. Esta mejora será medida mediante evaluaciones previas y posteriores al programa. La recolección de estos datos no solo permitirá comprobar la eficacia del programa, sino también proporcionará evidencias para la creación de futuras estrategias de prevención y tratamiento orientadas a los adultos mayores.

4.4. Monitoreo y seguimiento

Tabla

Actividad monitoreada	Indicador de monitoreo	Frecuencia	Responsable	Formato de evaluación
Participación de adultos mayores en las sesiones	% de adultos mayores que asisten a las sesiones	Semanal	Terapeutas	Encuestas de satisfacción Registros de asistencia
Progreso en las actividades de activación conductual	% de adultos mayores que identifican actividades placenteras, elaboran un horario y cumplen al menos una o dos actividades diarias.	Semanal	Terapeutas	Registro diario de actividades, auto-reporte, revisión de horarios
Progreso en la aplicación de técnicas adquiridas en las sesiones impartidas	Mejora en la identificación de pensamientos distorsionados, creencias centrales y la reestructuración cognitiva	Semanal	Terapeutas	Monitoreo semanal. Revisión de registros de pensamientos
Consolidación de aprendizajes y	% de técnicas recordadas y	Final del programa	Terapeutas	Encuestas de retroalimentación, autoevaluación,

prevención de recaídas	aplicadas en sesión final			observación del progreso
------------------------	---------------------------	--	--	--------------------------

A través de la Monitorización de Resultados descrita arriba se obtendrá una retroalimentación de los avances que hagan los participantes y conocer si se está alcanzando los objetivos que se busca por cada sesión.

Conclusiones

1. Se evidencia que el 38 % de los adultos mayores evaluados presentan una depresión leve y el 24 % depresión grave, lo que en conjunto representa un 76 % con algún grado de sintomatología depresiva, de acuerdo con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15), lo que refleja una elevada prevalencia de sintomatología depresiva en los adultos mayores del Centro de Salud de Tacna. Estos hallazgos resaltan la urgencia de implementar programas preventivos y de intervención que favorezcan el bienestar emocional y la calidad de vida de los adultos mayores.
2. La relevancia de este estudio radica en que aporta evidencias actualizadas sobre la sintomatología depresiva en adultos mayores en el contexto regional de Tacna, aspecto poco explorado en comparación con otros escenarios del país. Su ventaja principal consiste en que permite diferenciar las manifestaciones cognitivas y conductuales de la depresión, ofreciendo información valiosa para el diseño de programas de detección temprana e intervención clínica en centros de salud comunitarios. Sin embargo, una de sus limitaciones es el tamaño y localización de la muestra, lo cual restringe la generalización de los hallazgos a otros contextos poblacionales.
3. Los resultados tienen aplicación práctica inmediata en la labor de los profesionales de la salud mental y en la implementación de políticas públicas orientadas al adulto mayor, ya que permiten sustentar la necesidad de intervenciones específicas, tales como programas cognitivo-conductuales, terapias grupales y actividades de estimulación cognitiva y social, con el fin de reducir el riesgo de cronificación de la depresión en este sector vulnerable.

Recomendaciones

1. Para asegurar que el plan de acción cumpla con los resultados esperados, es esencial contar con un sistema de monitoreo y evaluación continua liderado por los profesionales de salud mental del centro de salud de Tacna. Al ser ellos los responsables directos de la ejecución, resulta indispensable que se mantengan motivados y comprometidos con el cumplimiento de los objetivos establecidos.
2. Se sugiere diseñar e integrar intervenciones cognitivo-conductuales que aborden tanto los aspectos cognitivos como conductuales de la depresión, promoviendo la participación activa de los adultos mayores en actividades de estimulación cognitiva recreativa y social.
3. Se recomienda realizar intervenciones cognitivo-conductuales por cada nivel de depresión obtenida (leve, moderada, grave). Para que de ese modo el tratamiento sea más individualizado.

