

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

Tesis

**Factores asociados a trastornos mentales en adultos
mayores de atención primaria en Huancayo, 2019**

Trilce Lourdes Cristobal Sosa
Gaby Fiorela Malpartida Colqui

Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Huancayo, 2022

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



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

Dedicatoria

A Dios, por guiarnos y fortalecer nuestros días para conseguir nuestras metas.

A nuestros queridos padres, por su infinito amor.

A a nuestras familias, por su apoyo incondicional y comprensión.

Trilce y Gaby.

Agradecimiento

A nuestros docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud, E. A. P. Medicina Humana de la Universidad Continental, por la asesoría y soporte científico incondicional para la elaboración de nuestra tesis.

A nuestro asesor metodológico MC esp. Esteban Carlos Mendoza Gutarra, por su constante guía y excelente acompañamiento en la construcción de los resultados y discusiones.

A los directores de las unidades básicas de atención primaria de Huancayo, Tambo y Chilca.

A los directores de las instituciones prestadoras de servicios de salud de Chilca, Juan Parra del Riego y La Libertad, por permitirnos la recolección de datos y la culminación de este trabajo de investigación.

Las autoras.

Asesor de Tesis

M.C. Esp. Esteban Carlos MENDOZA GUTARRA

Índice de Contenidos

| | |
|--|------|
| Dedicatoria..... | ii |
| Agradecimiento..... | iii |
| Asesor de Tesis | iv |
| Índice de Contenidos..... | v |
| Índice de Tablas | viii |
| Índice de Figuras..... | ix |
| Resumen | x |
| Abstract..... | xi |
| Introducción..... | xii |
| Capítulo I Planteamiento del Problema..... | 15 |
| 1.1. Delimitación de la Investigación..... | 15 |
| 1.1.1. Territorial..... | 15 |
| 1.1.2. Temporal..... | 15 |
| 1.1.3. Conceptual..... | 16 |
| 1.2. Práctico..... | 16 |
| 1.3. Planteamiento del Problema..... | 16 |
| 1.4. Formulación del problema..... | 20 |
| 1.5. Problema General | 20 |
| 1.6. Problemas Específicos | 20 |
| 1.7. Objetivos de la Investigación..... | 20 |
| 1.7.1. Objetivo General..... | 20 |
| 1.8. Objetivos específicos | 21 |
| 1.9. Justificación de la investigación..... | 21 |
| 1.9.1. Justificación teórico-científica..... | 21 |
| 1.9.2. Justificación Social..... | 21 |
| 1.9.3. Justificación Metodológica..... | 22 |
| Capítulo II Marco Teórico..... | 23 |
| 2.1. Antecedentes de Investigación..... | 23 |
| 2.1.1. Antecedentes Internacionales..... | 23 |
| 2.1.2. Antecedentes Nacionales..... | 26 |
| 2.1.3. Antecedentes Regionales..... | 27 |
| 2.2. Bases Teóricas | 28 |

| | |
|--|----|
| 2.2.1. Adulto Mayor | 28 |
| 2.2.2. Trastornos Mentales. | 28 |
| 2.2.3. Trastornos Umbrales. | 29 |
| 2.3. Trastornos Sub-Umbrales | 30 |
| 2.3.1. Trastorno Somatomorfo Inespecífico. | 30 |
| 2.3.2. Distimia. | 30 |
| 2.3.3. Trastornos del Sueño. | 31 |
| 2.4. Definición de Términos Básicos. | 31 |
| 2.4.1. Consumo de Sustancias Psicoactivas. | 31 |
| 2.4.2. Factores Asociados. | 31 |
| Capítulo III Hipótesis y Variables | 33 |
| 3.1. Hipótesis | 33 |
| 3.1.1. Hipótesis General. | 33 |
| 3.1.2. Hipótesis Específicas. | 34 |
| 3.2. Prueba de Hipótesis. | 34 |
| 3.3. Operacionalización de las Variables | 34 |
| Capítulo IV Metodología | 39 |
| 4.1. Método y Alcance de la Investigación | 39 |
| 4.1.1. Método de la Investigación. | 39 |
| 4.1.2. Enfoque de investigación. | 39 |
| 4.1.3. Tipo de Investigación. | 39 |
| 4.1.4. Nivel de Investigación. | 40 |
| 4.2. Diseño de Investigación | 40 |
| 4.3. Población y muestra | 41 |
| 4.3.1. Población. | 41 |
| 4.3.2. Muestra. | 41 |
| 4.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos | 42 |
| 4.4.1. Técnicas de Recolección de Datos. | 42 |
| 4.4.2. Técnica de Análisis de Datos. | 43 |
| 4.4.3. Instrumento de Recolección de Datos. | 45 |
| 4.4.4. Validación y Confiabilidad del Instrumento | 45 |
| 4.5. Aspectos Éticos. | 46 |
| Capítulo V Resultados. | 47 |
| 5.1. Resultados en Tablas. | 47 |
| 5.1.1. Análisis Descriptivo. | 47 |

| | |
|--|----|
| 5.1.2. Análisis Bivariado..... | 51 |
| Capítulo VI Discusión de Resultados..... | 73 |
| Conclusiones..... | 78 |
| Limitaciones..... | 80 |
| Recomendaciones..... | 81 |
| Referencias Bibliográficas | 83 |
| Anexos | 87 |

Índice de Tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Características sociodemográficas en adultos mayores de centros de atención primaria. | 48 |
| Tabla 2. Características clínicas de adultos mayores de centros de atención primaria..... | 49 |
| Tabla 3. Hábitos nocivos y trastornos mentales en adultos mayores de centros de atención primaria..... | 50 |
| Tabla 4. Prevalencia de trastornos mentales umbrales y subumbrales en adultos mayores de centros de atención primaria..... | 51 |
| Tabla 5. Prevalencia de trastornos mentales umbrales en adultos mayores de centros de atención primaria..... | 51 |
| Tabla 6. Asociaciones de las características sociodemográficas y clínicas con el trastorno somatomorfo inespecífico en adultos mayores de centros de atención primaria. | 54 |
| Tabla 7. Asociación entre las características sociodemográficas y clínicas y la distimia en adultos mayores de centros de atención primaria. | 57 |
| Tabla 8. Asociación entre las características sociodemográficas y clínicas y el trastorno del apetito inespecífico en adultos mayores de centros de atención primaria. | 60 |
| Tabla 9. Asociación entre las características sociodemográficas y clínicas y la dependencia o abuso de alcohol en adultos mayores de centros de atención primaria. | 64 |
| Tabla 10. Asociación entre las características sociodemográficas y clínicas y la ansiedad en adultos mayores de centros de atención primaria. | 68 |
| Tabla 11. Asociación entre las características sociodemográficas y clínicas y la depresión en adultos mayores de centros de atención primaria. | 71 |

Índice de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1. Esquema del diseño de investigación correlacional. | 41 |
|---|----|

Resumen

Los trastornos mentales causan pérdida del bienestar mental, social (1), laboral e incrementan la vulnerabilidad y morbilidad, cuya complejidad del tratamiento produce un gran impacto económico en el sistema de salud (2,3-5). Algunos factores asociados son: la condición física, el estado nutricional, la calidad de vida, el apoyo social a los adultos mayores (6,7-9) y condiciones socioeconómicas desventajosas (10,11). El objetivo fue determinar los factores asociados a trastornos mentales en adultos mayores en centros del primer nivel de atención de EsSalud y MINSA de los distritos del Tambo. Huancayo y Chilca. El estudio fue observacional, analítico, transversal, prospectivo; con diseño no experimental, relacional, y muestral probabilístico. Se estudiaron 402 adultos mayores, en los establecimientos del primer nivel de atención del EsSalud y MINSA, durante el 2019. La prevalencia de trastornos mentales es mayor a la esperada y se hallaron como factores asociados: distrito de procedencia ($p = 0,001$); sexo ($p = 0,041$); nivel educativo ($p = 0,003$); enfermedad crónica hepática ($p=0,048$); enfermedad respiratoria crónica ($p = 0,024$); enfermedad crónica cardiovascular ($p = 0,009$); apoyo familiar ($p = 0,005$); actividad laboral actual ($p = 0,022$); centro de atención primaria MINSA-EsSalud ($p = 0,011$) y la prevalencia de algún trastorno mental umbral o subumbrales en los adultos mayores. Las conclusiones señalan que los trastornos afectivos inespecíficos; como ansiedad y depresión fueron los más frecuentes entre los adultos mayores con comorbilidad y sin apoyo familiar. Además, se visibilizan otros trastornos: trastorno somatomorfo, distimia y la dependencia de alcohol. Su tamizaje, diagnóstico y tratamiento oportuno son prioridad del centro del primer nivel de atención de salud.

Palabras claves. trastornos mentales, ansiedad, depresión, atención primaria, adulto mayor, características sociodemográficas.

Abstract

Mental disorders cause loss of mental, social (1), occupational well-being and increase vulnerability and morbidity, whose therapeutic complexity generates great economic impact on the health system (2,3-5). Some associated factors are nutritional status, physical health, quality of life of the elderly, social support (6,7-9) and disadvantageous socioeconomic conditions (10,11). The objective: To determine the factors associated with mental disorders in older adults in EsSalud and MINSA primary care centers in the districts. Tambo, Huancayo and Chilca. The study is observational, analytical, cross-sectional, prospective; with a non-experimental, relational, and probabilistic sample design. A total of 402 older adults were studied in MINSA and EsSalud primary care facilities during 2019. The results indicate the prevalence of mental disorders is higher than expected and the following factors were found to be associated: district of origin ($p=0.001$); sex ($p=0.041$); educational level ($p=0.003$); chronic liver disease ($p=0.048$); chronic respiratory disease ($p=0.024$); chronic cardiovascular disease ($p=0.009$); family support ($p=0.005$); current work activity ($p=0.022$); MINSA-EsSalud primary care center ($p=0.011$) and the prevalence of any threshold or subthreshold mental disorder in older adults. Conclusions: Nonspecific affective disorders, such as anxiety and depression were the most frequent in the older adult population; with comorbidity and without family support. In addition, other disorders are visible: somatoform disorder, dysthymia, and alcohol dependence. Their screening, diagnosis and timely treatment are a priority of the first level health care center. Ethical aspects: The study was approved by the ethics committee and proceeded to be conducted.

Keywords. mental disorders, anxiety, depression, primary care, elderly, sociodemographic characteristics.

Introducción

Los trastornos mentales causan el detrimento en el funcionamiento psicológico, gradual y de larga evolución, produciendo pérdida del bienestar mental, social (1) y laboral de quienes lo padecen; asimismo éstos acrecientan la vulnerabilidad de padecer patologías de alto costo social, ya que su complejidad técnica y terapéutica generan un gran impacto económico en todo el sistema de salud (2-5).

Es preciso mencionar que, la prevalencia de trastornos mentales de los pacientes adultos mayores está cerca al 20 % (12,13), considerando estos padecimientos como un gran problema en la salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), éstos son causantes del 13 % de años de vida sana perdidos debido a la discapacidad (AVAD) que provocan (2) y representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad prematura durante el envejecimiento, ya que no son diagnosticados durante la primera consulta en el primer nivel de atención de salud o son subtratados (11,14).

Con relación a los factores asociados a los trastornos mentales durante el envejecimiento, se revisaron diversas investigaciones ejecutados en países sudamericanos como: México, Colombia y Perú, los cuales revelan algunas condiciones que acrecientan la prevalencia de los mismos, como, la calidad de vida, el estado nutricional, la salud física del anciano, el apoyo social con el que cuenta (6,7), y algunas circunstancias socioeconómicas perjudiciales; sin embargo, esta asociación no está definida tan claramente (10,11). En consecuencia, siendo este un problema de la salud mental de los adultos mayores que requiere mayor investigación y atención de la comunidad científica, nos motivó a realizar este estudio.

En el primer capítulo se aborda todo lo relacionado con el planteamiento de problema; el que está compuesto por la formulación del problema de investigación de manera coherente, asimismo se señalan los objetivos del estudio, se expone la justificación de la tesis; ya que la información obtenida de los estudios previos, han motivado la elaboración de nuestro trabajo que

tuvo como objetivo la determinación de los factores asociados a los trastornos mentales en los adultos mayores que acuden a los centros de atención primaria de EsSalud y MINSA de los distritos de El Tambo, Huancayo y Chilca; que se hace visible esta nueva necesidad sanitaria.

En el segundo capítulo se expone el análisis de los antecedentes del problema; considerando su ámbito de estudio local, nacional e internacional; como es el caso del estudio realizado en Perú por Tello-Rodríguez y colaboradores en el año 2016; quienes determinaron la frecuencia de trastornos mentales en adultos mayores y la influencia de las condiciones biológicas, psicológicas y sociales en la salud mental; como consecuencia de ello, se evidencia la reducción del rendimiento, el aumento de la dependencia y la mayor demanda de cuidado cercano. Por otro lado, los trastornos afectivos se intensifican por la ausencia de apoyo familiar, la acentuación del aislamiento social que puede conllevar al suicidio. Como punto adicional se determinó que el insomnio, la somnolencia diurna y apnea obstructiva son condiciones importantes que alteran la calidad de vida en el envejecimiento (15).

Asimismo, en este capítulo se realiza la revisión de bibliografía para la construcción de las bases teóricas y la definición de conceptos básicos.

En el tercer capítulo, se plantea la hipótesis general: alterna y nula; asimismo las hipótesis específicas; además se expone la operacionalización de las variables del estudio. Al mismo tiempo, se detallan los aspectos de la prueba de hipótesis planteada con el uso de la prueba no paramétrica del Chi Cuadrado (χ^2), con todas las variables ajustadas en la que obtuvo valores estadísticamente significativos ($p < 0,05$). Consecuentemente se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna planteada.

En el cuarto capítulo, se detalla la metodología de investigación, aborda el método, además explica la conveniencia del enfoque de investigación, define el tipo de estudio según su nivel y esquematiza el diseño de investigación, adicionalmente se presenta la población y muestra que incluye los criterios de selección y exclusión de la unidad de análisis; también se detalló el proceso

de la recolección de datos, la validación del instrumento utilizado y se detalla la codificación de datos producto del análisis de las encuestas aplicadas a los adultos mayores.

En el quinto capítulo, se exponen los resultados y el análisis de los datos, así como la interpretación de estos; los cuales se presentan en tablas; sigue la discusión de los resultados obtenidos. El resultado principal que se obtuvo a través del análisis de las asociaciones bivariados en este estudio que utilizó la prueba no paramétrica del Chi cuadrado para variables dicótomas, en el caso de variables continuas se utilizaron el coeficiente de Spearman. Consecutivamente se presenta el análisis de regresión logística, con todas las variables ajustadas, donde se obtuvo el valor $p < 0,05$, que fue estimado estadísticamente significativo.

En el último apartado, se presentan las conclusiones y las recomendaciones. Además, se obtuvo como conclusión principal la existencia de una relación positiva de los nueve factores asociados a los trastornos mentales en adultos mayores que tienen relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$), entre los cuales destaca la influencia del distrito de procedencia, además el nivel educativo, el sexo, la actividad laboral, el vivir solo, el apoyo familiar, la presencia de alguna comorbilidad crónica, el tener un hábito nocivo y el tipo de centro de atención primaria. Asimismo, se concluye que la prevalencia de trastornos mentales en este estudio, es mayor a los esperados.

Por lo tanto; lo descrito líneas arriba nos permiten visibilizar esta problemática para la formulación de planes preventivos de salud mental enfocados en los adultos mayores focalizados en la atención primaria, adicionalmente, aportar en la implementación del instrumento de cribado de trastornos mentales en adultos mayores en el primer nivel de atención de la salud.

Las autoras.

Capítulo I

Planteamiento del Problema

1.1. Delimitación de la Investigación

1.1.1. Territorial.

Este estudio se ejecutó en las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPPS) del primer nivel de atención de salud del MINSA: “Centro de Salud de La Libertad” localizado en el distrito de Huancayo; el “Centro de Salud Juan Parra del Riego” ubicado en el distrito de El Tambo y en el “Centro de Salud de Chilca” situado en el distrito de Chilca; pertenecientes a la Red de Salud Valle del Mantaro. Además, se llevó a cabo en los diferentes Centros de Atención Primaria (CAP) de EsSalud: “CAP III Mantaro” localizado en el distrito de Huancayo; el “Policlínico Metropolitano de Huancayo” localizado en el distrito El Tambo y el “CAP II Chilca”. Estas 06 entidades pertenecen a la provincia de Huancayo, región Junín.

1.1.2. Temporal.

El estudio se realizó de enero a diciembre del 2019; periodo en el que se consiguió la aprobación del comité de ética y nos otorgaron los permisos en las diferentes instituciones en las que recolectamos los datos de la muestra estudiada.

1.1.3. Conceptual.

Este estudio es una investigación de enfoque cuantitativo, el cual analizó la asociación de las características sociodemográficas y clínicas, con la instauración de algún trastorno mental en las personas adultas mayores que acudieron a los establecimientos de salud que pertenecen al primer nivel de atención de salud, en busca de una consulta en el servicio de Medicina General.

1.2. Práctico.

Esta asociación permitió obtener información para establecer posibles factores de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales enfocados en este grupo etario; asimismo nos permitirá fortalecer las estrategias de prevención, mejorar las intervenciones de promoción de la salud del adulto mayor, así como políticas públicas que incluyan instaurar este instrumento de tamizaje de principales trastornos mentales de reproducibilidad sencilla en el primer nivel de atención; que permitirá un uso óptimo de los servicios de salud; así como un diagnóstico precoz de trastornos mentales, y por lo tanto, su abordaje multidisciplinario oportuno.

1.3. Planteamiento del Problema.

A nivel mundial, la prevalencia de trastornos mentales de los pacientes adultos mayores está cerca al 20 % considerando los diferentes grados de severidad (12,13), en este escenario es vital considerar estos padecimientos como un gran problema de la salud pública global.

Además, la prevalencia descrita por los países europeos es del 20 % (6), mientras que en países latinoamericanos es del 10 % (12,16); al mismo tiempo se reporta la probabilidad que uno de cada cuatro adultos mayores, desarrollarán en algún momento del envejecimiento, cierto trastorno mental, acrecentando el número de atenciones en salud en los establecimientos de salud que pertenecen al primer nivel de atención (12,17). Por otro lado, según la OMS, estos son causantes del 13 % de años de vida sana perdidos debido a la discapacidad (AVAD) que provocan (2) y representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad prematura durante el

envejecimiento, ya que no son diagnosticados durante la primera consulta en el primer nivel de atención de salud o son subtratados (11,14).

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona la prevalencia de trastornos afectivos o deterioro del estado emocional en un 66 %, asimismo estima que la afectación de la memoria se produce en un 40 % de la población adulta mayor, y con respecto a los trastornos del sueño, indica un valor estimado del 20 % (9,18).

En nuestro país; según estudios realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental (INS) y el hospital “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”, estiman la prevalencia de trastornos mentales en la población adulta mayor que moran en Lima es del 6,7 % (17). En contraste con otra investigación realizada en el año 2012, en la que se estima que el 29 % de la población urbana del Perú sufre de algún trastorno mental (11); sin embargo, es necesario hacer notar la distribución desigual de estas cifras, además del escaso número de estudios realizados en centro de salud que pertenecen a la atención primaria del sistema de salud (13, 19).

Al mismo tiempo, los trastornos mentales se definen como el detrimento en el funcionamiento psicológico, gradual y de larga evolución, produciendo pérdida del bienestar mental, social (1) y laboral de quienes lo padecen; asimismo éstos acrecientan la vulnerabilidad de padecer patologías de alto costo social, ya que su complejidad técnica y terapéutica generan un gran impacto económico en todo el sistema de salud (2-5).

Con relación a los factores asociados a los trastornos mentales durante el envejecimiento, se revisaron diversas investigaciones ejecutados en países sudamericanos como: México, Colombia y Perú, los cuales revelan algunas condiciones que acrecientan la prevalencia de los mismos, como; la calidad de vida, el estado nutricional, la salud física del anciano, el apoyo social con el que cuenta (6,7) y algunas circunstancias socioeconómicas perjudiciales; sin embargo, esta asociación no está definida tan claramente (10,11). En consecuencia, se establece que éste es un

problema de la salud mental de los adultos mayores que requiere mayor investigación y atención de la comunidad científica.

Al contrario; en personas adultas mayores no institucionalizadas que acuden a los centros de atención primaria, no se han establecido los factores relacionados a los padecimientos del ámbito de la salud mental; éstos son raramente investigados en nuestro país, y más aún en nuestra región (20,21), a pesar de la importancia de la salud mental, ya que debe ser priorizada por su implicancia social y económica para el país. El análisis de la información obtenida de la revisión de los estudios previos, ha motivado la elaboración de este estudio, que tuvo como objetivo la determinación de los factores asociados a los trastornos mentales en los adultos mayores que acuden a los centros de atención primaria de EsSalud y MINSA de los distritos de El Tambo, Huancayo y Chilca, que hacen visible esta nueva necesidad sanitaria.

Sin embargo, pese a la importancia de la salud mental de la población adulta mayor y su escaso abordaje en el primer nivel de atención de salud en nuestro país; se revela la necesidad no atendida de la implementación de nuevas políticas públicas que incluyan estrategias de abordaje y diagnóstico precoz; los cuales se pueden desarrollar con tamizajes de los principales trastornos mentales en la primera consulta médica; para ello es importante contar con un instrumento que permita este cribado de fácil aplicación por el personal de salud; que permita obtener resultados válidos, confiables y extrapolables.

