

“UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN”
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
CARRERA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**AISLAMIENTO SOCIAL, SITUACIÓN SOCIAL Y ACTIVIDAD FÍSICA
RELACIONADOS A LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
DEL CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES, HUÁNUCO – 2022**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CIENCIAS DE LA SALUD
TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

TESISTAS:

**HUERTO FLORES, ERIKA LIZ
VALERO CARRASCO, MARICIELO THALIA**

ASESOR:

MENA PARCO, JUAN

HUÁNUCO – PERÚ

2024

DEDICATORIA

A Maria Carrasco Colonio, mujer aguerrida, por brindarme su apoyo incondicional a pesar de las adversidades

A Hermenegilda Flores Pasquel, mi madre, quien dedicó su vida a cuidar de sus hijos, a cuidar de mí, por siempre darme aliento y acompañarme en mis noches de estudio para no rendirme.

A Eugenio Huerto Ríos, ejemplo de fortaleza y cambio; mi mayor motivo para culminar la carrera, quien me dio su apoyo y la fuerza necesaria para continuar, me inculcó valores, mi amigo y padre, que a pesar de mis errores me amó hasta el último momento y ahora me cuida desde el cielo. Gracias por dejarme la mejor enseñanza “nunca rendirme”.

AGRADECIMIENTO

A Dios, quien siempre nos sostuvo y reconfortó nuestros corazones.

A nuestra familia, por brindarnos el apoyo incondicional día a día.

Al doctor Juan Mena Parco, siempre dispuesto a ayudarnos, por brindarnos sus conocimientos y experiencia para culminar este estudio de investigación.

A todos los adultos mayores que fueron partícipes de esta investigación, por brindarnos su tiempo y a la vez una sonrisa.

RESÚMEN

Objetivo. Determinar la relación entre el aislamiento social, la situación social y la actividad física con la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022. **Materiales y métodos.** Estudio analítico, retrospectivo, correlacional y a la vez transversal. La muestra estuvo conformada por 122 adultos mayores. El muestreo fue de tipo probabilístico, aleatoria simple. Los participantes del estudio fueron pacientes adultos con más de 60 años registrados en el área de enfermedades crónicas no transmisibles de la institución. Se excluyeron pacientes con limitación en la comunicación y deterioro cognitivo moderado o severo. Las variables independientes de estudio fueron Aislamiento social, Situación social, Actividad física y la variable dependiente fue Depresión, las que fueron evaluadas mediante una entrevista con una duración de 15 a 20 min. Se utilizó una ficha validada por 5 expertos. Se efectuó un estudio descriptivo de las variables de naturaleza cualitativa, las que fueron representadas en graficas de barras, mientras que la variable cuantitativa, actividad física fue representada mediante histograma. Se llevó a cabo un análisis inferencial utilizando la prueba de Chi cuadrado para examinar las variables cualitativas y la prueba T de Student se aplicó para explorar la relación entre la variable dependiente y la variable cuantitativa, específicamente la actividad física. **Resultados.** La edad media se situó en 71.27 años + 7.65. De la totalidad de pacientes, un 63.9% eran mujeres, mientras que únicamente un 35.2% se encontraban casados. En cuanto a la depresión, el 92.6% de los pacientes mostraron síntomas depresivos. También se examinó la correlación entre la presencia de depresión y varios factores como el acatamiento del aislamiento, la situación social y el grado de actividad física. No se observó una significancia estadística en la mayoría de estos casos, salvo en lo que respecta a la situación social. **Conclusiones.** Con la muestra obtenida en este estudio, no se encontró significancia estadística entre la variable depresión con las variables aislamiento social y la actividad física, a excepción de la relación con la variable situación social ($p=0.0004$), la cual abarca aspectos como las condiciones familiares, económicas, de vivienda, las interacciones sociales, y el soporte de la red social de los pacientes, destacando que el 93.39% de los adultos mayores con una condición social en riesgo manifestaron depresión.

Palabras clave: Aislamiento social, adultos mayores, actividad física, COVID- 19.

ABSTRACT

Objective. To determine the relationship between social isolation, social situation and physical activity with depression in elderly patients of the “Aparicio Pomares” Health Center - Huánuco, 2022. **Materials and methods.** Analytical, retrospective, correlational and at the same time transversal study. The sample was made up of 122 older adults. The sampling was probabilistic, simple random. The study participants were adult patients over 60 years of age registered in the institution's chronic non-communicable diseases area. Patients with communication limitations and moderate or severe cognitive impairment will be excluded. The independent variables of the study were Social isolation, Social situation, Physical activity and the dependent variable was Depression, which were evaluated through an interview lasting 15 to 20 minutes. A form validated by 5 experts was used. A descriptive study was carried out on the qualitative variables, which were represented in bar graphs, while the quantitative variable, physical activity, was represented by histogram. An inferential analysis was carried out using the Chi square test to examine the qualitative variables and the Student's T test was applied to explore the relationship between the dependent variable and the quantitative variable, specifically physical activity. **Results.** The average age was 71.27 years + 7.65. Of all patients, 63.9% were women, while only 35.2% were married. Regarding depression, 92.6% of patients showed depressive symptoms. The correlation between the presence of depression and various factors such as compliance with isolation, social situation and level of physical activity was also examined. No statistical significance was observed in the majority of these cases, except with regard to social situation. **Conclusions:** With the sample obtained in this study, no statistical significance was found between the depression variable with the variables social isolation and physical activity, except for the relationship with the social situation variable ($p=0.0004$), which covers aspects such as the conditions family, economic, housing, social interactions, and the support of the patients' social network, highlighting that 93.39% of older adults with a social condition at risk expressed depression.

Keywords: Social isolation, Older adults, Physical activity, COVID-19.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
RESÚMEN.....	iii
ABSTRACT.....	iv
ÍNDICE.....	v
INTRODUCCION.....	7
CAPÍTULO I.....	9
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	9
1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	9
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	11
1.2.1. Problema principal.....	11
1.2.2. Problemas específicos.....	11
1.3. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS.....	11
1.3.1. Objetivo general.....	11
1.3.2. Objetivos específicos.....	11
1.4. Justificación.....	12
1.5. LIMITACIONES.....	12
1.6. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS GENERAL Y ESPECÍFICA.....	13
1.6.1. Hipótesis general.....	13
1.6.2. Hipótesis específicas.....	13
1.7. VARIABLES.....	13
1.7.1. Variable dependiente.....	13
1.7.3. Variables intervinientes.....	14
1.8. DEFINICIÓN TEÓRICA Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	14
CAPÍTULO II.....	23
MARCO TEÓRICO.....	23
2.1. ANTECEDENTES.....	23
2.1.1. Nivel internacional.....	23
2.1.2. Nivel Nacional.....	24

2.2. BASES TEÓRICAS.....	28
2.2.1 Depresión.....	28
2.2.3. Situación social.....	34
2.2.4. Actividad física.....	40
CAPÍTULO III	45
METODOLOGÍA.....	45
3.1 ÁMBITO	45
3.2 POBLACIÓN.....	45
3.2.1. Población diana:	45
3.2.2 Población accesible:	45
3.2.3. Población elegible	45
3.2.3.1. Criterios de inclusión.....	45
3.2.3.2. Criterios de exclusión	45
3.3. MUESTRA	45
3.4. TIPO DE ESTUDIO	46
3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	46
3.6. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	46
3.7. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.....	48
3.8. PROCESAMIENTO	49
3.9. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	49
3.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS	50
CAPÍTULO IV	52
RESULTADOS	52
CAPÍTULO V	56
DISCUSIÓN.....	56
CONCLUSIONES.....	60
RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
NOTA BIOGRÁFICA.....	78
ANEXOS.....	79

INTRODUCCION

Múltiples estudios demuestran los efectos en salud mental generados por esta nueva pandemia tales como la ansiedad y depresión; trastorno de estrés postraumático y trastornos del sueño por lo que se propone su clasificación como una “pandemia psicológica”(1). ““Se detectaron incrementos en la frecuencia de la depresión, pasando del 30,5% al rango del 31-36%, y en los trastornos de ansiedad, que aumentaron del 22,4% al rango del 30-35%”(2). El encierro para reducir la propagación, las dificultades económicas y el miedo al contagio, producen en la persona sentimientos de tristeza, paranoia, ira, miedo, depresión, ansiedad y somatización(3). Adicionalmente, la muerte de un familiar o amigo, e incluso la misma enfermedad y el impacto económico son consideradas otras de las variables que intensifican los impactos de la pandemia en la salud emocional(1). Uno de los grupos de edad más vulnerables de la sociedad, los adultos mayores, son pieza clave del desarrollo de la misma.

Cualquier evento de resultados negativos los afecta, claro está; pero lo que ha acontecido estos últimos años sobrepasó todos los niveles en la historia humana debido a que, como es sabido, han sido afectados por la pandemia de COVID-19, lo que ha provocado un significativo impacto adverso en el bienestar de las personas mayores (AM) tanto en corto como en largo plazo. Por otro lado, sumado al efecto orgánico de la enfermedad, el distanciamiento social aumentó el riesgo de aislamiento social y soledad, asociados negativamente a depresión, ansiedad, deterioro cognitivo y mortalidad(4). Con la llegada del coronavirus COVID-19 al Perú se establecieron medidas de cuarenta y distanciamiento social establecidas por el gobierno, los cuales fueron cumplidas, teniendo su consecuente impacto en la salud mental. Entre los efectos descritos, se señala la depresión, ansiedad e insomnio(5,6). Si bien es posible que muchos adultos mayores se hayan adaptado con éxito a las restricciones de la vida social, algunos adultos mayores pueden no haberse adaptado a las mismas(7).

Además, la desigualdad social en una comunidad se identifica como uno de los factores clave que contribuyen a la depresión en las personas mayores(8). La fuerte asociación entre una situación social desfavorecida y una mayor incidencia de depresión en adultos mayores podría estar vinculada al nivel educativo de la comunidad, resultados de estudios revisados demuestran dicha relación como lo manifiesta Galán Arroyo Et al. “Generalmente, la mayoría de los pacientes tienen niveles educativos bajos: primaria o sin estudios; esto está en línea con el estudio noruego, que indicó que una alta proporción

de los usuarios del programa HEPA tenían un bajo nivel educativo y bajos ingresos”(9). El factor social también tiene un rol muy importante tanto en la disminución y aumento de la prevalencia de la depresión. Del mismo modo suceden aquellos que viven en entornos expuestos a condiciones deterioradas social y ambientalmente(10). Cuando se trata de actividad física, las investigaciones muestran que la actividad física regular mejora la ansiedad y depresión en las personas mayores(11). De hecho, existe un vínculo entre la baja actividad física y la manifestación de síntomas depresivos y de ansiedad en personas de la tercera edad(9). Han sido reportados escasos estudios posteriores a la pandemia y en relación a la misma. Es ahora reconocido que los adultos mayores lamentablemente son quienes tienen el mayor riesgo de contagio por COVID-19 además que son muy susceptibles a enfermedades crónicas que han sido relacionadas con la inactividad física, por lo tanto, se presume que una mayor actividad física y un menor tiempo sedentario sean vitales para la salud de este grupo etario(12). También hemos de tomar en cuenta que hubo grupos poblacionales donde no se ha encontrado una relación significativa entre la ausencia de ejercicio físico regular y los síntomas emocionales, al contrario de lo esperado(13).

Como parte de la respuesta a la depresión, la OMS propone un programa para mejorar la deficiencia en la salud mental. El propósito de dicho programa es extender los servicios para quienes padecen trastornos de salud mental, neurológicos y de abuso de sustancias brindando asistencia a profesionales de la salud que pueden no ser expertos en salud mental pero que tienen las habilidades necesarias para brindar servicios.(10). Es un hecho que, en la sociedad, la depresión siempre ha estado ligado a la población de adultos mayores, debido a sus poco atendidas necesidades emocionales, socio-económicas y de salud. Desde la aparición de la nueva enfermedad COVID-19 estos problemas se han reagudizado, incrementando los niveles de incidencia de depresión asociados a el aislamiento social, situación social y actividad física. Con este estudio esperamos encontrar evidencia de esta asociación de factores en nuestra región, tomando como población a los pacientes adultos mayores en el Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud Aparicio Pomares. El objetivo general de este estudio es determinar la relación entre el aislamiento social, la situación social y la actividad física con la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del problema de investigación

El grupo etario más vulnerables de la sociedad, los adultos mayores, son pieza clave del desarrollo de la misma como predecesores de toda fuente de experiencia. Somos conscientes también que en un futuro representarían un gran porcentaje de los habitantes de las sociedades subdesarrolladas como las nuestras y del que seguramente hemos de formar parte en algún momento. Por lo que desde ahora se busca a través de los estudios diversos cimentar la base de las probables políticas en beneficio de este grupo.

El aislamiento social en la crisis por COVID-19 respalda la naturaleza de las alteraciones psicológicas en la sociedad, que incluyen depresión, ansiedad y estrés. Esto como consecuencia de las políticas de aislamiento implementadas durante la pandemia. Esto se explica por la idea de que una persona tiene una relación social basada en las relaciones con sus pares. Además, sabemos que la salud mental está íntimamente ligada con la vida de las personas en situación de aislamiento(14). Las personas mayores constituyen una de las personas más vulnerables y aisladas que enfrentan el aislamiento en tiempos de aislamiento social, ya que en este grupo se reducen las redes sociales y el trabajo social(15).

Se observó un aumento de ocho a diez veces en la prevalencia de la depresión durante la pandemia comparando con estadísticas previas a la pandemia, siendo la depresión la variable con más porcentaje. Claro está que existe un impacto perjudicial del aislamiento social en la salud psicológica(2). La pandemia representa una amenaza para la población de edad avanzada debido a que existe diversos riesgos relacionados con la depresión que acrecentan su presencia, los cuales están incluidos en el concepto de la situación social(16). Las políticas de salud pública optaron por cierre de viviendas y lugares de reunión social teniendo un impacto negativo en la población geriátrica(16). El encierro, el impacto económico y el miedo al contagio, producen en la persona sentimientos de tristeza, depresión y ansiedad(3). Adicionalmente, el fallecimiento de un pariente o cercano, la misma enfermedad, el vivir solo son consideradas otras de las variables que aumentan los síntomas depresivos(1,16).

Las reglas restrictivas en la pandemia involucraron a toda la población poniendo mayor énfasis en las personas de la tercera década y en aquellos sujetos con condiciones médicas

preexistentes(17). Cabe mencionar que la desconexión social determina un riesgo de depresión y ansiedad en ancianos, emergiendo como un elemento de riesgo para la aparición de demencia(18). Si bien es posible que muchos adultos mayores se hayan adaptado con éxito a las restricciones de la vida social, algunos adultos mayores pueden no haberse adaptado a las mismas(19).

Además, la disparidad social se erige como uno de los factores principales que aumentan la depresión en la población geriátrica(20). Cuando hablamos de desigualdad nos referimos a la diferencia de ingresos económicos entre los estratos de la sociedad. Se encontró en ciertas fuentes internacionales una alta probabilidad de una asociación negativa entre la incidencia de depresión y la situación económica de este grupo etario en estudio(21). Al considerar repercusión de la reciente pandemia de COVID-19, esta situación se vuelve aún más preocupante, ya que se ha observado que las pérdidas financieras incrementan notablemente la angustia emocional en este sector de la población, que es especialmente vulnerable a las repercusiones económicas(22). Mientras que en la población adulta mayor peruana, se demostró que la pobreza estaba asociada al desarrollo de depresión(23), sin embargo en otro estudio realizado en Cuba, los hallazgos indicaron que las fuentes de ingresos de las personas mayores podrían tener un impacto, pero no necesariamente ser el factor determinante de su bienestar, ya que en este grupo de edad existen otras necesidades que también son importantes"(24).

Las reglas dictaminadas para el confinamiento, las mismas que fueron implementadas para contener la propagación del COVID-19, pueden inducir a las personas a adoptar hábitos de vida poco saludables, lo que repercute negativamente en su bienestar psicológico. Durante la pandemia, se observó una reducción en la actividad física, un aumento en los estilos de vida sedentarios y un incremento en el tiempo de inactividad, lo cual tuvo un efecto desfavorable en la salud de los individuos de edad avanzada(7). La falta de actividad física entre las personas mayores se ha asociado con una mayor prevalencia de depresión. Se ha evidenciado que la actividad física actúa como un factor protector contra la depresión en este grupo demográfico."(13). Igualmente, se ha comprobado que los ancianos que mantienen una rutina de actividad física presentan índices reducidos de depresión y experimentan una mejora en su calidad de vida(25). Adicionalmente, en aquellos estudios centrados en el estado sedentario en pacientes con depresión han demostrado que los adultos con depresión mostraban una baja actividad física y una tendencia a adoptar comportamientos sedentarios en gran medida"(26).

Es cierto que la depresión en la sociedad siempre ha estado asociada a la población anciana cuyas necesidades emocionales, económicas y de salud no están adecuadamente cubiertas. Desde el inicio de la pandemia de COVID-19, estos problemas han empeorado, aumentando las tasas de depresión relacionadas con el aislamiento social, relaciones sociales y la inactividad física. Por lo antes expuesto el presente estudio busca encontrar evidencia de la asociación de factores como aislamiento social, situación y actividad física con la variable depresión en los pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares de nuestra región.

1.2. Formulación del problema de investigación

1.2.1. Problema principal

¿Aislamiento social, situación social y actividad física están relacionados a la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Aislamiento social está relacionado a la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022?
- ¿La Situación social está relacionado a la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022?
- ¿La actividad física relacionado a la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022?

1.3. Formulación de Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el aislamiento social, la situación social y la actividad física con la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022.

1.3.2. Objetivos específicos

- Evaluar la relación entre el aislamiento social y la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022.
- Estimar la relación entre la situación social y la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022.
- Evaluar la relación entre la actividad física y la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022.

1.4. Justificación

1.4.1. Justificación académica:

Este estudio fue un trabajo necesario e interesante y nació por necesidad de encontrar información que relacione la depresión con los factores que son considerados posibles causantes de este problema de salud ya que los estudios de este nivel analítico correlacional realizados a nivel local son escasos o se limitan a un nivel descriptivo de prevalencia, además en nuestra región hay poca atención y conocimiento sobre este problema, por lo que este estudio espera cubrir parte de la información con fines educativos.

1.4.2. Justificación social:

La salud mental es un tema postergado cuando se pone en discusión la importancia de las patologías a tratar en adultos mayores de nuestro país. Sin embargo, tras la pandemia COVID-19 los problemas de salud mental en esta población vulnerable y cada vez más numerosa viene acrecentándose, por lo que este estudio busca resaltar los posibles causantes de este problema mental y ser fuente de información para futuros programas de implementación de políticas de salud en beneficio de la población adulta mayor.

