

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



ANTEPROYECTO DE TESIS

**RIESGO DE DEPRESIÓN EN USUARIOS DE DOS CENTROS DE ATENCIÓN
INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE PUCALLPA, 2022**

Bach. Enf. Flavia Isabel Ijuma Salas

Bach. Enf. Marilyn Johanna Peña del Castillo

Asesora: Mg. Yolanda Palazuelos Pezo

PUCALLPA / PERÚ

2022

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La aparición progresiva de procesos crónicos y degenerativos asociados al envejecimiento de la población, tiene como consecuencia el incremento de la morbilidad en relación a la aparición de alteraciones funcionales, nutricionales, afectivas, cognitivas y sociales (1).

A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión, es una enfermedad frecuente en todo el mundo, pues se estima que afecta a un 3,8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos mayores (2).

Se estima que la incidencia de casos nuevos por año es de aproximadamente 15%, un estudio longitudinal en Beijing encontró una incidencia acumulada a cuatro años de 10,58% en una muestra de 2506 ancianos de las zonas urbana y rural; en Suecia, alcanzó una incidencia de 16,4% a cinco años en una cohorte de personas de 70 años (3).

La prevalencia de depresión en el adulto mayor varía según la población y el desarrollo económico de los países; el estudio EURODEP, utilizando un cuestionario para ese continente, reportó 8,8% en Islandia y 23,6% en Alemania y en Taiwán 21,2 % (4). Y según los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° (CIE-10) reportó prevalencias de 2,3% en Puerto Rico, 13,8% en República Dominicana, y 12,6% en india urbana (5).

En México la prevalencia varía entre 26% y 66%; un estudio en población marginal reportó depresión de 60% (6).; en Colombia, un 11,5% de mujeres y 4% de hombres padece depresión (7).; en Chile, la prevalencia de depresión se ha reportado entre 7,6% y 16,3% (8).

Situación similar se reporta en Perú, donde el 15,97% de pacientes hospitalizados presenta depresión, y 9,8% en la comunidad (9).

En la publicación del 03 de noviembre del 2020 respecto a estadísticas de depresión en el Perú dan cuenta que, anualmente en promedio, el 20,7% de la población mayor de 12 años de edad padece algún tipo de trastorno mental. Según estos estudios, las prevalencias anuales más altas que el promedio se encuentran entre las poblaciones de las zonas urbanas de las ciudades de Ayacucho, Puerto Maldonado, Iquitos, Tumbes, Puno y Pucallpa (10).

En el Perú la salud mental está en crisis y la depresión es un factor decisivo en este problema social. Un 80% de los suicidios están motivados por este mal, que va más allá de sentirse triste. Solo en Perú hay 1 millón 700 mil personas que padecen depresión (cifras confirmadas hasta el año 2019). Los que llegan a tratarse la enfermedad son solo 425 mil personas del total y unas 34 mil personas reconocen que tienen problemas, pero no toman medidas al respecto, ni medidas de atención médica.

Así mismo, en el Perú, cada 22 minutos alguien intenta quitarse la vida. Cifra alarmante que requiere de atención, ya que la salud mental es igual de importante que un resfriado, una gripe, o alguna otra afección. En el mundo, 800 mil personas se suicidan en el año; esto corresponde aproximadamente a una muerte cada 40 segundos. El 23,4% de la población adulta de Lima alguna vez ha deseado morir (10).

En los centros de atención integral del adulto mayor de Pucallpa, no existe información estadística registrado sobre depresión o algún desequilibrio emocional, sin embargo, en nuestras prácticas pre profesionales que desarrollamos, pudimos observar con profunda tristeza que la gran mayoría de ellos pasan por alteraciones emocionales debido al abandono familiar, por lo que manifestaban sentirse desolados, con sentimientos de no ser útil para la vida, y se ponían a llorar.

Problema general

¿Cuál es el riesgo de depresión en usuarios de dos centros de atención integral del adulto mayor de Pucallpa, 2022?

Problemas específicos:

- ¿Cuáles son las características de los usuarios de dos centros de atención integral del adulto mayor de Pucallpa, 2022?
- ¿Cuál es el riesgo de depresión en usuarios del Centro del Adulto mayor en el Distrito de Manantay de la Provincia de Coronel Portillo del Departamento de Ucayali, 2022?
- ¿Cuál es el riesgo de depresión en usuarios del centro de atención integral del adulto mayor Sakura del Distrito de Yarinacocha de la Provincia de Coronel Portillo del Departamento de Ucayali, 2022?

II. JUSTIFICACIÓN:

Porque, los escasos trabajos sobre el tema han demostrado la existencia de índices notables de alteraciones de carácter emocional en los usuarios de los centros de atención integral de los adultos mayores, llegando a la necesidad de ser atendidos por un profesional para evitar el desarrollo de conductas suicidas.

Es por ello que, nuestra investigación se realizará en el Centro de Atención Integral del Adulto Mayor - CIAM, ubicado en el Distrito de Manantay; y, en el Centro de Atención Integral del Adulto Mayor - CIAM SAKURA, ubicado en el Distrito de Yarinacocha, ambos de la Provincia de Coronel Portillo, Región Ucayali. Los mismos que albergan a los adultos mayores que se encuentran en vulnerabilidad, pobreza extrema, abandono familiar y social.

Por lo tanto, la presente revisión proporcionará información significativa sobre la descripción de los usuarios que padecen de depresión, para identificar de manera oportuna el riesgo que tienen cada uno de ellos de sufrir depresión para poder proporcionarles ayuda profesional a fin de prevenir mayores problemas.

III. HIPÓTESIS

Según manifiesta el autor Hernández Sampieri, en su texto Metodología de la Investigación, “los estudios descriptivos de una sola variable no requieren formular hipótesis”, por lo cual en el presente estudio no amerita formular hipótesis (11).