Referencias

- Aguilar, (2020). *Semiología de las principales manifestaciones clínicas*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. <https://www.zaragoza.unam.mx/wpcontent/Portal2015/publicaciones/libros/csociales/Semiologia-elect.pdf>
- Alfaro-Ticona, M., & Centella-Centeno, D. (2021). Sintomatología depresiva y el funcionamiento familiar con ideación suicida en estudiantes de una institución educativa estatal de Tacna. *Investigación e Innovación*, 1(2), 150–157. <https://doi.org/10.33326/27905543.2021.2.1232>
- Agis, R., Lopez, D., Bermudez, V., Maya, E. & Guzman, E. (2020). Frecuencia de sintomatología depresiva y tratamiento en adultos mayores con acceso a servicios de salud. *Horizonte sanitario*, 19(3), 365-373. <https://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v19n3/2007-7459-hs-19-03-365.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5™ . Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013. <https://apapcanarias.org/wp-content/uploads/2023/12/guia-de-consulta-del-dsm-v.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría. <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>.
- Banco Mundial. (2020). *Educación y tecnología: Una perspectiva global*. <https://worldbank.org/educacion-tecnologia2020>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2005). *Terapia cognitiva de la depresión* (19.ª ed.). Desclée de Brouwer.
- Bustamante, J., Salazar, R., Zamorano, C., Peña, M., & Salazar, A. (2021). Prevalencia de Síntomas Depresivos en pacientes Adultos Mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 59(3), 197-203. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272021000300197>

- Dirección Regional de Salud de Tacna. (2024). *Más de 6000 tacneños son atendidos y diagnosticados con trastornos de salud mental*. Gobierno del Perú. Recuperado de :<https://www.gob.pe/institucion/regiontacna-diresa/noticias/1036691-mas-de-6000-tacnenos-son-atendidos-y-diagnosticados-con-trastornos-de-salud-mental>
- Centro Nacional de Estadísticas Educativas. (2022). *Informe anual sobre educación*. <https://nces.ed.gov/informeanual2022>
- Cahuana, M., Monterrey, M. (2022). *Sintomatología depresiva y autoconcepto en estudiantes de nivel secundario de una institución educativa de Lima - 2020*. [Tesis de pregrado]. Universidad Peruana los Andes. https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/6222/T037_77070428-72435753_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Camacho, M. A., Bernal, J. F., Villalva, Á. F., Salgado, H., & Guzmán J. A. (2022). *Cognición, depresión y estado funcional en adultos mayores de una comunidad rural de Actopan-Hidalgo, México*. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 14(2). <https://doi.org/10.5579/rnl.2022.0761>
- Duchitanga-Pintado, A., & Sánchez-Tinoco, J. (2023). *La disfunción familiar como factor predisponente de depresión en el adulto mayor*. *Pol. Con. (Edición núm. 85) Vol. 8(8), 1013-1027*. <https://www.polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/5889/14719>
- Gil-Díaz, M., Rivera-Heredia, M., Vargas-Garduño, M. (2022). *Situaciones vitales estresantes y sintomatología depresiva en adolescentes rurales*. *Revista de Psicología y Educación*, 17(1), 97-115. : <https://doi.org/10.23923/rpye2022.01.219>
- Guiasalud.es, (2023). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. De <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-adulto-definicion/>
- Haro, A. F., Chisag, E. R., Ruiz, J. P., Caicedo, J. E. (2024). *Tipos y clasificación de las investigaciones*. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(2), 956. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i2.1927>

- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-hill
- Iniciativa Global de Educación. (2021). *El futuro de la educación: Tendencias y predicciones*. Iniciativa Global de Educación. <https://www.globoedu.org/informes/2021futuro>
- Inostrosa, C., Concha, S., Saldivia, S., Cova, F., Bustos, C. & Aslan, J. (2023). Síntomas depresivos y bienestar en personas mayores de Concepción, Chile: rol moderador del apoyo social. *Terapia psicológica*, 41(2), 233-251. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082023000200233&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- López, C. Y., y González, K. H. (2021). El impacto del uso de tecnologías digitales en los resultados educativos: Un meta-análisis. *Revista de Investigación Educativa*, 45(3), 233-250. <https://doi.org/10.1016/j.rie.2021.03.001>
- Magallanes, L. A. (2023). *Relación entre funcionabilidad familiar y síntomas depresivos en pacientes geriátricos hospitalizados en el área de medicina interna durante la COVID-19 en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna - 2021* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann]. Repositorio Institucional UNJBG. <https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/3976/Rodriguez-Flores-Camila.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ministerio de Salud. (2019). *Ley N.º 30947 - Ley de Salud Mental*. Lima, Perú: Minsa. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/1423694-30947>
- Ministerio de Salud. (2023). Boletín epidemiológico semanal N.º 52 - Depresión y salud mental en el Perú. Dirección General de Epidemiología. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2023/52.pdf>
- Miletic, B., Lekic, A., & Courtney, U. (2021). Depresión en adulto mayor con diferentes comorbilidades: ¿sólo un pequeño problema o algo más? *Psiquiatría Danubina*, 33(Suppl. 4), 471–474. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34718267/>
- Organización Mundial de la Salud (2023). Depresión. De <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Organización Mundial de la Salud (2023). Salud mental de los adultos mayores. De <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Paredes-Arturo, Y., Yarce-Pinzón, E., & Aguirre-Acevedo, D. (2024). Sintomatología depresiva y factores asociados en personas mayores de contexto rural. *Interdisciplinaria*, 41(1), 4-5. <https://www.redalyc.org/journal/180/18076225004/18076225004.pdf>
- Pérez, M. E., & Naupari, S. A. (2023). *Depresión relacionado a la dependencia funcional en los adultos mayores que residen en los diferentes centros de reposo (asilos) en la provincia de Tacna en el año 2023* [Tesis de licenciatura, Universidad Privada de Tacna]. Repositorio UPT. <https://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/3305>
- Ponce-Torres, C., Viteri-Condori, L., Ramos-Martínez, P., Nieto-Gutiérrez, W. & Cueva-Velazco, J. (2020). Prevalencia y factores asociados a sintomatología depresiva en adultos mayores del centro de salud "Micaela Bastidas". *Rev. Fac. Med. Hum*, 20(2):233-239. [DOI 10.25176/RFMH.v20i2.2881](https://doi.org/10.25176/RFMH.v20i2.2881)
- Ramírez, A. (2024). *Factores relacionados a la prevalencia de síntomas depresivos en adolescentes en una institución educativa secundaria de Tacna, año 2024* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann]. Repositorio UNJBG. <https://repositorio.unjbg.edu.pe/items/8b2ba174-6f76-4d07-a486-5be160a223d66>
- Sánchez-Villena, A. R., & Ventura-León, J. (2024). Depresión según identidad étnica en población peruana: un estudio nacional mediante análisis de redes. *Acta Peruana de Psicología*, 27(1), 181–194. <https://doi.org/10.14718/ACP.2024.27.1.10>
- Sanga, P. (2022). *Depresión relacionado a la dependencia funcional en los adultos mayores que residen en los diferentes centros de reposo (asilos) en la provincia de Tacna en el año 2023* [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio Institucional UAP. <https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/2505>
- Sánchez-Domínguez, J., Torres-Zapata, A., Brito-Cruz, T., Lescur-Mandijano, D., & Martínez, J. (2024). Relación de los niveles de depresión y autoestima en

- adultos mayores. *Horizonte Sanitario*, 23(2), mayo–agosto. <https://doi.org/10.19136/hs.a23n2.5859>
- Solano, O., Bartolo, F., Montes, G., Pillhuaman, N., Ramón, G., Condado, J., Vega, L., & Bolaños, O. (2024). Asociación entre la depresión y variables sociodemográficas en el adulto mayor en el Perú. *Revista Ciencias de la Salud*, 22(1), e22102. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.13188>
- Torres, J., & Torres, J. (2023). Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos. *Horizonte Médico (Lima)*, 23(3), e2220. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2023.v23n3.05>
- Varela-Montes, J., García-Guzmán, C., & Cobos-Aguilar, H. (2020). Depresión en el adulto mayor intervenido quirúrgicamente. *Cirugía y cirujanos*, 88(6), 721-725. <https://doi.org/10.24875/ciru.20001632>
- Vázquez-Salas, A., Hubert, C., Portillo-Romero, A., Valdez-Santiago, R., Barrientos-Gutiérrez, T, Villalobos, A. (2023) Sintomatología depresiva en adolescentes y adultos mexicanos: Ensanut 2022. *Salud Publica Mex*, 65(s1), 1 S121-s125. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/14827>
- Vega-Dienstmaier, J. (2015). Estructura de la sintomatología depresiva en una muestra de mujeres con menos de un año postparto. *Rev Neuropsiquiatr* 78 (4), 221-231. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972015000400005
- Vinaccia, S. A., Gutiérrez, K. V., & Escobar, M. A. (2021). Calidad de vida, resiliencia y depresión en adultos mayores de Montería, Colombia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 17(2). <https://doi.org/10.15332/22563067.7079>
- Yuang, Y., Peng, C., Burr, J., & Lapane, K. L. (2023). Fragilidad, deterioro cognitivo y síntomas depresivos en adultos mayores chinos: un análisis multi-trayectoria de ocho años. *BMC Geriatrics*, 23, 843. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04554-1>

Anexos

1. Consentimiento informado

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA- J.A. YESAVAGE Y J.I. SHEIKH

El presente cuestionario representa un aporte valioso al desarrollo continuo de la salud mental y emocional del adulto mayor, ya que permitirá conocer cómo se sienten emocionalmente las personas mayores y contribuirá a generar estrategias que promuevan su bienestar psicológico.