Asimismo, es muy importante tener conocimiento de la actual prevalencia de estos trastornos en nuestra región para generar incluso nuevos enfoques presupuestales de programas sociales; de distribución de recursos humanos y materiales en los establecimientos de salud; además de fortalecer la intervención multidisciplinaria del equipo de salud del primer nivel de atención, para que den respuesta rápida ante la presencia o detección de estos trastornos; pues si estos padecimientos se manejan oportunamente, se evita el encarecimiento de la salud mental de los adultos mayores, quienes muchas veces al ser subdiagnosticados o subtratados en el sistema

de salud según la cobertura de su seguro de salud; al no ser atendidos buscan atención por consultas particulares cuyos tratamientos no pueden ser sostenidos en el tiempo por el factor económico.

Por otro lado; el envejecimiento que se ve alterado por la presencia concomitante de un trastorno mental que deteriora la calidad de vida y aumenta la discapacidad y mortalidad; por ello, es necesario visibilizar este importante problema de salud y establecer los nuevos padecimientos psiquiátricos que no han sido muy abordados ni estudiados como son los trastornos somatomorfos en este grupo etario; pues en la actualidad no ha generado interés en la comunidad científica, por lo que se debe incentivar en generar una nueva línea de investigación enfocado en estos padecimientos.

Así también no se ha tomado en cuenta que estos trastornos pueden afectar a personas con comorbilidades crónicas, principalmente aquellos que padecen trastornos gastrointestinales, respiratorios y cardiovasculares; para lo que se propone incluir el cribado de trastornos mentales en adultos mayores en las estrategias sanitaria de enfermedades crónicas no transmisibles del MINSA.

Por otra parte es importante que los adultos mayores cuenten con apoyo familiar para sobrellevar una vejez saludable; por lo tanto es importante que desde el primer nivel de atención se fortalezcan las capacidades de los cuidadores y la familia como núcleo de la sociedad; para mejorar la convivencia en el hogar con los adultos mayores, fortalecer el acompañamiento de duelo; asimismo contribuir desde las dependencia gubernamentales la creación de actividad recreativas enfocada en este grupo etario para el desarrollo de actividades lúdicas; inclusivas que disminuyan el abandono social; aislamiento social, la dependencia de sustancias nocivas; por lo tanto, la inclusión de adultos mayores en actividades grupales que sean sostenibles en el tiempo contribuirán a disminuir su impacto en la salud mental de los adultos mayores muy ancianos.

1.4. Formulación del problema

En este acápite se formuló la pregunta de investigación basado en la problemática de este estudio; en la actualidad, los cambios en la prevalencia de trastornos mentales en la población adulta mayor, ha generado la búsqueda de nuevos factores que pueden condicionar un riesgo para el desarrollo de algún trastorno mental durante el envejecimiento; por lo que, con el propósito de responder esta pregunta, se procedió a la aplicación de un cuestionario a adultos mayores en las salas de espera de consulta a medicina general de los centros de salud del primer nivel de atención durante todo el año 2019.

1.5. Problema General

¿Cuáles son los factores asociados a trastornos mentales en adultos mayores de centros de atención primaria de EsSalud y MINSA en Huancayo, 2019?

1.6. Problemas Específicos

1. ¿Cuál es la prevalencia de trastornos mentales en adultos mayores de centros de atención primaria?
2. ¿Cuál es la asociación de las características sociodemográficas y trastornos mentales en adultos mayores de centros de atención primaria?
3. ¿Cuál es la asociación de las características clínicas y trastornos mentales en adultos mayores de centros de atención primaria?

1.7. Objetivos de la Investigación

1.7.1. Objetivo General.

Determinar los factores asociados a trastornos mentales en adultos mayores de centros de atención primaria de EsSalud y MINSA en Huancayo.

1.8. Objetivos específicos

1. Evaluar la prevalencia de trastornos mentales en adultos mayores en centros de Atención Primaria.
2. Valorar la asociación de las características sociodemográficas y trastornos mentales.
3. Valorar la asociación de las características clínicas y trastornos mentales.

1.9. Justificación de la investigación

1.9.1. Justificación teórico-científica

La OMS considera adulto mayor a todo individuo con más de 60 años de edad; para referirse a una condición biológica que genera deterioro funcional y físico en respuesta a diversos daños celulares; el cual predispone a mayor vulnerabilidad y aumento del riesgo de enfermedad y muerte (22).

Entre las enfermedades más frecuentes se encontraron los trastornos mentales en este grupo etario, los cuales se producen cerca del 13 % de años de vida sana perdidos por la discapacidad (AVAD) (2) que se convierten en una de las principales causas de mortalidad prematura durante el envejecimiento, puesto que no se diagnostican durante la primera consulta o son subtratados (11,14).

Por lo tanto, la finalidad de este estudio fue determinar los factores asociados a trastornos mentales en adultos mayores en los centros de salud que pertenecen al primer nivel de atención de salud; asimismo permitió conocer los principales trastornos mentales que pueden ser abordados con mayor detalle por futuras investigaciones.

1.9.2. Justificación Social.

Los trastornos mentales causan el detrimento en el funcionamiento psicológico, gradual y de larga evolución, produciendo pérdida del bienestar mental, social (1) y laboral de quienes lo

padecen; asimismo, éstos acrecientan la vulnerabilidad de padecer patologías de alto costo social, ya que su complejidad técnica y terapéutica generan un gran impacto económico en todo el sistema de salud (2-5). Además, mundialmente cerca del 20 % de adultos mayores sufren trastornos mentales (12,13), por lo cual se consideran estos padecimientos como un gran problema que afecta negativamente la salud pública. Por lo tanto, existe la necesidad no atendida de conocer los principales factores condicionantes de esta afección, para poder prevenir, tamizar y atenderlas oportunamente.

La información obtenida en este estudio permitirá realizar mejoras en el sistema de salud nacional, enfocado en la mejora continua de la atención primaria de salud y brindarles a los profesionales médicos una herramienta de cribado de trastornos mentales para abordar oportunamente este tipo de padecimientos en los adultos mayores.

1.9.3. Justificación Metodológica.

La evaluación de la prevalencia de los trastornos mentales que afectan a las personas adultas mayores, así como el conocimiento de los principales factores asociados, permitieron establecer el perfil epidemiológico actual de salud mental en este grupo etario que concurre a los establecimientos de atención primaria preferencialmente. Además, permitió revelar la necesidad de implementar estrategias reenfocadas para la valoración, el diagnóstico y el tratamiento oportuno, con la intención de disminuir la morbilidad y la mortalidad prematura durante el envejecimiento a consecuencia de estos padecimientos; de esta manera, también mitigar el impacto económico de nuestro sistema de salud (15). Exponer claramente esta problemática es importante para la formulación de futuros planes de mejora continua de los servicios de salud, en el ámbito preventivo-promocional. Adicionalmente el aporte de este estudio, es la implementación del instrumento de cribado de trastornos mentales en adultos mayores en las salas de espera de los centros de salud del primer nivel de atención de salud.

Capítulo II

Marco Teórico

2.1. Antecedentes de Investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales.

Campo et al. 2008, estimaron la prevalencia de los trastornos mentales y la determinación de las variables que influyen positivamente. Los principales resultados establecieron que el nivel educativo incompleto, el ingreso económico insuficiente y las condiciones de pobreza, son factores que influyen significativamente en la presencia de estos padecimientos, proponiendo el empleo de acciones inmediatas en la comunidad y la intervención del gobierno con la finalidad de mejorar el abordaje de estos trastornos a través de nuevas estrategias en salud mental (11,19).

Rodríguez et al. 2009, efectuaron un análisis de los principales trastornos mentales durante la vejez, los cuales fueron: la depresión, seguida de la ansiedad, además de los trastornos del sueño y delirantes, la demencia y en consumo de alcohol (12). Además, otro estudio realizado en el primer nivel de atención de salud y durante la consulta ambulatoria en el servicio de medicina, exponen que todos los adultos mayores atendidos, exteriorizaban algún grado de tristeza y manifestaban sensación de soledad. Además, estima la prevalencia de los principales trastornos mentales como: la afectación del estado emocional en un 66,6 %, seguido de la afectación de la memoria con un 40 % y los trastornos del sueño en un 20 % de la población estudiada (9,18).

Estrada et al. 2012, examinaron los principales factores asociados a síntomas depresivos del adulto mayor institucionalizado, se realizó un estudio transversal en el cual se abordaron las características demográficas, funcionales, ansiedad, la calidad de vida, percepción de su estado de salud, sus redes de apoyo y el estado nutricional. Los resultados fueron que la prevalencia de depresión fue similar en ambos sexos con valor $p > 0,05$; además, a mayor dependencia se evidenció mayor grado de depresión con valor $p < 0,001$; resultados similares con niveles de ansiedad altos OR = 2,74, analfabetismo OR = 3,70, deterioro funcional OR = 2,82, mujeres con dependencia parcial OR = 21,89, se asocian a depresión con valor $p < 0,05$. Por lo tanto, se concluye que la pérdida de roles funcionales, el grado de dependencia, y la disminución de la calidad de vida, aumentan la sintomatología de la depresión (5).

Margalid et al. 2013 en España, desarrollaron una investigación con el objetivo de establecer la prevalencia de los trastornos mentales y exponer los factores asociados más comunes a éstos, en la atención primaria en pacientes adultos mayores de 75 años; el estudio epidemiológico determinó la prevalencia de 47,7 % de trastornos mentales de pacientes atendidos en el nivel de atención primaria usando la adaptación española de entrevista del instrumento “Primary Care Evaluation of Mental Disorder” (PRIME-MD); siendo los más frecuentes los trastornos del ánimo en 33,8 %; los trastornos somatomorfos en 24,4 % y los de ansiedad 14,3 %. Adicionalmente se determinaron factores asociados a estos trastornos mentales relevantes como son la percepción del adulto mayor sobre su estado de salud y la presencia de comorbilidades; además indican la atención de estos factores como una prioridad en la atención primaria (10).

Kronfly et al. 2015, en España desarrollaron un estudio que abordó la prevalencia del riesgo de depresión en adultos mayores de 75 años o más; en los que se determinó adicionalmente los factores de vulnerabilidad geriátrica relacionados a la atención primaria de salud. Se determinó la prevalencia del riesgo de depresión en 37,2 %, siendo mayor prevalencia en el sexo femenino 43,1 %; asimismo, se observó la asociación del riesgo de depresión con enfermedades crónicas

como: hipertensión arterial con OR: 2,75; cáncer con OR 4,12, la ausencia de actividad de ocio con OR 2,5, ansiedad con OR:1,87. Finalmente se concluye que la prevalencia encontrada fue mayor a la esperada y requiere de pruebas diagnósticas adicionales (23).

Pavón et al. 2018 en México desarrolló un estudio cuyo objetivo fue identificar la asociación de variables como: sexo, lugar de procedencia, escolaridad y el tipo de comorbilidad, con quién vive, el nivel socioeconómico y el rol de jefe de familia; con el consumo de alcohol y tabaco en personas adultas mayores, en un estudio transversal analítico, cuyos resultados reportaron consumo actual de alcohol en 4,4 %, y del tabaco 5,5 %; además, los de sexo masculino tienen mayor probabilidad con RP 3,4, con rol de jefe de familia RP 2,4, con estudios de secundaria RP 4,1 y que provienen de zona urbana RP 1,8. Se concluyó que el consumo de alcohol y tabaco en los adultos mayores suelen no diagnosticarse. Asimismo, es importante conocer las características particulares del consumo de alcohol y tabaco en adultos mayores para el futuro diseño de intervenciones para mejorar la atención y el tratamiento oportuno y específico de este grupo etario (24).

Palma et al. 2019 en España identificaron las principales consecuencias de la presencia del sentimiento de soledad, en la salud física y mental de los adultos mayores en un análisis de artículos de las bases de datos: PubMed y WebScience, de los cuales fueron seleccionados diez artículos; llegando a concluir que existen consecuencias del sentimiento de soledad y la ausencia del apoyo familiar en los adultos mayores como, la existencia de ansiedad y depresión en diferentes grados; asimismo consideran predictor al sentimiento de soledad para determinar la probabilidad del deterioro cognitivo, asimismo su presencia aumenta el riesgo de mortalidad en el envejecimiento. Por lo tanto, se da a conocer los efectos negativos del sentimiento de soledad en los adultos mayores, por lo que es necesario implementar un abordaje multidisciplinario para poder mermar los daños en la salud (25).

2.1.2. Antecedentes Nacionales.

Tello et al. 2016 en su investigación determinó la frecuencia de trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño en las personas adultas mayores, asimismo se determinó algunas condiciones de tipo biológicos, psicológicos y sociales que influyen en su salud mental, como consecuencia de ello se evidencia la reducción del rendimiento y el aumento de la dependencia y la mayor demanda de cuidado cercano, por otro lado, los trastornos afectivos se intensifican por la ausencia de apoyo familiar, la acentuación del aislamiento social puede conllevar el suicidio. Como punto adicional se determinó que el insomnio, la somnolencia diurna y apnea obstructiva son condiciones importantes que alteran la calidad de vida en el envejecimiento (15).

El INEI 2021 proporciona datos estadísticos sobre la situación de la población adulta mayor, la cual evidenció que el 39,1 % de los hogares en el Perú, tiene entre sus miembros del hogar al menos una persona de más de 60 años. Respecto al nivel educativo, existe una brecha entre varones y mujeres adultos mayores, siendo mayor en las mujeres (21,8 %), que no tienen nivel educativo y los varones el (4,8 %). En relación con las enfermedades crónicas, los varones presentan alguna condición crónica (70 %), y las mujeres el 83,9%, además de la discapacidad mayor en la población femenina representada por el 52,2 % (26).

Baldeón et al. 2019, en su estudio, estimaron la prevalencia de la depresión en el adulto mayor peruano durante el año 2017; el cual afecta al 14,2 % de la muestra. Asimismo, estableció las principales variables sociales y demográficas que se asocian positivamente con el desarrollo del trastorno depresivo las cuales son: el sexo femenino, el no contar con nivel de instrucción, el tener una edad mayor de 75 años, vivir en una zona rural y la pobreza (27).

Vílchez et al. 2017 realizaron un estudio donde se evaluó la presencia de trastorno depresivo y deterioro cognitivo en adultos mayores, con las escalas de Yesavage y de Pfeiffer, en la cual se encontró que el 36,3 % presentaron deterioro cognitivo, y de estos el 64 % tenía

depresión, a mayor edad (80 a 89 año), mayor prevalencia de depresión y es este grupo el que presenta mayor riesgo de deterioro neurocognitivo (28).

2.1.3. Antecedentes Regionales.

Piazza M. y Fiestas F. (2005) realizaron un estudio donde determinaron la prevalencia por año de aproximadamente dieciocho trastornos mentales relacionados a las características sociodemográficas y a la frecuencia de uso de los servicios de salud mental en el Perú. En este estudio utilizaron la “Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta”, la cual suministra diagnósticos acorde al DSM IV, se realizó en cinco ciudades, con muestra probabilística entre ellas en la ciudad de Huancayo, cuyos resultados del estudio mundial de salud mental determinaron la prevalencia de trastornos mentales en el 13,5 %; siendo la ansiedad el más frecuente en 7,8 %, seguido por la alteración del estado de ánimo 3,5 %, problemas en el control de impulsos 3,5 % y el uso de sustancias nocivas en 1,7 %. Adicionalmente se asoció que la viudez, el divorcio o la separación generan mayor riesgo de padecer un trastorno mental, sin embargo, menos del 20 % de los afectados recibieron tratamiento oportuno; develando la necesidad imperiosa de enfocar la atención de salud hacia el diagnóstico temprano y enfocar el tratamiento oportuno de los trastornos mentales en el Perú (29).

Medina H. y Mendoza M. 2015 desarrollaron la tesis con el propósito de analizar el abandono familiar, material, económico y emocional del adulto mayor en el distrito de Viques, en la provincia de Huancayo, cuyos resultados fueron, el 67,5 % padecen de abandono económico por parte de sus familias, el 100 % de adultos mayores presentan problemas en su estado de salud, además el 90 % padecen abandono emocional, el 92,5 % sufren de abandono familiar y el 95 % manifiestan sentimientos de soledad (30).

Sáenz et al. 2019 desarrollaron un estudio con la finalidad de determinar los factores asociados a la depresión en once comunidades altoandinas de Perú, que incluye a Huancayo (Chacapampa), en adultos mayores de 60 años, en el que se realizó el tamizaje de depresión

además de las características sociodemográficas. Los resultados arrojaron que el 40,7 % de adultos mayores presentaban depresión, y los factores asociados más frecuentes fueron las comorbilidades y los síndromes geriátricos con un valor $p < 0,05$. Se concluyó que existe asociación entre la edad, la procedencia rural y la depresión (31).

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Adulto Mayor.

La Organización Mundial de la Salud, define al adulto mayor a “toda persona mayor de 60 años, considerando el aspecto biológico, el proceso del envejecimiento es el efecto del acopio de detrimientos moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que acarrea una disminución gradual de las capacidades físicas y mentales, y por otro lado aumentan el riesgo de morbilidad y mortalidad” (9 p.58).

2.2.2. Trastornos Mentales.

Son definidos como “el conjunto de signos y síntomas que se caracterizan por la alteración clínicamente significativa y capaz de interpretarse, del estado cognitivo, afectivo o del comportamiento; la cual se manifiesta en una disfunción psicológica, biológica o mental” (1,21 p.59). En base al estudio “SABE” ejecutado por la OPS en varios países latinoamericanos, en el que se expone que los trastornos mentales más frecuentes en las personas adultas mayores son: la depresión, la ansiedad, los trastornos del sueño, los trastornos delirantes, la demencia y el consumo de alcohol. A su vez, estos trastornos están relacionados con el decremento significativo de la calidad de vida durante el envejecimiento, así como con el aumento de la discapacidad y las tasas de mortalidad prematura (31,32).

2.2.3. Trastornos Umbrales.

2.2.3.1. Depresión.

Este trastorno se caracteriza por un estado de constante tristeza, que se manifiesta con la falta de interés, además se agrega la persistente sensación de ser el causante de problemas, asimismo suele acompañarse de baja autoestima, asimismo experimentan cambios en el patrón y ritmo del sueño, agregándose cuadros de inapetencia, de cansancio inexplicado y una constante pérdida de atención. Este padecimiento psiquiátrico menoscaba la calidad de vida diaria de la persona que lo padece (9,32). Por ende, casi más del 30 % de los adultos mayores expresa la depresión en sus diversas formas (32).

2.2.3.2. Depresión Mayor.

Es el trastorno mental más común, con alta carga de enfermedad, además el diagnóstico se establece teniendo en cuenta los criterios del DSM V. Es importante destacar que el trastorno depresivo mayor, se caracteriza por la disminución del estado de ánimo persistente, cuyos cuadros que son recurrentes por más de 02 semanas mínimamente. Por otro lado, hasta el 75 % de éstos recidivan y el riesgo de cronificarse es mayor en el sexo femenino; quitándole toda funcionalidad a quién lo padece (23).

2.2.3.3. Depresión Menor.

Estos son episodios depresivos leves o moderados caracterizados por anhedonia o pérdida de interés, son más frecuentemente diagnosticados en el primer nivel de atención de salud, asimismo tienen una alta comorbilidad con otros trastornos asociados como: los trastornos somatomorfos, los trastornos de alimentación, la ansiedad, algunos trastornos de la personalidad y el alcoholismo (23).

2.2.3.4. Ansiedad.

Este es definido como una respuesta ante una situación desconocida o la cual genera conflicto, molestias físicas y psicológicas, ésta se manifiesta con intranquilidad, constante preocupación difíciles de controlar e imposibilidad de mantenerse seguros frente a una amenaza.

Este padecimiento es frecuente en las personas adultas mayores que no cuentan con acompañamiento familiar quienes carecen de atención, además suele manifestarse con respuestas somáticas, la cual es erradamente apreciada como “normal” durante el envejecimiento; ya que aproximadamente el 12 % de ancianos padece de trastorno ansioso (33,34).

El progreso de la ansiedad “normal” a patológica se da cuando se pierde la respuesta adaptativa o si se intensifica, en la que es desproporcionada excediendo los límites aceptables para las personas. En el trastorno ansioso, la amenaza de vida es desconocida para quien lo sufre, a menudo no se concreta en la realidad (33).

2.3. Trastornos Sub-Umbrales

2.3.1. Trastorno Somatomorfo Inespecífico.

Es un síndrome crónico y recurrente que se manifiesta con la reconocimiento y afirmación por parte del paciente de que sufre una enfermedad o deformidad sin evidencia médica; los síntomas somáticos múltiples no explicados alcanzan tal intensidad que producen sufrimiento significativo o alteración funcional del paciente geriátrico (35).

2.3.2. Distimia.

Según el DSM V, es un trastorno del estado de ánimo antes conocida como neurosis depresiva menos severa que la depresión mayor, se caracteriza por un cuadro subclínico, insidioso y fluctuante con una duración mínima de dos años de depresión, en la población adulta mayor generalmente es secundaria a una enfermedad médica y más de la tercera parte de pacientes evolucionan a trastorno depresivo mayor (1).

2.3.3. Trastornos del Sueño.

Es la escasez o exceso de sueño, son trastornos que pueden conllevar consecuencias nefastas, inclusive producir accidentes fatales. Algunos factores que se asocian a mayor prevalencia de estos padecimientos son el sexo femenino, la edad avanzada, las comorbilidades, el abuso de sustancias nocivas. Además, estos se pueden presentar solos o asociados a otros trastornos del estado de ánimo (14,36).

2.4. Definición de Términos Básicos.

2.4.1. Consumo de Sustancias Psicoactivas.

Referida al exceso en la ingesta de bebidas alcohólicas, así como la dependencia en el consumo de sedantes, genera la presencia de trastornos en el adulto mayor y ésta como consecuencia genera disminución de la capacidad funcional (33).

2.4.2. Factores Asociados.

Son algunas condiciones específicas que producen algún cambio en la salud de las personas adultas mayores, las cuales pueden ser genéticas, o estar relacionada al entorno físico y social, en particular que tengan que ver con las características de la vivienda, del vecindario en el que se desenvuelven y la comunidad, así como sus características personales, como el sexo y género, y etnia, además, del nivel socioeconómico; inclusive las características morfológicas de cada individuo.