IV. OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar el riesgo de depresión en usuarios de dos centros de atención integral del adulto mayor de Pucallpa, 2022

Objetivos específicos:

- Describir las características de los usuarios de dos centros de atención integral del adulto mayor de Pucallpa, 2022
- Determinar el riesgo de depresión en usuarios del Centro del Adulto mayor en el Distrito de Manantay de la Provincia de Coronel Portillo del Departamento de Ucayali, 2022
- Determinar el riesgo de depresión en usuarios del centro de atención integral del adulto mayor Sakura del Distrito de Yarinacocha de la Provincia de Coronel Portillo del Departamento de Ucayali, 2022

V. ANTECEDENTES

Antecedentes a nivel internacional:

Ortiz P., y Urrego J., Riesgo de depresión y riesgo de ansiedad en el adulto mayor residente en la zona suroeste del Departamento de Antioquia. Metodología: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Resultados: Se encontró que el 42,0% de los adultos mayores de la región del suroeste antioqueño están en riesgo de depresión IC 95% (37,0 – 46,0). No encontrándose diferencias por sexo. De igual manera se encontró que en adultos mayores (entre 75 y 80 años) el riesgo de depresión establecida es del

22% mientras que en el adulto mayor joven (60-74 años) es solo del 11.3% valor $p = 0.0065$. Para el riesgo de ansiedad se encontró que el 36,6% de los adultos mayores de esta región están a riesgo IC al 95% (32,0 – 42,0) encontrando que en mujeres la prevalencia de este riesgo es del 39% mientras que en los hombres es del 32% sin ser significativa esta diferencia. Con el modelo logístico se encontró que para el riesgo de depresión los factores que ayudan a explicar la probabilidad de que un adulto mayor presente este riesgo fueron el nivel educativo con un OR para el analfabetismo de 5,48 y para el nivel primaria 2,74 (12).

Salazar K, y González C., Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. Metodología; se realizó un estudio de corte transversal observacional-descriptivo, en 889 adultos mayores autónomos. La depresión fue evaluada con el test de depresión geriátrica Yesavage. Resultados: el 74% de la muestra estuvo constituida por mujeres, la media de edad fue de 72,51 años y la escolaridad promedio en años fue de 7,50. Así mismo, se estimó una prevalencia de depresión del 18,6%, siendo mayor en mujeres (20%) y (18%) en sujetos entre 70 y 79 años, los adultos con baja escolaridad sumaron un 43%, y el 22% lo constituyeron personas dependientes económicamente. Se encontró relación entre la depresión y cinco de los factores de riesgo psicosocial conocidos como acontecimientos vitales adversos: insomnio, vivir solo, padecer enfermedades crónicas, haber sufrido una crisis económica, y la muerte de un familiar o amigo cercano en el último año. Conclusión: la prevalencia de depresión en un grupo de personas mayores de la comunidad en Bogotá es más alta que lo descrito previamente en Colombia y por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (13).

Antecedentes a nivel nacional:

Pecart J., Factores de riesgo que se encuentran asociados a depresión en el adulto mayor en el Centro de Salud La Libertad de Huancayo. Metodología, se realizó un estudio descriptivo, a 850 adultos mayores, los datos se recogieron de las historias clínicas. Para el diagnóstico de la patología se aplicó el test de Yesavage. Resultados La depresión se diagnosticó al 85 % de los ancianos remitidos a consulta; la misma se incrementó con la edad, el bajo nivel educacional y la presencia de enfermedades crónicas, así como las alteraciones sensoriales. Conclusiones. La depresión es una entidad frecuente y poco diagnosticada, a nivel de los adultos mayores (14).

Acate B., Prevalencia y factores psicosociales de riesgo asociados a la depresión en el programa del adulto mayor del Hospital Regional Docente de Trujillo. Metodología, se aplicó el cuestionario sociodemográfico, la Escala de Depresión de Hamilton (HRSD, HAM-D). y cuestionario sobre acontecimientos adversos para la evaluación de factores de riesgo psicosociales, a 84 asistentes con edad mayor o igual a 60 años. Resultados: La prevalencia hallada fue de 64.3% y los factores de riesgo asociados fueron el vivir solo, el no dormir bien, y la separación matrimonial. Conclusiones: La prevalencia

encontrada es elevada, incluso más alta a la reportada en otros países, así mismo se identificó la asociación de factores de riesgo en los cuales se puede hacer énfasis educando a la población a fin de mejorar la calidad de vida y salud mental del adulto mayor (15).

Antecedentes a nivel local:

Luego de realizar la búsqueda en el repositorio de la Universidad Nacional de Ucayali y Universidad Alas Peruanas, que tienen presencia en la Ciudad de Pucallpa, se concluye que no existe trabajo publicado dentro de los últimos 5 años.

VI. MARCO TEÓRICO

6.1. Depresión

Es un trastorno emocional que causa un sentimiento de tristeza constante y una pérdida de interés en realizar diferentes actividades. También denominada «trastorno depresivo mayor» o «depresión clínica», afecta los sentimientos, los pensamientos y el comportamiento de una persona, y puede causar una variedad de problemas físicos y emocionales. Es posible que tengas dificultades para realizar las actividades cotidianas y que, a veces, sientas que no vale la pena vivir (16).

Factores de riesgo de la depresión

Diferentes circunstancias pueden ayudar a desencadenar la depresión. Los principales factores que aumentan el riesgo de caer en una depresión son: (17).

Haber sufrido algún episodio depresivo antes.

Tener antecedentes familiares de este trastorno.

La pérdida de seres queridos.

La soledad.

Estrés continuo.

Tener problemas para relacionarse con los demás.