1.4.3. Justificación técnica:

Los resultados de este estudio permitirán a quien esté interesado en implementar algún programa o alguna intervención dirigidos a reducir o incrementar los factores relacionados a este problema de salud.

1.5. Limitaciones

- Ante la búsqueda exhaustiva, se hallaron escasos estudios regionales o locales que involucren las variables planeadas en este estudio, lo que no sucedió con hallazgos nacionales e internacionales.
- El tiempo por parte de las investigadoras fue limitado por lo que fue un obstáculo sumado a la distancia que implicaba recorrer para encontrar a cada sujeto de investigación. Además, el área geográfica de difícil acceso, la falta de transporte a esas áreas fueron limitaciones en el proceso de investigación.

1.6. Formulación de hipótesis general y específica

1.6.1. Hipótesis general

- **Hipótesis alternativa**

Hi: Aislamiento social, situación social y actividad física están relacionados a la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022.

- **Hipótesis nula**

Ho: Aislamiento social, situación social y actividad física no están relacionados a la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022.

1.6.2. Hipótesis específica

1. **Hi:** Aislamiento social están relacionados a la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022.

Ho: Aislamiento social no están relacionados a la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022.

2. **Hi:** La situación social está relacionado a la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022.

Ho: La situación social no está relacionado a la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022.

3. **Hi:** La actividad física está relacionada a la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022.

Ho: La actividad física no está relacionada a la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022.

1.7. Variables

1.7.1. Variable dependiente

- **Depresión:** Respuestas emitidas en la encuesta estructurada en base al modelo de la escala de Depresión Geriátrica YESAVAGE.

1.7.2. Variables independientes

- **Aislamiento social:** Respuestas emitidas en la encuesta estructurada sobre conocimiento básico acerca del cumplimiento del aislamiento social.

- **Situación social:** Respuestas emitidas en la encuesta estructurada en base al modelo de la escala de Valoración Sociofamiliar de GIJÓN.
- **Actividad física:** Respuestas emitidas en la encuesta estructurada en base al modelo de la escala Internacional de Actividad física (IPAQ)

1.7.3. Variables intervinientes

- Edad
- Sexo
- Estado civil

1.8. Definición teórica y operacionalización de variables

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS	INDICADOR	FUENTE	TÉCNICA
VARIABLES DEPENDIENTE									
DEPRESIÓN	Estado emocional continuo de tristeza y falta de interés en las actividades que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para realizar actividades diarias durante al menos dos semanas.	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción con la vida • Actividades y pasatiempo • Estado de ánimo • Fallas de cognición • Situación socioeconómica 	Se considera al valor obtenido en la Escala de depresión Geriátrica de YESAVAGE.	Cualitativo dicotómico	Nominal	Presente Ausente	-No está satisfecho con la vida - Sentirse triste -Sentirse inútil -Malos pensamientos -Dificultad para recordar	Escala de Depresión Geriátrica de YESAVAGE	Entrevista
VARIABLES INDEPENDIENTES									

 AISLAMIENTO SOCIAL 	Situación de aislamiento en el hogar debido a la pandemia por COVID-19.		Cumplimiento total (no salir para nada) Cumplimiento parcial (salir solo a actividades esenciales) Cumplimiento imparcial (salir a actividades no esenciales) Incumplimiento	Cualitativo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento total • Cumplimiento parcial • Cumplimiento imparcial • Incumplimiento 	Aislamiento social	Cuestionario elaborado	Entrevista
 SITUACIÓN 	Son condiciones o condiciones	Situación familiar	Se trata de personas unidas por relaciones como la consanguinidad, la sangre, el matrimonio o la adopción. Esa gente tiene un techo.	Cualitativa	Ordinal		<ol style="list-style-type: none"> 1. Vive con familia sin dependencia física/psíquica. 2. Vive con cónyuge de similar edad. 3. Vive con familia y/o cónyuge y presenta 	Escala de Guijón	Entrevista

SOCIAL	específicas que surgen debido a la influencia del entorno y las interacciones sociales en las que viven los adultos. mayor					<p>< 10 punto normal o riesgo social bajo.</p> <p>10-14 punto riesgo social intermedio.</p>	<p>algún grado de dependencia.</p> <p>4. Vive solo y tiene hijos próximos.</p> <p>5. Vive solo y carece de hijos o viven alejados</p>		
		Situación económica	Las condiciones de vida varían según el salario de una persona.	Cualitativa	Ordinal	<p>> 14 punto riesgo social elevado (problema social)</p>	<p>1. Más de 1,5 veces el salario mínimo.</p> <p>2. Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusivamente.</p> <p>3. Desde el salario mínimo hasta pensión mínima</p>		

						contributiva. 4. Pensión no contributiva. 5. Sin ingresos o inferiores al apartado anterior
		Vivienda	Casa o edificio aislado construido, reformado o adaptado como vivienda para una o más personas.	Cualitativa	Ordinal	1. Adecuada a las necesidades. 2. Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...). 3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción). 4.

							Ausencia de ascensor, teléfono. 5. Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos).		
		Relaciones sociales	El grupo de personas con el que habla el individuo, los tipos de relaciones que se establecen y los tipos de interacciones que ocurren.	Cualitativo	Ordinal		1. Relaciones sociales. 2. Relación social sólo con familia y vecinos. 3. Relación social sólo con familia o vecinos. 4. No sale de su domicilio, recibe familia.		

							5. No sale, no recibe visitas.		
		Apoyos red social	Servicios o asistencia material proporcionados a personas mayores por grupos familiares, gubernamentales o comunitarios.	Cualitativo	Ordinal		1. Con apoyo familiar o vecinal. 2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria. 3. No tiene apoyo. 4. Pendiente de ingreso en residencia geriátrica. 5. Tiene cuidados permanentes.		
ACTIVIDAD FÍSICA	Los movimientos físicos realizados utilizando los músculos esqueléticos	Tiempo en horas y minutos.	Todos los movimientos de la vida cotidiana, Trabajo, actividades	Cuantitativo	Ordinal	1= Alto: Actividad vigorosa al menos 3 veces la semana.	Tiempo de actividad física durante el transcurso de una semana.	Cuestionario retrospectivo	Entrevista

	producen gasto energético y experiencias personales, y nos permiten interactuar con las personas y los entornos que nos rodean.		del día, recreación, ejercicio, deportes, etc.			2= Moderado: 3 veces a la semana al menos 20 minutos. 3= Bajo: Los no incluidos en los anteriores.		(IPAQ)	
--	---	--	--	--	--	---	--	--------	--

VARIABLES INTERVINIENTES

EDAD	tiempo que ha transcurrido desde que nació una persona.	Edad	Diferencia entre la fecha actual menos la fecha de nacimiento	Cuantitativa continua	Razón	Valor Obtenido	Años cumplidos	Cuestionario elaborado	Entrevista
GÉNERO	Estado biológico del sexo de la persona respectiva.	Sexo	Características de tipo fenotípicas de referencia que distinguen entre hombres y mujeres	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino	Fenotipo	Cuestionario elaborado	Entrevista

<p>ESTADO CIVIL</p>	<p>Estado especial que define a una persona en función de sus relaciones con otra persona o de su sexo.</p>	<p>Estado Civil</p>	<p>Relación personal con alguien del mismo sexo o del mismo sexo</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Casado Soltero Divorciado Viudo Conviviente</p>	<p>Estado civil que refiere el encuestado</p>	<p>Cuestionario elaborado</p>	<p>Entrevista</p>
----------------------------	---	---------------------	--	--------------------	----------------	--	---	-------------------------------	-------------------

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Nivel internacional

EE.UU 2020, Kotwal **et al**(9). En su estudio titulado “Social isolation and loneliness among San Francisco bay área older adults during the COVID-19 shelter in place orders” En el resultado los participantes reportaron aislamiento social en el 40% de las entrevistas, el 76% informó de una socialización mínima basada en video y el 42% de internet mínimo. Más de la mitad (54%) de los participantes informaron soledad empeorada debido a COVID-19, que se asoció con depresión empeorada (62% versus 9%, $p < 0,001$) y ansiedad (57% versus 9% $< 0,001$)(9).

Italia 2020, Di Santos **et al**(7). En su estudio titulado “The effects of COVID-19 and quarantine measures on the lifestyles and mental health of people over 60 at increased risk of dementia.” La muestra incluyó un 55,6% de pacientes con DCL y 56 personas con ECF. Más de un tercio de los participantes disminuyeron su nivel de actividad física, mientras que casi el 70% informó un aumento en el tiempo de inactividad. Las interacciones sociales se vieron interrumpidas, y aproximadamente una sexta parte de los participantes también redujeron su participación en actividades productivas y de estimulación mental. El 19,8% estaban deprimidos, el 9,5% ansiosos y el 9,5% apáticos. Se encontró una conexión relevante entre la depresión y la situación de vivir en soledad o tener relaciones conflictivas con los convivientes, así como entre la ansiedad y el síndrome de movimientos corporales durante el sueño(7).

China 2021, WeiLi **et al**(21). “Association between socioeconomic welfare and depression among older adults: Evidence from the China health and Retirement Longitudinal Study.” Se observó que un incremento en el nivel de bienestar económico se relacionó de manera significativa con una reducción en la probabilidad de experimentar síntomas de depresión (OR = 0.806, IC del 95%: [0.674, 0.967]), mientras que la asistencia a establecimientos médicos se asoció con una mayor probabilidad de presentar síntomas de depresión (OR = 1.181, IC del 95%: [1.029, 1.354]) en la población de adultos mayores chinos. Existía incertidumbre sobre si tener acceso a la asistencia social (OR = 0,941, IC 95%: [0,835, 1,060]) estaba asociado con la prevalencia de depresión. Por lo tanto, es necesario mejorar los sistemas de bienestar socioeconómico para los

adultos mayores (que posiblemente requieran un aumento en el gasto) para contribuir aún más a reducir el riesgo de depresión en China. Los formuladores de políticas también deberían mejorar la utilización de los recursos médicos para mitigar la incidencia de la depresión entre los ancianos en China(21).

United States 2022, Lefferts **et al**(27). “Effect of the COVID-19 Pandemic on Physical Activity and Sedentary Behavior in Older Adults”. Se encontró, que la actividad física aeróbica, la actividad física de fortalecimiento muscular y el tiempo de caminata disminuyeron, mientras que el tiempo de estar sentado aumentó durante los primeros tres meses de la pandemia ($p < 0,05$), y luego volvió a los niveles previos a la pandemia después de un año ($p < 0,05$). Durante los primeros tres meses de la pandemia, se registró una disminución en la proporción de participantes que seguían las recomendaciones para la actividad física aeróbica y el fortalecimiento muscular (48,9 % a 33,5 %, $p < 0,001$), pero volvió a los niveles previos a la pandemia un año después. En conclusión, la pandemia de COVID-19 disminuyó significativamente la actividad física y aumentó el tiempo de estar sentado en los adultos mayores; sin embargo, tanto la actividad física como el tiempo de estar sentado volvieron a los niveles previos a la pandemia después de un año(27).

Brasil 2019, de Oliveira **et al**(13). “The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community” Se pudo apreciar que el grupo que se mantuvo activo demostró niveles más altos de actividad física y una mejor calidad de vida. En contraste, el grupo sedentario mostró niveles superiores de ansiedad y depresión. El análisis de los datos reveló una conexión significativa entre los aspectos de calidad de vida, vitalidad y salud mental ($r=0.77$). Además, el análisis de la prevalencia sugiere que la actividad física actúa como un factor de protección contra la ansiedad y la depresión en la población anciana(13).

2.1.2. Nivel Nacional

Trujillo 2020, Solano **et al**(28). “Impacto del Covid-19 en la salud mental del adulto mayor: Artículo de revisión”. Realizó una búsqueda en PubMed, ScienceDirect y Ebsco artículos de interés que identificaran efectos en la salud mental en adultos mayores, como ansiedad, depresión, estrés postraumático y suicidio; principalmente debido al aislamiento social (28).

Lima 2021, Granda **et al**(29). “Efectos del aislamiento en adultos mayores durante la pandemia de COVID-19: una revisión de la literatura” El documento señala que las medidas de aislamiento implementadas como respuesta a la pandemia del virus SARS-COV-2 han tenido repercusiones negativas en la población, especialmente en la salud de los adultos mayores. Se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura, utilizando bases de datos como SCOPUS, Google Scholar, PubMed y Scielo, con artículos publicados a partir de diciembre de 2019. Los resultados de la revisión exploraron la relación entre el aislamiento social y el COVID-19, así como sus consecuencias físicas y efectos psicológicos, incluyendo enfermedades neurodegenerativas. También se examinó la evaluación y el manejo de estos efectos. Los artículos utilizados aportan información de un periodo concreto, por lo que no se sabe cuáles pueden ser los efectos a largo plazo y si realmente existían diferencias en la salud antes de la pandemia. Sin embargo, es sumamente importante adoptar medidas de mitigación, tanto físicas como mentales, adaptadas a las realidades de cada país(29).

Lima 2021, Arroyo(30). “Nivel de depresión frente a la pandemia Covid-19 en adultos mayores de la asociación buen progreso en Puente Piedra, 2021” Se encontró que, en cuanto a la edad, la edad más baja fue de 60 años y la más alta de 87 años, mientras que la edad promedio fue de 68,25 años. Respecto a la distribución por género, las mujeres representaron la mayoría con un 65,3% (n=66), mientras que los hombres constituyeron un 34,7% (n=35). En lo que se refiere a los niveles de depresión observados en los sujetos de estudio, la depresión leve fue la más común, afectando al 65,3% (n=66) de los participantes. Esto fue seguido por un 18,8% (n=19) que presentó depresión de grado moderado, y un 15,8% (n=16) se encontró dentro del rango normal”(30).

Arequipa 2021, Coaguila **et al**(31). “Depresión en el adulto mayor por el aislamiento social en el contexto de la pandemia Covid -19.” Se encontró que el 64,44% de los adultos mayores que se encontraban en aislamiento social por la pandemia de Covid-19 en el Centro de Salud Las Esmeraldas presentaron signos de depresión probable y el 26,67% de depresión establecida. el grupo de adultos mayores (78-85 años) y el género femenino son los más afectados por la enfermedad(31).

Lima 2021, Bach **et al**(32). “Depresión en adultos mayores del centro integral del adulto

mayor de Lurín” El propósito de la investigación fue identificar el nivel más común de depresión entre los adultos mayores en el Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín, mediante una metodología cuantitativa de carácter fundamental, con propiedades descriptivas y a través de un diseño transversal no experimental. El estudio incluyó a 71 individuos de más de 65 años, seleccionados por un método de muestreo intencional no probabilístico; además, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck II para la recogida de datos. Los hallazgos sugieren que la depresión moderada es la categoría más frecuente de depresión en el grupo estudiado, asimismo, también según el género, es moderado en mujeres y hombres, esta situación se repite con quienes han obtenido educación secundaria, por ejemplo estudiantes universitarios. Por otro lado, la depresión leve es más común en personas casadas, la depresión moderada en personas que conviven, divorciadas y viudas, y la depresión severa en personas solteras. El cónyuge, los hijos y los familiares padecen depresión moderada y quienes viven solos padecen depresión grave.(32).

Cusco 2021, Hijonosa(33). En su Tesis titulado “Situación sociofamiliar y su influencia en el riesgo de depresión del adulto mayor que acude al puesto de salud de Poroy, Cusco 2018 – 2019” Los resultados menciona que, en comparación con la situación social familiar, el 59,3% de las personas mayores se encuentran en riesgo social, el 25,9% tiene un problema social y el 14,8% tiene una situación social buena o aceptable. De igual forma, en cuanto al riesgo de depresión, el 42,6% no tiene riesgo de depresión, el 37,0% tiene depresión severa y el 20,4% tiene depresión leve o moderada. La situación sociofamiliar que influye en el riesgo de depresión contiene riesgo social(33).

2.1.3 Nivel Regional

Huánuco 2019, Olivares **et al**(34). En su tesis titulado “Técnicas de desarrollo de la Espiritualidad en el control de la depresión de los adultos mayores del Centro integral del adulto mayor, Pillco Marca - 2019” En este estudio se menciona un porcentaje de 84,0% de depresión del grupo experimental en el pretest(34).

Huánuco 2019, Perez **et al**(35). En su Tesis titulada “Factores socioeconómicos del abandono del adulto mayor en la ciudad de Huánuco” menciona con base en investigaciones realizadas en la ciudad de Huánuco, haber encontrado que una de las razones del abandono de las personas mayores es la limitación de recursos económicos y

la pérdida de valores(35).

Huánuco 2017, Acosta(36). En su tesis titulado “Nivel de depresión predominante en los adultos mayores beneficiarios del Programa social Pensión 65, del Distrito de Pillcomarca - 2017” Los hallazgos para los adultos mayores muestran que el nivel predominante de depresión es moderado, con una mayor proporción de mujeres que sufren de depresión. La muestra consistió en 202 personas mayores de ambos géneros que recibían beneficios del Programa Social Pensión 65, seleccionadas mediante un muestreo aleatorio simple. Se utilizó la técnica de entrevista, y como herramienta se aplicó la "Escala de Depresión Geriátrica de YESAVAGE", cuya validez fue confirmada mediante el coeficiente de validación "V" de AIKEN(36).

Huánuco 2018, Ponce(37). En su Tesis titulado “Nivel de depresión en el adulto mayor atendidos en el hospital de Tingo María - 2017” En este estudio los resultados que se obtuvieron fueron que solo el 6% de los adultos mayores presentan depresión severa, mientras que el 51% presentan depresión leve y el 43% no presenta depresión. La mayoría de los evaluados son mujeres de 65 a 69 años, en su mayoría con educación primaria. La mayoría de los pacientes evaluados no dependen económicamente de nadie y la mayoría son de zonas rurales. El 66 % de las personas tienen una variedad de enfermedades, la hipertensión arterial siendo una de las más comunes. El 61% de los evaluados piensa que su salud está bien.(37).

Huánuco 2017, Valverde(38). En su tesis titulado “Situación social familiar y valoración funcional de las personas adultas mayores, beneficiarios del programa social pensión 65 del distrito de Huácar, Huánuco - 2017” Llevó a cabo una investigación descriptiva básica que involucró a 81 mujeres mayores beneficiarias del Programa Social Pensión 65. Los resultados revelaron que el 70.4% (57 personas mayores) estaban en riesgo social, el 16.0% (13 personas mayores) experimentaban problemas sociales, y solo el 13.6% (11 personas mayores) tenían una situación social y familiar positiva(38).