Algunos factores asociados reportados en la bibliografía evidencian su mayor influencia a comparación de otros en la generación de trastornos mentales, siendo los padecimientos crónicos las más relacionadas a la depresión (11), equivalentemente los adultos mayores con alguna limitación funcional muestran trastornos mentales relacionados con la alteración del sueño, el estado del ánimo y la ansiedad (20,35). Con relación a la percepción del estado de salud de uno

mismo, los adultos mayores que la consideran muy mala o mala poseen mayor riesgo de padecer trastornos de ansiedad (4,14).

Capítulo III

Hipótesis y Variables

3.1. Hipótesis

En este capítulo se desarrolla la evaluación de las principales respuestas a la pregunta de investigación a través de estadísticos que arrojan el nivel de significancia independiente a la distribución de la población analizada. Según estudios revisados previamente, se establecen relaciones convenientemente significativas con algunas características socioculturales establecidas.

Además, es importante mencionar que el hecho de formular la hipótesis de este estudio basado en el enfoque cuantitativo y de alcance relacional, responde al planteamiento del problema. Por consiguiente, se formulan las siguientes hipótesis correlacionales, las cuales especifican las relaciones entre dos variables, también exponen parcialmente el tipo de vínculo entre ellas y determinan como están asociadas. Igualmente, responden a la naturaleza de la contribución y generación de nuevos conocimientos.

3.1.1. Hipótesis General.

H₁: Existe asociación entre las características sociodemográficas y clínicas y los trastornos mentales en adultos mayores de centros de atención primaria de EsSalud y MINSA en Huancayo, 2019.

H₀: No existe asociación entre las características sociodemográficas y clínicas y los trastornos mentales en adultos mayores de centros de atención primaria de EsSalud y MINSA en Huancayo, 2019.

3.1.2. Hipótesis Específicas.

1. Existe asociación entre las características sociodemográficas y trastornos mentales.
2. Existe asociación entre las características clínicas y trastornos mentales.

3.2. Prueba de Hipótesis

En este estudio se realizó la prueba de la hipótesis planteada con el uso de la prueba no paramétrica Chi Cuadrado (X^2), que mide la asociación de variables cualitativas de muestras independientes, por lo tanto, con todas las variables ajustadas resultó estadísticamente significativo donde un valor $p < 0,05$.

Por ende, se procede a rechazar la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna planteada, por lo que se establece: Si existe asociación entre las características sociodemográficas y clínicas y los trastornos mentales en adultos mayores de centros de atención primaria de EsSalud y MINSA en Huancayo, 2019.

3.3. Operacionalización de las Variables

Las investigaciones correlacionales no trabajan con variables dependientes o independientes, ya que no se quiere demostrar dependencia entre las variables, sino el vínculo que existe entre ellas. Además, que el orden de las variables no altera la hipótesis.

| VARIABLES | DIMENSIONES | DEFINICIÓN OPERACIONAL | INDICADORES | TIPO DE VARIABLE - ESCALA |
|--|-------------------------|--|---|----------------------------------|
| Características sociodemográficas y clínicas | Sexo | Referente al sexo biológico asignado al nacer, el cual responde a factores genéticos, cromosomales y hormonales. | 1. Masculino 2. Femenino | Cualitativa. Nominal. |
| | Edad | Edad cronológica la cual se basa en el conteo desde el día de tu nacimiento. | 1. Mayores de 60 (años cumplidos a la fecha); quintiles de 5 años | Cuantitativa. Discreta. |
| | Estado civil | Condición personal y jurídica, que se relaciona con el registro civil de tener pareja o no, la cual protege sus derechos. | 1. Nunca tuvo pareja de convivencia 2. Con pareja actual, en convivencia 3. Viudo/a, divorciado/a, separado/a | Cualitativa. Nominal. |
| | Convivencia en el hogar | Definida como las relaciones y lazos establecidos dentro de un grupo de personas que viven regularmente en compañía de otros. | 1. Solo 2. Acompañado | Cualitativa. Nominal. |
| | Apoyo familiar | Satisfacción respecto al nivel unión, de ayuda mutua, del soporte de sus familiares en el desarrollo de sus actividades diarias. | 1. Muy insatisfecho 2. Insatisfecho 3. Regular 4. Satisfecho 5. Muy satisfecho | Cualitativa. Ordinal. |
| | Nivel educativo | Es el más alto grado de instrucción alcanzado por la persona, con relación a los estudios realizados. | 1. Sin estudios o primaria 2. Estudios secundarios o superior | Cualitativa nominal |
| | Procedencia | Indica el área de origen del que procede según su residencia actual. | 1. Urbano 2. Rural | Cualitativa nominal |

| Variables | Dimensiones | Definición operacional | Indicadores | Tipo de variable - Escala |
|--|---------------------------------------|---|---|----------------------------------|
| Características sociodemográficas - clínicas | Actividad laboral actual | Profesión u oficio que desempeña en el momento; por el cual recibe algún beneficio. | 1. Desempleado 2. Jubilado 3. Empleado | Cualitativa. Nominal |
| | Convivencia en el hogar con autonomía | Es facultad de vivir con independencia para el desarrollo de actividades cotidianas. | 1. Dependiente 2. Parcialmente dependiente 3. Independiente | Cualitativa. Ordinal |
| | Percepción de salud | Es la autovaloración de su salud que se relaciona con la satisfacción del individuo. | 1. Muy mala 2. Mala 3. Regular 4. Buena 5. Muy buena | Cualitativa. Ordinal. |
| | Enfermedad médica crónica | Es una condición médica que permanece constante en el tiempo y que perturba el estado de salud del individuo. | 1. Patología sistema nervioso 2. Patología cardiovascular 3. Patología respiratoria 4. Patología hepática 5. Patología osteoarticular 6. Patología digestiva 7. Neoplasias 8. Otras patologías | Cualitativa. Nominal. |
| | Hábitos nocivos | Es la exposición repetida o conducta reiterada del consumo de sustancias dañinas para la salud. | 1. Tabaco 2. Alcohol 3. Drogas 4. Coca | Cualitativa. Nominal. |
| | Atención primaria | Es la asistencia primordial, integral, que se brinda en el primer nivel de atención del sistema de salud, la cual garantiza la calidad de atención. | 1. Centros de Salud del MINSA 2. Centros de Atención Primaria EsSalud | Cualitativa. Nominal. |

| Variables | Dimensiones | Definición operacional | Indicadores | Tipo de variable - Escala |
|---------------------|--|---|---|----------------------------------|
| Trastornos Mentales | Diagnósticos psiquiátricos umbrales | La escala de evaluación PRIME-MD: estima trastornos somatomorfos, los trastornos afectivos, alcoholismo, ansiedad y alteraciones de la alimentación, que se observan con mayor prevalencia en la atención primaria. | <ol style="list-style-type: none"> 1.Trastorno Depresivo Mayor 2. Distimia 3. Trastorno de Pánico 4. Trastorno Ansiedad Generalizada 5. Bulimia nerviosa 6. Trastorno Somatomorfo inespecífico | Cualitativa nominal |
| | Diagnósticos psiquiátricos subumbrales | La escala de evaluación PRIME-MD, valora los trastornos afectivos, alcoholismo, ansiedad, trastornos somatomorfo y alteraciones de la alimentación, que se observan con mayor prevalencia en la atención primaria y en la población en general. | <ol style="list-style-type: none"> 1.Trastorno Ansioso Inespecífico 2. Trastorno del Apetito Inespecífico 3. Trastorno Somatomorfo Inespecífico 4. Trastorno Depresivo Menor 5. Dependencia o Abuso de Alcohol | Cualitativa nominal |
| | Depresión | Trastorno mental, en el que existe un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o placer, culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (37). Se evaluará en función a la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada de YESAVAGE. | <ol style="list-style-type: none"> 1.De 0 a 5 puntos: Normal 2. De 6 a 9 puntos: Depresión probable. 3.Más de 9 puntos: Depresión establecida | Cualitativa ordinal |
| | Ansiedad | Trastorno mental caracterizado por un estado emocional de respuesta ante situaciones cotidianas estresantes, creando malestar significativo con síntomas que afectan el estado físico, psicológico y conductual. Se evaluará en función a la Escala de Ansiedad de GOLDBERG. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Una respuesta positiva de los primeros 4 ítems: probable trastorno 2. Más de 2 puntos: ansiedad establecida | Cualitativa ordinal |

| Variables | Dimensiones | Definición operacional | Indicadores | Tipo de variable - Escala |
|------------------|---------------------|--|--|----------------------------------|
| | Deterioro cognitivo | Alteración en una o más funciones cognitivas superiores, que se evaluarán con la prueba PFEIFFER, que valora las alteraciones de la memoria, cálculo y trastornos de la orientación. | <ol style="list-style-type: none"> 1. De 0 a 2 respuestas incorrectas: normal 2. De 3 a 4 respuestas incorrectas: deterioro leve 3. De 5 a 7 respuestas incorrectas: deterioro moderado 4. De 8 a 10 respuestas incorrectas: deterioro grave | Cualitativa ordinal |

Capítulo IV

Metodología

4.1. Método y Alcance de la Investigación

4.1.1. Método de la Investigación.

- a. Método general: científico.
- b. Método específico: descriptivo. A través de la obtención de información para el estudio de las variables.

4.1.2. Enfoque de investigación.

Este estudio es de enfoque cuantitativo; el cual hace uso de la recolección de información y datos que son procesados de forma numérica.

4.1.3. Tipo de Investigación.

Este estudio es de tipo básica; pues pretende generar conocimiento, comprender la relación entre las características sociodemográficas y clínicas y los trastornos mentales en adultos mayores de centros de atención primaria de EsSalud y MINSA en Huancayo, 2019. Además, los datos obtenidos servirán como fundamento para generar el interés de la construcción de futuros estudios de investigación.

Además, es observacional; ya que no existió intervención de los investigadores, ni hubo manipulación de las variables de estudio.

Según la finalidad de este estudio es analítico; pues se establece el análisis de las variables, consecuente a la prueba de una hipótesis.

Es un estudio prospectivo; teniendo en cuenta la cronología y la secuencia temporal de la obtención de datos que se realizó con la finalidad de desarrollar esta investigación.

Además, es transversal, considerando en el número de veces que se midió las variables en estudio de esta investigación fue solo en una oportunidad.

4.1.4. Nivel de Investigación.

El nivel de la investigación es correlacional, pues tiene como propósito conocer el grado de asociación que existe entre dos o más variables en una muestra o contexto en particular (38). Por ello, el presente trabajo evaluó la asociación entre las características sociodemográficas y trastornos mentales en adultos mayores de centros de atención primaria de EsSalud y MINSA en Huancayo, 2019.

4.2. Diseño de Investigación

El diseño del estudio fue no experimental, transversal, correlacional con diseño muestral probabilístico. Se prefirió usar este estudio ya que es un primer abordaje a estos factores que son necesarios establecer su relación con el desarrollo de los trastornos mentales; de manera que se puedan generar posteriormente un análisis de regresión logística; utilizando las mediciones bivariados significativas de este estudio.

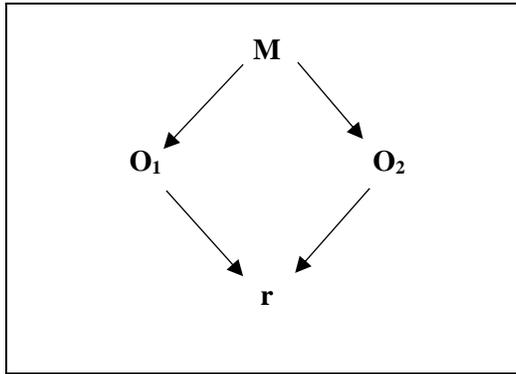


Figura 1. Esquema del diseño de investigación correlacional.

Donde:

M: Adultos Mayores

O₁: Características sociodemográficas y clínicas

O₂: Trastornos Mentales

r: relación entre las variables

4.3. Población y muestra

4.3.1. Población.

Está conformada por las personas adultas mayores de 60 años, las cuales concurren por algún motivo a la consulta en el servicio de medicina general en los centros de salud del primer nivel de atención del MINSA y EsSalud, ubicados en el distrito de Huancayo, El Tambo y Chilca, en el periodo de enero hasta diciembre del 2019.

4.3.2. Muestra.

El cálculo del tamaño muestral de este estudio se basó en un estudio previo sobre la prevalencia de seis variables independientes versus la frecuencia de la presencia o ausencia de algún trastorno mental (6), con el cual se estableció: el tamaño mínimo muestral es de 399 personas

adultas mayores, asentados en el “estado civil” versus “trastorno mental” donde los “no casados” representaron el 57 % y los “casados” el 50 % de la población estudiada, se estimó una potencia mínima de 0,08, con un intervalo de confianza del 95 % calculado para esta muestra única en el programa Stata versión 11,1.

a. Criterios de inclusión.

Los criterios de selección incluyeron a adultos mayores de 60 años, conscientes, lúcidos, orientados en tiempo, espacio y persona, los cuales fueron tamizados previamente con la prueba de Pfeiffer que acudieron a los centros de salud del primer nivel de atención de salud por cualquier motivo de salud.

b. Criterios de exclusión.

Se excluyeron a los adultos mayores que presentaban algún trastorno mental diagnosticado previamente, además aquellos que no respondieron más del 80 % del cuestionario planteado y a quienes respondieron con patrones de respuesta.

4.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

4.4.1. Técnicas de Recolección de Datos.

Se procedió a la aplicación del cuestionario a aquellos adultos mayores que concurrieron por cualquier motivo de consulta al servicio de medicina general de los establecimientos de salud que brindan atención primaria; previamente se obtuvo el consentimiento informado del paciente participante de la investigación. Además, es preciso mencionar que las responsables de la aplicación y la recolección de datos fueron las investigadoras del estudio.

La recolección de datos se ejecutó en las tres IPRESS del MINSA en los distritos de Chilca, Huancayo y El Tambo los días martes, jueves y sábados, por otro lado también se recolectaron los datos en las tres CAPs de EsSalud en los distritos ya mencionados los días de la semana: lunes, miércoles y viernes, en cada centro se recolectaron 67 encuestas, se procedió a verificar los cupos

de atención brindados a los adultos mayores, quienes estaban a la espera de una consulta en el servicio de medicina y se seleccionó al azar a los participantes del estudio mediante una asignación aleatoria de los días laborables de la semana y de la franja horaria (mañana o tarde) asignada.

A continuación se obtuvo el consentimiento informado del adulto mayor, luego se evaluó la existencia de algún deterioro cognitivo a través del “Test de Pfeiffer” para excluir aquellos quienes no puedan responder a la encuesta de forma objetiva, al no hallarse alteración cognitiva se procedió a desarrollar con la “parte A” de la encuesta, que indaga sobre las características socio, económico, familiares, comorbilidades crónicas y los hábitos nocivos de los adultos mayores, que son los factores sociodemográficos y clínicos asociados a los trastornos mentales en este grupo etario; consecuentemente se evaluó la “parte B” del instrumento a través del “Test PRIME MD”, “Escala de Depresión Geriátrica Abreviada de YESAVAGE” y a “Sub-Escala de Ansiedad de GOLDBERG” y se estableció los diagnósticos umbrales y subumbrales en las personas adultas mayores que participaron en este estudio.

4.4.2. Técnica de Análisis de Datos.

a. Codificación de Datos.

Con los datos recolectados de la encuesta, se procesaron a través del programa Microsoft Excel-MS Windows versión 2019 (se cuenta con licencia para el uso del programa en la computadora) con el cual se realizó la tabulación de datos desde las encuestas, para ello se codificaron los datos utilizando valores numéricos asignados a cada ítem, como se detalla.

En el cuestionario Pfeiffer: se utilizó el código 0: correcto y 1: incorrecto. Se realizó la sumatoria de estos 11 ítems, en los que se estableció una puntuación máxima de dos errores considerado como “Normal” y descartar cualquier tipo de deterioro cognitivo. Asimismo, en los encuestados que tenían un nivel educativo más bajo, se admitió un error adicional y en los que tuvieron mayor nivel educativo universitario se admitió un error menos.

En la parte A del cuestionario se codificó: los datos nominales según el número de ítems de cada indicador usando números 0,1,2,3,4 y 5. En la parte B de la encuesta las variables dicotómicas se codificaron usando 0: Si y 1: No. Luego se establecieron los 25 ítems de la prueba PRIME MD; los cuales se dividieron en cinco categorías, en los que se estableció sumatorias con las que se estableció los trastornos mentales.

Además, en las últimas escalas evaluadas se codificaron usando 0: Si y 1: No; finalmente se realizó la sumatoria de puntajes para determinar la condición normal, trastorno probable y trastorno mental establecido.

Posteriormente se archivó todos los datos en la computadora, después se realizó el análisis estadístico de los datos tabulados en el software IBM SPS Statistics versión 21.

b. Plan de Análisis de Datos.

Se determinó la normalidad de las variables y en consecuencia de ella, se utilizaron las medidas de tendencia central como: la media o la mediana y las medidas de dispersión como: la desviación estándar para las variables cuantitativas. Luego se realizó el análisis univariado, para las variables cualitativas se utilizaron las medidas de distribución de frecuencias y porcentajes.

Adicionalmente se analizó las asociaciones bivariados; para ello se aplicó la prueba no paramétrica del Chi Cuadrado(X^2), además para el análisis de las variables dicótomas se utilizó la prueba de Chi cuadrado de Mantel-Haenzel. Por otro lado; para las variables continuas se evaluaron con el coeficiente de Spearman y ulteriormente se realizó el análisis de regresión logística, con todas las variables ajustadas, donde un valor ($p < 0,05$) se consideró estadísticamente significativo para la prueba de hipótesis.

Posteriormente se compararon los resultados entre los adultos que acudieron a establecimientos de salud que brindan atención primaria del MINSA y EsSalud.

4.4.3. Instrumento de Recolección de Datos

La herramienta que se utilizó en este estudio es la “Encuesta de factores asociados a trastornos mentales en adultos mayores de atención primaria en el distrito de Huancayo, 2019”; cuyo cuestionario fue aplicado de forma presencial que incluyó la obtención del consentimiento informado, el instructivo correspondiente para el desarrollo del mismo, seguido del Test de Pfeiffer que evaluó inicialmente el deterioro cognitivo con la finalidad de excluir aquellos encuestados quienes no pudieron responder a la encuesta de forma objetiva, al no hallarse alteración cognitiva; en la parte A de la encuesta se indagó las características sociodemográficas, así como aspectos sociales, económicos, familiares y los hábitos nocivos de los adultos mayores que son los factores asociados a trastornos mentales en este grupo etario; consecuentemente se evaluó en la parte B del instrumento a través del Test PRIME MD, seguido de la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada de YESAVAGE y de la Sub-Escala de Ansiedad de GOLDBERG, los cuales permitieron establecer los diagnósticos de trastornos mentales umbrales y subumbrales en los adultos mayores que participaron en el estudio.

4.4.4. Validación y Confiabilidad del Instrumento.

Es preciso mencionar que en la parte A de dicho instrumento elaborado, se recabó las características sociodemográficas y clínicas de los adultos mayores. Además, se utilizó en la encuesta, cuestionarios validados internacionalmente. En tanto, se evaluó el PRIME MD (Primary Care Evaluation Mental Disorder), cuya validez es respaldada en diversos estudios (10,33); el cual permitió diagnosticar los trastornos mentales en el primer nivel de atención de salud: atención primaria, este instrumento está organizado en cinco partes, las cuales evalúan los trastornos más frecuentes: trastorno del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos asociados al abuso de alcohol y los trastornos relacionados con la alimentación. Asimismo, se precisa la sensibilidad de dicho instrumento en 81,4 % y su especificidad de 66,1 %

Por otro lado, se utilizó la “Escala de Depresión Geriátrica Abreviada de Yesavage”; el cual es frecuentemente utilizado para el tamizaje de cuadros depresivos en adultos mayores, la cual ha sido validada en diversos estudios a partir de su versión original propuesta en el año 1982. Este cuenta con 15 interrogantes que mantiene la efectividad de la escala original; siendo este último fácil de administrar, además cuenta con una sensibilidad del 84 % y especificidad del 95 % (18).

Adicionalmente se utilizó la Subescala de Ansiedad de Goldberg, un instrumento de fácil aplicación para el tamizaje en el ámbito de la atención en el primer nivel de atención de salud; cuenta con sensibilidad de 81,8 % además de especificidad del 95,3 % (26).

Finalmente, es importante hacer mención que este instrumento fue validado en su conjunto por juicio de expertos, haciendo uso de un instrumento digital con puntuaciones favorables que otorgan la validez de este, los cuales se adjuntan en el anexo 3.

4.5. Aspectos Éticos

Se solicitó la revisión, así como la aprobación del estudio por parte del comité de ética del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, así mismo se solicitaron y se obtuvieron los permisos respectivos de los centros de salud que brindan atención primaria en EsSalud y MINSA. Se obtuvo el consentimiento informado verbal y firmado para la aplicación de la encuesta de los participantes de este estudio con la finalidad de preservar la anonimidad de cada encuestado; asimismo es preciso mencionar que se mantuvo la confidencialidad de los datos otorgados. Adicionalmente se hace hincapié que no existe conflicto de intereses por parte de las autoras.

Capítulo V

Resultados

5.1. Resultados en Tablas

5.1.1. Análisis Descriptivo.

De los 402 sujetos evaluados, se pudo observar en la Tabla 1 que el 48 % son de sexo femenino y el 52 % de sexo masculino; asimismo, la edad promedio de la muestra es de 72 años, con desviación estándar de 6,853. La edad se obtuvo una media de 71,3 años, asimismo el intervalo de edad más frecuente fue el de 70 a 79 años con 42 %, seguido del intervalo de 60 a 69 años con un 36,8 % y solamente el 1,7 % de la muestra son mayores de 90 años.