Situaciones conflictivas en el entorno (por ejemplo, el trabajo u hogar).

Haber sufrido traumas físicos o psicológicos (maltrato físico, abuso sexual).

Padecer una enfermedad física seria o problemas crónicos de salud.

El consumo de algunos medicamentos (puede consultarlo con su médico).

Abusar del alcohol o consumir otras drogas

Tras el parto, algunas mujeres son más vulnerables a la depresión. Los cambios hormonales y físicos junto con las nuevas responsabilidades con el recién nacido pueden ser difíciles de asumir.

Tener una personalidad con alguna cualidad extrema (inseguridad, dependencia, hipocondría, perfeccionismo, autoexigencia). predispone a padecer depresiones.

Tipos de depresión

a) **Trastorno depresivo recurrente:** como su nombre indica, se caracteriza por repetidos episodios de depresión. Durante estos

episodios, hay estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y reducción de la energía que produce una disminución de la actividad, todo ello durante un mínimo de dos semanas. Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa y baja autoestima, dificultades de concentración e incluso síntomas sin explicación médica. Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. Las personas con episodios depresivos leves tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente. En cambio, durante un episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones (17).

b) Trastorno afectivo bipolar: este tipo de depresión consiste característicamente en episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, logorrea, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir (17).

Prevención de la depresión:

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos). tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión (18).

Los adultos mayores pueden desarrollar las siguientes actividades para prevenir la depresión:

- Buscar apoyo con un proceso terapéutico.
- Integrarse a grupos de adultos mayores.
- Hacer ejercicio para mejorar la producción de la serotonina y mantenerse activo.
- Comer saludablemente (18).

La familia de los adultos mayores puede desarrollar las siguientes actividades para prevenir la depresión:

- Escuchar sus miedos, no minimizarlo.
- Integrarlo en actividades familiares y con personas de su edad.
- Es importante que tengan presente que, aunque la depresión es frecuente en Adultos Mayores, no es normal (18).

Diagnóstico y tratamiento

Hay tratamientos eficaces para la depresión moderada y grave. Los profesionales sanitarios pueden ofrecer tratamientos psicológicos, como la activación conductual, la terapia cognitiva conductual y la psicoterapia interpersonal, o medicamentos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos. Los profesionales sanitarios deben tener presente los posibles efectos adversos de los antidepresivos, las posibilidades de llevar a cabo uno u otro tipo de intervención (por disponibilidad de conocimientos técnicos o del tratamiento en cuestión). y las preferencias individuales. Entre los diferentes tratamientos psicológicos a tener en cuenta se encuentran los tratamientos psicológicos cara a cara, individuales o en grupo, dispensados por profesionales o por terapeutas legos supervisados (19).

Depresión en los adultos mayores

La depresión en los adultos mayores es un problema generalizado, pero no es una parte normal del envejecimiento. Con frecuencia, no se reconoce ni recibe tratamiento. En los adultos mayores, los cambios en la vida pueden incrementar el riesgo de depresión o llevar a que la depresión existente empeore.

Algunos de estos cambios son: (20).

- Mudanza del hogar, como por ejemplo a un centro de la tercera edad
- Dolor o padecimiento crónico
- Hijos que dejan el hogar
- Cónyuge y amigos cercanos que mueren
- Pérdida de la independencia (por ejemplo, problemas para cuidarse sin ayuda o movilizarse, o pérdida de los privilegios para conducir).

La depresión también puede estar relacionada con un padecimiento físico, como:

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

El consumo excesivo de alcohol o de determinados medicamentos (como los somníferos). puede empeorar la depresión.

Muchos de los síntomas usuales de depresión se pueden ver. Sin embargo, la depresión en los adultos mayores puede ser difícil de detectar. Los síntomas comunes como fatiga, falta de apetito y problemas para dormir también pueden ser parte del proceso de envejecimiento o de un padecimiento físico. Como resultado de esto, la depresión temprana puede ser ignorada o confundida con otras afecciones que son comunes en los adultos mayores (20).

Dimensiones de la depresión:

a) Patología neuroquímica:

- *Deficiencia de las vías neurotransmisoras básicas:*

El sistema nervioso central (SNC) consta del encéfalo y la médula espinal. La información sensorial llega al SNC a través de los sentidos especiales y de los nervios periféricos y es integrada con las memorias y los estados de ánimo con el fin de generar respuestas cognitivas, emocionales y motoras (conductuales). Este procesamiento sucede debido a una interacción compleja de neurotransmisores y neuromoduladores que actúan sobre sus receptores para excitar o inhibir a las neuronas del SNC (20).

En las personas con depresión, las alteraciones estructurales o funcionales de procesamiento del SNC producen respuestas cognitivas, emocionales o motoras aberrantes. Los trastornos cerebrales están asociados con diversos procesos patológicos, incluyendo alteraciones degenerativas, isquémicas y psicológicas. La mayoría de los fármacos del SNC corrigen un desequilibrio de los neurotransmisores o de sus receptores. Se utilizan fármacos para aliviar los síntomas de una alteración cerebral, pero generalmente no corrigen el trastorno subyacente. Aunque el tratamiento a corto plazo puede ser eficaz para aliviar los síntomas agudos, como el insomnio o el dolor, el tratamiento farmacológico de muchas de estas enfermedades dura toda la vida (20).