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Depresión

A. Definición

La depresión se caracteriza por generar un estado emocional continuo de tristeza y falta de interés(39). La Organización Mundial de la Salud define la depresión como un trastorno mental afectivo que es prevalente y tratable, con síntomas emocionales, cognitivos y físicos, que pueden ser resultado de factores primarios o secundarios, como enfermedades subyacentes(40).

La depresión es el producto de una interacción compleja entre elementos sociales, psicológicos y biológicos. Las personas que han enfrentado situaciones difíciles en la vida tienen una mayor probabilidad de experimentar depresión. A su vez, la depresión puede incrementar el estrés y la disfunción, lo que puede empeorar la situación personal de la persona afectada y, en consecuencia, su propia depresión(41,42).

El curso de la depresión a lo largo de la vida varía considerablemente, y suele comenzar lentamente, pero a veces puede ser brusco. Para la parte predominante de los pacientes, la enfermedad avanza de manera episódica y se sienten bien entre los episodios depresivos agudos. Sin embargo, la enfermedad es inherentemente impredecible, por lo que la duración, el número de episodios y el patrón en el que ocurren son variables(43).

Cuando se presentan las siguientes condiciones, se debe considerar la depresión como un trastorno:

- La persona presenta un estado de ánimo profundamente melancólico que persiste durante al menos dos semanas, con tendencia a empeorar y manifestarse en un aspecto sombrío y una propensión al llanto.
- Debido a la tristeza, por lo general, muestra una falta de interés en la actividad física, a veces llegando al punto de no querer moverse.
- Junto con la tristeza, es común experimentar ansiedad, lo que puede manifestarse en inquietud, e incluso en irritabilidad, impaciencia o agresividad en algunos casos.
- La tristeza lo hace indiferente a todo, incluso a lo que podría alegrarlo(44).

B. Etiología

Los factores genéticos y ambientales juegan un papel en la etiología del trastorno depresivo mayor, que es multifactorial. La probabilidad de sufrir depresión en personas

sin antecedentes familiares es tres veces mayor en personas deprimidas de primer grado que en la población general. Las situaciones traumáticas como la pérdida de un pariente, la evidente disminución del apoyo social, el estrés del cuidador, problemas que abarca la economía del sujeto, dificultades en las relaciones interpersonales y desavenencias son ejemplos de factores estresantes que pueden desencadenar la depresión(39).

C. Fisiopatología

Las estructuras neocorticales dorsales son hipometabólicas y las estructuras límbicas ventrales son hipermetabólicas durante los estados depresivos(45). Pero se revierten rápidamente cuando se eliminan los estímulos. La persistencia de las alteraciones en personas que experimentan depresión indica la presencia de otros elementos biológicos que predisponen y mantienen constante los síntomas depresivos(46). Las vías frontoestriatales en el cerebro median la anticipación guiada por el afecto positivo, y las anomalías pueden resultar en la incapacidad para anticipar incentivos, lo que predispone a la depresión(47). Además, la circunvolución cingulada anterior tiene conexiones con las estructuras cerebrales, manteniendo funciones a menudo deterioradas en la depresión(48).

El inicio del primer episodio de depresión mayor tiene una probabilidad más alta de ocurrir entre la temprana adolescencia y la mitad de la vida adulta, sin embargo, cerca al 40% vive su primer episodio de depresión previo a los 20 años, con una edad promedio de inicio en la mitad de los 20 años (mediana de 25 años [18-43]). A través de las distintas etapas de la vida, las mujeres son casi el doble de susceptibles a la depresión en comparación con los hombres. La mayor incidencia de esta afección para ambos sexos se registra entre los veinte y los treinta años, con un aumento secundario, aunque más leve, durante los cincuenta y los sesenta años(49).

D. Síntomas

La evaluación de los síntomas depresivos comienza con la exploración de los síntomas neurovegetativos, que incluyen alteraciones en los patrones de sueño, apetito y niveles de energía. Las respuestas afirmativas deben desencadenar una investigación más detallada centrada en identificar la presencia de los síntomas que son característicos de la depresión mayor, tal como se detallan en el DSM-5. Estos consisten en nueve síntomas específicos, de los cuales al menos cinco deben estar presentes para realizar el diagnóstico, siendo obligatoria la presencia de uno de ellos relacionado con el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o placer(39):

- Cambios en los patrones de sueño

- Disminución del interés o del placer
- Sentimientos de culpa o pensamientos de inutilidad
- Variaciones en los niveles de energía o fatiga
- Dificultad para concentrarse o prestar atención
- Alteraciones en el apetito o peso corporal
- Problemas en la actividad motora
- Ideación suicida
- Estado de ánimo deprimido

Los signos de depresión y su intensidad son evaluados mediante el uso de herramientas como el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Depresión de Hamilton (Ham-D) y la Escala de Autoevaluación de Depresión de Zung(39).

E. Clasificación

El DSM-5, elaborado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, categoriza los trastornos depresivos en(41):

1. Trastorno disruptivo de desregulación del estado de ánimo.
2. Trastorno depresivo mayor: se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores, como una pérdida de interés o un estado de ánimo depresivo durante al menos dos semanas.
3. Trastorno depresivo persistente (distimia): Junto con otros síntomas depresivos que no hayan cumplido los criterios de un episodio depresivo mayor, se distingue por tener más días deprimidos que sin ellos, durante al menos dos años.
4. Trastorno disfórico premenstrual.
5. Trastorno depresivo debido a otra condición médica.

F. Niveles de depresión

- **Depresión leve:** Los síntomas suelen ser dos o tres. Por lo general, el paciente se siente afectado, pero probablemente puede continuar con muchas de las cosas que hace. Presenta un estado de ánimo depresivo anormal que se mantiene durante la mayor parte del día y persiste durante al menos dos semanas. Ha perdido el interés en actividades que normalmente disfrutaba, sin embargo, es probable que pueda continuar con muchas de las actividades que lleva a cabo(50).
- **Depresión moderada:** Si el paciente presenta cuatro o más síntomas, es altamente

probable que el paciente encuentre obstáculos para llevar a cabo sus tareas habituales. El paciente presenta cansancio frecuente incluso después de un pequeño esfuerzo, sueño alterado, apetito disminuido, autoestima reducida y falta de seguridad en uno mismo(50).

- **Depresión grave o severa:** Los síntomas son notables y tienen un impacto significativo en el paciente, siendo comunes la disminución de la autoestima y los sentimientos de menosprecio o la culpa que surge hacia uno mismo. Además, las ideas o acciones suicidas son frecuentes(50).
- **Depresión grave con síntomas psicóticos:** Las características son similares a las de una depresión grave, aunque se acompañan de alucinaciones, pensamientos delirantes, y una disminución significativa en la velocidad de los movimientos o un estado de estupor que imposibilitan las actividades sociales ordinarias. El riesgo de suicidio, deshidratación o inanición puede amenazar la vida del paciente. Las alucinaciones y los pensamientos delirantes pueden o no estar en consonancia con el estado emocional(50).

G. Depresión en los ancianos

En adultos mayores, la depresión impacta principalmente a aquellos con enfermedades crónicas y declive cognitivo, ocasionando angustia, conflictos familiares y limitaciones funcionales. Además, agrava el pronóstico de diversas condiciones médicas y aumenta el riesgo de mortalidad(51).

La adversidad psicosocial, que incluye factores como el empobrecimiento económico, la discapacidad, el aislamiento, la reubicación, el cuidado y el duelo, puede incrementar los cambios fisiológicos y aumentar la vulnerabilidad a la depresión en adultos mayores, o incluso desencadenarla en aquellos que ya son susceptibles(46).

En la etapa de la vejez, la depresión suele manifestarse de forma crónica y a su vez, recurrente, con el suicidio como una de sus consecuencias más funestas. Entre las formas en que se manifiesta la depresión en adultos mayores se encuentran la turbación, la ansiedad, la intranquilidad, los síntomas somáticos, la reducción de la iniciativa y la capacidad para resolver problemas, el desinterés en el autocuidado, el consumo desmedido de alcohol y otras sustancias, el aislamiento social, los sentimientos de responsabilidad frente a consecuencias negativas, el sentimiento de desconfianza, las manías y compulsiones, y los problemas matrimoniales(52).

H. Escalas de medición

1. Escala de Depresión Geriátrica (GDA) YESAVAGE

La Escala de Depresión Geriátrica de YESAVAGE fue creado en 1982 por Brink y Yesavage para examinar la vida afectiva de los individuos de mayor edad. La característica distintiva de esta escala es que solo examina los síntomas cognitivos de un episodio depresivo mayor. Al principio contenía cien ítems, pero se seleccionaron los que tenían una mayor relación con los totales, lo que demostró una mayor autenticidad(53). El instrumento original estaba compuesto por treinta preguntas con opciones de respuesta dicotómica (sí/no), y estaba destinado a aplicarse de forma autónoma. En cuanto a la construcción de preguntas, optó por priorizar síntomas psicológicos y quejas cognitivas en lugar de los síntomas somáticos, porque los primeros eran más discriminativos para los síntomas depresivos. Debido a que es un instrumento autoaplicado, el autor eliminó las preguntas relacionadas con la sexualidad y las ideas suicidas porque creía que podrían llevar a los entrevistados a dar interpretaciones erróneas y mostrar resistencia en los que son entrevistados(54).

En cuanto a la psicometría, el instrumento en su validación mostró altos niveles de sensibilidad (84 por ciento) y especificidad (95 por ciento), lo que indica que es suficientemente válido para competir con otras escalas convencionales utilizadas para evaluar la depresión(55). Debido a la posibilidad de fatiga, también se han considerado versiones más cortas de (15, 10, 5 y 4). La versión más corta (GDS-15) con 15 ítems (10 positivos y 5 negativos), ha demostrado su utilidad como herramienta de tamizaje en grandes poblaciones y ha demostrado que tanto la sensibilidad como la especificidad tienen similitud a las de la versión original(56).

2. Escala de Hamilton - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

Es una escala heteroaplicada para pacientes que fueron diagnosticados con depresión previo a la prueba. Su objetivo es evaluar de manera cuantitativa la intensidad de los síntomas del paciente y evaluar aquellos cambios que ha experimentado. Se evalúa utilizando la información de la entrevista clínica y otras fuentes secundarias(57).

Aunque en su versión inicial contenía 21 elementos(58), posteriormente se produjo una versión simplificada con 17 elementos(59), la cual el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos recomienda esto. En 1986, Ramos-Brieva verificó la versión en castellano de esta escala(60). La eficacia discriminante, la

confiabilidad y la sensibilidad al cambio se han demostrado tanto en pacientes internados como en ambulatorias(61).

Cada pregunta tiene entre tres y cinco opciones de respuesta, cada una con una puntuación de 0-2 o 0-4. Las puntuaciones totales oscilan entre 0 y 52. En la clasificación de un cuadro depresivo, se pueden usar varios puntos de referencia. La Guía de Práctica Clínica del NICE(63), una guía de alta calidad global que recibió una calificación del instrumento AGREE quien indicó que es recomendado, sugiere utilizar estos criterios de evaluación (No deprimido: 0-7, Depresión ligera/menor: 8-13, Depresión moderada: 14-18, Depresión severa: 19-22, Depresión muy severa: >23)(62).

3. Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión BDI-II

Es un dispositivo de autoaplicación que contiene 21 elementos. Fue creado para determinar la intensidad de los síntomas depresivos tanto de adolescentes con al menos 13 años y adultos. En cada uno de los ítems, la persona debe seleccionar, entre un conjunto de cuatro opciones la oración que describe mejor su estado en las últimas dos semanas, las cuales están en orden gravedad de menor a mayor, incluido el día que completó el instrumento(63). La suma de puntajes para todos los ítems proporciona un puntaje máximo de 63. Las puntuaciones más altas indican gravedad acentuada(64).

2.2.2 Aislamiento social

A. Definición

Medida para reducir el número de casos contagiados con el fin de proteger vidas durante la pandemia de COVID-19(65). En el tiempo de pandemia el aislamiento social obligatorio, implicó además de permanecer en sus hogares, practicar y tomar medidas de distanciamiento físico o social (66). El aislamiento y la cuarentena son dos estrategias de salud pública comunes que se utilizaron para prevenir la propagación. El aislamiento social depende frecuentemente de la voluntad de las personas, lo que lo diferencia de la cuarentena, que requiere un cumplimiento estricto. El palabra "cuarentena" se refiere tanto una restricción de movimiento y separación de las personas que fueron expuestas a enfermedades contagiosas o que están en riesgo de contagiarlas para reducir el riesgo de transmisión de enfermedades(67).

B. Clasificación

En un estudio realizado en Monterey en el 2021, clasifica al confinamiento en cumplimiento total (abstenerse de salir por completo), cumplimiento parcial (restringir las salidas a lo esencial), cumplimiento flexible o imparcial (salir por razones no indispensables) y el no cumplimiento de las restricciones(68).

- **Cumplimiento total: (no salir para nada)**

Es adaptarse o cumplir con una norma o medida dictada por las autoridades correspondientes; en una pandemia, esto significa cumplir con los decretos legislativos que establecen las medidas generadas por el gobierno ha tomado para detener la distribución del virus COVID-19(69).

- **Cumplimiento parcial:**

Salir solo a actividades esenciales como:

- La adquisición, la fabricación y el suministro de alimentos.
- La adquisición, la fabricación y el suministro de productos farmacéuticos y de primera necesidad.
- Actividades relacionadas con la ganadería, agricultura, la caza y la silvicultura, así como los insumos y servicios relacionados(70).

- **Cumplimiento imparcial (salir a actividades no esenciales)**

Salir a reuniones públicas o privadas, programadas o espontáneas, recurrentes o esporádicas, de diferentes tamaño y duración. Además, Pueden ser de una variedad de tipos, como eventos públicos, deportivos, religiosos, culturales, de entretenimiento, políticos, comerciales y de salud(71).

- **Incumplimiento**

En una pandemia, no cumplir con una norma o medida emitida por las autoridades correspondientes se refiere a no cumplir con los decretos legislativos que establecen medidas gubernamentales para frenar el virus COVID-19.

2.2.3. Situación social

A. Definición

Al intentar precisar el concepto de situación, lo primero que es necesario decir es que se refiere al hecho de la inserción del ser humano en la realidad social. La situación social siempre es específica de un sujeto humano en el ámbito social. La situación social es el conjunto de ingredientes y realidades sociales que

enmarcando la vida humana, definen el haz, esfera o repertorio de posibilidades de conducta(72).

La palabra situación indica etimológicamente un cierto lugar o *situs*, en que alguien está. Este lugar, o *situs*, es un determinado *sitio social*, es decir, la posición, o lugar, en que una persona está con respecto a su conducta. La situación se nos presenta determinada por la característica de no depender de la decisión del individuo, y de no depender de su voluntad(72). La situación social se compone de una serie compleja de asociaciones entre un "sector definido" en el horizonte social de oportunidades y un sujeto relacionado con ese horizonte, es decir, con lo que la persona teje su vida(73).

En este punto del ciclo vital, muchas de los problemas que tienen las personas mayores son causadas por el envejecimiento y de sus consecuencias, La necesidad de autonomía personal es una dimensión muy importante en las necesidades de personas mayores. Las dinámicas cambiantes establecen los procesos de atención y cuidados que las y los mayores necesitan a menudo alteran las necesidades relacionales y sociales, que en el caso de un grupo poblacional con ingresos bajos y viviendas con barreras, esto culminó en relación con sus necesidades materiales e instrumentales (subsistencia)(74).

La definición de la función social es amplia, ya La relación y actividades interaccionando en familia y comunidad, tienen un papel en la sociedad. Por otra parte, la función social es un constructo que puede cambiar según la cultura, los valores personales, los roles, etc(74).

B. Dimensiones

Durante el evento de la Conferencia Internacional sobre Tecnología de Evaluación Geriátrica en Florencia, en el año 1994, se presentó y aceptó una propuesta que identificaba seis áreas clave para la evaluación de la función social, incluyendo: capacidades sociales, apoyo de la comunidad, impacto en el cuidador, acceso a recursos sociales, nivel de bienestar y satisfacción personal, y el sistema de valores y creencias del individuo(75). Estas conclusiones indican que, en lugar de la mejora sanitaria y de conocimiento clínica en la intervención asociada, se refiere a la valorar y medir ciertos aspectos de la función social de manera sistemática(74).

- **Situación familiar:**

El apoyo y el sistema social principal de un anciano provienen de su familia. La definición más común de familia se compone de un grupo de individuos conectados por parentesco, sangre, matrimonio, o adopción. Estas personas son capaces de compartir un techo mismo o de vivir en casas distintas(76).

La familia de una persona mayor proporciona apoyo de manera diversa en ciertos aspectos financiero, material, social, funcional(76). Aunque se menciona que la mayoría de los adultos mayores tienen cierta independencia y son físicamente capaces y funcionales, las personas mayores de 80 años son más dependientes en términos de recursos socioeconómicos y de salud(77).

Se recomienda medir la dimensión de los recursos sociales mediante preguntas consistente y previamente planeadas en relación en lugar de escalas. Las consultas deberían tener como objetivo obtener información sobre los elementos siguientes: La coherencia del hogar como un núcleo de convivencia, los ingresos provenientes de activos, la adecuación y naturaleza de la vivienda, el acceso a transporte y automóvil, la cobertura de seguros y especial status de discapacidad, la ocupación actual y anterior, y los intereses relacionados con aquellos(74).

- **Situación económica:**

Son características que permiten identificar elementos relacionados con la economía de una persona, como el nivel de ingresos, las inversiones realizadas y cómo gestionan sus recursos limitados para satisfacer las necesidades materiales(78). Por otra parte, otra bibliografía refiere identificarla como estabilidad financiera que en las personas mayores se describe como la habilidad para conseguir y gestionar de forma autónoma una cantidad adecuada y constante de recursos económicos, para así tener la seguridad de contar con una calidad de vida satisfactoria(79).

La importancia del concepto de la situación económica, en primer lugar, es evidente que tiene múltiples significados y contiene una complejidad, ya que indica el proporcional de los recursos y la disponibilidad de dicho término por parte de los adultos mayores debe ser de gran cantidad, incluyendo la frecuencia con la cual se recibe (debe mantener a regularidad)(79).

La familia, el mercado y el Estado destacan tres pilares de protección en el estudio de la seguridad económica. Dos de estos tres pilares son de naturaleza formal, mientras que la tercera es considerada informal. Los ingresos formales

para personas mayores incluyen la contribución laboral (salarios y compensaciones por trabajo) y la protección social (pensiones, seguro médico y subsidios por discapacidad). En contraste, fuentes informales de ingresos para establecidos mayores son apoyos familiares (ayuda monetaria, regalos, etc.)(79).