Al mismo tiempo, en cuanto a las características sociodemográficas, es importante destacar que se obtuvieron datos a partir de las encuestas aplicadas en los distritos de Huancayo, El Tambo y Chilca que acuden a centros de atención primaria del MINSA y EsSalud, los adultos mayores que acuden de zona urbana representan el 84,1 % y los de zona rural el 15,9 %, referente al estado civil, el 45,5% viven con pareja actual, en contraste al 54,5 % que viven sin pareja. En referencia a la convivencia en el hogar, el 55,7 % viven acompañados, y el 44,5 % solos. Por otro lado, el nivel educativo de los adultos mayores está representado por el 55,7 % quienes cursaron secundaria o superior, y los que no cuentan con estudios o cursaron solo primaria son el 44,3 %. La actividad laboral actual corresponde en mayor proporción a los desempleados que son el 60,2 %, seguida de los jubilados (34,1 %). Referente a la percepción del estado de salud, el 63 %

percibe que su salud se encuentra en una condición regular a mala, y únicamente el 29,9 % que la considera como buena.

Tabla 1. Características sociodemográficas en adultos mayores de centros de atención primaria.

| Factores Sociodemográficos | | <i>f_i</i> | <i>h_i%</i> | Total |
|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------|
| Distrito | Huancayo | 134 | 33,3 | 402 (100%) |
| | El Tambo | 134 | 33,3 | |
| | Chilca | 134 | 33,3 | |
| Sexo | Masculino | 209 | 52,0 | 402 (100%) |
| | Femenino | 193 | 48,0 | |
| Edad | 60 a 69 años | 148 | 36,8 | 402 (100%) |
| | 70 a 79 años | 169 | 42 | |
| | 80 a 89 años | 78 | 19,4 | |
| | Mayor de 90 años | 7 | 1,7 | |
| Estado Civil | Nunca Tuvo pareja | 86 | 21,4 | 402 (100%) |
| | Con pareja actual | 183 | 45,5 | |
| | Viudo, Divorciado o Separado | 133 | 33,1 | |
| Convivencia en el Hogar | Solo | 179 | 44,5 | 402 (100%) |
| | Acompañado | 223 | 55,5 | |
| Nivel educativo | Sin estudios o Primaria | 178 | 44,3 | 402 (100%) |
| | Secundaria o Superior | 224 | 55,7 | |
| Apoyo Familiar | Muy satisfecho | 53 | 13,2 | 402 (100%) |
| | satisfecho | 106 | 26,4 | |
| | Regular | 113 | 28,1 | |
| | Insatisfecho | 105 | 26,1 | |
| | Muy insatisfecho | 25 | 6,2 | |
| Procedencia | Urbano | 338 | 84,1 | 402 (100%) |
| | Rural | 64 | 15,9 | |
| Actividad laboral actual | Desempleado | 242 | 60,2 | 402 (100%) |
| | Jubilado | 137 | 34,1 | |
| | Empleado | 23 | 5,7 | |
| Centro de atención primaria en salud | EsSalud | 201 | 50,0 | 402 (100%) |
| | MINSA | 201 | 50,0 | |
| | Total | 402 | 100,0 | |
| Percepción de salud | Muy bueno | 29 | 7,2 | 402 (100%) |
| | Bueno | 120 | 29,9 | |
| | Regular | 157 | 39,1 | |
| | Malo | 79 | 19,7 | |
| | Muy malo | 17 | 4,2 | |

También se observa en la tabla 2, que las características clínicas de la muestra como es la comorbilidad que más se observa, son las enfermedades crónicas cardiovasculares con un 38,8 %; por el contrario, son de menor frecuencia en adultos mayores que padecen alguna neoplasia representada por el 2 %. Asimismo, en relación con el número de comorbilidades el 54,4 % presentan solo una enfermedad concomitante a los trastornos mentales.

Tabla 2. Características clínicas de adultos mayores de centros de atención primaria.

| Factores Clínicos | | <i>f_i</i> | <i>h_i%</i> | Total |
|---|-------------------------|----------------------|-----------------------|------------|
| Enfermedad crónica del sistema nervioso central | Si | 27 | 6,7 | 402 (100%) |
| | No | 375 | 93,3 | |
| Enfermedad crónica cardiovascular | Si | 156 | 38,8 | 402 (100%) |
| | No | 246 | 61,2 | |
| Enfermedad crónica respiratoria | Si | 102 | 25,4 | 402 (100%) |
| | No | 300 | 74,6 | |
| Enfermedad crónica hepática | Si | 64 | 15,9 | 402 (100%) |
| | No | 338 | 84,1 | |
| Enfermedad crónica osteoarticular | Si | 87 | 21,6 | 402 (100%) |
| | No | 315 | 78,4 | |
| Enfermedad crónica digestiva | Si | 61 | 15,2 | 402 (100%) |
| | No | 341 | 84,8 | |
| Neoplasias | Si | 8 | 2,0 | 402 (100%) |
| | No | 394 | 98,0 | |
| Otras enfermedades | Si | 14 | 3,5 | 402 (100%) |
| | No | 388 | 96,5 | |
| Número de Enfermedades crónicas | Ninguna | 52 | 12,9 | 402 (100%) |
| | Solo una | 219 | 54,5 | |
| | Dos enfermedades | 106 | 26,4 | |
| | Más de dos enfermedades | 25 | 6,2 | |

Referente a los hábitos nocivos se muestran en la tabla 3, se observa que el 54,2 % consume alcohol actualmente, cuya frecuencia de consumo es mayoritariamente una vez al mes, representada por el 33,3 %, en contraste con la frecuencia del consumo de tabaco fue, el 69,9 % lo hizo alguna vez en la vida, empero en la actualidad solo la consume el 29,1 % y es más frecuente una vez al mes que representa el 19 %, el hábito nocivo menos frecuente es el de consumo de drogas que representa sólo el 0,7 % en su consumo actual.

Tabla 3. Hábitos nocivos y trastornos mentales en adultos mayores de centros de atención primaria.

| Hábitos Nocivos | | <i>f_i</i> | <i>h_i%</i> | Total |
|--|--------------------------|----------------------|-----------------------|------------|
| Consumo de alcohol alguna vez en la vida | Si | 218 | 54,2 | 402 (100%) |
| | No | 184 | 45,8 | |
| Consumo de alcohol actual | Si | 221 | 55,0 | 402 (100%) |
| | No | 181 | 45,0 | |
| Frecuencia del consumo de Alcohol | Una vez al mes | 134 | 33,3 | 402 (100%) |
| | Dos veces al mes | 72 | 17,9 | |
| | Tres veces al mes | 17 | 4,2 | |
| | Más de tres veces al mes | 1 | 0,2 | |
| | No Consume Alcohol | 178 | 44,3 | |
| Consumo de Tabaco alguna vez en la vida | Si | 281 | 69,9 | 402 (100%) |
| | No | 121 | 30,1 | |
| Consumo de tabaco actual | Si | 117 | 29,1 | 402 (100%) |
| | No | 285 | 70,9 | |
| Frecuencia del consumo de Tabaco | Una vez al mes | 77 | 19,2 | 402 (100%) |
| | Dos Veces al mes | 35 | 8,7 | |
| | Tres veces al mes | 7 | 1,7 | |
| | No Fuma | 283 | 70,4 | |
| Consumo de Coca alguna vez en la vida | Si | 141 | 35,1 | 402 (100%) |
| | No | 261 | 64,9 | |
| Consumo de coca Actual | Si | 50 | 12,4 | 402 (100%) |
| | No | 352 | 87,6 | |
| Frecuencia de consumo de Coca | Una vez al mes | 29 | 7,2 | 402 (100%) |
| | Dos veces al mes | 14 | 3,5 | |
| | Tres veces al mes | 8 | 2,0 | |
| | Más de tres veces al mes | 1 | 0,2 | |
| | No consume | 350 | 87,1 | |
| Consumo de drogas alguna vez en la vida | Si | 23 | 5,7 | 402 (100%) |
| | No | 379 | 94,3 | |
| Consumo de Drogas actualmente | Si | 3 | 0,7 | 402 (100%) |
| | No | 399 | 99,3 | |

Adicionalmente se realizó el análisis descriptivo de la prevalencia de trastornos mentales en los adultos mayores como se evidencia en la tabla 4, se observó que al menos el 54,4 % de la muestra presente al menos un diagnóstico psiquiátrico, siendo el trastorno mental más frecuente en este grupo etario el trastorno ansioso con 85,1 % seguido del trastorno depresivo con un 72,4 %, asimismo dentro de los trastornos subumbrales se encuentran el trastorno ansioso inespecífico con un 60,4 %, seguido de la distimia con un 50 %, y el trastorno somatomorfo inespecífico con un 46,5 %.

Tabla 4. Prevalencia de trastornos mentales umbrales y subumbrales en adultos mayores de centros de atención primaria.

| Trastornos Mentales | Si | | No | | Total |
|------------------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|------------|
| | <i>f_i</i> | <i>h_i%</i> | <i>f_i</i> | <i>h_i%</i> | |
| Trastorno somatomorfo inespecífico | 187 | 46,5 | 215 | 53,5 | 402 (100%) |
| Trastorno del apetito inespecífico | 144 | 35,8 | 258 | 64,2 | 402 (100%) |
| Distimia | 201 | 50,0 | 201 | 50,0 | 402 (100%) |
| Trastorno ansioso inespecífico | 243 | 60,4 | 159 | 39,6 | 402 (100%) |
| Dependencia o Abuso de Alcohol | 113 | 28,1 | 289 | 71,9 | 402 (100%) |
| Depresión probable y establecida | 291 | 72,4 | 111 | 27,6 | 402 (100%) |
| Ansiedad probable y establecida | 342 | 85,1 | 60 | 14,9 | 402 (100%) |

En la tabla 5 se muestra la evaluación de los trastornos afectivos más relevantes en este grupo etario, se evaluó con la “Subescala de Ansiedad de Goldberg”, en la cual se determinó que más del 85 % presenta este trastorno, y es necesario mencionar que el 60,7 % tiene trastorno ansioso establecido, y solo el 24,4 % trastorno ansioso probable, por otro lado; en la evaluación de tamizaje para depresión mediante la “Escala de Depresión Geriátrica Abreviada de Yesavage”, se encontró que más del 73,4 % padece este trastorno, de los cuales, el 28,6 % tiene depresión establecida y el 44,8 % depresión probable.

Tabla 5. Prevalencia de trastornos mentales umbrales en adultos mayores de centros de atención primaria.

| Trastornos Mentales | Sin trastorno | | Trastorno probable | | Trastorno establecido | | Total |
|---------------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------|
| | <i>f_i</i> | <i>h_i%</i> | <i>f_i</i> | <i>h_i%</i> | <i>f_i</i> | <i>h_i%</i> | |
| Depresión según Escala Yesavage | 107 | 26,6 | 180 | 44,8 | 115 | 28,6 | 402(100%) |
| Ansiedad según Escala Goldberg | 60 | 14,9 | 98 | 24,4 | 244 | 60,7 | 402(100%) |

5.1.2. Análisis Bivariado.

La asociación entre las características sociodemográficas y trastorno somatomorfo inespecífico, tienen importancia de acuerdo con el distrito de procedencia. Los adultos mayores con trastorno somatomorfo inespecífico se encuentran en mayor cantidad en Chilca con el 39,6 %, seguido de Huancayo con 36,4 %. Según la zona de procedencia, el 81,8 % de los que tienen

trastorno somatomorfo, son de zona urbana. El trastorno somatomorfo inespecífico se presenta en el 52 % de varones, y en los adultos mayores que viven acompañados es del 59,4 %, y los que tienen pareja actualmente es del 48,1 %, en relación con el nivel educativo, el 63,6 % estudió secundaria o superior, los adultos mayores insatisfechos con el apoyo familiar que reciben son el 30,5 %. El trastorno somatomorfo se establece más en los desempleados, representando el 63,6 %, y se presentan en el 54,5 % que acuden al centro de atención primaria de EsSalud.

En la tabla 6 se realizó el análisis bivariado de las características sociodemográficas, los adultos mayores con trastorno somatomorfo que fueron evaluados en los primeros 12 ítems del PRIME-MD utilizado, se observó que el 46,5 % de la muestra padece este trastorno, y la mayoría están concentrados en un 39,6 % en Chilca, además la procedencia distrital es uno de los factores que se asocian a este padecimiento con valores significativos X^2 de 14,05 con un valor de $p = 0,001$ con lo cual se concluye que si existe asociación entre la procedencia según distrito y el trastorno somatomorfo; además la relación simétrica tiene una intensidad baja de asociación por el valor V de Cramer 0,187.

Otro factor asociado al trastorno somatomorfo inespecífico es el sexo de los adultos mayores; pues se estimó que el 53,5 % de los que padecen este trastorno son mujeres, y en el análisis se obtuvo un valor significativo de X^2 de 4,185 con un valor de $p = 0,04$; con lo cual se concluye que si existe asociación entre el sexo y el trastorno somatomorfo; además la relación simétrica tiene una intensidad baja de asociación por el valor V de Cramer 0,102; con una estimación de riesgo de OR 0,663 IC 95 % (0,447 - 0,984) lo que significa que existe 0,663 veces el riesgo de padecer trastorno somatomorfo en el sexo femenino.

Adicionalmente se observó que el 63,6 % de la muestra que tienen nivel educativo secundario o estudios de nivel superior, padecen de trastorno somatomorfo, mientras los que cuentan solo con estudios de nivel primario o sin estudios son el 36 % y ellos padecen este trastorno; además es importante mencionar la asociación entre el nivel educativo y el trastorno

somatomorfo inespecífico, con un valor significativo de X^2 de 8,878, con un valor $p = 0,003$ con lo cual se concluye que existe asociación entre el nivel educativo y el trastorno somatomorfo; además, la relación simétrica tiene una intensidad baja de asociación por el valor V de Cramer 0,149; con una estimación de riesgo de OR 0,545 IC 95 % (0,366 – 0,814) lo que significa que existe 0,545 veces el riesgo de padecer trastorno somatomorfo en adultos mayores con nivel educativo secundaria o superior.

Por otro lado, en el análisis de asociación entre las características clínicas y el trastorno somatomorfo; resaltó la presencia de comorbilidad al padecer solo una enfermedad crónica en el 55 %, de estas, las más relevante son las enfermedades cardiovasculares que representan el 40,1 %, seguidas de la enfermedad respiratoria con 27,8 % y osteoarticular 23,5 %, sin embargo, el padecer alguna enfermedad crónica hepática concomitantemente al trastorno somatomorfo es de un 19,8 %; esta última está asociada al trastorno somatomorfo con un valor significativo de X^2 de 3,903 con un valor $p = 0,048$ con lo cual se concluye que si existe asociación entre el nivel educativo y el trastorno somatomorfo; además la relación simétrica tiene una intensidad baja de asociación por el valor V de Cramer 0,099; con una estimación de riesgo de OR 1,718 IC 95 % (1,000 – 2,949) lo que significa que existe 1,718 veces el riesgo de padecer trastorno somatomorfo en adultos mayores que padecen de enfermedad hepática crónica.

En referencia a la percepción del estado de salud, tienen una percepción regular a muy mala, el 60,9 % padecen de trastorno somatomorfo; aunque al evaluar su asociación entre la percepción de la salud y el trastorno somatomorfo haya arrojado un valor no significativo de X^2 de 1,491 con un valor $p = 0,828$ con lo cual se concluye que no existe asociación entre la percepción de la salud.

Tabla 6. Asociaciones de las características sociodemográficas y clínicas con el Trastorno Somatomorfo Inespecífico en Adultos Mayores de Centros de Atención Primaria.

| Variables | Total | Trastorno Somatomorfo Inespecífico | | X ² | Valor p | | | |
|-------------------------|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|----------------|-----------------------------|-------|--------|--------------|
| | | Si: 187(46.5%) | No: 215 (53.5%) | | | | | |
| | | Recuento | % Con Trastorno Somatomorfo | Recuento | % Sin Trastorno Somatomorfo | | | |
| Distrito | Huancayo | 134(33.3%) | 68 | 36,4% | 66 | 30,7% | 14,058 | 0,001 |
| | El Tambo | 134(33.3%) | 45 | 24,1% | 89 | 41,4% | | |
| | Chilca | 134(33.3%) | 74 | 39,6% | 60 | 27,9% | | |
| Sexo | Masculino | 209(52%) | 87 | 46,5% | 122 | 56,7% | 4,185 | 0,041 |
| | Femenino | 193(48%) | 100 | 53,5% | 93 | 43,3% | | |
| Estado Civil | Nunca Tuvo pareja | 86(21.4%) | 45 | 24,1% | 41 | 19,1% | 4,631 | 0,099 |
| | Con pareja actual | 183(45.5%) | 90 | 48,1% | 93 | 43,3% | | |
| | Viudo, Divorciado o Separado | 133(33.1%) | 52 | 27,8% | 81 | 37,7% | | |
| Convivencia en el Hogar | Solo | 179(44.5%) | 76 | 40,6% | 103 | 47,9% | 2,137 | 0,144 |
| | Acompañado | 223(55.5%) | 111 | 59,4% | 112 | 52,1% | | |
| Nivel educativo | Sin estudios o Primaria | 178(44.3%) | 68 | 36,4% | 110 | 51,2% | 8,878 | 0,003 |
| | Secundaria o Superior | 224(55.7%) | 119 | 63,6% | 105 | 48,8% | | |
| Apoyo Familiar | Muy satisfecho | 53(13.2%) | 27 | 14,4% | 26 | 12,1% | 5,868 | 0,209 |
| | satisfecho | 106(26.4%) | 44 | 23,5% | 62 | 28,8% | | |
| | Regular | 113(28.1%) | 46 | 24,6% | 67 | 31,2% | | |
| | Insatisfecho | 105(26.1%) | 57 | 30,5% | 48 | 22,3% | | |
| | Muy insatisfecho | 25(6.2%) | 13 | 7,0% | 12 | 5,6% | | |
| Procedencia | Urbano | 338(84.1%) | 153 | 81,8% | 185 | 86,0% | 1,336 | 0,248 |
| | Rural | 64(15.9%) | 34 | 18,2% | 30 | 14,0% | | |

| | | | | | | | | |
|---|-------------------------|------------|-----|-------|-----|-------|-----------|--------------|
| Actividad laboral actual | Desempleado | 242(60.2%) | 113 | 60,4% | 129 | 60,0% | 0,38 7 | 0,824 |
| | Jubilado | 137(34.1%) | 62 | 33,2% | 75 | 34,9% | | |
| | Empleado | 23(5.7%) | 12 | 6,4% | 11 | 5,1% | | |
| Centro de atención primaria en salud | EsSalud | 201(50%) | 102 | 54,5% | 99 | 46,0% | 2,89 0 | 0,089 |
| | MINSA | 201(50%) | 85 | 45,5% | 116 | 54,0% | | |
| Enfermedad Crónica del Sistema Nervioso Central | Si | 27(6.7%) | 8 | 4,3% | 19 | 8,8% | 3,31 8 | 0,069 |
| | No | 375(93.3%) | 179 | 95,7% | 196 | 91,2% | | |
| Enfermedad Crónica Respiratoria | Si | 102(25.4%) | 52 | 27,8% | 50 | 23,3% | 1,09 4 | 0,296 |
| | No | 300(74.6%) | 135 | 72,2% | 165 | 76,7% | | |
| Enfermedad crónica cardiovascular | Si | 156(38.8%) | 75 | 40,1% | 81 | 37,7% | 0,24 9 | 0,618 |
| | No | 246(61.2%) | 112 | 59,9% | 134 | 62,3% | | |
| Enfermedad crónica Hepática | Si | 64(15.9%) | 37 | 19,8% | 27 | 12,6% | 3,90 3 | 0,048 |
| | No | 338(84.1%) | 150 | 80,2% | 188 | 87,4% | | |
| Enfermedad crónica osteoarticular | Si | 87(21.6%) | 44 | 23,5% | 43 | 20,0% | 0,73 5 | 0,391 |
| | No | 315(78.4%) | 143 | 76,5% | 172 | 80,0% | | |
| Enfermedad Crónica digestiva | Si | 61(15.2%) | 27 | 14,4% | 34 | 15,8% | 0,14 7 | 0,701 |
| | No | 341(84.8%) | 160 | 85,6% | 181 | 84,2% | | |
| Neoplasias | Si | 8(2%) | 6 | 3,2% | 2 | 9% | 2,66 2 | 0,103 |
| | No | 394(98%) | 181 | 96,8% | 213 | 99,1% | | |
| Numero de Enfermedades crónicas | Ninguna | 52(12.9%) | 19 | 10,2% | 33 | 15,3% | 5,18 0 | 0,159 |
| | Solo una | 219(54.5%) | 103 | 55,1% | 116 | 54,0% | | |
| | Dos enfermedades | 106(26.4%) | 49 | 26,2% | 57 | 26,5% | | |
| | Más de dos enfermedades | 25(6.2%) | 16 | 8,6% | 9 | 4,2% | | |
| Percepción de salud | Muy bueno | 29(7.2%) | 15 | 8,0% | 14 | 6,5% | 1,49 1 | 0,828 |
| | Bueno | 120(29.9%) | 58 | 31,0% | 62 | 28,8% | | |
| | Regular | 157(39.1%) | 73 | 39,0% | 84 | 39,1% | | |
| | Malo | 79(19.7%) | 35 | 18,7% | 44 | 20,5% | | |
| | Muy malo | 17(4.2%) | 6 | 3,2% | 11 | 5,1% | | |

En la tabla 7 se observa el análisis descriptivo y asociativo entre las características sociodemográficas y clínicas y la distimia; los cuales fueron evaluados con el PRIME MD. El 50 % de la muestra tienen distimia, y de ellos el 34,8 % proceden del distrito de Huancayo, seguido de El Tambo 33,1 %. Según la zona de procedencia, el 82,6 % de los que tienen distimia, son de zona urbana. La distimia se presenta en el 50,2 % de varones, y es mayor en los adultos mayores que viven acompañados (59,2 %), y los que tienen pareja actualmente son el 42,3 %, en relación con el nivel educativo, el 57,2 % estudió secundaria o superior, los adultos mayores satisfechos con el apoyo familiar que reciben son el 28,4 %. La distimia se establece más en los desempleados, representando el 63,7 %, y se presentan en el 51,7 % que acuden al centro de atención primaria de EsSalud.