Los neurotransmisores importantes en el SNC incluyen la acetilcolina y varios aminoácidos, aminas biógenas y neuropéptidos. La imagen de arriba enumera los nombres, los receptores, los mecanismos de transducción de la señal y las funciones de los neurotransmisores principales. Los receptores pueden dividirse en dos grupos fundamentales: receptores ionotrópicos, también llamados canales iónicos asociados a ligando, los cuales se asocian directamente a los canales iónicos, y receptores metabotrópicos, que son típicamente receptores acoplados a proteína G. Aunque esta terminología se aplica con mucha más frecuencia a los receptores para neurotransmisores aminoacídicos, (p. ej., GABA y glutamato), es igual de apropiada para otras clases de receptores de neurotransmisores. Los mecanismos de transducción de la señal para los neurotransmisores en el SNC son similares a los de los neurotransmisores en el sistema nervioso autónomo. La activación de receptores ionotrópicos altera la entrada de cloro, sodio, potasio o calcio, y, por tanto, provoca potenciales de membrana excitatorios o inhibitorios. El acoplamiento de receptores metabotrópicos a la proteína G conduce a la activación o inhibición de adenilciclase y a la alteración de los niveles de AMPc intracelular, o a la activación de fosfolipasa C y a la formación de inositol trifosfato y de diacilglicerol. La actividad del receptor metabotrópico también puede modular la actividad del canal iónico a través de segundos mensajeros (en

particular, el calcio), los cuales activan proteína cinasas responsables de la fosforilación de los canales iónicos (20).

- *Disfunción hipotalámica:*

Es un problema con la parte del cerebro llamada el hipotálamo. Este ayuda a controlar la hipófisis y regula muchas funciones corporales (20).

El hipotálamo ayuda a mantener el equilibrio de las funciones corporales internas. Ayuda a regular: El apetito y el peso, la temperatura corporal, el parto, las emociones, el comportamiento, la memoria, el crecimiento, la producción de leche materna, el equilibrio de sal y agua, el deseo sexual, el ciclo de sueño y vigilia y el reloj biológico, Otra función importante del hipotálamo es controlar la hipófisis, el cual es una pequeña glándula en la base del cerebro (20).

- *Disfunción hipófiso-adrenal*

El eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, (HPA Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis en inglés) es un conjunto complejo de influencias directas e interacciones retroalimentadas entre: el hipotálamo, la parte baja del cerebro, la hipófisis (glándula adenohipófisis), la estructura en forma de haba localizada debajo del hipotálamo, y la glándula adrenal o suprarrenal, una glándula pequeña, pareada localizada en la parte superior de los riñones (20).

Las interacciones homeostáticas finas (homeostasis) entre estos tres órganos constituyen el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (eje HHA), una parte esencial del sistema neuroendocrino que controla las reacciones al estrés y regula varios procesos del organismo como la digestión, el sistema inmune, las emociones, la conducta sexual y el metabolismo energético. Este mecanismo y su conjunto de interacciones entre glándulas, hormonas y elementos del cerebro medio son responsables del síndrome general de adaptación (20).

Los elementos clave del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (eje HHA) son: El núcleo paraventricular del hipotálamo, que contiene neuronas neuroendocrinas que sintetizan y secretan vasopresina y la Hormona liberadora de hormona adrenocorticotropa (CRH) o corticoliberina. Estos dos neuropéptidos regulan: El lóbulo anterior de la glándula hipófisis. En particular, el CRH y la vasopresina estimulan la secreción de la hormona adrenocorticotropa (ACTH), también conocida como corticotropina. A su vez, la ACTH actúa sobre: La corteza adrenal, que produce hormonas glucocorticoides, principalmente cortisol en humanos, en respuesta a la estimulación por ACTH. Los glucocorticoides a su vez retroactúan sobre el hipotálamo y la hipófisis (para inhibir la producción de CRH y ACTH) en un ciclo de retroalimentación negativo (20).

La Hormona liberadora de hormona adrenocorticotropa (CRH) y la vasopresina se liberan desde las terminaciones nerviosas

neurosecretoras de la eminencia media. Son transportadas a la hipófisis anterior a través del sistema portal del tallo hipofisario. allí, la CRH y la vasopresina pueden actuar sinérgicamente para estimular la secreción de la ACTH almacenada en las células corticotropas. La ACTH se transporta por la sangre a la corteza adrenal de la glándula suprarrenal, donde estimula rápidamente la biosíntesis de corticoesteroides como el cortisol a partir de colesterol. El cortisol es la principal hormona del estrés y tiene efectos en muchos tejidos del organismo, incluyendo el encéfalo, en donde actúa en dos tipos de receptores: los receptores de mineralocorticoides y los receptores de glucocorticoides, que se expresan en la superficie de muchos tipos de neuronas. Un destino importante de los glucocorticoides es el hipocampo, que es el principal centro de control del eje HHA (20).

La vasopresina se puede concebir como una "hormona conservadora del agua" y por ello también se la conoce como la "hormona antidiurética". Se libera cuando el organismo se deshidrata y tiene poderosos efectos sobre el riñón para que conserve el agua. También es un poderoso vasoconstrictor. En la función del eje HHA son importantes algunos bucles de retroalimentación (20):

El cortisol producido en el córtex adrenal retroalimenta negativamente el sistema inhibiendo el hipotálamo y la hipófisis. Esto reduce la secreción de CRH y la vasopresina, y también reduce directamente la escisión de proopiomelanocortina(POMC) en ACTH y β -endorfina (20).

La Epinefrina y norepinefrina se producen en la médula adrenal a través de la estimulación simpática y los efectos locales del cortisol (sobrerregulación de enzimas para fabricar E/NE) . Posteriormente la E/NE retroalimentan positivamente a la hipófisis e incrementan de esa manera la transformación de la POMC en ACTH y β -endorfinas (20).

- *Disfunción inmunológica*

La disfunción o la deficiencia de los componentes del sistema inmune conduce a una variedad de enfermedades clínicas de diferente expresión y gravedad, que van desde la enfermedad atópica hasta la enfermedad autoinmune, la inmunodeficiencia primaria y el cáncer. Este capítulo presenta la intrincada fisiología del sistema inmune y las anomalías que conducen a las enfermedades de hipersensibilidad e inmunodeficiencia (20).