- **Vivienda:**

Lugar en el cual las personas desarrollan parte de sus actividades básicas diarias(80). La vivienda no se refiere simplemente a una residencia familiar, sino un integrable sistema consistente de servicios, infraestructura de urbanización, y terreno, juntos con equipamiento social comunitario, adquirido en un contexto político, socioeconómico, y ambiental. Mientras tanto, en una diversa elección de lugares y escalas se caracteriza, incluyendo la barrio o vecindario y la ubicación urbana o rural, el conjunto habitacional, el entorno y las unidades de vivienda(81). El termo "tipo de vivienda" se usa para referir al conjunto de viviendas que, entre otras cosas, tienen una o una gran cantidad de características divergente de otras. Pueden clasificarse también en viviendas particulares o viviendas colectivas según las normas que regulan las formas en que las personas viven allí(82).

- a. Vivienda particular**

Una vivienda es un lugar donde viven una o más personas, con vínculos consanguíneos o sin ellos, cumpliendo las normas de convivencia comunes. Estos mismos, independientes de su ubicación, tipo de servicios fundamentales o material primaria utilizad en su construcción.

Dentro de las distintas viviendas incluyen casa soberana, apartamento en un edificio, quinta, conjunto de viviendas colectivas (tales como pasajes, lotes o patios amplios), refugios o pequeñas casas rústicas, hogares hechos a mano y lugares no construidos para ser habitados (82).

- b. Vivienda colectiva**

Es un lugar destinado a ser habitado por personas que generalmente no tienen vínculos familiares, están sujetos a normas administrativas y viven juntos por motivos de estudio, salud, trabajo, entre otros(82).

La casa pasa a formar parte de la vida cotidiana de las personas. Es donde se realizan la mayoría de las actividades diarias, donde duermes, comes, guardas tus pertenencias y regresas al final del día. Sin embargo, el hogar

tiene un profundo significado psicológico más allá de ser un refugio y un lugar para realizar las tareas del hogar. La satisfacción de numerosas aspiraciones, motivaciones y valores personales tiene lugar en la vivienda, convirtiéndose este lugar y lo que contiene como un "espejo del ser"(80). La evaluación del entorno físico de las personas mayores es un tema cada vez más interesante y difícil de medir porque ha incluido las características propias del entorno, cómo estas características interactúan con sus usuarios y los efectos de estas interacciones(74).

- **Relaciones sociales**

Si hablamos de red social de un individuo es su red de contactos y relaciones sociales. El potencial medio de apoyo social es la red. El tamaño, la densidad, la homogeneidad, la multiplicidad, grado de intensidad y la frecuencia con los contactos, la permeabilidad y la direccionalidad son algunas de las descripciones objetivas de las redes sociales(74).

La red social se refiere al grupo de personas con las que se comunica el individuo, las características de los lazos establecidos y el tipo de interacciones. El soporte social, por otro lado, examina los mecanismos psicosociales por los que actúa. El funcionamiento social de los ancianos depende principalmente de las relaciones sociales. Al interactuar ciertos factores cognitivos, físicos, sociales y emocionales determinan la función social de una persona(83).

Las personas mayores deberían sentirse felices cuando la sociedad les brinde oportunidades para satisfacer sus necesidades y deseos. Por eso necesitan amigos y vecinos como familia, atención médica, atención médica gratuita y dinero para satisfacer sus necesidades básicas. Para los adultos, es importante expresar amor y afecto en las relaciones con sus seres queridos y recibir amor de los niños y familiares cercanos(83).

- **Apoyos red social**

El grado en que se satisfacen las necesidades de una persona mayor está relacionado con el apoyo social. El apoyo social se define como la asistencia positiva tangible e intangible proporcionada por las redes sociales. Las redes ofrecen una variedad de tipos de ayuda, incluido el apoyo informativo (informes, consejos), el apoyo afectivo (amor, afecto y estima) y/o el apoyo

instrumental, así como estimulación. Una forma de estimar las necesidades de una persona mayor si se evidencia una cobertura de necesidades tangibles con ayuda física por parte de otras personas en el momento de empezar una valoración es tabular directamente que tan frecuente y que tipo de apoyo recibe(74).

Las relaciones intergeneracionales son una importante fuente de ayuda tanto emocional e instrumental de los adultos mayores. El soporte familiar, principalmente el apoyo del cónyuge, así como también de los hijos, la convivencia con la familia extensa y la calidad de las relaciones familiares son factores muy importantes que inciden en la salud social de cada persona y su vida social. Se refiere a la prestación de servicios, teniendo en cuenta el tamaño y proporción de los servicios y la prestación de salud. Es importante pensar en cómo la familia ayuda, ayuda y comunica al adulto mayor(83).

Las personas mayores se refieren al apoyo social tomando en cuenta el apoyo socioemocional, informativo e instrumental que reciben del gobierno, los vecinos, los amigos y la familia. El apoyo social incluye todas las medidas o apoyo material proporcionado por el gobierno y diversos grupos sociales para satisfacer las necesidades nutricionales y de salud de las personas mayores y participar en actividades culturales, sociales además de actividades de entretenimiento(83).

C. Escalas de medición

1. Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón:

Se emplean diversas escalas para medir el estado sociofamiliar, una de ellas es la escala de Gijón, cuyo propósito es identificar aquellos problemas sociales, así como factores de riesgo a los que estos se exponen para implementar medidas de intervención social. El actual estudio emplea la versión modificada de la escala de Gijón que se ha adaptado a las condiciones de Perú y se ha incorporado en la Valoración Clínica del Adulto mayor (VACAM). Es instrumento hétero-administrada que valora la situación familiar, la economía, la vivienda, las relaciones sociales y el apoyo de la red social; enfocada en las necesidades sociales de las personas mayores(74), presentando puntajes del 1 al 5 por cada ítem, clasificando a los adultos mayores en buena situación social

(5 a 9 puntos), en riesgo social (10 a 14 puntos) y con problema social (mayor a 15 puntos). La puntuación varía entre cero y veinte y cinco, el cual se interpreta que a una puntuación más alta se asocia con una situación social más baja(84,85).

2. Escala de Valoración Sociofamiliar TSO

Se trata de una adaptación de la Escala Sociofamiliar de Gijón. Esta escala permite una valoración estructurada, rápida y sencilla del estado de las personas mayores en un momento dado. Entre las variables que se encontraron importantes para realizar valoraciones sociales, y para determinar el nivel de riesgo social en las personas mayores. Las personas mayores y sus planes profesionales emergentes. También incluye un proceso reflexivo basado en el trabajo de científicos sociales expertos en la materia(74).

El objetivo de esta escala es que los profesionales midan de forma fiable y precisa el nivel de riesgo social en las condiciones de las personas mayores en un momento determinado, según la extensión (cavea de síntomas relacionados) y la capacidad (índice de riesgo y riesgo global). una breve descripción, dependiendo de su situación social. Los indicadores corresponden a una sección específica de componentes definatorios de las necesidades fundamentales de las personas mayores que son comunes en los procesos de intervención del Trabajo Social. Cinco indicadores componen la estructura de la escala(74):

- Estructura y función familiar.
- Contactos sociales.
- Ayuda recibida por la red de recursos tanto formales como informales en sus actividades de la vida diaria (AVD).
- Ingresos económicos.
- Vivienda.

Cada indicador tiene cinco elementos, uno o más de los cuales pueden estar presente al momento de la calificación del indicador. En función de la gravedad del riesgo, los ítems reciben puntajes del 1 al 5. La situación descrita está relacionada con un mayor riesgo cuanto más alta es la puntuación(74).

2.2.4. Actividad física

A. Definición

Se define como "los movimientos del cuerpo realizados por medio de los músculos esqueléticos, que resultan en un gasto de energía y experiencias personales, que nos permiten interactuar con las personas y el entorno que nos rodea"(86). El término "actividad física" puede referirse a actividades de la vida diaria, como caminar, hacer recados o realizar tareas domésticas, así como a actividades estructurales y repetitivas como el ejercicio físico, en actividades competitivas como el deporte. La actividad física es un concepto vinculado con la promoción de una vida activa debido a su amplitud y globalidad(87).

Actividad física es considerada según la OPS en año 2006 como Todos los movimientos de la vida diaria, incluido el trabajo, la vida diaria, la recreación, el ejercicio y los deportes. La actividad física regular para las personas mayores puede ser muy beneficiosa para prevenir, además trae como consecuencia que los problemas físicos, psicológicos y sociales que acompañan el envejecimiento pueden ser reducidos o revertidos. Por lo tanto, las personas mayores son el grupo etario que probablemente obtenga más beneficios de la práctica regular del ejercicio físico. Se recomienda ampliamente el ejercicio aeróbico para evitar y tratar varias de las enfermedades crónicas que son relacionadas con la edad adulta. Según ciertas investigaciones, el ejercicio físico es esencial para incrementar la densidad ósea y pausar o incluso revertir la sarcopenia. Una estrategia para mantener el estado de funcionalidad y el grado de independencia de los adultos mayores es aumentar la fuerza muscular, así como también mencionan que aumentar la masa muscular trae cierto beneficio(88).

B. Actividad Física del Adulto Mayor:

La actividad física para adultos mayores incluye todas las formas de ejercicio, incluidos deportes, además de otras actividades realizadas en el trabajo, transporte, tareas domésticas y al realizar actividades recreativas. Según estudios más actualizados sugiere que los adultos mayores activos físicamente son más saludables, tienen un menor riesgo de presentar caídas, mantienen la función cognitiva y tienen menos probabilidades de experimentar alteraciones en actividades simples y en el peso. Si un adulto mayor inactivo o con enfermedades limitantes pasa a ser activo, verá mejoría en su salud. La meta de un adulto mayor activo es una necesidad social y personal, por lo que necesita colaboración multidisciplinaria(89).

C. Clasificación

- **Frecuencia de actividad física**

La cantidad de veces que se practique un deporte, ya sea para competir o para sí mismo, influirá en el cuerpo. Estos cambios serán evidentes y también dependerán de la cantidad de días o semanas que se practique(90).

- **Intensidad de la actividad física**

La intensidad del ejercicio varía según lo que se esté realizando. Los ejercicios de fuerza, como las pesas o las actividades en el gimnasio, y los ejercicios de velocidad, como los deportes de carreras, se dividen en diferentes categorías. Por otro lado, el ritmo de la actividad y el esfuerzo también varían(90).

Debido a las diferencias de cuerpo entre las personas como endomorfos, mesomorfos y ectomorfos, estas actividades bien pueden causar pérdida de peso como el aumento muscular, y tienen un impacto significativo en el metabolismo(90).

- **Actividad física moderada**

- Es una práctica moderada que solo busca el bienestar físico sin exceder o exceder sus límites normales(90).

- **Actividad física vigorosa**

- Este tipo de actividad puede ser de uso de fuerza, como ejercicios en un gimnasio o uso de fuerza al cargar pesos brutos o ejercicios de Becket(90).

D. Escalas de medición

1. El Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (Global Physical Activity Questionnaire/GPAQ)

Fue creado por la Organización Mundial de la Salud en 2006 para monitorear la actividad física en los distintos países por el aumento del interés global en el rol que cumple la actividad física en la prevención de enfermedades crónicas(91).

La administración de información válida y confiable en relación a la actividad física permite a los países transmitir las tendencias durante un período de tiempo amplio, aceptar comparaciones regionales y globales, además comunican ciertas decisiones asociadas a la política sobre actividad física. El GPAQ se sometió a un programa de investigación que demostró que no solo era válido y confiable, sino que También pudo adaptarse para incluir diferencias culturales y otros aspectos importantes del país correspondiente. Aproximadamente cincuenta naciones en desarrollo están utilizando GPAQ para recopilar datos de actividad física(92).

Este instrumento es parte del programa "STEPS" y recopila información sobre la participación en la actividad física en tres marcos (o campos): actividad laboral,

actividad al desplazarse y actividad recreativa, y comportamiento sedentario. Todas las preguntas deben hacerse; si se ha respondido negativamente anteriormente, las omisiones solo son aplicadas a las variables de día y hora correspondientes. Los resultados que puede obtener serán limitados si elimina cualquier otra pregunta o elimina cualquier dominio. Es un cuestionario global caracterizado por ser cuantitativo y cerrado, que se puede utilizar en todos los países(93).

2. **International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)**

Tiene como objetivo medir la actividad física(94). fue desarrollado entre 1997 y 1998 por un grupo de consenso internacional, que creó cuatro versiones cortas y largas de los instrumentos para registrar la actividad y la inactividad física(94).

El cuestionario de actividad física está disponible en dos versiones:

- **Versión larga**, reserva información para estudios que requieren cierto tipo de dimensiones, especialmente en actividades relacionadas a la ocupación, jardinería, transporte, tiempo libre actividades del hogar, además incluye actividades sedentarias(95).
- **Versión corta**, se utiliza en aquellos estudios que requieren la vigilancia y monitorización de la población(95).

La versión corta del cuestionario IPAQ evalúa en la actividad física tres propiedades distintas la intensidad (leve, moderada o vigorosa), frecuencia (medida en días por semana) y duración (medida en tiempo por día)(95).

La actividad física semanal se mide registrando METs-min-semana. Los valores MET utilizados son(96):

- Para caminar: 3,3 METs.
- Para la actividad física moderada: 4 METs.
- Para la actividad física vigorosa: 8 METs.

Después de calculado índice de actividad física, cuyo valor corresponde a la multiplicación de la intensidad (en METs), la frecuencia y la duración de la actividad. El sujeto se clasificará en tres niveles según diferentes condiciones(96):

1. **Baja.** La actividad física no se registra o la registran, pero no se clasifica como media o alta.
2. **Media.** Considere las siguientes especificaciones:
 - Actividad física durante al menos 20 minutos al día durante 3 o más días.

- Actividad física o 30 minutos de caminata durante 5 o más días.
- Actividad física ligera durante al menos 5 días, fácil o difícil, alcanzará el récord. de 600 MET por minuto por semana

3. Alta. Con los criterios:

- Al menos 3 días de actividad física vigorosa, acumulando 1500 MET por semana.
- 7 o más días tanto de actividad física ligera, moderada o vigorosa hasta 3000 MET por semana

2.3. Bases conceptuales:

- 1. Aislamiento:** Medida para reducir el número de casos contagiados con el fin de proteger vidas durante la pandemia de COVID-19(66).
- 2. Cuarentena:** Se refiere tanto una restricción de movimiento y separación de las personas que fueron expuestas a enfermedades contagiosas o que están en riesgo de contagiarlas para reducir el riesgo de transmisión de enfermedades(67).
- 3. Pandemia:** Propagación mundial de una nueva enfermedad(97).
- 4. Situación:** Posición, o lugar, en que una persona está con respecto a su conducta. Se presenta determinada por la característica de no depender de la decisión del individuo, ni de su voluntad(72).
- 5. Depresión:** Estado emocional continuo de tristeza y falta de interés, producto de una interacción compleja entre elementos sociales, psicológicos y biológicos(42).
- 6. Adulto Mayor:** Personas mayores a 60 años de edad(98).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Ámbito

El estudio se realizó en la ciudad de Huánuco, provincia de Huánuco y perteneciente a la región del mismo nombre. Se llevó a la cabo en el Centro de Salud Aparicio Pomares, concretamente en el Programa Adulto Mayor.

3.2 Población

La población estuvo conformada por 293 adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, en el periodo 2022, pertenecientes al Programa Adulto Mayor.

3.2.1. Población diana:

Adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares.

3.2.2 Población accesible:

Adultos mayores que asistían al Centro de Salud Aparicio Pomares.

3.2.3. Población elegible

Adultos mayores del Centro de salud Aparicio Pomares que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

3.2.3.1. Criterios de inclusión

- Personas mayores de 60 años.
- Adultos mayores que asisten al Centro de Salud Aparicio Pomares.
- Adultos mayores que dieron su consentimiento de participación.

3.2.3.2. Criterios de exclusión

- Adultos mayores con deterioro cognitivo moderado a severo.
- Adultos mayores con limitación en la comunicación.

3.2.3.3. Criterios de eliminación

- Adultos mayores que no se encontraron presente durante la aplicación de los cuestionarios.
- Adultos mayores que se negaron a completar los cuestionarios.

3.2.4. Unidad de análisis: Un adulto mayor del centro del centro de Salud Aparicio Pomares.

3.3. Muestra

La muestra en estudio estuvo constituida por 122 adultos mayores, de una población total de 293 pacientes adultos mayores. La muestra fue obtenida mediante un

muestreo probabilístico, los elementos se obtuvieron por medio de una selección aleatoria simple. El proceso de cálculo del tamaño de muestra se realizó con el programa Epidat 4.2 en el que se introdujeron valores correspondientes a la variable dependiente “Depresión”, cuya proporción esperada fue de 84.00%. El nivel de confianza fue de 95% y la precisión absoluta, 5%.

3.4. Tipo de estudio

Es un estudio de tipo correlacional porque tiene como objetivo medir el grado de relación que existe entre las variables que se estudian: depresión con las variables independientes de aislamiento social, situación social, actividad física.

3.5. Diseño de investigación

El diseño de investigación fue Correlacional, Observacional, Transversal y Retrospectivo.

Es **Correlacional** porque establece una relación estadística entre variables. La variación de una implicara la disminución o aumento de la otra es decir se establecerá una relación positiva o negativa.

Es **Observacional** porque se recolectó los datos de la población sin manipular las variables en estudio.

Es **Transversal** porque la medición de las variables en estudio se realizó en un solo momento.

Es **Retrospectivo** porque variable dependiente ya se presentó en la muestra.

3.6. Métodos, técnicas e instrumentos

La técnica para la recolección datos en esta investigación fue la entrevista y el instrumento que se utilizó fue el cuestionario.

El cuestionario estuvo formado por preguntas abiertas, cerradas, de forma dicotómica o politómica; mantuvo un lenguaje claro y preciso para el entrevistado, la cual contenía preguntas éticamente aceptables. El cuestionario contó de 36 preguntas divididas en 4 anexos. La primera, evaluará datos generales (edad, sexo, estado civil) y cumplimiento del aislamiento social; la segunda, evaluará la situación social; la tercera, la actividad física y el cuarto anexo evaluará la Depresión.

Los entrevistadores fueron debidamente entrenados y capacitados para la aplicación del cuestionario.