Los adultos mayores con distimia, se establece más en los que tienen solo una enfermedad crónica, de estas la más relevante son las enfermedades cardiovasculares que representan el 37,8 % y osteoarticular el 23,9 %, en referencia a la percepción del estado de salud, tienen una percepción regular el 43,3 %.

Adicionalmente en el análisis de asociación no se encontraron valores estadísticamente significativos entre las características sociodemográficas y clínicas con la distimia.

Tabla 7. Asociación entre las características sociodemográficas y clínicas y la Distimia en Adultos Mayores de Centros de Atención Primaria.

| Variables | Total | Distimia | | | | X ² | Valor p | |
|--------------------------------------|------------------------------|--------------|----------------|--------------|----------------|----------------|---------|-------|
| | | Si 201 (50%) | | No 201 (50%) | | | | |
| | | Recuento | % con Distimia | Recuento | % sin Distimia | | | |
| Distrito | Huancayo | 134 (33,3%) | 70 | 34,8% | 64 | 31,8% | 0,537 | 0,764 |
| | El Tambo | 134 (33,3%) | 67 | 33,3% | 67 | 33,3% | | |
| | Chilca | 134 (33,3%) | 64 | 31,8% | 70 | 34,8% | | |
| Sexo | Masculino | 209(52%) | 101 | 50,2% | 108 | 53,7% | 0,488 | 0,485 |
| | Femenino | 193(48%) | 100 | 49,8% | 93 | 46,3% | | |
| Estado Civil | Nunca Tuvo pareja | 86(21,4%) | 44 | 21,9% | 42 | 20,9% | 1,880 | 0,391 |
| | Con pareja actual | 183(45,5%) | 85 | 42,3% | 98 | 48,8% | | |
| | Viudo, Divorciado o Separado | 133(33%) | 72 | 35,8% | 61 | 30,3% | | |
| Convivencia en el Hogar | Solo | 179(44,5%) | 82 | 40,8% | 97 | 48,3% | 2,266 | 0,132 |
| | Acompañado | 223(55,5%) | 119 | 59,2% | 104 | 51,7% | | |
| Nivel educativo | Sin estudios o Primaria | 178(44,3%) | 86 | 42,8% | 92 | 45,8% | 0,363 | 0,547 |
| | Secundaria o Superior | 224(55,7%) | 115 | 57,2% | 109 | 54,2% | | |
| Apoyo Familiar | Muy satisfecho | 53(13,2%) | 28 | 13,9% | 25 | 12,4% | 4,341 | 0,362 |
| | Satisfecho | 106(26,4%) | 57 | 28,4% | 49 | 24,4% | | |
| | Regular | 113(28,1%) | 48 | 23,9% | 65 | 32,3% | | |
| | Insatisfecho | 105(26,1%) | 53 | 26,4% | 52 | 25,9% | | |
| | Muy insatisfecho | 25(6,2%) | 15 | 7,5% | 10 | 5,0% | | |
| Procedencia | Urbano | 338(84,1%) | 166 | 82,6% | 172 | 85,6% | 0,669 | 0,413 |
| | Rural | 64(15,9%) | 35 | 17,4% | 29 | 14,4% | | |
| Actividad laboral actual | Desempleado | 242(60,2%) | 128 | 63,7% | 114 | 56,7% | 2,087 | 0,352 |
| | Jubilado | 137(34,1%) | 62 | 30,8% | 75 | 37,3% | | |
| | Empleado | 23(5,7%) | 11 | 5,5% | 12 | 6,0% | | |
| Centro de atención primaria en salud | EsSalud | 201(50%) | 104 | 51,7% | 97 | 48,3% | 0,488 | 0,485 |
| | MINSA | 201(50%) | 97 | 48,3% | 104 | 51,7% | | |
| Enfermedad Crónica del | Si | 27(6,7%) | 15 | 7,5% | 12 | 6,0% | 0,357 | 0,550 |
| | No | 375(93,3%) | 186 | 92,5% | 189 | 94,0% | | |

| Variables | Total | Distimia | | | | X ² | Valor p | |
|-----------------------------------|-------------------------|--------------|----------------|--------------|----------------|----------------|--------------|-------|
| | | Si 201 (50%) | | No 201 (50%) | | | | |
| | | Recuento | % con Distimia | Recuento | % sin Distimia | | | |
| Sistema Nervioso Central | | | | | | | | |
| Enfermedad Crónica Respiratoria | Si | 102(25,4%) | 43 | 21,4% | 59 | 29,4% | 3,363 | 0,067 |
| | No | 300(74,6%) | 158 | 78,6% | 142 | 70,6% | | |
| Enfermedad crónica cardiovascular | Si | 156(38,8%) | 76 | 37,8% | 80 | 39,8% | 0,168 | 0,682 |
| | No | 246(61,2%) | 125 | 62,2% | 121 | 60,2% | | |
| Enfermedad crónica Hepática | Si | 64(15,9%) | 35 | 17,4% | 29 | 14,4% | 0,669 | 0,413 |
| | No | 338(84,1%) | 166 | 82,6% | 172 | 85,6% | | |
| Enfermedad crónica osteoarticular | Si | 87(21,6%) | 48 | 23,9% | 39 | 19,4% | 1,188 | 0,276 |
| | No | 315(78,4%) | 153 | 76,1% | 162 | 80,6% | | |
| Enfermedad Crónica digestiva | Si | 61(15,2%) | 31 | 15,4% | 30 | 14,9% | 0,019 | 0,889 |
| | No | 341(84,8%) | 170 | 84,6% | 171 | 85,1% | | |
| Neoplasias | Si | 8(2%) | 5 | 2,5% | 3 | 1,5% | 0,510 | 0,475 |
| | No | 394(98%) | 196 | 97,5% | 198 | 98,5% | | |
| Numero de Enfermedades crónicas | Ninguna | 52(12,9%) | 27 | 13,4% | 25 | 12,4% | 0,891 | 0,828 |
| | Solo una | 219(54,5%) | 107 | 53,2% | 112 | 55,7% | | |
| | Dos enfermedades | 106(26,4%) | 56 | 27,9% | 50 | 24,9% | | |
| | Más de dos enfermedades | 25(6,2%) | 11 | 5,5% | 14 | 7,0% | | |
| Percepción de salud | Muy bueno | 29(7,2%) | 10 | 5,0% | 19 | 9,5% | 6,313 | 0,177 |
| | Bueno | 120(29,9%) | 55 | 27,4% | 65 | 32,3% | | |
| | Regular | 157(39,1%) | 87 | 43,3% | 70 | 34,8% | | |
| | Malo | 79(19,7%) | 42 | 20,9% | 37 | 18,4% | | |
| | Muy malo | 17(4,2%) | 7 | 3,5% | 10 | 5,0% | | |

En la tabla 8 se observó que el 35,8 % de la muestra tienen trastorno del apetito inespecífico, y de ellos el 38,2 % proceden del distrito de El Tambo, seguido de Chilca 35,4 %. Según la zona de procedencia, el 81,3 % de los que tienen trastorno del apetito inespecífico, son de zona urbana. El trastorno del apetito inespecífico se presenta en el 50,7 % de varones, y es mayor en los adultos mayores que viven acompañados (53,5 %), y los que tienen pareja actualmente son el 44,4 %, en relación con el nivel educativo, el 54,2 % estudió secundaria o superior, los adultos mayores satisfechos con el apoyo familiar que reciben son el 27,1 %. El trastorno del apetito inespecífico se establece más en los desempleados, representando el 56,3 %, y se presentan en el 52,8 % que acuden al centro de atención primaria de EsSalud.

Los adultos mayores con trastorno del apetito inespecífico, se establece más en los que tienen solo una enfermedad crónica, de estas las más relevante son las enfermedades cardiovasculares que representan el 33,3 % y respiratorio el 31,9 %, en referencia a la percepción del estado de salud, tienen una percepción regular el 38,2 %.

En la evaluación de la asociación entre las características sociodemográficas y el trastorno del apetito inespecífico, se encontró que si existe asociación entre la enfermedad crónica respiratoria y el trastorno del apetito inespecífico; con un valor significativo de X^2 de 5,117, con un valor $p = 0,024$ con lo cual se concluye que, si existe asociación entre la comorbilidad y el trastorno del apetito inespecífico; además la relación simétrica tiene una intensidad baja de asociación por el valor V de Cramer 0,113, con una estimación de riesgo de OR 1,693 IC 95 % (1,070 – 2,678) lo que significa que existe 1,693 veces el riesgo de padecer trastorno del apetito inespecífico en adultos mayores que padecen de enfermedad respiratoria crónica.

Tabla 8. Asociación entre las características sociodemográficas y clínicas y el Trastorno del Apetito Inespecífico en Adultos Mayores de Centros de Atención Primaria.

| Variables | Total | Trastorno del Apetito Inespecífico | | | | | Chi 2 | Valor P |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------------|--|----------------|--|-------|-------|---------|
| | | Si: 144 (35.8%) | | No: 258(64.2%) | | | | |
| | | Recuento | % con Trastorno del Apetito Inespecífico | Recuento | % sin Trastorno del Apetito Inespecífico | | | |
| Distrito | Huancayo | 134 (33,3%) | 38 | 26,4% | 96 | 37,2% | 5,129 | 0,077 |
| | El Tambo | 134 (33,3%) | 55 | 38,2% | 79 | 30,6% | | |
| | Chilca | 134 (33,3%) | 51 | 35,4% | 83 | 32,2% | | |
| Sexo | Masculino | 209 (52,0%) | 73 | 50,7% | 136 | 52,7% | 0,151 | 0,698 |
| | Femenino | 193 (48%) | 71 | 49,3% | 122 | 47,3% | | |
| Estado Civil | Nunca Tuvo pareja | 86 (21,4%) | 31 | 21,5% | 55 | 21,3% | 0,120 | 0,942 |
| | Con pareja actual | 183 (45,5%) | 64 | 44,4% | 119 | 46,1% | | |
| | Viudo, Divorciado o Separado | 133 (33,1%) | 49 | 34,0% | 84 | 32,6% | | |
| Convivencia en el Hogar | Solo | 179 (44,5%) | 67 | 46,5% | 112 | 43,4% | 0,363 | 0,547 |
| | Acompañado | 223 (55,5%) | 77 | 53,5% | 146 | 56,6% | | |
| Nivel educativo | Sin estudios o Primaria | 178 (44,3%) | 66 | 45,8% | 112 | 43,4% | 0,220 | 0,639 |
| | Secundaria o Superior | 224 (55,7%) | 78 | 54,2% | 146 | 56,6% | | |
| Apoyo Familiar | Muy satisfecho | 53 (13,2%) | 20 | 13,9% | 33 | 12,8% | 1,199 | 0,878 |
| | Satisfecho | 106 (26,4%) | 39 | 27,1% | 67 | 26,0% | | |
| | Regular | 113 (28,1%) | 38 | 26,4% | 75 | 29,1% | | |
| | Insatisfecho | 105 (26,12%) | 36 | 25,0% | 69 | 26,7% | | |
| | Muy insatisfecho | 25(6,2%) | 11 | 7,6% | 14 | 5,4% | | |
| Procedencia | Urbano | 338 (84,1%) | 117 | 81,3% | 221 | 85,7% | 1,342 | 0,247 |
| | Rural | 64 (15,9%) | 27 | 18,8% | 37 | 14,3% | | |
| Actividad laboral actual | Desempleado | 242 (60,2%) | 81 | 56,3% | 161 | 62,4% | 1,657 | 0,437 |
| | Jubilado | 137 (34,1%) | 53 | 36,8% | 84 | 32,6% | | |
| | Empleado | 23 (5,7%) | 10 | 6,9% | 13 | 5,0% | | |
| Centro de atención primaria en salud | EsSalud | 201 (50%) | 76 | 52,8% | 125 | 48,4% | 0,693 | 0,405 |
| | MINSA | 201 (50%) | 68 | 47,2% | 133 | 51,6% | | |
| | Si | 27 (6,7%) | 7 | 4,9% | 20 | 7,8% | 1,233 | 0,267 |

| Variables | | Total | Trastorno del Apetito Inespecífico | | | | Chi 2 | Valor P |
|---|-------------------------|-------------|------------------------------------|--|----------------|--|-------|--------------|
| | | | Si: 144 (35.8%) | | No: 258(64.2%) | | | |
| | | | Recuento | % con Trastorno del Apetito Inespecífico | Recuento | % sin Trastorno del Apetito Inespecífico | | |
| Enfermedad Crónica del Sistema Nervioso Central | No | 375 (93,3%) | 137 | 95,1% | 238 | 92,2% | | |
| Enfermedad Crónica Respiratoria | Si | 102 (25,4%) | 46 | 31,9% | 56 | 21,7% | 5,117 | 0,024 |
| | No | 300 (74,6%) | 98 | 68,1% | 202 | 78,3% | | |
| Enfermedad crónica cardiovascular | Si | 156 (38,8%) | 48 | 33,3% | 108 | 41,9% | 2,830 | 0,093 |
| | No | 246 (61,2%) | 96 | 66,7% | 150 | 58,1% | | |
| Enfermedad crónica Hepática | Si | 64 (15,9%) | 24 | 16,7% | 40 | 15,5% | 0,093 | 0,760 |
| | No | 338 (84,1%) | 120 | 83,3% | 218 | 84,5% | | |
| Enfermedad crónica osteoarticular | Si | 87 (21,6%) | 34 | 23,6% | 53 | 20,5% | 0,513 | 0,474 |
| | No | 315 (78,4%) | 110 | 76,4% | 205 | 79,5% | | |
| Enfermedad Crónica digestiva | Si | 61 (15,2%) | 24 | 16,7% | 37 | 14,3% | 0,388 | 0,533 |
| | No | 341 (84,8%) | 120 | 83,3% | 221 | 85,7% | | |
| Neoplasias | Si | 8 (2%) | 2 | 1,4% | 6 | 2,3% | 0,416 | 0,519 |
| | No | 394 (98%) | 142 | 98,6% | 252 | 97,7% | | |
| Numero de Enfermedades crónicas | Ninguna | 52 (12,9%) | 15 | 10,4% | 37 | 14,3% | 3,835 | 0,280 |
| | Solo una | 219 (54,5%) | 77 | 53,5% | 142 | 55,0% | | |
| | Dos enfermedades | 106 (26,4%) | 45 | 31,3% | 61 | 23,6% | | |
| | Más de dos enfermedades | 25 (6,2%) | 7 | 4,9% | 18 | 7,0% | | |
| Percepción de salud | Muy bueno | 29 (7,2%) | 12 | 8,3% | 17 | 6,6% | 3,202 | 0,525 |
| | Bueno | 120 (29,9%) | 39 | 27,1% | 81 | 31,4% | | |
| | Regular | 157 (39,1%) | 55 | 38,2% | 102 | 39,5% | | |
| | Malo | 79 (19,7%) | 29 | 20,1% | 50 | 19,4% | | |
| | Muy malo | 17 (4,2%) | 9 | 6,3% | 8 | 3,1% | | |

En la tabla 9 se obtuvo la asociación entre las características sociodemográficas y dependencia o abuso de alcohol; tienen importancia de acuerdo con el distrito de procedencia. Es importante mencionar que el 28,1 % de la muestra presenta dependencia al alcohol; además los adultos mayores con dependencia o abuso de alcohol se encuentran en mayor frecuencia en El Tambo 39,8 %, seguido de Chilca 38,1 %. Con relación a la zona de procedencia, el 83,2 % de los que tienen dependencia o abuso de alcohol, son de zona urbana.

La dependencia o abuso de alcohol es mayor en varones que en mujeres, representado por el 54 %, esta dependencia o abuso de alcohol es mayor en los adultos mayores con dependencia o abuso de alcohol que viven acompañados (54,9 %), y los que tienen pareja actualmente son el 52,2 %, Los adultos mayores con dependencia o abuso de alcohol que no tuvieron estudios o cursaron solo el nivel primario representan el 32 %, los adultos mayores insatisfechos con el apoyo familiar que reciben, son el 34,5 %. La dependencia o abuso de alcohol se establecen más en los desempleados, representando el 64,4 % y los empleados en menor porcentaje 8,8 %. Los adultos mayores con dependencia o abuso de alcohol se establecen más en los que acuden al centro de atención primaria del MINSA 60,2 %.

Los adultos mayores con dependencia o abuso de alcohol, se establece más en los que tienen solo una enfermedad crónica, de estas las más relevante son las enfermedades cardiovasculares que representan el 36,3 % y respiratorias 25,7 %, en referencia de la percepción del estado de salud, tienen una percepción buena y regular el 31,9 % cada uno.

Respecto a los hábitos nocivos, los que resaltan son el consumo de alcohol alguna vez en la vida 72,6 % y consumo de tabaco en la actualidad 41,6 %.

Asimismo, se determinó la asociación entre las características sociodemográficas y clínicas con la dependencia o abuso de alcohol; por lo que resaltó que la procedencia distrital si se asocian a la dependencia de alcohol con un valor significativo de X^2 de 8,962 con un valor $p = 0,011$ con lo cual se concluye que si existe asociación entre el distrito y la dependencia o abuso de alcohol;

además la relación simétrica tiene una intensidad baja de asociación por el valor V de Cramer 0.149.

Así mismo, otro de los factores asociado a la dependencia o abuso de alcohol es el apoyo familiar con un valor significativo de X^2 de 14,648 con un valor $p = 0,005$, con lo cual se concluye que si existe asociación entre el apoyo familiar y la dependencia o abuso de alcohol; además la relación simétrica tiene una intensidad baja de asociación por el valor V de Cramer 0,191. También existe asociación entre la actividad laboral actual y la dependencia de alcohol, con un valor significativo de X^2 de 7,673 con un valor $p = 0,022$; además la relación simétrica tiene una intensidad baja de asociación por el valor V de Cramer 0,138.

Además, existe asociación entre el centro de atención primaria de salud, siendo el 60,2 % de adultos mayores con dependencia de alcohol que se atienden en el MINSA; se establece la asociación con un valor significativo de X^2 de 6,512 con un valor $p = 0,011$ con lo cual se concluye que si existe asociación entre estos dos; además la relación simétrica tiene una intensidad baja de asociación por el valor V de Cramer 0,127.

Tabla 9. Asociación entre las características sociodemográficas y clínicas y la Dependencia o abuso de alcohol en Adultos Mayores de Centros de Atención Primaria.