El sistema inmunitario consta de componentes específicos y no específicos de antígenos que tienen funciones distintas, pero que se superponen. El sistema inmunitario mediado por anticuerpos y mediado por células es adaptativo, por lo que proporciona especificidad y memoria de antígenos encontrados previamente. Las defensas no específicas o innatas incluyen barreras epiteliales, depuración mucociliar, fagocitos, células dendríticas, células linfoides

innatas, mastocitos y proteínas del complemento. A pesar de ser filogenéticamente primitivos y carentes de especificidad, estos componentes son esenciales, porque son en gran medida responsables de la inmunidad natural frente a una amplia gama de amenazas ambientales y microorganismos. El conocimiento de los componentes y la fisiología de la inmunidad normal es esencial para comprender la fisiopatología de las enfermedades del sistema inmune (20).

b) Patología molecular

- Segundos mensajeros (déficit de proteínas tróficas).

En la fase intracelular, los elementos claves son los “segundos mensajeros” y sus “vías intracelulares”. Sólo en algunos casos el complejo “mensajero externoreceptor” tiene la suficiente movilidad para llegar a la diana final intracelular. Para disparar la respuesta global final de la célula en estructuras alejadas al punto de estimulación del receptor se emplean moléculas móviles intracitoplasmáticas (segundos mensajeros) y se ponen en funcionamiento determinados procesos y/o estructuras intracitoplasmáticas de la célula (enzimas, orgánulos citoplasmáticos, proteínas esqueléticas, etc.), de una manera secuencial hasta producir la respuesta celular final (secreción, contracción, conducción de estímulos, hiperpolarización, almacenamiento de datos, etc.). Todo este “camino” intracelular recorrido por las moléculas móviles, los mecanismos y las estructuras celulares se conoce con el nombre de “vía intracelular de un segundo mensajero”. Cada segundo mensajero producido por un receptor da inicio a una vía (o a vías paralelas, según se verá más adelante) y como pueden existir diferentes tipos de receptores para un mensajero se pueden iniciar varias vías simultáneamente. Las moléculas producidas por el receptor son muchas en número y actúan intracelularmente durante cierto tiempo hasta que son destruidas por enzimas específicas o desaparecen de los compartimentos intracelulares donde son activas (como en el caso del Ca^{2+}) (20).

- Hiperkortisolemia

Afección por la que hay demasiado cortisol (hormona que se elabora en la capa exterior de la glándula suprarrenal) en el cuerpo. Las causas son el exceso de medicamentos corticoesteroides o ciertos tipos de tumor. Los tumores que producen hormona adrenocorticotrópica (ACTH) hacen que la glándula suprarrenal elabore demasiado cortisol. Los síntomas del hiperkortisolismo son cara que se pone redonda, brazos y piernas delgadas, fatiga intensa, debilidad muscular, presión arterial alta, concentración alta de azúcar en la sangre, estrías púrpuras o rosadas en la piel, y aumento de peso, en especial en el abdomen (20).

- **Citocinas proinflamatorias**

Las citoquinas son proteínas de bajo peso molecular esenciales para la comunicación intercelular. Son producidas por varios tipos celulares, principalmente por el Sistema Inmune. Estos mediadores solubles controlan muchas funciones fisiológicas críticas tales como: diferenciación y maduración celular, inflamación y respuesta inmune local y sistémica, reparación tisular, hematopoyesis, apoptosis y muchos otros procesos biológicos. A continuación, se describe la biología básica de las citoquinas y su papel central en la regulación de la respuesta inmune en salud y enfermedad.

Son moléculas de señal que comunican unas células con otras, y son tan importantes como las hormonas o neurotransmisores. Fueron descubiertas en la década de los 60-70 a la par que se estudió el VIH; comenzó con la comunicación entre las células del Sistema Inmunitario. Intervienen en la proliferación, diferenciación, movimiento y desplazamiento, supervivencia y muerte celular. Además, están implicadas en la respuesta inmune, hematopoyesis, inflamación, cicatrización, reproducción celular, gestación, crecimiento y mantenimiento de las células del Sistema Nervioso y metabolismo energético (20).

c) Patología neuronal

- *Trastorno funcional y orgánico de la red neuronal córtico-límbica.*

El trastorno neurológico funcional (un término más nuevo y amplio que incluye lo que algunas personas llaman trastorno de conversión) presenta síntomas del sistema nervioso (neurológicos) que no se pueden atribuir a una enfermedad neurológica u otra afección médica. Sin embargo, los síntomas son reales y causan dolor considerable o problemas para desenvolverse en la vida diaria.

Los signos y síntomas varían según el tipo de trastorno neurológico funcional, y pueden incluir patrones específicos. Por lo general, este trastorno afecta el movimiento o los sentidos, como la capacidad de caminar, tragar, ver u oír. La gravedad de los síntomas puede variar, y estos pueden ser recurrentes o persistentes. Sin embargo, no puedes generar o controlar intencionalmente los síntomas.

Se desconoce la causa del trastorno neurológico funcional. Es posible que la afección la desencadene un trastorno neurológico o una reacción al estrés o a los traumas psicológicos o físicos, pero este no es siempre el caso. El trastorno neurológico funcional está relacionado con la forma en que funciona el cerebro, en lugar de con el daño a la estructura cerebral (como debido a un accidente cerebrovascular, la esclerosis múltiple, una infección o una lesión).

El diagnóstico y tratamiento tempranos, especialmente informarse sobre la afección, puede ayudar en la recuperación (20).

6.3 Adulto Mayor

Definición.

Cabe señalar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adulta mayor a toda persona mayor de 60 años (21).