Para este estudio se utilizaron los siguientes instrumentos:

- **Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS 15):** Este instrumento

permitió evaluar la depresión. Esta escala, que consta de 15 preguntas con dos respuestas (sí y no), permite evaluar la presencia de depresión en adultos mayores. A efectos de calificación, cada pregunta vale 1 punto. El cuestionario consta de 15 ítems con opción de respuesta dicotómica (sí/no) y con una unidimensional estructura. Son diez preguntas directas (preguntas 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15). Las preguntas restantes son indirectas, es decir cinco preguntas (preguntas 1, 5, 7, 11 y 13). Cada pregunta se puede calificar con 0 o 1, con 1 punto para las respuestas que indiquen depresión. Para calcular la puntuación total se suman las puntuaciones de los 15 ítems que componen la escala. Con base en esto, el autor original dijo que, si la puntuación total es 5 o más, se considera depresión. En este contexto, los autores originales proponen que se considera depresión presente si se obtiene un puntaje total igual o superior a 5 puntos(99).

- **Escala de valoración sociofamiliar de Gijón (Versión de Barcelona):** Este instrumento permitió determinar las situaciones de riesgo o problemas sociales. La Escala de Gijón versión corta, conformada por 15 preguntas acerca de la situación familiar, relaciones y contactos cercanos y los apoyos de red social. Cada pregunta sobre situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social. Hay cinco opciones de respuesta, cada una puntuada del 1 al 5. Las puntuaciones se obtienen sumando los puntos de cada pregunta, con un mínimo de 5 puntos y un máximo de 25, clasificando a los adultos mayores en buena situación social (5 a 9 puntos), en riesgo social (10 a 14 puntos) y con problema social (mayor a 15 puntos). La puntuación varía entre cero y veinte cinco, el cual se interpreta que a una puntuación más alta se asocia con una situación social más baja(84,85).
- **Cuestionario Internacional de actividad física de IPAQ:** Este instrumento permite determinar los niveles de actividad física. La versión corta presenta siete preguntas sobre la frecuencia, duración e intensidad (tipo e intensidad) de las actividades realizadas durante los siete últimos días, incluidas caminar y estar sentado en un día laborable. Puede postularse a través de una entrevista directa, llamada telefónica o una autoencuesta. La actividad semanal es registrada por minutos y semana con los Mets por sus siglas en inglés Metabolic Equivalent of Task o Unidades de Índice Metabólico(96).
Aquí están los puntos de referencia de los Mets(96):

- Caminar: 3,3 Mets.
- Moderada actividad física: 4 Mets.
- Vigorosa actividad física: 8 Mets

Para obtener la cantidad de Mets, debes multiplicar cada uno de los valores mencionados anteriormente (3.3, 4 u 8 Mets) por la cantidad de minutos por día que realizas la actividad y la cantidad de días por semana que trabajas.

Cálculo de la unidad del Índice metabólico (Mets)(96):

- Actividad intensa: 8 Mets x minutos de actividad intensa al día x días que se practica esa actividad en una semana.
- Actividad moderada: 4.0 Mets x minutos de actividad física moderada al día x número de días a la semana que se realiza esa actividad.
- Caminar: 3.3 Mets x minutos caminando al día x número de días que camina a la semana.

Nivel de actividad física según los criterios establecidos:

- Bajo: No hace ninguna actividad física o la que realiza no es suficiente para calificar para la categoría dos o tres.
- Moderado: 600 Mets por minuto y semana.
- Alto: 3 000 Mets por minuto y semana.

3.7. Validación y confiabilidad del instrumento

- Validez racional.** Se realizó una búsqueda metódica y sistemática de diversas fuentes de libros, revistas, artículos y otros materiales de referencia sobre el aislamiento social, situación social, actividad física y depresión en adultos mayores. Esto nos permitió conocer las características de las variables que se clasifican como parámetros de función.
- Validez mediante el Juicio de Expertos.** Se seleccionaron 05 jueces expertos para evaluar cada apartado del instrumento de investigación. Son responsables de evaluar la validez, relevancia, coherencia, estructura y claridad de las preguntas. Las revisiones de expertos sobre las herramientas de investigación son las siguientes:
 - **Experto N°1:** Médico Laquise Lerma Luis; el experto recomendó algunas modificaciones terminológicas, además sugirió la reformulación de algunas preguntas.

- **Experto N°2:** Médico Malca Zelada Elvira Jackeline; el experto recomendó modificación de algunas preguntas, incidiendo en situación social.
- **Experto N°3:** Psicóloga Chávez Solís Violeta; el experto señaló que los preguntas presentados en los instrumentos están adecuadamente estructurados.
- **Experto N°4:** Psicóloga Santamaría Mallqui Soledad; el experto señaló que los preguntas presentados en los instrumentos están adecuadamente estructurados.
- **Experto N°5:** Psicóloga Chuquiyaury Mallqui Maritza. el experto señaló que los preguntas presentados en los instrumentos están adecuadamente estructurados.

El cuestionario tuvo una validez promedio de 91.5%.

c. Validez por aproximación a la población en estudio.

Para aproximar el instrumento de investigación para los participantes de este estudio, se realizó una prueba piloto en un grupo de 20 adultos del Centro Salud Las Moras. De esta manera, las frases poco claras o ambiguas en la formulación de la pregunta se identificaron y corrigieron posterior a ello.

3.8. Procesamiento

El procesamiento de datos se realizó en el Software Estadísticos SPSS V.21, apoyado con los programas Microsoft Word y Excel 2018 y Epidat 4.2.

3.9. Tabulación y análisis de datos

En el análisis descriptivo se utilizaron las medidas de tendencia central y de dispersión: frecuencia y proporción para las variables cualitativas; y se midió media, mediana y desviación estándar para las variables cuantitativas. Se elaboraron tablas estadísticas y gráficos.

El análisis inferencial se realizó con el Software Estadísticos SPSS V.21, utilizándose la prueba estadística de Chi Cuadrado para muestras independientes debido a que las variables en estudio fueron categóricas. La prueba T de Student se utilizó para relacionar la variable dependiente con la variable cuantitativa, actividad física. El nivel de significancia estadística utilizado fue 5% ($p < 0.05$), y como intervalo de confianza del 95%.

3.10. Consideraciones éticas

El Comité de Ética de la Dirección de Investigación Universitaria (DIU) perteneciente a la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, evaluó el presente trabajo, dicha aprobación se emitió en el OFICIO VIRTUAL N°39|-2022-CE-FM/UNHEVAL.

Los participantes recibieron un consentimiento informado que describe aspectos clave del proceso de investigación. Los participantes y su intimidad fueron estrictamente protegidos, por lo que no se puede identificar a los participantes.

Toda la información proporcionada por los participantes se incorporó a la base de datos, se analizó y procesó con su codificación respectiva, cumpliendo así en todo momento con los estándares de seguridad y protección de datos. Cuando se publicaron los resultados finales, los datos del participante no se incluyeron por algún motivo.

También se hizo hincapié en el cumplimiento de los cuatro principios de la bioética médica:

- **La beneficencia:**
Esta investigación benefició al Centro de Salud Aparicio Pomares ya que los resultados obtenidos de la investigación sirvieron para tomar acciones preventivas, y de apoyo psicológico, psiquiátrico a los pacientes adultos mayores, previniendo de este modo hechos fatales.
- **La no maleficencia:**
En este estudio, los datos de los participantes fueron recogidos tras obtener el consentimiento informado y garantizar la confidencialidad, de modo que los derechos de los participantes no se vean comprometidos o afectados. Respecto a la confidencialidad de los datos de los participantes: El cuestionario se utilizó únicamente con fines educativos y de investigación, y solo los investigadores tuvieron acceso a las respuestas.
- **La autonomía:**
Para aplicar el instrumento se explicó el propósito del estudio y se solicitó a los participantes su consentimiento informado para participar. Se informó a los participantes sobre el propósito y los procedimientos del estudio y se les pidió que firmaran un formulario de consentimiento informado que detalla los términos de participación. Los participantes no estuvieron ni de acuerdo ni cómodos, tuvieron la opción de retirarse de la entrevista. El investigador no influyó en cómo cada participante respondió las preguntas del cuestionario.

- **La justicia:**
El instrumento fue administrado a todos los adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión sin distinción de raza, edad o nivel socioeconómico. Toda persona fue tratada justamente por los investigadores.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

El promedio de edad fue de 71.27 ± 7.65 años. Del total de los pacientes, el 63.9% pertenecían al sexo femenino, y solo del 35.2% su estado civil era casado, más de la mitad de los pacientes fueron de estado civil casado o conviviente. Los resultados de las características sociodemográficas se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población de Aislamiento, situación social y actividad física relacionados a depresión en adultos mayores de un Centro de Salud del Perú, 2022. (n=122)

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Género		
Mujer	78	63.9
Varón	44	36.1
Estado Civil		
Casado	43	35.2
Conviviente	28	23
Soltero	21	17.2
Divorciado	18	14.8
Viudo	12	9.8
Edad (años)		
Media \pm DS	71.27 ± 7.65	
Edad (años)		
60-69	59	48.4
70-79	44	36.1
80-89	18	14.8
90-100	1	0.8

Los resultados sobre la frecuencia de depresión, aislamiento, situación social y actividad física en los AM se presentan en la tabla 2. Con respecto a la depresión, el 92.6% de los pacientes presentaron depresión, siendo esta la que obtuvo el porcentaje más alto. El 50.8% de los pacientes refirieron un cumplimiento total del aislamiento durante el confinamiento obligatorio, y un 21.3% comentaron no haber cumplido con el aislamiento obligatorio. El 59.8% presentaron un deterioro social severo, y en un muy bajo porcentaje de 0.8% se identificó una buena situación social, la situación social incluye la situación familiar, situación económica, vivienda, las relaciones sociales y el apoyo red social de los pacientes. Con respecto a la actividad física realizada, un 68.0% de los AM comentaron haber realizado actividad física moderada, y un 17.2% mencionaron haber realizado una baja actividad o no haber realizado ninguna actividad. Los resultados se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. Características clínicas de Aislamiento, situación social y actividad física relacionados a depresión en adultos mayores de un Centro de Salud del Perú, 2022. (n=122)

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Aislamiento		
Cumplimiento total	62	50.8
Incumplimiento	26	21.3
Cumplimiento parcial	21	17.2
Cumplimiento imparcial	13	10.7
Situación social		
Severo	73	59.8
Intermedia	48	39.3
Buena	1	0.8
Actividad física		
Nivel moderado	83	68.0
Nivel bajo o inactivo	21	17.2
Nivel alto	18	14.8

Depresión

Presenta depresión	113	92.6
No presenta depresión	9	7.4

Se realizó también el análisis de la relación entre la presencia de depresión y el cumplimiento del aislamiento, el nivel de situación social y el nivel de actividad física, pero considerando si el paciente cumplió o no cumplió con el aislamiento obligatorio, si presentó una situación social en riesgo o sin riesgo, o si el paciente realizó actividad o permaneció inactivo en cuanto a actividad física se refiere (las variables se trabajaron de forma dicotómica). En la mayoría de los casos no se encontró significancia estadística, a excepción de la relación con la situación social de los AM ($p=0.0004$). Además, no se presentó relación estadística entre depresión con los grupos de edad, la sexo y estado civil. Estos resultados se presentan en la tabla 3.

Tabla 3. Análisis bivariado de aislamiento social, situación social y actividad física relacionados a la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco-2022.
(n=122)

Características	Depresión				<i>p</i>	RP	IC 95		
	Presenta depresión		No presenta depresión				inf	;	sup
	n	%	n	%					
Aislamiento social									
Cumplimiento	90	93.75	6	6.25	0,3601	1.19	0.75	;	1.91
Incumplimiento	23	88.46	3	11.54					
Situación social									
En riesgo	113	93.39	8	6.61	0.0004	1.13	0.89	;	1.42
Sin riesgo	0	0.00	1	100.00					
Actividad física									
Inactivo	20	95.24	1	4.76	0.6143	1.59	0.24		10.55

Activo	93	92.08	8	7.92					
Edad									
X \pm DS	71,83 \pm 7,35		68,22 \pm 9,64		0,227 [#]				
Edad									
60-79	95	92.23	8	7.77					
80-100	18	94.74	1	5.26	0.9251	0.946	0.741	; 1.208	
Género									
Masculino	41	93.18	3	6,82					
Femenino	72	92.31	6	7,69	0,8585	0,991	0,894	; 1,097	
Estado civil									
Vive solo	46	92.00	4	8.00					
Vive acompañado	67	93.06	5	6.94	0.8944	0.92	0.42682	; 1.966	

T de Student

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El trabajo de investigación estudió la relación de aislamiento, situación social y actividad física con la presencia de depresión. La investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud Aparicio Pomares perteneciente al departamento de Huánuco. En el marco de la pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2, en el cual se llevó a cabo la investigación presente, el aislamiento y la cuarentena se identificaron como medidas extremas de distanciamiento social que llegaron a repercutir la salud mental en la población mundial pero fue aún más nocivo para uno de los segmentos de edad más susceptibles, los ancianos, quienes en sociedades como las nuestras viven en situación de pobreza, es decir con carencia en cuanto a necesidades básicas, de estima y realización. La falta de propósito y la alteración de la rutina en los adultos mayores generaron consecuencias en sentimientos de frustración, aburrimiento y disminución del estado de ánimo. Además, aumentaron la ansiedad relacionada con el temor al contagio, así como la probabilidad de desarrollar depresión(100).

En cuanto a la asociación entre el aislamiento social y la presencia de depresión, en el presente estudio con la muestra designada, no encontró ninguna relación estadísticamente significativa con la pregunta referente al aislamiento mencionado. Este hallazgo se respalda con la investigación realizada por Hamm y colaboradores, quienes descubrieron que las personas de la tercera edad con depresión mayor previa mostraron resiliencia durante los primeros dos meses de pandemia en los Estados Unidos(101). Además, Ozamiz et al, en sus hallazgos, muestran que los niveles de síntomas de depresión fueron generalmente bajos al comienzo del periodo de confinamiento(102). Asimismo, Berti de Azevedo M descubrió que los adultos jóvenes presentaban mayor síntomas negativos de salud mental durante la pandemia comparado con los de edades avanzadas(103). Yingfei Zhang et al, en su estudio asoció al aislamiento con un impacto estresante leve, además logró capturar algunos impactos inmediatos positivos y negativos en la salud mental(104). No obstante, una investigación realizada con 1.593 participantes del suroeste de China, en provincias cercanas a Hubei, comparó a individuos afectados por la cuarentena con aquellos que no lo estaban. Los resultados revelaron que entre las personas no afectadas por la cuarentena, la prevalencia de ansiedad fue del 6,7 % y la de depresión del 11,9 %, mientras que estas cifras fueron mayores al analizar cifras en las personas afectadas por la cuarentena, con un 12,9 % y un 22,4 %, respectivamente(105). Según el estudio de Luis A. Chávez Negrete y su equipo, durante el período de aislamiento por el COVID-

19, el aislamiento social en adultos mayores como resultado del confinamiento debido al SARS-CoV-2 se relacionó significativamente tanto con la ansiedad como con la depresión. Es notable que el 75% de los pacientes experimentaron alguna de estas dos condiciones(100). W Sepúlveda Loyola et al también señalan que la salud mental y física de los adultos mayores se deteriora durante el distanciamiento social, lo que resulta en niveles más altos de ansiedad y depresión(106). Park Kang Hyun et al, sugieren que el aislamiento prolongado fomenta la adopción de hábitos de vida poco saludables, lo cual podría tener consecuencias adversas para la salud mental a largo plazo. Los resultados indicaron que estos cambios en el estilo de vida estaban relacionados con la depresión(25). En base a los hallazgos, se puede deducir que los estudios realizados a comienzos de la pandemia no tuvieron relación significativa, ya que los datos se recopilaron en etapas muy tempranas, todo lo contrario, sucedía en estudios que fueron elaborados tras un lapso mayor respecto al inicio de la cuarentena. A su vez, en estudios en los que se incluyen poblaciones de adultos jóvenes y adolescentes, se encontró mayor presencia de depresión comparado a los de la tercera edad. Estudios en donde se registraron cumplimiento absoluto a las medidas de distanciamiento social, obtuvieron significancia estadística; mientras que, de manera opuesta, en otras investigaciones que reportaron incumplimiento de estas medidas como en el presente estudio que reporta solo la mitad de la población en cumplimiento total podría ser la razón de que en el resultado no se encontró asociación significativa.

Se observó una asociación significativa entre la situación social y la depresión, lo que sugiere que a medida que la situación social empeora, particularmente en niveles intermedios y de deterioro social severo, la incidencia de depresión aumenta. Este hallazgo coincide con la investigación de Santana y colaboradores, quienes encontraron que las personas con un mayor capital social tenían niveles más bajos de ansiedad y depresión. El capital social se refiere a cómo la persona se integra en la sociedad, su sentido de pertenencia, las relaciones que establece, el apoyo grupal recibido y su participación social. Estos recursos sociales incluyen confianza, cooperación, reciprocidad y fiabilidad(14). De manera similar, Molés et al, en su investigación sobre la convivencia, encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,011$) donde los adultos mayores que viven en solitario mostraron una mayor incidencia de síntomas depresivos en comparación con aquellos que viven con compañía, con un 26,6% frente a un 16,1%, respectivamente(107). De la misma manera, respecto a situación económica y redes sociales, Lei Lei et al, en su estudio encontró que un menor ingreso familiar

promedio, la falta de respaldo psicológico y un mayor deterioro de la propiedad mostraron una correlación estadísticamente significativa con niveles más elevados de depresión y ansiedad(105). Sin embargo, estos resultados no coinciden en su totalidad con los resultados encontrados en el estudio de Haseda et al, donde los factores asociados con gradientes menos profundos de depresión incluyeron una mayor participación en actividades locales y la recepción o provisión de apoyo social, no mostró una asociación significativa entre las mujeres(108). A partir de lo hallado, se puede concluir que individualmente, diversos factores como la ausencia de apoyo social, ingreso familiar disminuido, las carencias en cuanto a vivienda se refiere, menor capital social y vivencia en solitario fueron predominantemente relacionados al incremento de síntomas depresivos en este grupo etario. Así mismo esta significancia se explica por la característica social del ser humano, el cual es un factor determinante en la salud mental en la tercera edad.