| Variables | Total | Dependencia o abuso de alcohol | | | | X ² | Valor P | |
|--------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------|--------------------------------|----------------|--------------|--------------|
| | | Si: 113 (28,1%) | | No: 289(71,9%) | | | | |
| | | Recuento | % Con | Recuento | % Sin | | | |
| | | | Dependencia o abuso de alcohol | | Dependencia o abuso de alcohol | | | |
| Distrito | Huancayo | 134 (33,3%) | 25 | 22,1% | 109 | 37,7% | 8,962 | 0,011 |
| | El Tambo | 134 (33,3%) | 45 | 39,8% | 89 | 30,8% | | |
| | Chilca | 134 (33,3%) | 43 | 38,1% | 91 | 31,5% | | |
| Sexo | Masculino | 209 (52,0%) | 61 | 54,0% | 148 | 51,2% | 0,250 | 0,610 |
| | Femenino | 193 (48%) | 52 | 46,0% | 141 | 48,8% | | |
| Estado Civil | Nunca Tuvo pareja | 86 (21,4%) | 22 | 19,5% | 64 | 22,1% | 2,890 | 0,230 |
| | Con pareja actual | 183 (45,5%) | 59 | 52,2% | 124 | 42,9% | | |
| | Viudo, Divorciado o Separado | 133 (33,1%) | 32 | 28,3% | 101 | 34,9% | | |
| Convivencia en el Hogar | Solo | 179 (44,5%) | 51 | 45,1% | 128 | 44,3% | 0,023 | 0,870 |
| | Acompañado | 223 (55,5%) | 62 | 54,9% | 161 | 55,7% | | |
| Nivel educativo | Sin estudios o Primaria | 178 (44,3%) | 57 | 50,4% | 121 | 41,9% | 1,420 | 0,120 |
| | Secundaria o Superior | 224 (55,7%) | 56 | 49,6% | 168 | 58,1% | | |
| Apoyo Familiar | Muy satisfecho | 53 (13,2%) | 14 | 12,4% | 39 | 13,5% | 14,640 | 0,005 |
| | satisfecho | 106 (26,4%) | 27 | 23,9% | 79 | 27,3% | | |
| | Regular | 113 (28,1%) | 21 | 18,6% | 92 | 31,8% | | |
| | Insatisfecho | 105 (26,12%) | 39 | 34,5% | 66 | 22,8% | | |
| | Muy insatisfecho | 25(6,2%) | 12 | 10,6% | 13 | 4,5% | | |
| Procedencia | Urbano | 338 (84,1%) | 94 | 83,2% | 244 | 84,4% | 0,940 | 0,759 |
| | Rural | 64 (15,9%) | 19 | 16,8% | 45 | 15,6% | | |
| Actividad laboral actual | Desempleado | 242 (60,2%) | 75 | 66,4% | 167 | 57,8% | 7,670 | 0,022 |
| | Jubilado | 137 (34,1%) | 28 | 24,8% | 109 | 37,7% | | |
| | Empleado | 23 (5,7%) | 10 | 8,8% | 13 | 4,5% | | |
| Centro de atención primaria en salud | EsSalud | 201 (50%) | 45 | 39,8% | 156 | 54,0% | 6,510 | 0,011 |
| | MINSA | 201 (50%) | 68 | 60,2% | 133 | 46,0% | | |

| Variables | | Total | Dependencia o abuso de alcohol | | | | X ² | Valor p |
|---|-------------------------|-------------|--------------------------------|--------------------------------------|----------------|--------------------------------------|----------------|---------|
| | | | Si: 113 (28,1%) | | No: 289(71,9%) | | | |
| | | | Recuento | % Con Dependencia o abuso de alcohol | Recuento | % Sin Dependencia o abuso de alcohol | | |
| Enfermedad Crónica del Sistema Nervioso Central | Si | 27 (6,7%) | 8 | 7,1% | 19 | 6,6% | 0,033 | 0,850 |
| | No | 375 (93,3%) | 105 | 92,9% | 270 | 93,4% | | |
| Enfermedad Crónica Respiratoria | Si | 102 (25,4%) | 41 | 36,3% | 115 | 39,8% | 0,420 | 0,510 |
| | No | 300 (74,6%) | 72 | 63,7% | 174 | 60,2% | | |
| Enfermedad crónica cardiovascular | Si | 156 (38,8%) | 29 | 25,7% | 73 | 25,3% | 0,007 | 0,930 |
| | No | 246 (61,2%) | 84 | 74,3% | 216 | 74,7% | | |
| Enfermedad crónica Hepática | Si | 64 (15,9%) | 20 | 17,7% | 44 | 15,2% | 0,370 | 0,540 |
| | No | 338 (84,1%) | 93 | 82,3% | 245 | 84,8% | | |
| Enfermedad crónica osteoarticular | Si | 87 (21,6%) | 21 | 18,6% | 66 | 22,8% | 0,860 | 0,352 |
| | No | 315 (78,4%) | 92 | 81,4% | 223 | 77,2% | | |
| Enfermedad Crónica digestiva | Si | 61 (15,2%) | 19 | 16,8% | 42 | 14,5% | 0,320 | 0,567 |
| | No | 341 (84,8%) | 94 | 83,2% | 247 | 85,5% | | |
| Neoplasias | Si | 8 (2%) | 3 | 2,7% | 5 | 1,7% | 0,356 | 0,551 |
| | No | 394 (98%) | 110 | 97,3% | 284 | 98,3% | | |
| Numero de Enfermedades crónicas | Ninguna | 52 (12,9%) | 15 | 13,3% | 37 | 12,8% | 0,780 | 0,850 |
| | Solo una | 219 (54,5%) | 58 | 51,3% | 161 | 55,7% | | |
| | Dos enfermedades | 106 (26,4%) | 33 | 29,2% | 73 | 25,3% | | |
| | Más de dos enfermedades | 25 (6,2%) | 7 | 6,2% | 18 | 6,2% | | |
| Percepción de salud | Muy bueno | 29 (7,2%) | 11 | 9,7% | 18 | 6,2% | 4,317 | 0,365 |
| | Bueno | 120 (29,9%) | 36 | 31,9% | 84 | 29,1% | | |
| | Regular | 157 (39,1%) | 36 | 31,9% | 121 | 41,9% | | |
| | Malo | 79 (19,7%) | 24 | 21,2% | 55 | 19,0% | | |
| | Muy malo | 17 (4,2%) | 6 | 5,3% | 11 | 3,8% | | |

En la tabla 10 se obtuvo el análisis de la ansiedad establecida mediante la Escala de Goldberg, se obtuvo que solo el 14,9 % de la muestra no padece ansiedad; además según el distrito de procedencia es mayor en Huancayo, representado por el 67,9 %; el sexo femenino concentra mayor porcentaje de padecimiento de este trastorno con un 58,3 % con ansiedad, con relación al estado civil, el mayor porcentaje de adultos mayores con ansiedad establecida, se encuentra en quienes comparten sus vidas con una pareja, aunque estos dos últimos no son variables estadísticamente significativas para determinar ansiedad en los adultos mayores. Por otro lado, los adultos mayores que viven en zonas urbanas tienen ansiedad establecida (86,1 %), según la convivencia en el hogar, viven acompañados, el 61,4 % y el 50 % de los que viven solos, presentan ansiedad establecida. La ansiedad establecida se presenta con mayor frecuencia en aquellos que tienen nivel de educación secundaria o superior, representado por el 59 %.

En referencia a la percepción del apoyo familiar, la ansiedad establecida es mayor en los que se sienten con regular satisfacción e insatisfechos con el apoyo familiar, representado por el 56,2 %.

La ansiedad establecida en los adultos mayores, según la actividad laboral actual, es mayor en los desempleados, representa el 59 % de los que tienen ansiedad establecida. Según el Centro de atención primaria en salud, es mayor en EsSalud 51,6 %.

La ansiedad establecida asociada al número de enfermedades crónicas tiene mayor relación con la presencia de solo una enfermedad crónica que representa el 56,1 %, de manera individual la enfermedad crónica cardiovascular es la más resaltante con el 44,3 %.

La ansiedad establecida en los adultos mayores asociada a la percepción de salud resulta que el 41,8 % percibe que su salud es regular y el 20,5 % la percibe como mala.

La ansiedad establecida asociada a los hábitos nocivos, el consumo de alcohol actual tiene mayor relación con la ansiedad, representado por el 51,2 %, en relación con el consumo de tabaco actual, tiene mayor relación con la ansiedad, representado por el 73,4 %.

Igualmente, se estableció la asociación entre las características sociodemográficas y clínicas con la ansiedad; por lo que resaltó que existe asociación entre el distrito y la ansiedad, con un valor significativo de X^2 de 16,849 con un valor $p = 0,002$, además la relación simétrica, tiene una intensidad baja de asociación por el valor V de Cramer 0,145. Además, se estableció la asociación estadísticamente significativa entre la ansiedad y la enfermedad crónica cardiovascular, con un valor significativo de X^2 de 16,849 con un valor $p = 0,002$ con lo cual, la relación simétrica tiene una intensidad baja de asociación por el valor V de Cramer 0,153.

Tabla 10. Asociación entre las características sociodemográficas y clínicas y la Ansiedad en Adultos Mayores de Centros de Atención Primaria.

| Variables | Total | Ansiedad según escala de Goldberg | | | | | | X ² | Valor p | |
|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------|----------------|---------|-------|
| | | Sin ansiedad: 60 (14,9%) | | Ansiedad Probable: 98 (24,4%) | | Ansiedad establecida: 244(60,7%) | | | | |
| | | Recuento | % dentro de Ansiedad | Recuento | % dentro de Ansiedad | Recuento | % dentro de Ansiedad | | | |
| Distrito | Huancayo | 134 (33.3%) | 22 | 36,7% | 21 | 21,4% | 91 | 37,3% | 16,840 | 0,002 |
| | El Tambo | 134 (33.3%) | 22 | 36,7% | 47 | 48,0% | 65 | 26,6% | | |
| | Chilca | 134 (33.3%) | 16 | 26,7% | 30 | 30,6% | 88 | 36,1% | | |
| Sexo | Masculino | 209 (52.0%) | 35 | 58,3% | 53 | 54,1% | 121 | 49,6% | 1,720 | 0,427 |
| | Femenino | 193 (48%) | 25 | 41,7% | 45 | 45,9% | 123 | 50,4% | | |
| Estado Civil | Nunca Tuvo pareja | 86 (21.4%) | 12 | 20,0% | 22 | 22,4% | 52 | 21,3% | 5,147 | 0,273 |
| | Con pareja actual | 183 (45.5%) | 21 | 35,0% | 44 | 44,9% | 118 | 48,4% | | |
| | Viudo, Divorciado o Separado | 133 (33.1%) | 27 | 45,0% | 32 | 32,7% | 74 | 30,3% | | |
| Convivencia en el Hogar | Solo | 179 (44.5%) | 30 | 50,0% | 42 | 42,9% | 107 | 43,9% | 0,883 | 0,643 |
| | Acompañado | 223 (55.5%) | 30 | 50,0% | 56 | 57,1% | 137 | 56,1% | | |
| Nivel educativo | Sin estudios o Primaria | 178 (44.3%) | 34 | 56,7% | 44 | 44,9% | 100 | 41,0% | 4,821 | 0,090 |
| | Secundaria o Superior | 224 (55.7%) | 26 | 43,3% | 54 | 55,1% | 144 | 59,0% | | |
| Apoyo Familiar | Muy satisfecho | 53 (13.2%) | 11 | 18,3% | 11 | 11,2% | 31 | 12,7% | 5,963 | 0,651 |
| | satisfecho | 106 (26.4%) | 17 | 28,3% | 30 | 30,6% | 59 | 24,2% | | |
| | Regular | 113 (28.1%) | 16 | 26,7% | 28 | 28,6% | 69 | 28,3% | | |
| | Insatisfecho | 105 (26.12%) | 15 | 25,0% | 22 | 22,4% | 68 | 27,9% | | |
| | Muy insatisfecho | 25(6.2%) | 1 | 1,7% | 7 | 7,1% | 17 | 7,0% | | |
| Procedencia | Urbano | 338 (84.1%) | 52 | 86,7% | 76 | 77,6% | 210 | 86,1% | 4,139 | 0,126 |
| | Rural | 64 (15.9%) | 8 | 13,3% | 22 | 22,4% | 34 | 13,9% | | |
| Actividad laboral actual | Desempleado | 242 (60.2%) | 35 | 58,3% | 63 | 64,3% | 144 | 59,0% | 2,468 | 0,650 |
| | Jubilado | 137 (34.1%) | 22 | 36,7% | 32 | 32,7% | 83 | 34,0% | | |
| | Empleado | 23 (5.7%) | 3 | 5,0% | 3 | 3,1% | 17 | 7,0% | | |
| Centro de atención primaria en salud | EsSalud | 201 (50%) | 30 | 50,0% | 45 | 45,9% | 126 | 51,6% | 0,915 | 0,633 |
| | MINSA | 201 (50%) | 30 | 50,0% | 53 | 54,1% | 118 | 48,4% | | |
| | Si | 27 (6.7%) | 3 | 5,0% | 9 | 9,2% | 15 | 6,1% | 1,360 | 0,507 |

| Variables | | Total | Ansiedad según escala de Goldberg | | | | | | X ² | Valor p |
|---|-------------------------|-------------|-----------------------------------|-------------------------|----------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|-------------------------|----------------|--------------|
| | | | Sin ansiedad: 60 (14,9%) | | Ansiedad Probable: 98 (24,4%) | | Ansiedad establecida: 244(60,7%) | | | |
| | | | Recuento | % dentro de Ansiedad | Recuento | % dentro de Ansiedad | Recuento | % dentro de Ansiedad | | |
| Enfermedad Crónica del Sistema Nervioso Central | No | 375 (93.3%) | 57 | 95,0% | 89 | 90,8% | 229 | 93,9% | | |
| Enfermedad Crónica Respiratoria | Si | 102 (25.4%) | 18 | 30,0% | 23 | 23,5% | 61 | 25,0% | 0,884 | 0,643 |
| | No | 300 (74.6%) | 42 | 70,0% | 75 | 72,5% | 183 | 75,0% | | |
| Enfermedad crónica cardiovascular | Si | 156 (38.8%) | 22 | 36,7% | 26 | 26,5% | 108 | 44,3% | 9,393 | 0,009 |
| | No | 246 (61.2%) | 38 | 63,3% | 72 | 73,5% | 136 | 55,7% | | |
| Enfermedad crónica Hepática | Si | 64 (15.9%) | 5 | 8,3% | 16 | 16,3% | 43 | 17,6% | 3,121 | 0,210 |
| | No | 338 (84.1%) | 55 | 91,7% | 82 | 83,7% | 201 | 82,4% | | |
| Enfermedad crónica osteoarticular | Si | 87 (21.6%) | 9 | 15,0% | 28 | 28,6% | 50 | 20,5% | 4,526 | 0,104 |
| | No | 315 (78.4%) | 51 | 85,0% | 70 | 71,4% | 194 | 79,5% | | |
| Enfermedad Crónica digestiva | Si | 61 (15.2%) | 7 | 11,7% | 17 | 17,3% | 37 | 15,2% | 0,933 | 0,627 |
| | No | 341 (84.8%) | 53 | 88,3% | 81 | 82,7% | 207 | 84,8% | | |
| Neoplasias | Si | 8 (2%) | 1 | 1,7% | 1 | 1,0% | 6 | 2,5% | 0,780 | 0,677 |
| | No | 394 (98%) | 59 | 98,3% | 97 | 99,0% | 238 | 97,5% | | |
| Numero de Enfermedades crónicas | Ninguna | 52 (12.9%) | 12 | 20,0% | 16 | 16,3% | 24 | 9,8% | 6,631 | 0,356 |
| | Solo una | 219 (54.5%) | 32 | 53,3% | 50 | 51,0% | 137 | 56,1% | | |
| | Dos enfermedades | 106 (26.4%) | 14 | 23,3% | 26 | 26,5% | 66 | 27,0% | | |
| | Más de dos enfermedades | 25 (6.2%) | 2 | 3,3% | 6 | 6,1% | 17 | 7,0% | | |
| Percepción de salud | Muy bueno | 29 (7.2%) | 2 | 3,3% | 7 | 71,0% | 20 | 8,2% | 10,676 | 0,221 |
| | Bueno | 120 (29.9%) | 23 | 38,3% | 31 | 31,6% | 66 | 27,0% | | |
| | Regular | 157 (39.1%) | 21 | 35,0% | 34 | 34,7% | 102 | 41,8% | | |
| | Malo | 79 (19.7%) | 11 | 18,3% | 18 | 18,4% | 50 | 20,5% | | |
| | Muy malo | 17 (4.2%) | 3 | 5,0% | 8 | 8,2% | 6 | 2,5% | | |

La variable depresión se midió mediante la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada de Yesavage, y se evidencia los resultados en la tabla 11, la asociación existente con las características sociodemográficas, se encontró que el 73,4 % de la muestra padece de trastorno depresivo y mayoritariamente están concentrados en el distrito de El Tambo, representado por el 35,8 %, en cuanto al sexo femenino con un 51,4 % con depresión, asimismo la depresión establecida es mayor en los que no tienen pareja actual 60,8 %, la procedencia de zona urbana es mayor (84,3 %); adicionalmente según el nivel educativo, se encontró que el mayor porcentaje de cuadros de depresión se presenta en quienes no tienen estudios o solo tienen estudios primarios el 51,4 %, en contraste con los que tienen secundaria o superior que son menos del 50 %, y los atendidos en EsSalud representan el 54,8 % de depresión establecida.

Para la asociación entre autonomía y depresión establecida, se encontró que aquellos que viven acompañados, presentan mayor depresión probable, representada por el 48,4 %, seguida de aquellos que viven solos (40,2 %). La percepción del estado de salud asociada a depresión establecida encontró que el 32,2 % perciben que el apoyo familiar es regular y el 21,7 % perciben su salud como mala.

Para la variable actividad laboral, se estableció que el 53,9 % corresponde a los desempleados asociados a depresión establecida.

Los adultos mayores con depresión establecida según la escala de Yesavage, es mayor en aquellos que no consumen alcohol, representado por el 50,4 %, así mismo, para depresión probable, representa el 52,2 %, otro hábito nocivo es el consumo actual de coca, representado por el 81,7 %.

Al mismo tiempo, se estableció la asociación entre las características sociodemográficas y clínicas con la depresión; por lo que resaltó que existe asociación entre el distrito y la depresión, con un valor significativo de X^2 de 20,205 con un valor $p = 0,001$, con lo cual, la relación simétrica tiene una intensidad baja de asociación por el valor V de Cramer 0,157.

Tabla 11. Asociación entre las características sociodemográficas y clínicas y la Depresión en Adultos Mayores de Centros de Atención Primaria.

| Variables | Total | Depresión según escala de Yesavage | | | | | | Chi 2 | Valor p | |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------------|----------------------|------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|----------------------|-------|---------|--------------|
| | | Sin depresión: 107 (26,6%) | | Depresión Probable: 180 (44,8%) | | Depresión establecida: 115 (28,6%) | | | | |
| | | Recuento | % dentro de Ansiedad | Recuento | % dentro de Ansiedad | Recuento | % dentro de Ansiedad | | | |
| Distrito | Huancayo | 134 (33,3%) | 26 | 24,3% | 70 | 38,9% | 38 | 33,0% | 20,205 | 0,001 |
| | El Tambo | 134 (33,3%) | 28 | 26,2% | 58 | 32,2% | 48 | 41,7% | | |
| | Chilca | 134 (33,3%) | 53 | 49,5% | 52 | 29,9% | 29 | 25,2% | | |
| Sexo | Masculino | 209 (52,0%) | 55 | 51,4% | 95 | 52,8% | 59 | 51,3% | 0,081 | 0,960 |
| | Femenino | 193 (48%) | 52 | 48,6% | 85 | 47,2% | 56 | 48,7% | | |
| Estado Civil | Nunca Tuvo pareja | 86 (21,4%) | 24 | 22,4% | 34 | 18,9% | 28 | 24,3% | 5,911 | 0,216 |
| | Con pareja actual | 183 (45,5%) | 56 | 52,3% | 82 | 45,6% | 45 | 39,1% | | |
| | Viudo, Divorciado o Separado | 133 (33,1%) | 27 | 25,2% | 64 | 35,6% | 42 | 36,5% | | |
| Convivencia en el Hogar | Solo | 179 (44,5%) | 56 | 52,3% | 72 | 40,0% | 51 | 44,3% | 4,137 | 0,126 |
| | Acompañado | 223 (55,5%) | 51 | 47,7% | 108 | 60,0% | 64 | 55,7% | | |
| Nivel educativo | Sin estudios o Primaria | 178 (44,3%) | 52 | 48,6% | 69 | 38,3% | 57 | 49,6% | 4,691 | 0,096 |
| | Secundaria o Superior | 224 (55,7%) | 55 | 51,4% | 111 | 61,7% | 58 | 50,4% | | |
| Apoyo Familiar | Muy satisfecho | 53 (13,2%) | 9 | 8,4% | 27 | 15,0% | 17 | 14,8% | 14,269 | 0,075 |
| | satisfecho | 106 (26,4%) | 23 | 21,5% | 49 | 27,2% | 34 | 29,6% | | |
| | Regular | 113 (28,1%) | 29 | 27,1% | 47 | 26,1% | 37 | 32,2% | | |
| | Insatisfecho | 105 (26,12%) | 35 | 32,7% | 45 | 25,0% | 25 | 21,7% | | |
| | Muy insatisfecho | 25(6,2%) | 11 | 10,3% | 12 | 6,7% | 2 | 1,7% | | |
| Procedencia | Urbano | 338 (84,1%) | 94 | 87,9% | 147 | 81,7% | 97 | 84,3% | 1,926 | 0,382 |
| | Rural | 64 (15,9%) | 13 | 12,1% | 33 | 18,3% | 18 | 15,7% | | |
| Actividad laboral actual | Desempleado | 242 (60,2%) | 76 | 71,0% | 104 | 57,8% | 62 | 53,9% | 9,082 | 0,059 |
| | Jubilado | 137 (34,1%) | 28 | 26,2% | 66 | 36,7% | 43 | 37,4% | | |
| | Empleado | 23 (5,7%) | 3 | 2,8% | 10 | 5,6% | 10 | 8,7% | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|-------------|-----|--------|-----|-------|-----|-------|--------|--------------|
| Centro de atención primaria en salud | EsSalud | 201 (50%) | 33 | 30,8% | 105 | 58,3% | 63 | 54,8% | 21,762 | 0,001 |
| | MINSA | 201 (50%) | 74 | 69,2% | 75 | 41,7% | 52 | 45,2% | | |
| Enfermedad Crónica del Sistema Nervioso Central | Si | 27 (6,7%) | 5 | 4,7% | 13 | 7,2% | 9 | 7,8% | 1,013 | 0,603 |
| | No | 375 (93,3%) | 102 | 95,3% | 167 | 92,8% | 106 | 92,2% | | |
| Enfermedad Crónica Respiratoria | Si | 102 (25,4%) | 19 | 17,8% | 54 | 30,0% | 29 | 25,2% | 5,314 | 0,070 |
| | No | 300 (74,6%) | 88 | 82,2% | 126 | 70,0% | 86 | 74,8% | | |
| Enfermedad crónica cardiovascular | Si | 156 (38,8%) | 42 | 39,3% | 75 | 41,7% | 39 | 33,9% | 1,789 | 0,409 |
| | No | 246 (61,2%) | 65 | 60,7% | 105 | 58,3% | 76 | 66,1% | | |
| Enfermedad crónica Hepática | Si | 64 (15,9%) | 18 | 16,8% | 29 | 16,1% | 17 | 14,8% | 0,181 | 0,913 |
| | No | 338 (84,1%) | 89 | 83,2% | 151 | 83,9% | 98 | 85,2% | | |
| Enfermedad crónica osteoarticular | Si | 87 (21,6%) | 29 | 27,1% | 32 | 17,8% | 26 | 22,6% | 3,530 | 0,171 |
| | No | 315 (78,4%) | 78 | 72,9% | 148 | 82,2% | 89 | 77,4% | | |
| Enfermedad Crónica digestiva | Si | 61 (15,2%) | 21 | 19,6% | 28 | 15,6% | 12 | 10,4% | 3,675 | 0,159 |
| | No | 341 (84,8%) | 86 | 80,4% | 152 | 84,4% | 103 | 89,6% | | |
| Neoplasias | Si | 8 (2%) | 0 | 0,0% | 4 | 2,2% | 4 | 3,5% | 3,528 | 0,171 |
| | No | 394 (98%) | 107 | 100,0% | 176 | 97,8% | 111 | 96,5% | | |
| Numero de Enfermedades crónicas | Ninguna | 52 (12,9%) | 7 | 6,5% | 23 | 12,8% | 22 | 19,1% | 10,043 | 0,123 |
| | Solo una | 219 (54,5%) | 68 | 63,6% | 94 | 52,2% | 57 | 49,6% | | |
| | Dos enfermedades | 106 (26,4%) | 27 | 25,2% | 50 | 27,8% | 29 | 25,2% | | |
| | Más de dos enfermedades | 25 (6,2%) | 5 | 4,7% | 13 | 7,2% | 7 | 6,1% | | |
| Percepción de salud | Muy bueno | 29 (7,2%) | 10 | 9,3% | 10 | 5,6% | 9 | 7,8% | 8,787 | 0,361 |
| | Bueno | 120 (29,9%) | 38 | 35,5% | 56 | 31,1% | 26 | 22,6% | | |
| | Regular | 157 (39,1%) | 35 | 32,7% | 71 | 39,4% | 51 | 44,3% | | |
| | Malo | 79 (19,7%) | 18 | 16,8% | 35 | 19,4% | 26 | 22,6% | | |
| | Muy malo | 17 (4,2%) | 6 | 5,6% | 8 | 4,4% | 3 | 2,6% | | |

Capítulo VI

Discusión de Resultados

La importancia de esta investigación se basó en la consecución de los objetivos planteados para determinar los factores asociados a trastornos mentales en adultos mayores de centros de atención primaria de EsSalud y MINSA; ya que a la fecha no se han estudiado estos factores en el primer nivel de atención en nuestro país, que nos permitan conocer la prevalencia de los trastornos mentales y sus factores asociados en los adultos mayores; la mayoría de estudios se enfocan en analizar los trastornos afectivos como la depresión y la ansiedad, dejando de lado los otros trastornos subumbrales.