Características funcionales

La capacidad funcional del adulto mayor es definida como "el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno". Dicha capacidad viene determinada, fundamentalmente, por la existencia de habilidades psicomotoras, cognitivas y conductuales. La habilidad psicomotora, entendida como la ejecución de habilidades práxicas que requieren la actividad coordinada muscular, junto con un proceso cognitivo de intencionalidad, que son las bases para las actividades de la vida diaria (22).

Definición de términos básicos

Agente: Es quien tiene la virtud de obrar, de acuerdo a la definición aportada por el diccionario de la Real Academia Española (RAE).

Apatía: Estado en el que el sujeto permanece indiferente, y presenta una incapacidad para reaccionar ante situaciones que deberían suscitar emociones o intereses.

Depresión: Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Estrés: Tensión fisiológica o psicológica que amenaza la homeostasis o el equilibrio psicológico del sujeto.

Incesante: Que no cesa o es constante.

Neurosis: Conjunto de síntomas psíquicos y emocionales producidos por un conflicto psicológico que se han hecho crónicos.

Psicosis: Pérdida de contacto con la realidad.

Psicosomático: Proceso psíquico que tiene influencia en lo somático.

VII. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN:

7.1. Lugar de estudio.

El estudio se desarrollará en dos Centros de Atención Integral del Adulto Mayor de Pucallpa, el Centro del Adulto Mayor del Distrito de Manantay y el Centro de Atención Integral del Adulto Mayor Sakura del distrito de Yarinacocha, de la provincia de Coronel Portillo y Departamento de Ucayali.

7.2. Población y tamaño de muestra

Población

Estará conformada por los usuarios de dos Centros de Atención Integral del Adulto Mayor de Pucallpa, El Centro del Adulto Mayor del Distrito de Manantay donde cuenta con 62 usuarios y el Centro de Atención Integral del Adulto Mayor Sakura donde cuenta con 46 usuarios, haciendo un total de 108 elementos.

Muestra

Para una mayor precisión en los resultados se estudiará al total de adultos mayores de la población descrita, haciendo un total de 108 elementos.

7.3. Descripción detallada de los métodos, uso de materiales, equipos o insumos.

a) Diseño de muestreo

En el presente estudio no aplicará ningún muestreo.

b) Descripción detallada del uso de materiales, equipos, insumos, entre otros.

El instrumento a utilizar para la recolección de datos será:

La escala de Depresión del adulto mayor Yesavage, que consta de 30 preguntas con dos alternativas de respuesta (si = 1 punto y no = 0 puntos), es sumativa y se valorará en las siguientes categorías:

Normal: 0 a 10 Puntos

Riesgo de depresión: 11 a 14 Puntos

Depresión: > a 14 puntos

c) Descripción de variables a ser analizados en el objetivo específico

Variable de interés: Riesgo de depresión

Variable	Dimensiones	Indicadores	Tipo y escala de medida	Puntaje Final

Riesgo de depresión	Patología neuroquímica	<ul style="list-style-type: none"> - Deficiencia de las vías neurotransmisoras básicas - Disfunción hipotalámica - Disfunción hipófiso-adrenal - Disfunción inmunológica 	Categórico / Ordinal	Normal: 0 a 10 Puntos
	Patología molecular	<ul style="list-style-type: none"> - Segundos mensajeros (déficit de proteínas tróficas). - Hiperkortisolemia - Citocinas proinflamatorias 		Riesgo de Depresión: 11 a 14 Puntos
	Patología neuronal	Trastorno funcional y orgánico de la red neuronal córtico-límbica		Depresión: > a 14 puntos

d) Aplicación de prueba estadística inferencial.

Por el diseño del estudio, descriptivo y de una sola variable, no se hará uso de la estadística inferencial por que no amerita plantear hipótesis; por lo que el análisis de los datos se realizará mediante la estadística descriptiva, elaborando tablas de frecuencia y gráficos estadísticos.

7.4. Tabla de recolección de datos por objetivos específicos.

Mediante un documento, se solicitará la autorización dirigido a los coordinadores responsables de la casa de atención integral del adulto mayor de Manantay y de Sakura del distrito de Yarinacocha.

Se coordinará con los cuidadores, con la finalidad de identificar a los adultos mayores quienes serán los elementos de la muestra y obtener su consentimiento informado.

Posteriormente se encuestará a los adultos mayores en las fechas programadas.

Una vez recolectados los datos se vaciarán a la base de datos, utilizando la estadística descriptiva de forma absoluta.

El procesamiento de datos se realizará a través del programa estadístico Excel y SPSS versión 26.

Para el análisis de los datos, se elaborará tablas de frecuencia y gráficos estadísticos.

VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

[illegible]

IX. PRESUPUESTO.

El presupuesto o costo programado se ha distribuido de la siguiente manera:

DESCRIPCIÓN	RECURSOS	UNID. MED.	CANT.	COSTO UNIT. S/	COSTO TOTAL S/
Elaboración del Proyecto de Investigación.	Subtotal			46.1	445.0
	Movilidad local	Pasajes	30	10.0	300.0
	Papel bond 80 gr.	Millar	2	35.0	70.0
	Fuentes secundarias	Hrs	25	1.0	25.0
	Impresión	Unidad	500	0.1	50.0
Socialización del trabajo de investigación a las Autoridades.	Subtotal			15.1	335.0
	Movilidad local	Pasajes	20	10.0	200.0
	Refrigerios	Unidad	15	5.0	75.0
	Fotocopias	Unidad	60	0.1	60.0
Aplicar los instrumentos de recolección de datos programados.	Subtotal			25.1	560.2
	Movilidad local	Pasajes	30	10.0	300.0
	Kit de bioseguridad	Unidad	15	10.0	150.0
	Refrigerios	Unidad	20	5.0	100.0
	Copias de instrumentos de recolección de datos.	Unidad	102	0.1	10.2
Organización y Revisión de los datos captados.	Subtotal			60.0	250.0
	Material de escritorio	Global	1	50.0	50.0
	Movilidad local	Pasajes	20	10.0	200.0
Representación de datos.	Subtotal			910.2	1 006.0
	Asesor estadístico	Unidad	1	900.0	900.0
	Impresión	Unidad	30	0.2	6.0
	Movilidad local	Pasajes	10	10.0	100.0
Elaboración del informe final	Subtotal			10.1	360.0
	Movilidad local	Pasajes	30	10.0	300.0
	Impresión del informe de investigación.	Unidad	600	0.1	60.0
TOTAL				1 066.6	2 956.2