Con respecto a la asociación entre actividad física y depresión, con la muestra generada, no se encontró significancia. Este resultado coincide con la investigación encontrado en Lage et al, que reporta a la actividad física ligera (evaluada como tiempo de caminata), el tiempo de sedestación y la actividad física vigorosa sola no se asociaron significativamente con la puntuación de depresión(109). En contraposición, de acuerdo con Huang Y, la adopción de un estilo de vida sedentario, caracterizado por largos periodos de estar sentado y niveles bajos de actividad física, sí está vinculada a un mayor riesgo de depresión(26). De manera semejante, en el estudio de Schrepft, los recuentos totales de actividad de 24 h fueron más bajos en los encuestados aislados en comparación con los no aislados, independientemente del sexo, la edad, el nivel socioeconómico, el estado civil, el tabaquismo, el consumo de alcohol, la autoevaluación de la salud, la limitación de enfermedades de larga duración, las limitaciones de movilidad, los síntomas depresivos y la soledad ($\beta = - 0,130$, $p= 0,028$)(110). Un descubrimiento adicional que muestra una asociación significativa es el estudio realizado por Sáez-Padilla et al, el cual indica que hay una relación positiva entre el nivel de condición física y la depresión. Específicamente, tener un nivel óptimo de fuerza favorece una menor presencia de depresión(111). Existe una evidente asociación de actividad física en general y afectación en la salud mental en personas calificadas como no físicamente activas, mientras que el trabajo de investigación que valora la actividad física por niveles, registró hallazgos no significativos. La falta de asociación se expresa porque los sujetos de muestra realizaban actividades de vida diaria que involucra fuerza de moderada a intenso nivel previo a

pandemia, es decir, al igual que el estudio citado en donde no se halló significancia, se trata de una población físicamente activa donde todavía una actividad física vigorosa tendría un efecto positivo en la depresión.

Vale la pena señalar que durante el transcurso de recolección de datos se observó otras variables intervinientes, como el grado de dependencia y el factor educación que, si bien no fue incluido en el estudio, consideramos tiene importancia su análisis en posteriores estudios.

Cuando nos referimos a la relación entre variables, es crucial tener en cuenta como una limitación el tipo de estudio llevado a cabo, sin embargo, es el primer estudio en la Ciudad de Huánuco que busca abordar el estudio de depresión en contexto COVID en personas mayores. Otra de las limitaciones fue que no se tomó en cuenta dentro del estudio las comorbilidades.

En resumen, con la muestra establecida para este estudio no, se encontró una relación significativa tras vincular las variables de aislamiento social y nivel de actividad física con la variable depresión, por otro lado, sí se halló significancia en el resultado de la relación de la variable de análisis, depresión con la variable situación social, la misma que engloba aspectos como la situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social de los pacientes, sin dejar de remarcar que 93.39% de los ancianos con una situación social en riesgo presentaron depresión. Respecto a las variables entre intervinientes no se observó una asociación estadísticamente significativa entre la depresión y los distintos grupos de edad, ni tampoco con las demás variables sociodemográficas analizadas.

CONCLUSIONES

1. Con la muestra obtenida en este estudio, el aislamiento social no está asociado a la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, debido a que no existe correlación significativa.
2. En relación a la variable situación social y depresión se encontró una asociación significativa, esto nos indica que a medida que la situación social en pacientes adultos mayores empeora, aun nivel más crítico como los grados de intermedio y deterioro social severo, la prevalencia de depresión aumenta.
3. Con la muestra obtenida en este estudio, la actividad física no está relacionada a la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, debido a que no existe una asociación significativa.

RECOMENDACIONES

1. Se propone la realización de investigaciones en adultos jóvenes y adolescentes. Por otro lado, se sugiere continuar con la difusión y educación sobre las enfermedades, sus implicancias y restricciones asumidas en colectivo en contexto de pandemia, puesto que el entendimiento de los beneficios de ciertas medidas como la cuarentena podrán ser asumidas como medidas de protección y prevención promoviendo calma y control de la situación.
2. Incidir en la mejora de propuestas por parte de autoridades políticas y de salud que promuevan una mejor calidad de vida en los adultos mayores, incrementar la promoción de inserción laboral, así favorecer su sentido de pertenencia; condenar las acciones de abandono y promover mejores vínculos armoniosos, de respeto y valoración hacia los adultos mayores en la familia y la comunidad; a nivel de municipalidades, fomentar el apoyo grupal y su participación social.
3. El equipo de investigación recomienda las practicas saludables en la población adulta mayor mediante programas, enfatizando en un mayor nivel de actividad física de acuerdo a restricciones de sus condiciones de salud. La promoción de actividad física se deberá instaurar en instituciones educativas y de salud que eduquen a sus asistentes y éstos a todos los miembros en su familia.
4. Incrementar el número de participantes en estudios futuros podría conducir a hallazgos más precisos y confiables sobre la relación entre las variables examinadas y la depresión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Giorgi G, Lecca LI, Alessio F, Finstad GL, Bondanini G, Lulli LG, et al. COVID-19-Related Mental Health Effects in the Workplace: A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 27 de octubre de 2020;17(21):7857.
2. Pandey D, Bansal S, Goyal S, Garg A, Sethi N, Pothiyill DI, et al. Psychological impact of mass quarantine on population during pandemics-The COVID-19 Lock-Down (COLD) study. *PLoS One*. 2020;15(10):e0240501.
3. Ng QX, Lim DY, Chee KT. Not all trauma is the same. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 13 de octubre de 2020;117(41):25200.
4. Gorenko JA, Moran C, Flynn M, Dobson K, Konnert C. Social Isolation and Psychological Distress Among Older Adults Related to COVID-19: A Narrative Review of Remotely-Delivered Interventions and Recommendations. *J Appl Gerontol*. enero de 2021;40(1):3-13.
5. Huang C, Huang L, Wang Y, Li X, Ren L, Gu X, et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet*. 16 de enero de 2021;397(10270):220-32.
6. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. agosto de 2020;88:901-7.
7. Di Santo SG, Franchini F, Filiputti B, Martone A, Sannino S. The Effects of COVID-19 and Quarantine Measures on the Lifestyles and Mental Health of People Over 60 at Increased Risk of Dementia. *Front Psychiatry*. 14 de octubre de 2020;11:578628.

8. Santini ZI, Jose PE, York Cornwell E, Koyanagi A, Nielsen L, Hinrichsen C, et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *Lancet Public Health*. enero de 2020;5(1):e62-70.
9. Kotwal AA, Holt-Lunstad J, Newmark RL, Cenzer I, Smith AK, Covinsky KE, et al. Social Isolation and Loneliness Among San Francisco Bay Area Older Adults During the COVID-19 Shelter-in-Place Orders. *J Am Geriatr Soc*. enero de 2021;69(1):20-9.
10. Dev S, Kim D. State-Level Income Inequality and County-Level Social Capital in Relation to Individual-Level Depression in Middle-Aged Adults: A Lagged Multilevel Study. *Int J Environ Res Public Health*. 27 de julio de 2020;17(15):5386.
11. Galán-Arroyo C, Pereira-Payo D, Hernández-Mocholí MÁ, Merellano-Navarro E, Pérez-Gómez J, Rojo-Ramos J, et al. Depression and Exercise in Older Adults: Exercise Looks after You Program, User Profile. febrero de 2022 [citado 18 de enero de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.uautonoma.cl>
12. Fuhrmann CM. La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Revista Cubana de Salud Pública*.
13. de Oliveira L da S, Souza EC, Rodrigues RAS, Fett CA, Piva AB. The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community. *Trends Psychiatry Psychother*. 2019;41(1):36-42.
14. Santana VVR da S, Nascimento RZ do, Lima AA, Nunes ICM. Alterações psicológicas durante o isolamento social na pandemia de covid-19: revisão integrativa. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*. 2020;2:754-62.

15. Broche-Pérez Y, Fernández-Castillo E, Reyes Luzardo DA, Broche-Pérez Y, Fernández-Castillo E, Reyes Luzardo DA. Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública* [Internet]. 2020 [citado 2 de enero de 2023];46. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662020000500007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
16. Ciuffreda G, Cabanillas-Barea S, Carrasco-Uribarren A, Albarova-Corral MI, Argüello-Espinosa MI, Marcén-Román Y. Factors Associated with Depression and Anxiety in Adults ≥ 60 Years Old during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 12 de noviembre de 2021;18(22):11859.
17. Di Santo SG, Franchini F, Filiputti B, Martone A, Sannino S. The Effects of COVID-19 and Quarantine Measures on the Lifestyles and Mental Health of People Over 60 at Increased Risk of Dementia. *Front Psychiatry*. 14 de octubre de 2020;11:578628.
18. Santini ZI, Jose PE, York Cornwell E, Koyanagi A, Nielsen L, Hinrichsen C, et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health*. enero de 2020;5(1):e62-70.
19. Kotwal AA, Holt-Lunstad J, Newmark RL, Cenzer I, Smith AK, Covinsky KE, et al. Social Isolation and Loneliness Among San Francisco Bay Area Older Adults During the COVID -19 SHELTER-IN-PLACE Orders. *J Am Geriatr Soc*. enero de 2021;69(1):20-9.

20. Dev S, Kim D. State-Level Income Inequality and County-Level Social Capital in Relation to Individual-Level Depression in Middle-Aged Adults: A Lagged Multilevel Study. *IJERPH*. 27 de julio de 2020;17(15):5386.
21. Li W, Liu E, Balezentis T, Jin H, Streimikiene D. Association between socioeconomic welfare and depression among older adults: Evidence from the China health and Retirement Longitudinal Study. *Social Science & Medicine*. abril de 2021;275:113814.
22. García-Fernández L, Romero-Ferreiro V, López-Roldán PD, Padilla S, Rodríguez-Jimenez R. Mental Health in Elderly Spanish People in Times of COVID-19 Outbreak. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. octubre de 2020;28(10):1040-5.
23. 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. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. octubre de 2019;19(4):47-52.
24. Pérez AD, Rojas LÍ. Rasgos de bienestar según fuentes de ingreso en un grupo de adultos mayores de barrios capitalinos. :10.
25. Park KH, Kim AR, Yang MA, Park JH. Differences in Multi-Faceted Lifestyles in Response to the COVID-19 Pandemic and Their Association with Depression and Quality of Life of Older Adults in South Korea: A Cross-Sectional Study. *Nutrients*. noviembre de 2021;13(11):4124.
26. Huang Y, Li L, Gan Y, Wang C, Jiang H, Cao S, et al. Sedentary behaviors and risk of depression: a meta-analysis of prospective studies. *Transl Psychiatry*. 22 de enero de 2020;10(1):26.

27. Lefferts EC, Saavedra JM, Song BK, Lee D chul. Effect of the COVID-19 Pandemic on Physical Activity and Sedentary Behavior in Older Adults. JCM. 12 de marzo de 2022;11(6):1568.
28. Ulloa AS, Pereda LJ. Impacto del Covid-19 en la salud mental del adulto mayor: Artículo de revisión Impact of Covid-19 on Mental Health of the Elderly: Review Article.
29. Granda-Oblitas A, Quiroz Gil GX, Runzer Colmenares FM. Efectos del aislamiento en adultos mayores durante la pandemia: una revisión de la literatura. Acta Med Peru [Internet]. 4 de febrero de 2022 [citado 24 de mayo de 2022];38(4). Disponible en: <https://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/2225>
30. Arroyo Pablo DY. Nivel de depresión frente a la pandemia Covid-19 en adultos mayores de la asociación buen progreso en Puente Piedra, 2021. 2021 [citado 16 de julio de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.uclm.es/handle/20.500.12872/644>
31. Coaguila Quispe FL, Velásquez Cahui AC. Depresión en el adulto mayor por el aislamiento social en el contexto de la pandemia Covid - 19. En el Centro de Salud Las Esmeraldas del distrito de José Luis Bustamante y Rivero, Arequipa 2021 [Internet]. Universidad César Vallejo; 2021 [citado 16 de julio de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/76633>
32. León Dávalos R del P. Depresión en adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor de Lurín – 2021 [Internet]. Universidad Peruana Los Andes; 2021 [citado 16 de julio de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/3135>
33. Hinojosa Álvarez NJ. Situación sociofamiliar y su influencia en el riesgo de depresión del adulto mayor que acude al puesto de salud de Poroy, Cusco 2018 -

- 2019 [Internet]. Universidad Andina del Cusco; 2021 [citado 27 de julio de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/4279>
34. Olivares Ríos AI, Reyes Rojas N. Técnicas de desarrollo de la espiritualidad en el control de la depresión de los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor, Pillco Marca-2019 [Internet]. Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2019 [citado 3 de enero de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/5279>
35. Perez Bernardo AT, Ramirez Blas AA, Santos Poma L. Factores socioeconómicos del abandono del adulto mayor en la ciudad de Huánuco [Internet]. Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2019 [citado 16 de julio de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/5259>
36. Acosta Illatopa ZI. Nivel de depresión predominante en los adultos mayores beneficiarios del Programa Social Pensión 65, del distrito de Pillco Marca-2017 [Internet]. Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2018 [citado 16 de julio de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/3886>
37. Ponce Verde SX. NIVEL DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE TINGO MARIA, 2017 [Internet]. Universidad de Huánuco; 2018 [citado 16 de julio de 2022]. Disponible en: <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/1475>
38. Valverde Paredes PC. SITUACIÓN SOCIAL FAMILIAR Y VALORACIÓN FUNCIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA SOCIAL PENSIÓN 65 DEL DISTRITO DE HUACAR HUANUCO - 2017 [Internet]. UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO;

- 2017 [citado 27 de julio de 2022]. Disponible en:
<http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/643>
39. Chand SP, Arif H. Depression. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [citado 2 de agosto de 2022]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430847/>
40. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. [citado 25 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
41. American Psychiatric Association. Anxiety Disorders. DSM Library. 2013 [citado 25 de junio de 2022]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Disponible en:
<https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>
42. Morales Fuhrmann C. La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. Revista Cubana de Salud Pública. junio de 2017;43(2):136-8.
43. Keller MB, Lavori PW, Mueller TI, Endicott J, Coryell W, Hirschfeld RM, et al. Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression. A 5-year prospective follow-up of 431 subjects. Arch Gen Psychiatry. octubre de 1992;49(10):809-16.
44. Rodriguez Jimenez J, Zaccarelli Davolim Mónica, Perez, Ricardo R, OMS, Organizacion Panamericana de la Salud. Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres naturales. Washington, D.C.: Organizacion Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organizacion Mundial de la Salud; 2006.
45. Alexopoulos GS. Frontostriatal and limbic dysfunction in late-life depression. Am J Geriatr Psychiatry. diciembre de 2002;10(6):687-95.
46. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. 2005;365:10.

47. O'Doherty J, Kringelbach ML, Rolls ET, Hornak J, Andrews C. Abstract reward and punishment representations in the human orbitofrontal cortex. *Nat Neurosci.* enero de 2001;4(1):95-102.
48. Bush G, Luu P, Posner MI, Bush G, Luu P, Posner MI, et al. Cognitive and emotional influences in anterior cingulate cortex. *Trends in Cognitive Sciences.* 1 de junio de 2000;4(6):215-22.
49. Corrales A. Consenso argentino sobre el diagnóstico y tratamiento del Trastorno depresivo mayor resistente al tratamiento (DRT). 2020.
50. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento [Internet]. [citado 28 de junio de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>
51. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. 2005;365:10.
52. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud; 2011. [Internet]. [citado 28 de junio de 2022]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-194-08/ER.pdf>
53. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research.* enero de 1982;17(1):37-49.
54. Yesavage JA. Geriatric Depression Scale. *Psychopharmacol Bull.* 1988;24(4):709-11.
55. Brink TL, Yesavage JA. Somatoform disorders: Differentiation of conversion, hypochondriacal, psychophysiologic, and related disorders. *Postgraduate Medicine.* julio de 1982;72(1):189-98.

56. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*. 1986;5(1-2):165-73.
57. Purriños MJ. ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale. :4.
58. Hamilton M. A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 1 de febrero de 1960;23(1):56-62.
59. Hamilton M. Development of a Rating Scale for Primary Depressive Illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*. diciembre de 1967;6(4):278-96.
60. Ramos-Brieva JA, Cordero Villafáfila A. Validation of the Castilian version of the Hamilton Rating Scale for Depression. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. agosto de 1986;14(4):324-34.
61. Ramos-Brieva JA, Cordero-Villafafila A. A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *J Psychiatr Res*. 1988;22(1):21-8.
62. Depression: management of depression in primary and secondary care | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [citado 28 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg23>
63. Melipillán Araneda R, Cova Solar F, Rincón González P, Valdivia Peralta M. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Terapia psicológica*. julio de 2008;26(1):59-69.
64. Silva MA da, Wendt GW, Argimon II de L. Inventário de depressão de beck II: análises pela teoria do traço latente. *AvalPsicol*. 15 de agosto de 2018;17(03):339-50.
65. Broche-Pérez Y. Consecuencias psicológicas de la cuarentena y el aislamiento social durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Salud Pública*. :14.