Se verifica la prevalencia de trastornos mentales en este grupo etario, al menos el 54,4 % de la muestra presenta algún trastorno mental, cuyos resultados son similares a los encontrados en el estudio de España que encontró una prevalencia del 47,7 % de trastornos mentales en pacientes mayores de 75 años atendidos en el nivel de atención primaria (10); siendo el más frecuente el trastorno ansioso inespecífico 60,4 % y la ansiedad probable y establecida con un 85,1 %, este resultado también se verifica en otros estudios locales que indican una prevalencia de la ansiedad como trastorno más frecuente (29), seguido de la depresión con un 72,4 % en contraste con estudios previos sobre la prevalencia de la depresión en adultos mayores realizados en Huancayo, cuyo resultados arrojaron que el 40,7 % en el año 2019 (31), y el 14,2 % en el año 2017 según el INEI padecían depresión (35) y los trastornos subumbrales como la distimia (50 %) y el trastorno somatomorfo en el 46,5 %, siendo más prevalente en nuestro estudio en comparación a los

obtenido en otras investigaciones (10); sin embargo, el trastorno menos frecuente es la dependencia o abuso de alcohol (28,1 %) este resultado es similar a lo encontrado en un estudio de México en el 2018, en el que se encontró un 4,4 % de consumo de alcohol con mayor probabilidad en el sexo masculino, que muchas veces no se diagnostican (24).

Por otro lado, las características sociodemográficas y clínicas más resaltantes son: la procedencia de zona urbana 84,1 %, la distribución de la muestra fue proporcional en los tres distritos, de Huancayo (134), El Tambo (134) y Chilca (134). Siendo mayoritariamente del sexo masculino, además la media de la edad es 72 años, Solo el 5,7 % de adultos mayores encuestados son empleados y más del 94 % no labora; además más del 50 % vive sin pareja, sin embargo, el 45 % vive solo, además el 44,3 % no cuenta con estudios o solo tiene nivel primario; con relación a la comorbilidad, el 54,5 % de adultos mayores, tiene una sola enfermedad crónica, y el 26,4 % tienen dos enfermedades crónicas; el hábito nocivo más importante es el consumo de alcohol, ya que el 55 % lo consume actualmente con frecuencia de por lo menos una vez al mes; asimismo, en relación a la percepción de su salud, el 63 % considera entre regular, mala y muy mala. Estos factores son importantes, ya que están asociados a los trastornos mentales de los adultos mayores.

En el análisis bivariado de las características sociodemográficas y clínicas con los trastornos mentales subumbrales, se evaluaron mediante la escala PRIME MD, la cual midió las variables: trastorno somatomorfo inespecífico, distimia, trastorno del apetito inespecífico, y dependencia o abuso de alcohol. Los resultados obtenidos del análisis bivariado para el trastorno somatomorfo inespecífico, se encontró que, el distrito de procedencia es un factor asociado estadísticamente significativo, ya que vivir en Chilca influye significativamente en el desarrollo del trastorno somatomorfo inespecífico ($p = 0,001$); así mismo, ser de sexo femenino es un factor para desarrollar este trastorno ($p = 0,041$), el nivel educativo influye significativamente en el trastorno somatomorfo ($p = 0,003$) y el padecer de enfermedad hepática crónica se asocia a la existencia de trastorno somatomorfo ($p = 0,048$). Estos resultados se pueden equiparar con lo hallado en el

estudio realizado por Vives M (2013), quien señala que los trastornos de somatización tienen menor frecuencia con relación a los trastornos afectivos; empero la prevalencia es alta; además se constata que el sexo es un factor asociado a este trastorno en este estudio a diferencia de estudios previos (10,13,23). Este tipo de trastorno mental no ha sido muy abordado por otros estudios, empero los resultados de éste evidencia la necesidad de visibilizar estos padecimientos en el envejecimiento para que sean tratados oportunamente.

Con relación a los resultados obtenidos respecto a la distimia en nuestra muestra, no se han encontrado factores asociados significativamente a este trastorno; los cuales son similares a estudios previos (10).

Asimismo, el análisis bivariado arrojó que existe asociación entre comorbilidad y trastorno del inespecífico; pues según el INEI 2021 puso en evidencia las diferencias significativas entre enfermedades crónicas de varones y mujeres de la población adulta mayor; siendo afectadas en mayor proporción las mujeres (35). Por lo tanto, el resultado de este estudio es entre enfermedad respiratoria crónica y el trastorno del apetito inespecífico ($p = 0,024$); adicionalmente también se encuentra asociada a este trastorno el apoyo familiar ($p = 0,005$) y la actividad laboral actual ($p = 0,011$).

Para la variable dependencia o abuso de alcohol se encontraron algunos datos significativos, entre ellos, procedencia de El Tambo, es un factor importante para la dependencia o abuso de alcohol ($p = 0,01$). Así mismo, la percepción del apoyo familiar es significativo para la dependencia o abuso de alcohol, estar insatisfecho con su salud influye en la dependencia o abuso de alcohol ($p = 0,005$) estos resultados son similares a los estimados en el estudio elaborado por Pavón-León en el 2018, en el cual se identificó como factores asociados al sexo masculino con RP 2,4 (34). Contar con una actividad laboral es una variable significativa para la dependencia o abuso de alcohol, a menor ocupación, mayor consumo de alcohol ($p = 0,02$). El centro de atención primaria de salud es una variable significativa para la dependencia o abuso de alcohol, los adultos

mayores que acuden al MINSA tienen mayor dependencia, en contraste con los que acuden a EsSalud ($p = 0,01$).

Para la variable ansiedad, se utilizó la Subescala de Ansiedad de Goldberg, para el tamizaje en el ámbito de la atención en el primer nivel de atención de salud; cuenta con sensibilidad de 81,8 % y especificidad de 95,3 %, las variables significativas asociadas a ansiedad son: el distrito de procedencia, proceder de Huancayo está asociado a mayor nivel de ansiedad ($p = 0,002$), otra variable significativa es el consumo de alcohol actual ($p = 0,008$), en relación con el consumo de tabaco actual, tiene mayor relación con la ansiedad, representado por el 73,4 % (0,047). Sin embargo, en otros estudios como Palma-Ayllón en 2019 el cual encontró asociación entre los sentimientos de soledad y la ausencia del apoyo familiar a los adultos mayores en contraste en este estudio, estos factores tienen valores p no significativos en relación con el apoyo familiar ($p = 0,651$) y el nivel educativo ($p = 0,09$) (25).

En cuanto a la depresión, se midió utilizando la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada de Yesavage; la cual es utilizada para el tamizaje de cuadros depresivos en adultos mayores, cuenta con una sensibilidad de 84 % y especificidad de 95 % (18). Entre las variables que se asocian a la depresión y son significativas en nuestro estudio, encontramos a la variable sociodemográfica: distrito, que está más asociada al distrito de El Tambo ($p = 0,001$), la actividad laboral desempleados está asociado significativamente con depresión establecida ($p = 0,05$).

Según el lugar de atención, los atendidos en EsSalud tienen mayor asociación a depresión establecida que aquellos que se atienden en el MINSA ($p = 0,001$). Los hábitos nocivos asociados a depresión establecida son el consumo de alcohol ($p = 0,03$) y el consumo de coca ($p = 0,02$). De forma similar, lo que ocurre en otros estudios, las tasas de depresión son altas en este grupo etario, y son significativamente más elevadas en el sexo femenino (15,27,28); sin embargo, también se evidencia en nuestro estudio, que no existe asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la depresión, que puede ser explicado por algunas variables intervinientes como los roles de

género, que influyen en la prevalencia de la depresión; además del impacto del proceso de envejecimiento (23).

Por otro lado, en nuestro estudio no se encontró asociación de la comorbilidad asociado a depresión, sin embargo, en otros estudios como el que realizó Kronfly E. en el 2015, observó asociación entre enfermedades crónicas como hipertensión arterial con OR 2,5, neoplasia con OR 4,12 (23). Además, Baldeón en 2019 encontraron factores asociados a la depresión en un estudio en Perú, como el sexo femenino, el no contar con nivel de instrucción, tener más de 75 años de edad, vivir en una zona rural y ser pobre; de estos factores en contraste a nuestro estudio, no se hallaron valores p significativos, empero, al nivel educativo presenta mayor prevalencia de depresión en aquellos que tienen estudios secundario o superior con ($p = 0,09$) y tener un apoyo familiar regular o estar insatisfecho con ello con un ($p = 0,07$) (28).

Conclusiones

1. En conclusión, se encontraron nueve factores asociados a los trastornos mentales en los adultos mayores que tienen relación estadísticamente significativa, el cual se determinó utilizando la prueba Chi cuadrado ($p < 0,05$); entre ellos destaca la influencia del distrito de procedencia de Chilca, además la presencia del nivel educativo primario o su ausencia, el ser de sexo femenino, el no tener alguna actividad laboral, vivir solo y/o no tener pareja, no contar con el apoyo familiar, la presencia de alguna comorbilidad crónica, el tener una costumbre nociva y el tipo de centro de atención primaria.
2. La prevalencia de trastornos mentales en este estudio es mayor a lo esperado; además el trastorno mental más prevalente es la ansiedad con 85,1 % ($n = 342$); seguido por la depresión con el 72,4 % ($n = 291$); por otro lado, en los trastornos subumbrales, el más prevalente es el trastorno ansioso inespecífico que representa el 60,4 % ($n = 243$) de la población estudiada; seguido de la distimia con el 50 % ($n = 201$) y finalmente el trastorno somatomorfo inespecífico con 46,5 % ($n = 187$).
3. Las características sociodemográficas que tienen relación estadísticamente significativa con los trastornos mentales en adultos mayores son: el distrito de procedencia de Chilca ($p = 0,001$), el nivel educativo primario o el no contar con estudios ($p = 0,003$) y el sexo femenino ($p = 0,041$), estos tres están directamente asociados con la presencia de trastorno somatomorfo inespecífico. Por otro lado, el apoyo familiar ($p = 0,005$) ausente o escaso, y la ausencia de actividad laboral actual ($p = 0,022$) influyen en la dependencia de alcohol, depresión y ansiedad. Además, el centro de atención primaria MINSA ($p = 0,001$) tienen mayor asociación con la depresión.
4. Las características clínicas que tienen relación estadísticamente significativa con los trastornos mentales en adultos mayores son: la presencia de alguna enfermedad crónica ($p = 0,009$), entre ellas; las hepáticas ($p = 0,048$); las respiratorias ($p = 0,024$) y las

cardiovasculares ($p = 0,009$); considerando a éstos tres como factores asociados a la ansiedad, al trastorno somatomorfo y a los trastornos del apetito inespecífico. Por otro lado, se estableció que no existe asociación significativa entre la percepción del estado de salud de los adultos mayores y los trastornos mentales ($p > 0,05$).

Limitaciones

1. **Limitaciones en la elaboración.** La principal limitante para la elaboración de esta investigación estuvo relacionada con la escasa información, pues la inexistencia de estudios previos referente a trastornos mentales en los adultos mayores en nuestra región que se hayan desarrollado en el primer nivel de atención de salud.
2. **Limitaciones en la ejecución.** Los adultos mayores que acudieron solos a los centros de atención primaria, limita el buen entendimiento del aporte de sus datos para la recolección de datos mediante las escalas, los adultos mayores que acuden con un acompañante se muestran con mayor predisposición a colaborar con el estudio de investigación a diferencia de los que acudieron solos.
3. **Limitaciones en la evaluación.** Las escalas de evaluación aplicadas en este estudio para determinar la presencia de ansiedad y depresión, son de tamizaje, esto implica la identificación de un posible trastorno que posteriormente requiere una evaluación completa por un profesional de salud especializado.

Recomendaciones

1. Realizar más investigaciones relacionadas a los factores asociados a trastornos mentales en adultos mayores que acuden a los establecimientos de salud del primer nivel de atención que permitan contrastar y comparar estos resultados; además considerando el impacto de la pandemia y los cambios epidemiológicos en este grupo etario; poder tener mayor conocimiento sobre la realidad de la salud mental durante el envejecimiento.
2. Las IPRESS deben cumplir y promover la valoración integral del adulto mayor con la finalidad de detectar los trastornos mentales en los adultos mayores en estadios tempranos, de esa manera se pueda realizar intervenciones enfocadas en el diagnóstico precoz.
3. Las instituciones prestadoras de servicios de salud del primer nivel de atención de EsSalud y del MINSA, deberían considerar aplicar este instrumento de tamizaje de los trastornos mentales que permitirían mapear los principales padecimientos psiquiátricos en el primer contacto con los adultos mayores que acuden por cualquier motivo a la consulta médica; lo cual consentirá realizar un despistaje precoz y de encontrar al menos un probable diagnóstico para hacer estudios más amplios, complementarios y definitivos para su diagnóstico definitivo; de esta manera tener un tratamiento oportuno.
4. Se recomienda implementar un sistema de seguimiento de tamizaje periódico de trastornos mentales en adultos mayores en el primer nivel de atención, que debería ser aplicado por el personal médico en el contacto con la persona adulta mayor, pero en coordinación con los otros profesionales de la salud para otorgar el tratamiento oportuno.
5. Implementar dentro de los programas enfocados en la atención de la salud mental del adulto mayor; programas de capacitación a los profesionales de la salud para abordar estos trastornos mentales, brindándoles el soporte psicológico y psiquiátrico necesarios.

6. Se debe establecer políticas públicas para disminuir el consumo de alcohol y tabaco en los adultos mayores; ya que estos son factores de riesgo asociados a depresión, ansiedad y trastorno somatomorfo inespecífico.
7. Fomentar desde los entes gubernamentales, locales y regionales, actividades recreativas, lúdicas; sostenibles en el tiempo; dirigida a los adultos mayores, que permitan favorecer y estimular el bienestar físico, emocional y cognitivo de forma integrada a su entorno; que integre además la participación de la familia y comunidad.
8. Fomentar en las universidades estudios de investigación dirigidas al envejecimiento saludable, de implementar nuevas estrategias de fortalecimiento de capacidades de la familia para el cuidado y autocuidado de los adultos mayores.

Referencias Bibliográficas

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Suplemento del manual diagnosticos y estadístico de trastornos mentales. [Internet]. 2016;01–33. Disponible en: <https://bit.ly/3t0xpih>
2. Organización mundial de la salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. OMS [Internet]. 2013;54. Acceso 01 de mayo de 2022. Disponible en: <https://bit.ly/3LQieKz>
3. Luis F, Moncayo G. Salud mental y derechos humanos. Supervisión de la política pública, de la calidad de servicios y atención a las poblaciones vulnerables. Defensoría del pueblo. 2017. Disponible en: <https://bit.ly/3MTFugR>
4. Bethancourt Y, Moreno Y, Suárez A, Bethancourt J. Evaluación del bienestar psicológico en cuidadores primarios de pacientes oncológicos en la fase de cuidados paliativos. Medi Ciego (Cub). 2014; 20(2):2-6. Disponible en: <https://bit.ly/3MWWl2g>
5. Estrada A, Osorio JJ, Osorio JJ, Cardona D, X, Ordóñez J, Chavarriaga L. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. Univ Psychol. 2013;12(1):81–94. <https://bit.ly/3MUWCCW>
6. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin (Barc). 2006;126(12):445-51. Disponible en: <https://bit.ly/3lR4N7n>
7. González F, Cáceres M, Buonanotte F. Deterioro cognitivo leve al trastorno neurocognitivo menor: Avances en torno al constructo. Elsevier; Neurología Argentina; 2015;7(1):51-58. Disponible en: <https://bit.ly/3wYla7o>
8. Tello-Rodríguez T, Varela-Pinedo L, Ortiz-Saavedra P, Chávez-Jimeno H, Gálvez-Cano M, Casas-Vasquez P, et al. Perfil clínico, funcional y sociofamiliar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima, Perú. Rev Perú Med Exp Salud Publica [Internet]. 2015;32(4):709-716. Disponible en: <https://bit.ly/3MOsRDE>
9. Asociación Mundial de Psiquiatría. El “Criterio clínico” y el diagnóstico de depresión mayor según el DSM-5. World Psychiatry. 2013;11(2):88–90. Disponible en: <https://bit.ly/3wQMhRI>

10. Fernández J, Vives M, García-Toro M, Armengol S, Pérez M, Gili M. Prevalencia de trastornos mentales y factores asociados en pacientes de atención primaria mayores de 75 años. *Actas Esp Psiquiatr* 2013;41(4):218–26. Disponible en: <https://bit.ly/3MMHpDP>
11. Organización Mundial de la Salud. “La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%”. Ginebra- suiza: [Internet]. 2014;31(1):131–6. Available from: <https://bit.ly/3LLjl2U>
12. Organización Panamericana de la Salud. La Salud Mental de la Niñez y la Adolescencia en América Latina y el Caribe. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. 2009;234–42. <https://bit.ly/39W6gXe>
13. Piazza M, Fiestas F. Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Rev Perú Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2014;31(1):30–38. Disponible en: <https://bit.ly/3Gmm2qD>
14. Salazar A, Reyes M, Plata S, Galvis P, Montalvo C, Sánchez E. Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurol Colomb*. [Internet]. 2015;31(2):176-183. Disponible en: <https://bit.ly/38mlhB8>
15. Alarcón RD, Tello-Rodríguez T, Vizcarra-Escobar D. Salud Mental en el adulto mayor: Trastornos Neurocognitivos Mayores, afectivos y del sueño. *Rev Perú Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2016;33(2):342–50. Disponible en: <https://bit.ly/3NyGC9m>
16. Alarcón RD. Salud Mental y Salud Pública en el Perú: ya es tiempo de actuar. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2015;78(1):1. Disponible en: <https://bit.ly/3sZO2uN>
17. Instituto Nacional de Salud Mental. Prevalencia de vida y de edad de inicio de trastornos psiquiátricos en el Perú Urbano: Estudio epidemiológico en ciudades de la Costa, Sierra y Selva del Perú. INS [Internet]. 2012. Acceso 01 de mayo de 2022. Disponible en: <https://bit.ly/3wQqdGI>
18. Tartaglino MF, Hermida PD, Ofman SD, Feldberg C. Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviado (GDS-VE): Análisis de su estructura interna en adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina. *Psicol. Conoc. Soc.* [Internet]. 2021;11(2):69-83. Disponible en: <https://bit.ly/3NCStDt>
19. Campo-Arias A, Cassiani Miranda CA. Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Rev. Colomb Psiquiatr*. 2008;37(4):598–613. Disponible en: <https://bit.ly/3M5AIQN>

20. Reyes-Ortiz CA, Moreno CH, Reyes LM, Jordán A. Diagnósticos más frecuentes en la consulta ambulatoria de geriatría del Hospital Universitario del Valle. Colombia Med. 2000;31(4):153–7. <https://bit.ly/3z7qhEZ>
21. Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. OPS. 2017;1–24. <https://bit.ly/3MMHAPv>
22. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el envejecimiento y salud. 2015. Ginebra. OMS;2015;27-142. Disponible en: <https://bit.ly/3sZm2Yb>
23. Kronfly E, Rivilla D, Ortega I, Martínez S, Villanueva L, Carrasco, et al. Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria. Elsevier Aten Primaria. 2017;47(10):616–25. Disponible en: <https://bit.ly/3wPZICo>
24. Pavón-León P, Gogeoche-Trejo M del C, Blázquez-Morales MSL, Sánchez-Solis A. Factores asociados con el consumo de alcohol y tabaco en adultos mayores. Rev Médica la Univ Veracruzana [Internet]. 2018;18(1):7–16. Disponible en: <https://bit.ly/3wS3Q59>
25. Palma-Ayllón E, Escarabajal-Arrieta MD. Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. Gerokomos. 2021;32(1):22–5. Disponible en: <https://bit.ly/3wVBSnT>
26. Alarcón RD, Baldeón Martínez P, Luna Muñoz C, Mendoza Cernaqué S, Correa López LE, Banegas DM, et al. Evaluación del instrumento PRIME-MD para el diagnóstico de enfermedades mentales en la atención primaria de salud en la Región Sanitaria Metropolitana, Tegucigalpa, 2002. Rev. méd. hondur 2003;71(2):70-77. Disponible en: <https://bit.ly/3GpQrnV>
27. Tejada PA, Jaramillo LE, Sánchez-Pedraza MSc, Sharma V. Revisión Crítica sobre los instrumentos para la evaluación psiquiátrica en atención primaria. Rev. Fac. Med. 2014;62(1):101-110. Disponible en: <https://bit.ly/3LPCYGT>
28. Baldeón-Martínez P, Luna-Muñoz C, Mendoza-Cernaqué S, Correa-López LE. Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2019;19(4):47-52. Disponible en: <https://bit.ly/3NFGRQk>
29. Vilchez-Cornejo J, Soriano-Moreno A, Saldaña-Cabanillas D, Acevedo-Villar TH, Bendezú-Saravia P, Ocampo-Portocarrero B, et al. Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú. 2017;34(4): 266-272. Disponible en: <https://bit.ly/3PEcsDA>