Por ello, lo invitamos a participar de forma libre y voluntaria en esta investigación académica, que tiene como objetivo identificar la presencia de posibles síntomas depresivos en adultos mayores. Para ello, se utilizará la escala de depresión geriátrica de yesavage, un instrumento breve y confiable que evalúe el estado de ánimo y percepción emocional en personas mayores, de manera sencilla, sin causar molestias ni riesgos.

Si está conforme con lo anteriormente expuesto, podrá participar libremente en este estudio. En caso contrario si en algún momento previo o durante el proceso siente incomodidad o desacuerdo, podrá comunicarlo al entrevistador y retirarse sin que ello le ocasione ningún tipo de consecuencia negativa.

Declaración de conformidad del/de la participante

Yo,,
identificado/a con DNI N°....., usuario del Centro
de Salud Mental Comunitario de Tacna, **DECLARO QUE:**

- Estoy informado(a) de manera adecuada y confiable sobre la realización de este cuestionario
- Comprendo que el objetivo del estudio es conocer la percepción emocional y posibles síntomas depresivos en adultos mayores.
- He sido informado(a) de que el cuestionario es confidencial, de carácter no clínico ni terapéutico, y de uso exclusivamente académico.
- Se me ha asegurado que mis respuestas serán anónimas y tratadas con total reserva.
- Mi participación es libre voluntaria y sin remuneración.
- Sé que puedo retirarme en cualquier momento sin que esto afecte mi atención o vínculo con el Centro de Salud Mental Comunitario.
- He recibido una explicación clara y he podido hacer preguntas antes de firmar este documento.

Nombre completo del sujeto de investigación:

Firma del sujeto de investigación:

Lugar, fecha y hora:

2. Tabla de Operacionalización

Objetivo General:	Describir la prevalencia de la sintomatología depresiva en usuarios adultos mayores de un Centro de Salud Mental Comunitario de Tacna, 2025		
Objetivos específicos:		Dimensiones	Items/enunciados/reactivos
Describir la prevalencia de la sintomatología del aspecto conductual en usuarios adultos mayores de un Centro de Salud de Tacna, 2025.	Sintomatología depresiva Se manifiesta como un conjunto de esquemas mentales que surgen a partir de una interpretación distorsionada de la información (Beck et al, 2002).	Aspecto Conductual: Se relaciona con conductas evitativas y de poca fuerza de voluntad (Sanga, 2022)	2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades? 9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir? 12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos? 13. ¿Se siente lleno de energía?
Describir la prevalencia de la sintomatología del aspecto cognitivo en usuarios adultos mayores de un Centro de Salud de Tacna, 2025.		Aspecto cognitivo: Se vincula con la expresión de pensamientos negativos que podrían estar relacionados con una emoción (Sanga, 2022)	1. ¿Esta básicamente satisfecho(a) con su vida? 3. ¿ Siente que su vida esta vacía? 4. ¿Se encuentra a menudo aburrido? 5. ¿Tiene a menudo buen ánimo? 6. ¿Teme que algo malo le pase? 7. ¿Se siente feliz muchas veces? 8. ¿Se siente a menudo abandonado? 10. ¿Cree tener más problemas de memoria que otras personas de su edad? 11. ¿Piensa que es maravilloso vivir? 14. ¿Siente que su situación es desesperada? 15. ¿Cree que mucha gente esta mejor que usted?

3. Instrumento

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA YESAVAGE (GDS -15)

Edad:

Sexo:

Instrucciones: Responda usted a cada una de las siguientes preguntas según a como se ha sentido la última semana

PREGUNTAS	RESPUESTAS	
1. ¿Está básicamente satisfecho(a) con su vida?	SI	NO
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades?	SI	NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI	NO
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	SI	NO
6. ¿Teme que algo malo le pase?	SI	NO
7. ¿Se siente feliz muchas veces?	SI	NO
8. ¿Se siente a menudo abandonado?	SI	NO
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	SI	NO
10 ¿Cree tener más problemas de memoria que otras personas de su edad?	SI	NO
11 ¿Piensa que es maravilloso a vivir?	SI	NO
12 ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	SI	NO
13 ¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
14 ¿Siente que su situación es desesperada?	SI	NO
15 ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI	NO

PUNTUACIÓN