66. Iglesias-Osores S. Importancia del aislamiento social en la pandemia de la COVID-19. *Rev Med Hered.* 16 de octubre de 2020;31(3):205-6.
67. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS Control and Psychological Effects of Quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases.* 2004;10(7):7.
68. Pérez C, Ulises E. Ansiedad por confinamiento de COVID-19 en estudiantes universitarios [Internet] [bachelorThesis]. San Pedro Garza García: UDEM; 2021 [citado 4 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.udem.edu.mx/handle/61000/3489>
69. WHO-2019-nCoV-Policy-Brief-Gatherings-2021.1-spa.pdf [Internet]. [citado 28 de junio de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344162/WHO-2019-nCoV-Policy-Brief-Gatherings-2021.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
70. Lista de actividades permitidas en regiones con nivel de alerta extremo [Internet]. [citado 28 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/12498-lista-de-actividades-permitidas-en-regiones-con-nivel-de-alerta-extremo>
71. World Health Organization. Public health for mass gatherings: key considerations [Internet]. World Health Organization; 2015 [citado 28 de junio de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/162109>
72. Fernández-Miranda Hevia T. Concepto de situación social : introducción a una sociología de la situación : discurso inaugural del año académico 1957-58 [Internet]. Universidad de Oviedo; 1957 [citado 2 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/19292>

73. Medina Rubio R. Situación social y educación personalizada. julio de 1981 [citado 27 de julio de 2022]; Disponible en: <https://reunir.unir.net/handle/123456789/7854>
74. Giménez-Bertomeu VM, Guinovart-Garriga C, Rovira-Soler E, Viñas-Segalés N. La Escala de Valoración Sociofamiliar TSO.
75. Rubenstein LZ, Wieland D, Bernabei R. Geriatric Assessment Technology: The State of the Art. Springer Publishing Company, Incorporated; 1995. 328 p.
76. Zavala G M, Vidal G D, Castro S M, Quiroga P, Klassen P G. FUNCIONAMIENTO SOCIAL DEL ADULTO MAYOR. Cienc enferm [Internet]. diciembre de 2006 [citado 2 de agosto de 2022];12(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532006000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
77. Anzola Perez E, Galinsky D, Morales Martinez F, Salas AR, Sánchez Ayéndez M. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. 1994;488-488.
78. Skousen, Mark. La economía en tela de juicio. | [Internet]. España; [citado 2 de agosto de 2022]. Disponible en: <http://www.marcialpons.es/libros/la-economia-en-tela-de-juicio/9780201621839/>
79. Madrigal-Martinez M. Ingresos y bienes en la vejez, un acercamiento a la configuración de la seguridad económica de los adultos mayores mexiquenses. Papeles de población. marzo de 2010;16(63):117-53.
80. Marcus CC. House As a Mirror of Self: Exploring the Deeper Meaning of Home. Nicolas-Hays, Inc.; 2006. 538 p.
81. Haramoto E. CONCEPTOS BASICOS SOBRE VIVIENDA Y CALIDAD. 1998;

82. José Taramona Hernández. Manual teórico-práctico de los Contratos Civiles y Comerciales. Tomo III (Sociedades, Títulos Valores) - LIBROS PERUANOS [Internet]. [citado 7 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.librosperuanos.com/libros/detalle/6677/Manual-teorico-practico-de-los-Contratos-Civiles-y-Comerciales.-Tomo-III-Sociedades-Titulos-Valores>
83. Riverón Hernández K, Jocik Hung G. SOCIEDAD Y PERSONA ADULTA MAYOR. SIGNIFICADOS PARA PERCIBIR BIENESTAR SUBJETIVO. Revista de Ciencias Sociales [Internet]. 20 de noviembre de 2013 [citado 2 de agosto de 2022];0(141). Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/sociales/article/view/12484>
84. Amarís GV, Arrieta EM. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia).
85. Cabrera González D, Menéndez Caicoya A, Fernández Sánchez A, Acebal García V, García González JV, Díaz Palacios E, et al. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Aten Primaria. 30 de abril de 1999;23(7):434-40.
86. Devis Devis J. Actividad física, deporte y salud [Internet]. Barcelona: INDE; 2000 [citado 4 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://rebiun.baratz.es/rebiun/record/Rebiun02163258#>
87. Shephard RJ. Physical activity, health, and well-being at different life stages. Res Q Exerc Sport. diciembre de 1995;66(4):298-302.
88. Ceballos Gurrola O, Alvarez Bermúdez J, Medina Rodríguez RE. Actividad física y calidad de vida en adultos mayores. En El Manual Moderno; 2012 [citado 4 de febrero de 2023]. p. 1-139. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/4476/>

89. Moreira GEM. Actividad física y su relación con la dependencia del adulto mayor del Centro de Salud de Uyumbicho, octubre 2018 – mayo 2019. [Quito]: UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR; 2020.
90. Alemán JA, Andújar PS de B, Ortín EJO. Guía para la prescripción de ejercicio físico en pacientes con riesgo cardiovascular. SEH-LELHA; 2014. 278 p.
91. World Health Organization. Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. Manual de vigilancia STEPS de la OMS : el método STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas [Internet]. World Health Organization; 2006 [citado 4 de febrero de 2023]. Report No.: WHO/NMH/CHP/SIP/05.02. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43580>
92. Armstrong T, Bull F. Development of the World Health Organization Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ). J Public Health. 1 de abril de 2006;14(2):66-70.
93. Bull FC, Maslin TS, Armstrong T. Global physical activity questionnaire (GPAQ): nine country reliability and validity study. J Phys Act Health. noviembre de 2009;6(6):790-804.
94. Martínez-Gómez D, Marcos A, Veiga ÓL. Questionnaires for assessing physical activity in Spanish population: future research directions [Internet]. 2010 [citado 16 de julio de 2022]. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911110000683>
95. Grimm EK, Swartz AM, Hart T, Miller NE, Strath SJ. Comparison of the IPAQ-Short Form and accelerometry predictions of physical activity in older adults. J Aging Phys Act. enero de 2012;20(1):64-79.

96. Mantilla Toloza SC, Gómez-Conesa A. El Cuestionario Internacional de Actividad Física. Un instrumento adecuado en el seguimiento de la actividad física poblacional. *Rev Iberoam Fisioter Kinesiol.* 1 de enero de 2007;10(1):48-52.
97. Kuri-Morales P. Las pandemias: el COVID-19. *Cirugía y cirujanos.* junio de 2020;88(3):249-51.
98. Pinilla Cárdenas MA, Ortiz Álvarez MA, Suárez-Escudero JC, Pinilla Cárdenas MA, Ortiz Álvarez MA, Suárez-Escudero JC. Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Revisión de tema. *Revista Salud Uninorte.* agosto de 2021;37(2):488-505.
99. Tartaglini MF, Hermida PD, Ofman SD, Feldberg C, Freiberg-Hoffmann A, Tartaglini MF, et al. Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviado (GDS-VE): Análisis de su estructura interna en adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina. *Psicología, Conocimiento y Sociedad.* 2021;11(2):69-83.
100. Chávez-Negrete LA, Olivares-Luna AM, Rivera-Rodríguez JM, Pedraza-Avilés AG. Relación entre depresión y ansiedad con el aislamiento social debido al confinamiento en adultos mayores. *Revista Peruana de Investigación en Salud.* 26 de octubre de 2021;5(4):273-8.
101. Hamm ME, Brown PJ, Karp JF, Lenard E, Cameron F, Dawdani A, et al. Experiences of American Older Adults with Pre-existing Depression During the Beginnings of the COVID-19 Pandemic: A Multicity, Mixed-Methods Study. *Am J Geriatr Psychiatry.* septiembre de 2020;28(9):924-32.
102. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote

- del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 30 de abril de 2020 [citado 21 de enero de 2023];36. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/csp/a/bnNQf4rdcMNpPjgfnpWPQzr/>
103. Barros MB de A, Lima MG, Malta DC, Szwarcwald CL, Azevedo RCS de, Romero D, et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. septiembre de 2020 [citado 17 de enero de 2023];29(4). Disponible en: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742020000400021&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
104. Zhang Y, Ma ZF. Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. abril de 2020;17(7):2381.
105. Lei L, Huang X, Zhang S, Yang J, Yang L, Xu M. Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. *Med Sci Monit*. 26 de abril de 2020;26:e924609-1-e924609-12.
106. Sepúlveda-Loyola W, Rodríguez-Sánchez I, Pérez-Rodríguez P, Ganz F, Torralba R, Oliveira DV, et al. Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. *J Nutr Health Aging*. 2020;24(9):938-47.
107. Julio MPM, Clavero AE, Miralles MVL, Ayora AF. Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enfermería Global*. 5 de junio de 2019;18(3):58-82.

108. Haseda M, Kondo N, Ashida T, Tani Y, Takagi D, Kondo K. Community Social Capital, Built Environment, and Income-Based Inequality in Depressive Symptoms Among Older People in Japan: An Ecological Study From the JAGES Project. *Journal of Epidemiology*. 2018;28(3):108.
109. Lage A, Carrapatoso S, Sampaio de Queiroz Neto E, Gomes S, Soares-Miranda L, Bohn L. Associations Between Depressive Symptoms and Physical Activity Intensity in an Older Adult Population During COVID-19 Lockdown. *Front Psychol*. 2021;12:644106.
110. Schrepft S, Jackowska M, Hamer M, Steptoe A. Associations between social isolation, loneliness, and objective physical activity in older men and women. *BMC Public Health*. 16 de enero de 2019;19(1):74.
111. Sáez-Padilla J, Sierra-Robles Á, Tornero-Quiñones I, Espina-Díaz A. Condición física relacionada con depresión y calidad de vida en personas mayores.

NOTA BIOGRÁFICA

Erika Liz Huerto Flores

Nació el 07 de octubre de 1995 en el distrito de La Unión, provincia de Dos de Mayo. Cursó su primaria en el I.E. Señor de la Unidad y estudios secundarios en el C.N. Aurelio Cárdenas Pachas. Inició sus estudios de medicina en la Universidad Nacional Hermilio Valdizán en el 2013.

Maricielo Thalía Valero Carrasco

Nació el 18 de marzo de 1994 en la ciudad de Huancayo, en el departamento de Junín. Cursó su primaria en las instituciones de I.E. Lorenzo Alcala Pomalaza de la ciudad de Concepción, I.E. Sagrado Corazón de Jesus de Jauja, I. E Sagrado Corazón de Jesús de Concepción, I.E. Santa Rosa de Lima y I.E 30241- Saño, Huancayo; y estudios secundarios en I.E. María inmaculada de la ciudad de Huancayo y la I. E. Heroínas Toledo de Concepción. Inició sus estudios de medicina en la Universidad Nacional Hermilio Valdizán en el 2013.

ANEXOS
ANEXO N°1
MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	INSTRUMENTO
<p>GENERAL: ¿Aislamiento social, situación social y actividad física están relacionados a la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022?</p>	<p>GENERAL: Determinar la relación entre el aislamiento social, la situación social y la actividad física con la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022.</p>	<p>GENERAL: Hi: Aislamiento social, situación social y actividad física están relacionados a la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022. Ho: Aislamiento social, situación social y actividad física no están relacionados a la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022.</p>	<p>INDEPENDIENTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social • Situación social • Actividad física <p>DEPENDIENTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión 	<p>TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Enfoque: Cuantitativa Nivel: Correlacional Observacional Transversal Retrospectivo</p>	<p>El instrumento que se usará para determinar la presencia o ausencia de Depresión es la Escala de Yesavage.</p> <p>El instrumento que se usará para medir el grado de</p>

			INTERVINIENTES: <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Estado civil 		<p>Aislamiento social es Cuestionario elaborado y validado.</p> <p>El instrumento que se usará para determinar el riesgo de situación social es la Escala de Gijón.</p> <p>El instrumento que se usará para determinar el grado de Actividad física será el Cuestionario internacional de</p>
ESPECÍFICOS: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Aislamiento social está relacionado a la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022? • ¿La Situación social está relacionado a la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud 	ESPECÍFICOS: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la relación entre el aislamiento social y la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022. • Estimar la relación entre la situación social y la depresión en pacientes adultos mayores del Centro 	ESPECÍFICOS: <p>1.Hi: Aislamiento social están relacionados a la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022.</p> <p>Ho: Aislamiento social no están relacionados a la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022.</p> <p>2.Hi: La situación social está relacionado a la depresión en</p>			

<p>Aparicio Pomares – Huánuco, 2022?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿La actividad física relacionado a la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022? 	<p>de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la relación entre la actividad física y la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022. 	<p>pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022.</p> <p>Ho: La situación social no está relacionado a la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022.</p> <p>3.Hi: La actividad física está relacionada a la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022.</p> <p>Ho: La actividad física no está relacionada a la depresión en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco, 2022.</p>			<p>actividad física (IPAQ).</p>
---	---	--	--	--	---------------------------------

ANEXOS N°2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“AISLAMIENTO SOCIAL, SITUACIÓN SOCIAL Y ACTIVIDAD FÍSICA RELACIONADOS A LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES, HUÁNUCO - 2022”

DECLARACION:

Estimado señor(a), el presente documento forma parte del estudio de investigación titulado “AISLAMIENTO SOCIAL, SITUACIÓN SOCIAL Y ACTIVIDAD FÍSICA RELACIONADOS A LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES, HUÁNUCO - 2022”.

La información recolectada nos permitirá determinar la relación entre el aislamiento social, la situación social y la actividad física con la depresión. Se realizará una entrevista previa firma de un consentimiento informado. Se empleará un tiempo de aproximadamente 20 a 30 minutos por cada participante.

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN:

El equipo de investigación responsable de la ejecución del protocolo está integrado por los siguientes.

NOMBRE	CARGO EN EL PROYECTO	INSTITUCIÓN	TELEFONO
Med. Mena Parco Juan	Investigador Principal	Hospital Daniel Alcides Carrión	962 599 682
Huerto Flores, Erika Liz	Investigador		991377383
Valero Carrasco, Maricielo Thalia	Investigador		931 365 703

PARTICIPACIÓN Y PROCEDIMIENTOS

Será entrevistado en forma presencial, por un personal capacitado, solicitando información sobre datos generales, personales, condiciones del hogar, apoyo de su red social, actividad física. Así mismo, cualquier integrante del equipo de investigación pueden ponerse en contacto con usted en el futuro, a fin de confirmar u obtener alguna información adicional.

RIESGOS/INCOMODIDADES

La entrevista del cuestionario es totalmente gratuita, no requiriendo la toma de muestras sanguíneas. No existe ningún riesgo biológico.

BENEFICIOS PARA EL PARTICIPANTE

Este estudio permitirá tomar medidas preventivas a futuro dirigido a los adultos mayores y sugerir tratamiento por los especialistas, además proporcionará las bases para futuros estudios de intervención.

NIVEL/CALIDAD DE ATENCIÓN

Si usted no desea participar en la presente investigación, no existe privación de ningún tipo en su atención hospitalaria. Se continuará brindando los servicios asistenciales con normalidad.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Se mantendrá completa confidencialidad de la información obtenida durante su participación en el estudio. Las respuestas a las preguntas obtenidas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de este estudio será identificado en forma alguna. La información consolidada y la totalidad de fichas de recolección serán resguardadas por el investigador principal.

PREGUNTAS O PROBLEMAS

Cuando su persona tenga algunas dudas, comentarios, sugerencias o quejas puede contactarse con el Med. Juan Mena Parco llamando al número telefónico 962599682 o escribiendo al correo electrónico jmena666@yahoo.com. La persona encargada de responder sus preguntas está capacitada para informarle respecto a la investigación y sus derechos como participante de la investigación.

CONSENTIMIENTO / PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Al firmar este documento doy mi consentimiento para ser entrevistado y evaluado por un personal capacitado en la ejecución del protocolo de investigación titulado “AISLAMIENTO SOCIAL, SITUACIÓN SOCIAL Y ACTIVIDAD FÍSICA RELACIONADOS A LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES, HUÁNUCO - 2022”.

He concedido libremente esta entrevista. Se me ha notificado que mi participación es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento o rehusarme a responder alguna pregunta.

También se me ha informado de que, si participo o no participo, o si me rehúso a responder alguna pregunta, no seré multado ni se verán afectados los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia puedan necesitar en el Centro de Salud Aparicio Pomares.

Fecha: _____

Participante o representante legal

Testigo

Investigador

DNI:

DNI:

DNI:

ANEXO N°3
INSTRUMENTOS



**CUESTIONARIO DE AISLAMIENTO SOCIAL, SITUACIÓN
SOCIAL Y ACTIVIDAD FÍSICA RELACIONADOS A LA
DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE
SALUD APARICIO POMARES, HUÁNUCO - 2022**



Instrucciones: Los datos que proporcionan serán confidenciales. No hay respuestas correctas ni equivocadas.

Fecha: .../.../...

1. Edad (años):

.....

2. Género

- a. Masculino
- b. Femenino

3. Estado Civil

- a. Casado
- b. Soltero
- c. Divorciado
- d. Viudo
- e. Conviviente

4. Cumplimiento del aislamiento social

- 1. Cumplimiento total (no salir para nada) ____
- 2. Cumplimiento parcial (salir solo a actividades esenciales) ____
- 3. Cumplimiento imparcial (salir a actividades no esenciales) ____
- 4. Incumplimiento ____

ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN

Instrucciones: A continuación, se le presentarán unas preguntas que tienen como objetivo determinar la situación social de una persona.

Marque con una x solo una alternativa por ítem.

Situación familiar	
5. Vive con familia sin dependencia físico/psíquica.	1
6. Vive con cónyuge de similar edad.	2
7. Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia.	3
8. Vive solo y tiene hijos próximos.	4
9. Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
Situación económica	
10. . Más de 1,5 veces el salario mínimo	1
11. Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusivamente.	2
12. Desde el salario mínimo hasta pensión mínima contributiva	3
13. LISMI-FAS-Pensión no contributiva	4
14. Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5
Vivienda	
15. Adecuada a las necesidades.	1
16. Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...).	2
17. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción).	3
18. Ausencia de ascensor, teléfono	4
19. Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos).	5
Relaciones sociales	
20. Relaciones sociales	1
21. Relación social sólo con familia y vecinos	2
22. Relación social sólo con familia o vecinos.	3
23. No sale de su domicilio, recibe familia.	4
24. No sale, no recibe visitas.	5
Apoyos red social	

25. Con apoyo familiar o vecinal	1
26. Voluntariado social, ayuda domiciliaria.	2
27. No tiene apoyo	3
28. Pendiente de ingreso en residencia geriátrica.	4
29. Tiene cuidados permanentes.	5

RESULTADO:	
BUENA	
INTERMEDIA	
DETERIORO SOCIAL SEVERO	

CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FÍSICA (IPAQ)

Instrucciones: Nos interesa el tipo de actividad física que usted realiza en su vida cotidiana. Las preguntas se referirán al tiempo que destinó a estar activo/a en los últimos 7 días. Le informamos que este cuestionario es totalmente anónimo.

30. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizó actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, ejercicios aeróbicos o andar en bicicleta?	
Días por semana (indique el número)	
Ninguna actividad física intensa (pase a la pregunta 3)	
31. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/ no está seguro	
32. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas moderadas tales como transportar pesos livianos, o andar en bicicleta a velocidad regular? No incluya caminar	
Días por semana (indicar el número)	
Ninguna actividad física moderada (pase a la pregunta 5)	
33. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días?	
Indique cuántas horas por días	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	
34. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días caminó por lo menos 10 minutos seguidos?	
Días por semana (indique el número)	
Ninguna caminata (pase a la pregunta 7)	
35. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?	
Indique cuántas horas por día	
Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	
36. Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?	
Indique cuántas horas por día	

Indique cuántos minutos por día	
No sabe/no está seguro	

RESULTADO: NIVEL DE ACTIVIDAD	
NIVEL ALTO	
NIVEL MODERADO	
NIVEL BAJO O INACTIVO	

ESCALA DE DEPPRESIÓN GERIÁTRIA DE YESAVAGE (GDS)

Instrucciones: Marque con una x solo una alternativa por ítem.

ÍTEM	Respuestas	
	SI	NO
37. ¿En general, está satisfecho/a con su vida?	SI	NO
38. ¿Ha abandonado a muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI	NO
39. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
40. ¿Se siente a menudo aburrido/a?	SI	NO
41. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
42. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SI	NO
43. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
44. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI	NO
45. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer otras cosas?	SI	NO
46. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
47. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	SI	NO
48. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI	NO
49. ¿Se siente lleno/a de energía?	SI	NO
50. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI	NO
51. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	NO
PUNTUACIÓN TOTAL:		

¡Gracias por su participación! ☺

ANEXO N°4
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS POR JUECES

Número	Institución donde labora	Especialidad	Expertos en el estudio	Puntaje
01	Hospital Regional HVM	Psiquiatra	Dr. Laquise Lerma Luis	90%
02	Hospital Regional HVM	Psiquiatra	Dra. Malca Zelada Elvira Jackeline	94%
03	C.S. Aparicio Pomares	Psicóloga	Psic. Chávez Solís Violeta	95%
04	C.S. Aparicio Pomares	Psicóloga	Psic. Santamaría Mallqui Soledad	88.5%
05	C.S. Aparicio Pomares	Psicóloga	Psic. Chuquiyauri Mallqui Maritza	90%
PROMEDIO TOTAL				91.5%

VALIDEZ y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION CIENTIFICA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: Laguise Lerma Alexis
Institución donde labora: Hospital Herminio Valdizan - Hco.
Instrumento motivo de evaluación: Validación de Cuestionario
Autor del instrumento: Los investigadores
Aspecto de validación: 1 - 10

GOBIERNO REGIONAL HUANUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional "Herminio Valdizan Medrano"
Luis Laguise Lerma
MEDICO - PSIQUIATRA
C.M.P. 45708 - R.N.E. 34208

VALIDEZ y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION CIENTIFICA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Opinión de Aplicabilidad:

Aplicable después de corregir la pregunta 3 y definiciones epistemológicas de bienestar económico

Promedio de Valoración: 90%

Fecha: 28/06/22

Firma del Experto:

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional "Hernando Valdezán Medrano"
Luis Lagúise Lerma
MÉDICO - PSIQUIATRA
C.M.E. 46704 - R.N.E. 34204

VALIDEZ y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION CIENTIFICA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: MALCA ZELADA EUIRA JOCKEUNE .

Institución donde labora: C.S.M.C. PARKARIN .

Instrumento motivo de evaluación: VALIDACIÓN DE CUESTIONARIO .

Autor del instrumento: HUERTO FLORES ERIKA LIZ / VALERO CERRASCO MARICIELO .

Aspecto de validación: 1-10 .

VALIDEZ y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION CIENTIFICA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Opinión de Aplicabilidad:

Aplicable ; se sugiere considerar la realidad de la región en el contexto
de los Preguntas Formuladas.

Promedio de Valoración: 94%

Fecha: 09/08/22

Firma del Experto:  _____

VALIDEZ y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION CIENTIFICA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: Chávez Solís Violeta

Institución donde labora: C.B Aparicio Pomares

Instrumento motivo de evaluación: Validación de cuestionario

Autor del instrumento: Huerto Flores, Erika Liz / Valero Carrasco Mariacelo Thalía.

Aspecto de validación: 1-10

VALIDEZ y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION CIENTIFICA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Opinión de Aplicabilidad:

Aplicable. Los items del instrumento estan adecuadamente estructurados.

Promedio de Valoración: 95%

Fecha: 11/07/2022

Firma del Experto: _____



Violeta Chávez Solís
PSICÓLOGA
C.P.F. 34595

VALIDEZ y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION CIENTIFICA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: Santamaría Mallqui Soledad

Institución donde labora: Centro de Salud Aparicio Pomares

Instrumento motivo de evaluación: Validación de cuestionario

Autor del instrumento: Huerto Flores Erika Liz - Valero Carrasco Mariela Thalia

Aspecto de validación: 1-10

VALIDEZ y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION CIENTIFICA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Opinión de Aplicabilidad:

Aplicable. Instrumento adecuadamente estructurado.

Promedio de Valoración: 88.5%

Fecha: 11-07-2022

Firma del Experto:




VALIDEZ y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION CIENTIFICA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto: Maritza Chuguiyauri Mallqui

Institución donde labora: C.S Aparicio Pomares

Instrumento motivo de evaluación: Validación de cuestionario

Autor del instrumento: Huerto Flores Erika Liz y Valero Carrasco Maricelo

Aspecto de validación: 1-10

VALIDEZ y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION CIENTIFICA

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Opinión de Aplicabilidad:

Aplicable. Los items del cuestionario están adecuadamente estructurados.

Promedio de Valoración: 90%

Fecha: 11-07-2022

Firma del Experto: _____


María Chiquitani Malqui
PSICÓLOGA
C.P.R. 19809



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL

En la ciudad universitaria de Cayhuayna, siendo las 14 horas del día miércoles 13 de marzo del 2024, nos reunimos en el auditorio de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Medicina de la UNHEVAL, los miembros integrantes del Jurado Evaluador:

M.C. José Bernardino GUTARRA VARA
Mg. Nilda HUAYTA ARAPA
M.C. Hugo SÁNCHEZ CERNA

PRESIDENTE
SECRETARIO
VOCAL

Acreditados mediante Resolución N°0019-2023-UNHEVAL-FM-D, de fecha 12.ENE.2023, de la tesis titulada "AISLAMIENTO SOCIAL, SITUACIÓN SOCIAL Y ACTIVIDAD FÍSICA RELACIONADOS A LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES, HUÁNUCO - 2022", presentado por la titulando Erika Liz HUERTO FLORES y la titulando Maricielo Thalia VALERO CARRASCO, con el asesoramiento del docente Juan MENA PARCO, se procedió a dar inicio el acto de sustentación para optar el **Título Profesional de Médico Cirujano**.

Concluido el acto de sustentación, cada miembro del Jurado Evaluador procedió a la evaluación de las titulandos, teniendo presente los siguientes criterios:

1. Presentación
2. Exposición y dominio del tema
3. Absolución de preguntas

Nombres y Apellidos de la Titulando	Jurado Evaluador			Promedio Final
	Presidente	Secretario	Vocal	
Erika Liz HUERTO FLORES	17	17	17	17
Maricielo Thalia VALERO CARRASCO	17	17	17	17

Obteniendo en consecuencia la titulando Erika Liz HUERTO FLORES, la nota de Diecisiete (17), equivalente a Muy bueno, por lo que se declara aprobado

Y la titulando Maricielo Thalia VALERO CARRASCO, la nota de Diecisiete (17), equivalente a Muy bueno, por lo que se declara aprobada.

Calificación que se realiza de acuerdo con el Art. 78° del Reglamento General de Grados y Títulos Modificado de la UNHEVAL.

Se da por finalizado el presente acto, siendo las 3:40pm horas, del día 13 de marzo del 2024, firmando en señal de conformidad.

PRESIDENTE
DNI N° 22642209

SECRETARIO
DNI N° 01510330

VOCAL
DNI N° 09972028

Leyenda:
19 a 20: Excelente
17 a 18: Muy Bueno
14 a 16: Bueno
0 a 13: Desaprobado



“UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

Licenciada con Resolución del Consejo Directivo N° 099-2019-SUNEDU/CD

**FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN**

**CONSTANCIA DE SIMILITUD N° 026 SOFTWARE ANTIPLAGIO
TURNITIN-FM-UNHEVAL.**

El director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina, emite la presente CONSTANCIA DE SIMILITUD, aplicando el Software TURNITIN, el cual reporta un 11%. de similitud, correspondiente a las interesadas: **Huerto Flores Erika Liz y Valero Carrasco Maricielo Thalía**, de la tesis titulada: “AISLAMIENTO SOCIAL, SITUACIÓN SOCIAL Y ACTIVIDAD FÍSICA RELACIONADOS A LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES, HUÁNUCO – 2022”, cuyo asesor es la Med. Mena Parco Juan; por consiguiente

SE DECLARA APTO

Se expide la presente, para los trámites pertinentes

Cayhuayna, 7 de marzo del 2024



Dr. Joel TUCTO BERRÍOS
Director de la Unidad de Investigación
Facultad de Medicina - UNHEVAL

NOMBRE DEL TRABAJO

AISLAMIENTO SOCIAL, SITUACIÓN SOCIAL Y ACTIVIDAD FÍSICA RELACIONADOS A LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ADU

AUTOR

ERIKA LIZ HUERTO FLORES, MARICIELO THALIA VALERO CARRASCO

RECuento DE PALABRAS

22656 Words

RECuento DE CARACTERES

124089 Characters

RECuento DE PÁGINAS

91 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

703.9KB

FECHA DE ENTREGA

Mar 7, 2024 3:30 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 7, 2024 3:32 PM GMT-5

● **11% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 7% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 15 palabras)



Dr. Joel TUCTO BERRÍOS
Director de la Unidad de Investigación
Facultad de Medicina - UNHEVAL

● **11% de similitud general**

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 7% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	repositorio.unheval.edu.pe Internet	3%
2	hdl.handle.net Internet	1%
3	dspace.utpl.edu.ec Internet	<1%
4	Universidad Europea de Madrid on 2023-06-12 Submitted works	<1%
5	scielo.org.pe Internet	<1%
6	repositorio.uandina.edu.pe Internet	<1%
7	issuu.com Internet	<1%
8	repositorio.usmp.edu.pe Internet	<1%

Descripción general de fuentes

9	1library.co Internet	<1%
10	revistas.unheval.edu.pe Internet	<1%
11	dspace.uce.edu.ec Internet	<1%
12	Universidad de San Martín de Porres on 2020-10-28 Submitted works	<1%
13	Mountain Lakes High School on 2023-11-09 Submitted works	<1%
14	siis.net Internet	<1%
15	researchgate.net Internet	<1%
16	Universidad Miguel Hernandez Servicios Informaticos on 2022-01-31 Submitted works	<1%
17	slideshare.net Internet	<1%
18	Galindo Vilchis, Luz Maria. "Análisis de la depresión de las mujeres co..." Publication	<1%
19	repositorio.uss.edu.pe Internet	<1%
20	ciencia-y-tecnologia.com Internet	<1%

Descripción general de fuentes

Reporte de similitud

21	canada.ca Internet	<1%
22	Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas on 2022-11-28 Submitted works	<1%
23	repositorio.uap.edu.pe Internet	<1%
24	Shuhong Wang, Wanyang Hu. "Implementing age-friendly policies in C..." Crossref	<1%
25	Universidad Católica de Santa María on 2023-05-08 Submitted works	<1%
26	Universidad de Ciencias y Humanidades on 2017-01-18 Submitted works	<1%
27	dspace.espoch.edu.ec Internet	<1%
28	negociosyautos.wordpress.com Internet	<1%
29	psicologiaenlasalud1.blogspot.com Internet	<1%
30	Universidad Anahuac México Sur on 2022-11-28 Submitted works	<1%
31	Universidad Católica de Santa María on 2017-09-05 Submitted works	<1%
32	repositorio.udem.edu.mx Internet	<1%

Descripción general de fuentes

33	repositorio.udh.edu.pe Internet	<1%
34	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	<1%
35	Cesar Patricio Faúndez Casanova, Héctor Ismael González Fuenzalida,... Crossref	<1%
36	Universidad Cesar Vallejo on 2020-08-15 Submitted works	<1%
37	Universidad Privada Antenor Orrego on 2019-03-05 Submitted works	<1%
38	apirepositorio.unh.edu.pe Internet	<1%
39	repositorio.ucv.edu.pe Internet	<1%
40	repositorio.unsa.edu.pe Internet	<1%
41	wjgnet.com Internet	<1%

Descripción general de fuentes



**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DIGITAL Y DECLARACIÓN JURADA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR UN GRADO ACADÉMICO O TÍTULO PROFESIONAL**

1. Autorización de Publicación: (Marque con una "X")

Pregrado	<input checked="" type="checkbox"/>	Segunda Especialidad		Posgrado:	Maestría		Doctorado	
-----------------	-------------------------------------	-----------------------------	--	------------------	----------	--	-----------	--

Pregrado (tal y como está registrado en SUNEDU)

Facultad	MEDICINA
Escuela Profesional	MEDICINA HUMANA
Carrera Profesional	MEDICINA HUMANA
Grado que otorga	-----
Título que otorga	MÉDICO CIRUJANO

Segunda especialidad (tal y como está registrado en SUNEDU)

Facultad	-----
Nombre del programa	-----
Título que Otorga	-----

Posgrado (tal y como está registrado en SUNEDU)

Nombre del Programa de estudio	-----
Grado que otorga	-----

2. Datos del Autor(es): (Ingrese todos los datos requeridos completos)

Apellidos y Nombres:	HUERTO FLORES ERIKA LIZ						
Tipo de Documento:	DNI	<input checked="" type="checkbox"/>	Pasaporte	<input type="checkbox"/>	C.E.	<input type="checkbox"/>	Nro. de Celular: 991377383
Nro. de Documento:	72871709				Correo Electrónico:	lizmed710@gmail.com	

Apellidos y Nombres:	VALERO CARRASCO MARICIELO THALIA						
Tipo de Documento:	DNI	<input checked="" type="checkbox"/>	Pasaporte	<input type="checkbox"/>	C.E.	<input type="checkbox"/>	Nro. de Celular: 931365703
Nro. de Documento:	71741037				Correo Electrónico:	cielovalerocarrasco@gmail.com	

Apellidos y Nombres:							
Tipo de Documento:	DNI	<input type="checkbox"/>	Pasaporte	<input type="checkbox"/>	C.E.	<input type="checkbox"/>	Nro. de Celular:
Nro. de Documento:					Correo Electrónico:		

3. Datos del Asesor: (Ingrese todos los datos requeridos completos según DNI, no es necesario indicar el Grado Académico del Asesor)

¿El Trabajo de Investigación cuenta con un Asesor?: (marque con una "X" en el recuadro del costado, según corresponda)	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Apellidos y Nombres:	MENA PARCO JUAN			ORCID ID: https://orcid.org/0000-0002-0420-5754
Tipo de Documento:	DNI	<input checked="" type="checkbox"/>	Pasaporte	<input type="checkbox"/>
	C.E.	<input type="checkbox"/>	Nro. de documento:	06111639

4. Datos del Jurado calificador: (Ingrese solamente los Apellidos y Nombres completos según DNI, no es necesario indicar el Grado Académico del Jurado)

Presidente:	GUTARRA VARA JOSÉ BERNARDINO
Secretario:	HUAYTA ARAPA NILDA
Vocal:	SÁNCHEZ CERNA HUGO
Vocal:	
Vocal:	
Accesitario	

5. Declaración Jurada: (Ingrese todos los datos requeridos completos)

a) Soy Autor (a) (es) del Trabajo de Investigación Titulado: (Ingrese el título tal y como está registrado en el Acta de Sustentación)
AISLAMIENTO SOCIAL, SITUACIÓN SOCIAL Y ACTIVIDAD FÍSICA RELACIONADOS A LA DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES, HUÁNUCO – 2022
b) El Trabajo de Investigación fue sustentado para optar el Grado Académico ó Título Profesional de: (tal y como está registrado en SUNEDU)
TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
c) El Trabajo de investigación no contiene plagio (ninguna frase completa o párrafo del documento corresponde a otro autor sin haber sido citado previamente), ni total ni parcial, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias.
d) El trabajo de investigación presentado no atenta contra derechos de terceros.
e) El trabajo de investigación no ha sido publicado, ni presentado anteriormente para obtener algún Grado Académico o Título profesional.
f) Los datos presentados en los resultados (tablas, gráficos, textos) no han sido falsificados, ni presentados sin citar la fuente.
g) Los archivos digitales que entrego contienen la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado.
h) Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a la Universidad Nacional Hermilio Valdizan (en adelante LA UNIVERSIDAD), cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido del Trabajo de Investigación, así como por los derechos de la obra y/o invención presentada. En consecuencia, me hago responsable frente a LA UNIVERSIDAD y frente a terceros de cualquier daño que pudiera ocasionar a LA UNIVERSIDAD o a terceros, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar causas en la tesis presentada, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello. Asimismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para LA UNIVERSIDAD en favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido del trabajo de investigación. De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan.





6. Datos del Documento Digital a Publicar: (Ingrese todos los datos requeridos completos)

Ingrese solo el año en el que sustentó su Trabajo de Investigación: (Verifique la información en el Acta de Sustentación)			2024
Modalidad de obtención del Grado Académico o Título Profesional: (Marque con X según Ley Universitaria con la que inició sus estudios)	Tesis	X	Tesis Formato Artículo
	Trabajo de Investigación		Trabajo de Suficiencia Profesional
	Trabajo Académico		Otros (especifique modalidad)
Palabras Clave: (solo se requieren 3 palabras)	AISLAMIENTO SOCIAL	ADULTOS MAYORES	ACTIVIDAD FÍSICA
Tipo de Acceso: (Marque con X según corresponda)	Acceso Abierto	X	Condición Cerrada (*)
	Con Periodo de Embargo (*)		Fecha de Fin de Embargo:
¿El Trabajo de Investigación, fue realizado en el marco de una Agencia Patrocinadora? (ya sea por financiamientos de proyectos, esquema financiero, beca, subvención u otras; marcar con una "X" en el recuadro del costado según corresponda):	SI	NO	X
Información de la Agencia Patrocinadora:			

El trabajo de investigación en digital y físico tienen los mismos registros del presente documento como son: Denominación del programa Académico, Denominación del Grado Académico o Título profesional, Nombres y Apellidos del autor, Asesor y Jurado calificador tal y como figura en el Documento de Identidad, Título completo del Trabajo de Investigación y Modalidad de Obtención del Grado Académico o Título Profesional según la Ley Universitaria con la que se inició los estudios.

7. Autorización de Publicación Digital:

A través de la presente. Autorizo de manera gratuita a la Universidad Nacional Hermilio Valdizán a publicar la versión electrónica de este Trabajo de Investigación en su Biblioteca Virtual, Portal Web, Repositorio Institucional y Base de Datos académica, por plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente. Se autoriza cambiar el contenido de forma, más no de fondo, para propósitos de estandarización de formatos, como también establecer los metadatos correspondientes.

Firma: 		
Apellidos y Nombres:	HUERTO FLORES ERIKA LIZ	Huella Digital
DNI:	72871709	
Firma: 		
Apellidos y Nombres:	VALERO CARRASCO MARICIELO THALÍA	Huella Digital
DNI:	71741037	
Firma:		
Apellidos y Nombres:		Huella Digital
DNI:		
Fecha: 18 DE MARZO DE 2024		

Nota:

- ✓ No modificar los textos preestablecidos, conservar la estructura del documento.
- ✓ Marque con una X en el recuadro que corresponde.
- ✓ Llenar este formato de forma digital, con tipo de letra **calibri**, tamaño de fuente **09**, manteniendo la alineación del texto que observa en el modelo, sin errores gramaticales (recuerde las mayúsculas también se tildean si corresponde).
- ✓ La información que escriba en este formato debe coincidir con la información registrada en los demás archivos y/o formatos que presente, tales como: DNI, Acta de Sustentación, Trabajo de Investigación (PDF) y Declaración Jurada.
- ✓ Cada uno de los datos requeridos en este formato, es de carácter obligatorio según corresponda.