30. Organización Mundial de la Salud. Década del envejecimiento saludable en la Américas (2020–2030). Ginebra. OMS;2019. Disponible en: <https://bit.ly/3xbImiD>
31. Medina Huarcaya J, Mendoza Manrique M. El abandono familiar del adulto mayor del distrito de Viques- Huancayo [Internet]. 2015. Disponible en: <https://bit.ly/3z1E0Sh>
32. Saenz-Miguel S, Runzer-Colmenares F, Parodi J. Trastornos depresivos en adultos mayores de once comunidades altoandinas del Perú, 2013-2017. Acta méd. Peru. 2019;36(1):26-31. <https://bit.ly/3a1ZXl6>
33. Velásquez A. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. Rev. perú. med. exp. salud pública. 2009;26(2):222-231. Disponible en: <https://bit.ly/3NVV3ov>
34. Orellana CI, Orellana LM. Propiedades psicométricas de la Escala abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) en adultos salvadoreños. Teoría y Praxis. 2021;38(1):45-54. Disponible en: <https://bit.ly/3x0oZKx>
35. Gálvez M, Aravena C, Aranda H, Ávalos C, Lopez-Alegría F. Salud mental y calidad de vida en adultos mayores: revisión sistemática. Rev. Chil Neuro-Psiquiat. 2020;58(4):384-399. Disponible en: <https://bit.ly/3MWVTRM>
36. Runzer-Colmenares F, Castro G, Merino A, Torres-Mallma C, Díaz G, Perez C, et al. Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores Association between depression and functional dependence in elderly patients. Horiz Med [Internet]. 2017;17(3):50-77. Available from: <https://bit.ly/38Tks9J> Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Adulta Mayor. INEI [Internet]. 2021;4(4):1–51. Disponible en: <https://bit.ly/3lM3ExF>
37. Carbonell M, Díaz R, Marín AR. Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. 2016;15(1):177–92. Disponible en: <https://bit.ly/3wOOzBQ>
38. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. Sexta ed. México: Mc. Graw-Hill; 2014. <https://bit.ly/3yYt2bu>

Anexos

Anexo 01: Matriz de Consistencia

| Problemas | Objetivos | Hipotesis | Variables | Dimensiones | Indicadores | Método y diseño | Población y muestra | Técnicas e instrumentos | Análisis de datos | | | |
|---|--|--|--|---|---|---------------------------------------|--|-------------------------|--|--|---|-------------------------------------|
| Problema general: ¿Cuáles son los Factores asociados a Trastornos Mentales en Adultos Mayores de Centros de Atención Primaria de EsSalud y MINSa en Huancayo, 2019? | Objetivos general: Determinar los factores asociados a Trastornos Mentales en Adultos Mayores de Centros de Atención Primaria de EsSalud y MINSa en Huancayo. | Hipótesis General: H1: Existe asociación entre las características sociodemográficas y Trastornos Mentales en Adultos Mayores de Centros de Atención Primaria de EsSalud y MINSa en Huancayo, 2019. H0: No existe asociación entre las características sociodemográficas y Trastornos Mentales en Adultos Mayores de Centros de Atención Primaria de EsSalud y MINSa en Huancayo, 2019. | Características sociodemográficas y clínicas | Sexo | 1.Masculino 2. Femenino | Método general : Método científico | Todos los adultos mayores de 60 años, que acuden por cualquier motivo de consulta al servicio de Medicina General en los centros de atención primaria del MINSa y EsSalud localizados en el distrito de Huancayo, El Tambo y Chica, desde junio del 2019 hasta diciembre del 2019. | Técnica: encuesta | Se procesarán los datos a través del programa Microsoft Excel- Windows versión 2019, luego se realizará la tabulación de datos y el análisis estadístico se realizará en el software IBM SPS Statistics versión 21 | | | |
| | | | | Edad | 1. Mayores de 60 (años cumplidos a la fecha); quintiles de 5 años | | | | | Tipo de estudio: enfoque cuantitativo, de tipo transversal, analítico, prospectivo. | | |
| | | | | Estado civil | 1. Nunca tuvo pareja de convivencia 2. Con pareja actual, en convivencia 3. Viudo/a, divorciado/a, separado/a | | | | | | | |
| | | | | Convivencia en el hogar | 1. Solo 2. Acompañado | | | | | | | |
| | | | | Apoyo familiar | 1. Muy insatisfecho 2. Insatisfecho 3. Regular 4. Satisfecho 5. Muy satisfecho | | | | | | | |
| | | | | Nivel educativo | 1. Sin estudios o primaria 2. Estudios secundarios o superior | | | | | | | |
| | | | | Procedencia | 1. Urbano 2. Rural | | | | | | | |
| | | | | Actividad laboral actual | 1. Desempleado 2. Jubilado 3. Empleado | | | | | | Diseño de estudio: no experimental, correlacional, con diseño | |
| | | | | Autonomía | 1. Dependiente 2. Parcialmente dependiente 3. Independiente | | | | | | | Nivel del estudio: correlacional |
| | | | | Percepción de salud | 1. Muy mala 2. Mala 3. Regular 4. Buena 5. Excelente | | | | | | | |
| Enfermedad médica crónica | 1. Patología sistema nervioso 2. Patología cardiovascular 3. Patología respiratoria 4. Patología hepática 5. Patología osteoarticular 6. Patología digestiva 7. Neoplasias | El tamaño mínimo muestral es de 399 adultos mayores, basados en el "estado civil" versus "trastorno mental" donde los no casados representaron el 57% y los casados el 50%, se evaluó con una potencia mínima de 0,08 al con un nivel de confianza del 95%, calculado para esta muestra única en el programa Stata versión 11.1. | | | | | | | | | | |
| Hábitos nocivos | 1. Tabaco 2. Alcohol 3. Drogas 4. Coca | | | | | | | | | | | |
| Atención primaria | 1. Centros de Salud del MINSa 2. Centros de Atención Primaria EsSalud | | | | | | | | | | | |
| Trastornos Mentales | Diagnósticos psiquiátricos umbrales | | 1. Trastorno Depresivo Mayor 2. Distimia 3. Trastorno de Pánico 4. Trastorno Ansiedad Generalizada 5. Bulimia nerviosa | Se procesarán asociaciones univariantes se utilizará la prueba paramétrica del chi cuadrado, para variables dicotomas se empleará la prueba de chi cuadrado de Mantel-Haenzel, para las variables continuas se usará el coeficiente de Spearman y posteriormente el análisis de regresión logística, con todas las variables ajustadas, donde un valor $p < 0,05$ será considerado significativo. | | | | | | | | |
| | Diagnósticos psiquiátricos subumbrales | | 1. Trastorno Ansioso Inespecífico 2. Trastorno del Apetito Inespecífico 3. Trastorno Somatomorfo Inespecífico 4. Trastorno Depresivo Menor 5. Dependencia o Abuso de Alcohol | | | | | | | | | |
| | Depresión | | 1. De 0 a 5 puntos: Normal 2. De 6 a 9 puntos: Depresión probable. 3. Más de 9 puntos: Depresión establecida | | | | | | | | | |
| | Ansiedad | | 1. Una respuesta positiva de los primeros 4 ítems: probable trastorno 2. Más de 2 puntos: ansiedad establecida | | | | | | | | | |
| | Deterioro cognitivo | | 1. De 0 a 2 respuestas incorrectas: normal 2. De 3 a 4 respuestas incorrectas: deterioro leve 3. De 5 a 7 respuestas incorrectas: deterioro moderado 4. De 8 a 10 respuestas incorrectas: deterioro grave | | | | | | | | | |

Anexo 02: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) participante, el propósito de esta ficha de consentimiento es proveer una clara explicación del cuestionario.

La presente investigación es conducida por Cristóbal Sosa Trilce Lourdes y Malpartida Colqui Gaby Fiorela, estudiantes de la Escuela Académico Profesional Medicina Humana de la Universidad Continental. El objetivo de este estudio es: Determinar factores asociados a Trastornos Mentales en adultos mayores en las salas de espera de los centros de atención primaria 2019. Si usted accede a participar en este estudio, se realizará una encuesta dirigida por las investigadoras. La participación es voluntaria, y la información obtenida será confidencial. Sus respuestas serán anónimas.

Desde ya se le agradece su participación.

ACEPTO PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE EN ESTE ESTUDIO, HE SIDO INFORMADO SOBRE EL OBJETIVO DEL ESTUDIO, RECONOZCO QUE LA INFORMACIÓN SERÁ CONFIDENCIAL, Y NO SERÁ USADA PARA NINGÚN OTRO PROPÓSITO FUERA DE LOS DE ESTE ESTUDIO SIN MI CONSENTIMIENTO.

Fecha:

Firma:

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

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

| SUB ESCALA DE ANSIEDAD DE GOLDBERG. | SI | NO |
|--|-----------|-----------|
| 1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? | | |
| 2. ¿Ha estado muy preocupado por algo? | | |
| 3. ¿Se ha sentido muy irritable? | | |
| 4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? | | |
| <i>(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar)</i> | | |
| 5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? | | |
| 6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca? | | |
| 7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos) | | |
| 8. ¿Ha estado preocupado por su salud? | | |
| 9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido? | | |

Anexo 03: Validación del Instrumento

| VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO: "ENCUESTA FACTORES ASOCIADOS A TRASTORNOS MENTALES EN ADULTOS MAYORES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL DISTRITO DE HUANCAYO, 2019" | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Ítem | Jurado 1 | Jurado 2 | Jurado 3 | Jurado 4 |
| Tit_Res_Pal | 10 | 10 | 8 | 10 |
| Intro_Obj | 10 | 10 | 8 | 10 |
| Marc_teoric | 10 | 10 | 8 | 8 |
| Diseño | 6 | 10 | 6 | 6 |
| Población | 8 | 10 | 10 | 10 |
| VARIABLES | 10 | 8 | 8 | 10 |
| Plan_Analis | 10 | 10 | 10 | 10 |
| Et_Cron_Pres | 10 | 10 | 10 | 10 |
| Referencias | 10 | 10 | 8 | 10 |
| Estilo_Redac | 10 | 10 | 8 | 10 |
| Apellidos y Nombres | Barzola Tomas Wilberth tomas | Mendoza Gutarra Esteban Carlos | Lauli Jorge Josel Luis | Vilcarano Bendezú David |
| Lugar de trabajo | Hospital Regional Ramiro Prialé Prialé | Hospital Regional Docente Médico Quirúrgica Daniel Alcides Carrión | Hospital regional ramiro Prialé Prialé | Hospital Arzobispo Loayza |
| Especialidad | Psiquiatra | Geriatra | Psicologo especialista en terapia cognitiva y conductual | Residente de Hematología |
| Años de especialista | 4 | 15 | 1 | Premios en trabajos de investigación. |
| Años de docente | 3 | 10 | 2 | 0 |
| observaciones: | Jurado 1: Reajuste de escala de ansiedad a versión corta | Jurado 2: Implementar la escala de valoración cognitiva. | Jurado 3: Agregar evaluación de factores y clima familiares. | Jurado 4: Marco teórico más detallado de todos los trastornos. |

Anexo 04: Permiso institucional 01



"Ministerio de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"

CARTA N° 77-LICID-GRAL-ESSALUD-2018

Huancayo, 21 de Enero del 2018

Señor:
DOCTOR OSCAR PANTOJA RIVERA
Director del Policlínico Metropolitano Huancayo
ESSALUD



CIUDAD:

ASUNTO : BRINDAR FACILIDADES A LAS ESTUDIANTES CRISTOBAL SOSA TRILCE LOURDES Y MALPARTIDA COLOLI GABY FIORELA, DE LA UNIVERSIDAD CONTINENTAL

De mi especial consideración:

Por la presente me dirijo a usted para saludarle muy cordialmente a nombre de la Unidad de Capacitación Investigación y Docencia de la Red Asistencial Junín y al mismo tiempo presentarle a las estudiantes, CRISTOBAL SOSA TRILCE LOURDES Y MALPARTIDA COLOLI GABY FIORELA, de la Universidad Continental de la Facultad de Medicina, que ha sido aprobado su trabajo de Investigación titulado: "FACTORES ASOCIADOS A TRASTORNOS MENTALES EN ADULTOS MAYORES DE ATENCION PRIMARIA EN HUANCAYO 2018". Las ENCUESTAS se realizarán en la Sala de Espera, por lo que solicito se le brinde las facilidades de acuerdo a normas. A partir del 21 de Enero al 30 de Abril del 2018 de lunes a viernes de 8.00 a.m. a 12.00 p.m.

Cabe señalar que los materiales que utilicen corran a cargo de las interesadas.

Sin otro particular me suscribo de usted,

Atentamente,



ICOMIS
C.O.
Archivo
NIT: 1302-2018-8933

www.esalud.gob.pe

Ave. Independencia 198
E. Surcillo Huancayo
Junín Perú
T: (024) 21-4000

Anexo 05: C Permiso institucional 02



"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"

CARTA N° 78-LICID-GRAJ-ESSALUD.2019

Huancayo, 21 de Enero del 2019

Señor:
DOCTOR LUIS TELLO DAVILA
Director del CAP III Mantaro
EsSALUD



CIUDAD:-

ASUNTO : BRINDAR FACILIDADES A LAS ESTUDIANTES CRISTOBAL SOSA TRILCE LOURDES Y MALPARTIDA COLOQUI GABY FIORELA DE LA UNIVERSIDAD CONTINENTAL

De mi especial consideración:

Por la presente me dirijo a usted para saludarle muy cordialmente a nombre de la Unidad de Capacitación Investigación y Docencia de la Red Asistencial Junín y al mismo tiempo presentarle a las estudiantes, CRISTOBAL SOSA, TRILCE LOURDES Y MALPARTIDA COLOQUI GABY FIORELA, de la Universidad Continental de la Facultad de Medicina, que ha sido aprobado su trabajo de investigación titulado: "FACTORES ASOCIADOS A TRASTORNOS MENTALES EN ADULTOS MAYORES DE ATENCION PRIMARIA EN HUANCAYO, 2018". Las ENCUESTAS se realizarán en la Sala de Espera, por lo que solicito se le brinde las facilidades de acuerdo a normas. A partir del 21 de Enero al 30 de Abril del 2019 de lunes a viernes de 8.00 a.m. A. 12.00 p.m.

Cabe señalar que los materiales que utilicen corren a cargo de las interesadas.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

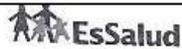

MSc. FABRICE CASIMIRO SANCHEZ
Jefe de la Unidad de Capacitación,
Investigación y Docencia
RED ASISTENCIAL JUNIN
EsSalud

CC: Mx.
C.c.
Archivo
NT: 1302-2018-8333

www.essalud.gob.pe

Av. Independencia 289
El Tiro Huancayo
Junín-Perú
T: (064) 242399

Anexo 06: Permiso institucional 03



"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"

CARTA N° 79 -UCID-GRAJ-ESSALUD-2019

Huancayo, 21 de Enero del 2019

Señor:
DOCTOR LUIS TELLO DAVILA
Director del CAP II Chilca
EsSALUD

CIUDAD.-

ASUNTO : BRINDAR FACILIDADES A LAS ESTUDIANTES CRISTOBAL SOSA
TRILCE LOURDES Y MALPARTIDA COLQUI GABY FIORELA DE LA
UNIVERSIDAD CONTINENTAL

De mi especial consideración:

Por la presente me dirijo a usted para saludarle muy cordialmente a nombre de la Unidad de Capacitación Investigación y Docencia de la Red Asistencial Junín y al mismo tiempo presentarle a las estudiantes, CRISTOBAL SOSA, TRILCE LOURDES Y MALPARTIDA COLQUI GABY FIORELA, de la Universidad Continental de la Facultad de Medicina, que ha sido aprobado su trabajo de Investigación titulado : "FACTORES ASOCIADOS A TRASTORNOS MENTALES EN ADULTOS MAYORES DE ATENCION PRIMARIA EN HUANCAYO, 2018". Las ENCUESTAS se realizarán en la Sala de Espera, por lo que solicito se le brinde las facilidades de acuerdo a normas. A partir del 21 de Enero al 30 de Abril del 2019 de lunes a viernes de 8.00 a.m. A 12.00 p.m.

Cabe señalar que los materiales que utilicen corren a cargo de las interesadas.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,


MC. ISABEL E. CAMARGO CAMPOS
Jefa (a) Unidad de Capacitación,
Investigación y Docencia
RED ASISTENCIAL JUNIN


ICC/Mrs.
C.c.
Archivo
NIT: 1302-2018-8333

*Dirigido
CAP II Chilca
22/01/19
8:49m*

www.essalud.gob.pe

Av. Independencia 296
El Tambo Huancayo
Junin Peru
T: (064) 248365

Anexo 07: Comité de ética de Universidad Continental



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Huancayo, 18 de febrero del 2022

Carta No. 014-2022-WSCG/EC

Investigadores:
Cristóbal Sosa Trillo Lourdes
Malpartida Colqui Gaby

CUIDAD:-

ASENTO : DECISIÓN SOBRE INVESTIGACIÓN

La presente es para saludarlos cordialmente y a su vez hacer de su conocimiento que, el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Continental (CIE-UC), tiene como función, conforme a su Reglamento aprobado mediante Resolución Rectoral N°1426-2019, evaluar los aspectos metodológicos, éticos y legales de los **PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**. Motivo por el cual, el pleno del CIE-UC, se abstiene de realizar una revisión, y por ende, una aprobación de vuestra investigación.

Sin embargo, se sugiere a los investigadores que continúen con el trámite administrativo para la sustentación de su estudio y próxima titulación, en coordinación con las áreas que correspondan.

Atentamente,



Walter Córdova
Presidente del Comité de Ética
Investigación Continental

Anexo 08: Permiso de ejecución de investigación

 **Universidad Continental**

CARGO

"AÑO DEL DIXENEDU" ES LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DEL DESARROLLO Y LA INNOVACION TECNOLÓGICA NACIONAL"

Huancaayo, 20 de Agosto del 2018

Carta Nro.036-2018-DEAP/MH/UC.

Srta.
LOURDES TRILCE CRISTOBAL SOSA
GABY FIORELA MALPARTIDA COLQUI
Estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

Presente. -

Asunto: Aprobación de plan de investigación con fines de ejecución.

De mi mayor consideración:

Me dirijo a ustedes para comunicarles lo siguiente:

Considerando,

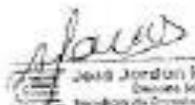
Que, el plan de investigación denominado "FACTORES ASOCIADOS A TRASTORNOS MENTALES EN ADULTOS MAYORES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN HUANCAYO, 2018", presentado a este despacho, tiene el planteamiento, metodologías y análisis estadístico adecuados, enmarcándose dentro de los lineamientos de la Asignatura de Tesis I correspondiente al Plan de estudios de la Escuela profesional de Medicina Humana,

Y, habiendo sido revisado se encuentra APROBADO para efectos de ejecución y de cumplimiento de requisitos de aprobación de la asignatura de Tesis I.

En tal sentido, y para efectos de poder realizar la ejecución de la investigación será necesario contar con la asistencia y supervisión del docente de la asignatura, a fin de dar cumplimiento al enfoque establecido en el sílabo correspondiente.

Sin otro particular me suscribo de ustedes.

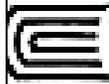
Cordialmente,


Jessa Jordan Marquez
Docente SP
Escuela Profesional de Medicina Humana

| | |
|--|---|
| Lima J. Junín 355, Miraflores 001 20 2140 | Áncash Calle Atarzo, Iguaque 07 - Yanahuara 043 49 003 |
| Huancaayo Av. San Carlos 960 054 401 000 | Cajeta Calle Miguel Pedro 8 11 054 460 070 |

continental.edu.pe

Anexo 09: Permiso de ejecución de investigación



**Universidad
Continental**

"AÑO DEL DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DEL DERECHO Y LA RECONSTRUCCIÓN NACIONAL"

Huancayo, 20 de agosto del 2018

Carta Nro.027-2018-DECS- LIC

**DOCTORA:
ISABEL CAMARGO CAMPOS
JEFA DE LA UNIDAD DE CAPACITACIÓN- DOCENCIA E INVESTIGACIÓN- ESSAUID.**

Presente.

De mi mayor consideración:

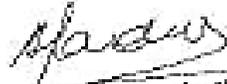
Es grato dirigirme a Ud. con la finalidad de hacerle llegar el cordial saludo de la Escuela Académico profesional de Medicina Humana de la Universidad Continental y a la vez solicitar a su despacho la autorización y facilidades para que nuestros estudiantes puedan ejecutar el plan de investigación titulado "FACTORES ASOCIADOS A TRASTORNOS MENTALES EN ADULTOS MAYORES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN HUANCAYO - 2018".

Así mismo se presenta a los estudiantes:

| N° | APELLIDOS Y NOMBRES | DNI |
|----|-----------------------------------|----------|
| 1 | CRISTOBAL ROSA TRILCE LOAYDES | 46152653 |
| 2 | ISABEL MARTHA DOLORES CABY TOROLA | 46324825 |

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente.


José Jordan Morales
Docente
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Continental

Lima
Av. Juan 125, Miraflores
151202160

Arequipa
Calle Alvarado Ugarte 603 - Torre Sur
24140120

Huancayo
Av. San Carlos 1000
141001501

Cusco
Calle Manuel Ugarte 3-8
241001000

cont@med.edu.pe