X. Bibliografía

1. Kronfly E., y otros. Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria. [internet]. Consultado 13 enero 2022. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714004211>
2. Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. Global Health Data Exchange (GHDx). [internet]. Consultado 13 junio de 2022. Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b>
3. OMS. Depresión. f/p 30 de enero de 2020. [internet]. Consultado 13 enero 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
4. Magnil M, Janmarker L, Gunnarsson R, Björkelund C. Course, risk factors and prognostics factors in elderly Primary Health Care. 2013; 31:20-25.
5. Chong M, Tsang H, Chen C, et al. Community study of depression in old age in Taiwan: prevalence, life events and socio-demographic correlates. Br J Psychiatry. 2001; 178(1):29-35.
6. Guerra M, Prina A, Ferri C, et al. A comparative cross-cultural study of the prevalence of late life depression in low and middle income countries. J Affect Disord. 2016; 190:362-8.
7. Durán T, Aguilar M, Martínez M, Rodríguez T, Gutiérrez G, Vásquez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. Enfermería Universitaria. 2013;10(2):36-42.
8. Departamento Administrativo Nacional de Estadística del Ministro de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Demografía y Salud: Colombia Informe 2016. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Ministro de Salud y Protección Social; 2017.

9. Varela L, Chávez H, Herrera A, Ortiz P, Chigne O. Valoración Geriátrica Integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. Diagnóstico. 2004;43 (2):57-63.
10. Equilibrio y armonía. f/p 03/11/2020. [internet]. Consultado 13 enero 2022. Disponible en: <https://equilibrioyarmonia.pe/estadisticas-de-depresion-en-el-peru/#:~:text=Solo%20en%20Per%C3%BA%20hay%201,ni%20medidas%20de%20atenci%C3%B3n%20m%C3%A9dica>.
11. Hernández R.; Fernández C. y Baptista P. (2014). Metodología de la investigación. (6ta. Edición). México D.F.: McGraw-Hill. [Internet]. Consultado 19 de junio de 2022. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
12. Ortiz P., y Urrego J., Riesgo de depresión y riesgo de ansiedad en el adulto mayor residente en la zona suroeste del Departamento de Antioquia. Universidad CES Facultad de Medicina Medellín 2015. [internet]. Consultado 13 enero 2022. Disponible en: http://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/1747/2/Depresion_Ansiedad_Adulto_Mayor.pdf
13. Salazar K, y González C. Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. Rev Cubana Med Gen Integr. 2017;33(4):1-15. [internet]. Consultado 13 enero 2022. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79089>
14. Pecart J., Factores de riesgo que se encuentran asociados a depresión en el adulto mayor en el Centro de Salud La Libertad de Huancayo. f/p 19-sep-2019. Universidad Peruana Los Andes. [internet]. Consultado 15 enero 2022. Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/UPLA/1125>
15. Acate B. Prevalencia y factores psicosociales de riesgo asociados a la depresión en el programa del adulto mayor del Hospital Regional Docente de Trujillo. f/p 8-feb-2019. Universidad Nacional de Trujillo. [internet]. Consultado 15 enero 2022. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/11416>

16. Blog MSD salud. Factores de riesgo de la depresión. [internet]. Consultado 15 enero 2022. Disponible en: <https://www.msdsalud.es/cuidar-en/depresion/informacion-basica/factores-riesgo-depresion.html#:~:text=Los%20principales%20factores%20que%20aumentan,La%20p%C3%A9rdida%20de%20seres%20queridos.>
17. OMS. Depresión, factores contribuyentes y prevención. [internet]. Consultado 15 enero 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression#:~:text=Quienes%20han%20pasado%20por%20circunstancias,por%20consiguiente%2C%20la%20propia%20depresi%C3%B3n.>
18. Medline Plus. Depresión en los adultos mayores. [internet]. Consultado 15 enero 2022. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001521.htm>
19. Paz V. Factores asociados al episodio depresivo en el adulto mayor de Lima metropolitana y Callao. Anales de Salud Mental.2010; 26(1):.30-38.
20. González J., La depresión en el anciano. s/f. [internet]. Consultado 15 enero 2022. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/8/la-depresion-en-el-anciano>
21. Varela Pinedo LF. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2016. consultado 1 de julio de 2022. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200001
22. Segovia Díaz de León MG, Torres Hernández EA. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Gerokomos [Internet]. 2011. consultado el 1 de julio de 2022. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003

ANEXOS

Anexo 01
Cuadro de Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Metodología
<p>Problema general:</p> <p>¿Cuál es el riesgo de depresión en usuarios de dos centros de atención integral del adulto mayor de Pucallpa, 2022?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>➤ ¿Cuáles son las características de los usuarios de dos centros de atención integral del adulto mayor de Pucallpa, 2022?</p> <p>➤ ¿Cuál es el riesgo de depresión en usuarios del Centro del Adulto mayor en el Distrito de Manantay de la Provincia de Coronel Portillo del Departamento de Ucayali, 2022?</p> <p>➤ ¿Cuál es el riesgo de depresión en usuarios del centro</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Determinar el riesgo de depresión en usuarios de dos centros de atención integral del adulto mayor de Pucallpa, 2022</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>➤ Describir las características de los usuarios de dos centros de atención integral del adulto mayor de Pucallpa, 2022</p> <p>➤ Valorar el riesgo de depresión en usuarios del Centro del Adulto mayor en el Distrito de Manantay de la Provincia de Coronel Portillo del Departamento de Ucayali, 2022</p> <p>➤ Valorar el riesgo de depresión en usuarios del centro de atención integral del adulto mayor Sakura del</p>	<p>Según manifiesta el autor Hernández Sampieri, en su texto Metodología de la Investigación, los estudios descriptivos de una sola variable no requieren formular hipótesis, por lo cual en el presente estudio no amerita formular hipótesis.</p>	<p>Riesgo de depresión</p>	<p>Patología neuroquímica</p>	<p>- Deficiencia de las vías neurotransmisoras básicas</p> <p>- Disfunción hipotalámica</p> <p>- Disfunción hipofiso-adrenal</p> <p>- Disfunción inmunológica</p>	<p>Diseño metodológico:</p> <p>Diseño no experimental, porque la variable de interés se estudiará en su contexto natural sin ninguna manipulación de las investigadoras.</p> <p>Descriptivo, ya que primero observaremos la variable para luego describir los hallazgos en tablas de frecuencia y gráficos estadísticos.</p> <p>Transversal, porque la recolección de los datos se realizará en un solo momento.</p> <p>Prospectivo, porque los datos se generarán luego de iniciado el estudio.</p> <p>Población Y Muestra</p> <p>Población; estará conformada por los usuarios del Centro del Adulto Mayor del Distrito de Manantay donde cuenta con 62 usuarios y el Centro de Atención Integral del Adulto Mayor Sakura donde cuenta con 46 usuarios, haciendo un total de 108 elementos.</p> <p>Muestra, se estudiará al total de adultos mayores de la población descrita, haciendo un total de 108 elementos.</p>
				<p>Patología molecular</p>	<p>- Segundos mensajeros (déficit de proteínas tróficas).</p> <p>- Hiperkortisolemia</p> <p>- Citocinas proinflamatorias</p>	
				<p>Patología neuronal</p>	<p>Trastorno funcional y orgánico de la red neuronal córtico-límbica</p>	

de atención integral del adulto mayor Sakura del Distrito de Yarinacocha de la Provincia de Coronel Portillo del Departamento de Ucayali, 2022?	Distrito de Yarinacocha de la Provincia de Coronel Portillo del Departamento de Ucayali, 2022					<p>Técnica e instrumentos de recolección de datos.</p> <p>Técnica; se empleará la técnica de la encuesta.</p> <p>Instrumentos; el instrumento a utilizar será la escala de Depresión del adulto mayor “Yesavage”, consta de 30 preguntas con dos alternativas de respuesta (si / no).</p>
---	---	--	--	--	--	--

Anexo 02
Escala de depresión del adulto mayor de YESAVAGE

Estimado adulto mayor, se solicita responder con total veracidad respecto a los sentimientos que poseen, la información proporcionada será utilizada solo con fines de investigación.

Pregunta a realizar	Respuesta	
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO
¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI	NO
¿Tiene esperanza en el futuro?	SI	NO
¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI	NO
¿Tiene a menudo buen ánimo?	SI	NO
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI	NO
¿Se siente feliz muchas veces?	SI	NO
¿Se siente a menudo abandonado?	SI	NO
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI	NO
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI	NO
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
¿Piensa que es maravilloso vivir?	SI	NO
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI	NO
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI	NO
¿Está muy preocupado por el pasado?	SI	NO
¿Encuentra la vida muy estimulante?	SI	NO
¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI	NO

¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
¿Siente que su situación es desesperada?	SI	NO
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI	NO
¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI	NO
¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI	NO
¿Tiene problemas para concentrarse?	SI	NO
¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	SI	NO
¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI	NO
¿Es fácil para usted tomar decisiones?	SI	NO
¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	SI	NO

CALIFICACIÓN:

N°	Rta = 1	Rta = 0	N°	Rta = 1	Rta = 0	N°	Rta = 1	Rta = 0
1	NO	SI	11	SI	NO	21	NO	SI
2	SI	NO	12	SI	NO	22	SI	NO
3	SI	NO	13	SI	NO	23	SI	NO
4	SI	NO	14	SI	NO	24	SI	NO
5	NO	SI	15	NO	SI	25	SI	NO
6	SI	NO	16	SI	NO	26	SI	NO
7	NO	SI	17	SI	NO	27	NO	SI
8	SI	NO	18	SI	NO	28	SI	NO
9	NO	SI	19	NO	SI	29	NO	SI
10	SI	NO	20	SI	NO	30	NO	SI

Sumar el puntaje total se valorar como sigue:

- Normal: 0 a 10 Puntos
- Riesgo de depresión: 11 a 14 Puntos
- Depresión: > a 14 puntos

Anexo 03
UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo:

Identificado con DNI. N°

Declaro que: he sido informado(a). de los objetivos, riesgos y complicaciones de la ejecución del proyecto de investigación para el que se solicita mi colaboración.

Se me ha garantizado la confidencialidad de la información que yo pueda aportar, así como de mi identidad.

También sé que las personas responsables y coordinadoras de la investigación son:

- Est. Enf. Flavia Isabel Ijuma Salas
- Est. Enf. Marilyn Johanna Peña del Castillo

Por lo que doy mi consentimiento para participar en la investigación: Riesgo de depresión en usuarios de dos centros de atención integral del adulto mayor de Pucallpa, 2022

Firma: