



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



MULTIMORBILIDAD Y NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR DE PUNO, 2024

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. RUBELIA ROSA HUAYLLAPUMA CCORIMANYA

Bach. YULIZA GORETTY APAZA MAMANI

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO – PERÚ

2024



Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

MULTIMORBILIDAD Y NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR DE PUNO, 2024

AUTOR

RUBELIA ROSA HUAYLLAPUMA CCORI Y
ULIZA GORETTY APAZA MAMANI

RECUENTO DE PALABRAS

21411 Words

RECUENTO DE CARACTERES

119645 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

114 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.8MB

FECHA DE ENTREGA

Oct 30, 2024 12:22 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Oct 30, 2024 12:24 PM GMT-5

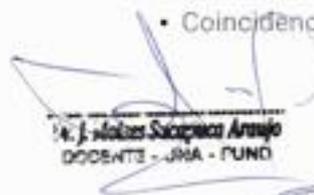
● 9% de similitud general

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

- 7% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 6% 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
- Coincidencia baja (menos de 12 palabras)


J. Morales Sacapuma Arriaga
DOCENTE - UNA - PUNO




Dra. Rosenda Ana Tacca
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
FE - UNA - PUNO

Resumen



DEDICATORIA

Con mucho cariño a mis amados padres; Jorge Adalberto Huayllapuma y Fermina Ccorimanya, quienes me han brindado su amor, confianza y apoyo incondicional a lo largo de mi vida. Este logro académico es un reflejo inalcanzable del esfuerzo que han realizado para ofrecerme una educación sólida, por ello, me llena de orgullo honrarlos de esta manera.

Con mucho afecto a mis cinco hermanos; Fredy Yonathan, Cristian Waldir, Jorge Luis, Lisbeth Valeria y Dayron Liam, por ser el soporte y fuente de mi motivación, por impulsar en mí el deseo de superación y triunfo en la vida.

Con gran estima a mis amigos(as); por su apoyo, confianza y cariño que es invaluable, dado que, cada uno de ellos han contribuido a mi fortaleza y coraje durante este largo y retador camino de mi formación académica.

*A mi abuela Lorenza, por ser ejemplo de valentía y coraje.
A mis abuelos; Julián, Lucio y Margarita, mi gratitud eterna a la memoria de ellos, que siempre creyeron en mí y en mis sueños, sé que de donde se encuentran, se sienten orgullosos por este logro en mi vida profesional. Los llevaré siempre en mi corazón.*

Rubelia Rosa Huayllapuma Ccorimanya



DEDICATORIA

*Con amor a mis queridos padres: **Rufino e Yrma** por su gran labor como padres, que, gracias a su cariño, cuidado y comprensión, hicieron posible la culminación de esta etapa de mi vida. Hoy retribuyo parte de su esfuerzo con este logro que no es el mío sino de ustedes.*

*Con amor a mis hermanos: **Miriam, Jhon Deybis, Malú Edalin, Alden Joel, Eboly Sahori**. A mis cuñados: **Blas, Margiori**. A mis sobrinos: **Rafael Emilio, Liam Fabricio, Dhara Kendal, Deyvis D Jhon**, por su cariño y apoyo moral.*

*Con cariño a mi abuelo **Saturnino Octaviano(f)**, que fue el impulsor al gusto por esta carrera y ejemplo del amor por la atención y cuidado del prójimo. A mi bisabuela **Rosa (f)**, que desde el cielo iluminan mi camino.*

*Con gratitud a mi compañera **Rubelia** por acompañarme en este proceso. A mi amigo(a)s por su apoyo incondicional y moral. Por el tiempo compartido donde las tristezas y alegrías lo recordamos como momentos inolvidables.*

Estoy inmensamente agradecida.

Yuliza Goretty Apaza Mamani ♥



AGRADECIMIENTOS

Nuestra gratitud hacia Dios es eterna, quien ha sido nuestra roca en tiempos de incertidumbre, nuestro refugio en momentos de debilidad y nuestra fuente de inspiración en cada página escrita, por lo que le hacemos entrega de nuestro trabajo, sabiendo que, sin su gracia nada de esto hubiera sido posible.

A nuestra Alma Mater, la Universidad Nacional del Altiplano, por brindarnos la oportunidad de formar parte de ella y gozar de su prestigio, asimismo, a la Facultad de Enfermería y a nuestras docentes, por proporcionarnos múltiples aprendizajes para nuestra vida profesional.

A los miembros del jurado calificador; Dra. Sc. Nelly Martha Rocha Zapana, Dra. Sc. Rosa Pilco Vargas y a la Dra. María Antonieta Bernabé Ortiz, por sus valiosas observaciones y sugerencias que han contribuido a la satisfactoria culminación de este trabajo de investigación.

A nuestro director de tesis, Dr. Sc. Juan Moisés Sucapuca Araujo, por su invaluable asesoramiento, orientaciones y recomendaciones acertadas, así como, por su paciencia durante el transcurso de este proceso, que han sido fundamentales para la consecución de nuestro trabajo de investigación.

A todo el personal de salud que labora en el Centro de Salud Simón Bolívar – Puno, por brindarnos las facilidades correspondientes durante el proceso de ejecución del proyecto de investigación, asimismo, a los adultos mayores, quienes aceptaron gustosamente en formar parte del estudio.

Rubelia & Goretty



ÍNDICE DE GENERAL

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE DE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE ANEXOS

ACRÓNIMOS

RESUMEN 15

ABSTRACT..... 16

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 17

1.1.1 Problema general..... 18

1.1.2 Problemas específicos 18

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN..... 19

1.2.1 Objetivo general 19

1.2.2 Objetivos específicos 19

1.3 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN 19

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 MARCO TEÓRICO 21

2.1.1 Adulto mayor 21



2.1.2	Multimorbilidad	21
2.1.2.1	Condiciones de salud crónicas	22
2.1.2.2	Consecuencias de la multimorbilidad	33
2.1.2.3	Valor final de la multimorbilidad.....	35
2.1.3	Depresión	36
2.1.3.1	Síntomas de la depresión por dimensiones	36
2.1.3.2	Consecuencias de la depresión en los adultos mayores	39
2.1.3.3	Niveles de la depresión	41
2.1.4	Multimorbilidad y depresión en el adulto mayor	42
2.2	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	43
2.2.1	A nivel internacional	43
2.2.2	A nivel nacional	47
2.3	MARCO CONCEPTUAL	48
2.3.1	Multimorbilidad	48
2.3.2	Condiciones crónicas	48
2.3.3	Depresión	49
2.3.4	Adultos mayores.....	49
2.3.5	Prevalencia	49
2.3.6	Seguro Integral de Salud	49
2.3.7	Centro de salud de categoría I-3.....	50
CAPÍTULO III		
MATERIALES Y MÉTODOS		
3.1	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	51
3.1.1	Tipo de investigación	51
3.1.2	Diseño de investigación	51



3.2	ÁMBITO DE ESTUDIO	52
3.3	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	52
3.3.1	Población.....	52
3.3.2	Tamaño de muestra	53
3.3.3	Tipo de muestreo.....	54
3.4	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	55
3.5	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	57
3.5.1	Técnica	57
3.5.2	Instrumentos	57
3.6	PROCEDIMIENTO Y RECOLECCION DE DATOS	59
3.6.1	Coordinación	59
3.6.2	Ejecución.....	60
3.7	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	62
3.7.1	Tabulación.....	62
3.7.2	Prueba estadística	63

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1	RESULTADOS.....	65
4.2	DISCUSIÓN	67
V.	CONCLUSIONES	72
VI.	RECOMENDACIONES	73
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
ANEXOS.....		94

Área: Salud del adulto

Tema: Multimorbilidad y depresión

Fecha de sustentación: 05 de noviembre del 2024



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1	Operacionalización de variables 55
Tabla 2	Relación entre la multimorbilidad y los niveles de depresión en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar – Puno, 2024 65
Tabla 3	Prevalencia de la multimorbilidad en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar – Puno, 2024 66
Tabla 4	Prevalencia de los niveles de depresión en los adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar – Puno, 2024 66
Tabla 5	Prueba de normalidad para multimorbilidad y depresión en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024 98
Tabla 6	Prevalencia de la multimorbilidad según género en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024 98
Tabla 7	Prevalencia de los niveles de depresión según el género en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024 99
Tabla 8	Prueba de normalidad para multimorbilidad y depresión en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024 99
Tabla 9	Prevalencia del número de la multimorbilidad y los niveles de depresión en los adultos mayores adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024 100



Tabla 10	Prevalencia con respecto al número de multimorbilidad en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024.....	101
Tabla 11	Prevalencia de las condiciones crónicas en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024 .	102



ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1	Relación entre la multimorbilidad y los niveles de la depresión en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024..... 103
Figura 2	Prevalencia de multimorbilidad en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024..... 103
Figura 3	Prevalencia de los niveles depresión de adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024..... 104
Figura 4	Prevalencia de la multimorbilidad según el género adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024..... 104
Figura 5	Prevalencia de los niveles de la depresión según el género en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024..... 105
Figura 6	Prevalencia de la multimorbilidad y los niveles de depresión en adultas mayores mujeres afiliadas al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar – Puno, 2024 105
Figura 7	Prevalencia de la multimorbilidad y los niveles de depresión adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024..... 106
Figura 8	Prevalencia del número de la multimorbilidad y los niveles de depresión en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024..... 106
Figura 9	Prevalencia con respecto al número de multimorbilidad en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024..... 107



Figura 10 Prevalencia de las condiciones crónicas adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024..... 107



ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1	Matriz de consistencia	94
ANEXO 2	Instrumentos de recolección de datos	95
ANEXO 3	Consentimiento informado	97
ANEXO 4	Resultados complementarios	98
ANEXO 5	Evidencias fotográficas	108
ANEXO 6	Declaración jurada de autenticidad de tesis	110
ANEXO 7	Autorización para el depósito de tesis en el Repositorio Institucional	112



ACRÓNIMOS

OMS:	Organización Mundial de la Salud
SIS:	Seguro Integral de Salud
GDS:	Geriatric Depression Scale (escala geriátrica de depresión)
HA:	Hipertensión Arterial
EPOC:	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
IRC:	Insuficiencia Renal Crónica
DM2:	Diabetes Mellitus tipo 2



RESUMEN

La multimorbilidad y la depresión son problemas de salud significativos que han ido en aumento a nivel mundial, afectando especialmente a la población adulta mayor. La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la multimorbilidad y los niveles de depresión en adultos mayores que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, Puno. La metodología fue de tipo correlacional, diseño no experimental y corte transversal, la población fue 568 adultos mayores, la muestra estuvo conformada por 230 adultos mayores, mediante el muestreo no probabilístico intensional, la técnica empleada es la revisión documental para la variable multimorbilidad y la entrevista para la variable depresión, los instrumentos usados fueron una ficha de recolección de datos y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15). El procesamiento de datos se realizó a través del software estadístico Microsoft Excel y SPSS versión 26; la hipótesis se determinó mediante la prueba estadística de Rho de Spearman. Los resultados muestran que los adultos mayores con multimorbilidad presentan en mayor porcentaje depresión severa (40.1%), seguido de depresión moderada (36.6%) y depresión leve (19.7%). Se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre la multimorbilidad y los niveles de la depresión, con un valor de significancia de $p = 0.000$ y un coeficiente de correlación positiva moderada de 0.483, lo cual significa que si la multimorbilidad aumenta, los niveles de depresión también aumentan.

Palabras clave: Adulto mayor, Depresión, Multimorbilidad, Prevalencia.



ABSTRACT

Multimorbidity and depression are significant health problems that have been increasing worldwide, especially affecting the elderly population. The present research aimed to determine the relationship between multimorbidity and depression levels in older adults who attend the Simón Bolívar Health Center in Puno, Puno. The methodology was correlational, non-experimental and cross-sectional design, the population was 568 older adults, the sample consisted of 230 older adults, through intentional non-probabilistic sampling, the technique used was the documentary review for the multimorbidity variable and the interview for the depression variable, the instruments used were a data collection form and the Geriatric Depression Scale (GDS-15). Data processing was performed through Microsoft Excel and SPSS version 26 statistical software; the hypothesis was determined by Spearman's Rho statistical test. The results show that older adults with multimorbidity have a higher percentage of severe depression (40.1%), followed by moderate depression (36.6%) and mild depression (19.7%). It is concluded that there is a statistically significant relationship between multimorbidity and depression levels, with a significance value of $p = 0.000$ and a moderate positive correlation coefficient of 0.483, which means that if multimorbidity increases, depression levels also increase.

Keywords: Older adult, Depression, Multimorbidity, Prevalence.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la multimorbilidad como la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas en el mismo individuo (1) y es considerado como un fenómeno creciente en todo el mundo, conlleva un mayor uso de los servicios de salud, afecta la funcionalidad, reduce la calidad de vida y está vinculado a un aumento en la mortalidad (2). Por otro lado, la depresión ha sido determinada por la OMS, como un trastorno mental grave, caracterizada por originar conductas anormales, afectar las relaciones interpersonales y generar sentimientos, pensamientos y percepciones fuera de los estándares saludables (3).

A nivel mundial se ha documentado que un porcentaje significativo de adultos mayores presentaban multimorbilidad y depresión en varios países: China (50.8%) (4), Corea (33.6%) (5), India (32.8%) (6), Brasil (19.7%) (7) y Colombia (9.3%) (8), de manera que, estos estudios demuestran que la depresión es frecuente en personas con múltiples condiciones crónicas en comparación con aquellos que tienen una o ninguna.

En el Perú, un estudio realizado en los Centros de Atención Primaria de Huancayo reveló que el 66.3% de adultos mayores con más de dos enfermedades crónicas presentaban depresión (9), asimismo, un estudio en residentes de once comunidades altoandinas, informó que la coexistencia de condiciones crónicas constituye un factor asociado para el desarrollo de la depresión (10).

Sin embargo, un estudio realizado en Canadá, Brasil, Colombia y Albania, informó que la multimorbilidad no parece aumentar el riesgo de desarrollar depresión en



adultos mayores, ya que no se ha encontrado asociaciones estadísticamente significativas en ninguna de las regiones estudiadas (11), de tal forma que, esto resalta la necesidad de realizar más investigaciones que indaguen la relación entre ambas variables, especialmente en contextos como el de Perú, donde la evidencia sobre dicha relación sigue siendo limitada, en ese sentido, la presente investigación busca estudiar la relación de ambas variables debido a las discrepancias identificadas en investigaciones previas y así contribuir al conocimiento en este campo.

En ese marco, se ha seleccionado el Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, como ámbito para la generación de información debido a la gran afluencia de adultos mayores observada durante las prácticas preprofesionales, donde varios presentaban múltiples condiciones crónicas según los registros de la Estrategia de Atención al Adulto Mayor a los que se tuvo acceso, además, al interactuar con algunas personas mayores, ellos expresaron sentirse enfermos, mencionando lo siguiente: *“me duele casi todo mi cuerpo”*, *“cada vez me siento peor”*, *“me duele mis huesos, ya no puedo hacer nada”*, *“soy una carga para mi familia”*, *“que se puede hacer, ya somos mayores y las enfermedades llegan”*, de manera que, ante esa situación de vulnerabilidad, el presente estudio busca visibilizar un problema latente en adultos mayores que acuden a un Centro de Atención Primaria y aportar desde un enfoque científico para su comprensión y abordaje.

1.1.1 Problema general

- ¿Existe relación entre la multimorbilidad y los niveles de depresión en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024?

1.1.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es la prevalencia de la multimorbilidad en adultos mayores afiliados



al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024?

- ¿Cuál es la prevalencia de los niveles de depresión en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024?

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Objetivo general

- Determinar la relación que existe entre la multimorbilidad y los niveles de depresión en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar la prevalencia de la multimorbilidad en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024.
- Identificar la prevalencia de los niveles de depresión en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024.

1.3 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre la multimorbilidad y los niveles de la depresión en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024.



H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre la multimorbilidad y los niveles de la depresión en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Adulto mayor

El vocablo “adulto mayor” hace referencia a una etapa específica en la vida de una persona, que frecuentemente se determina por la edad avanzada, no obstante, pueden variar de acuerdo con el contexto cultural, social y legal, es decir, no hay edad específica que defina a un adulto mayor universalmente, sin embargo, con frecuencia se les considera a las personas que llegan a la edad de los 60 y 65 años (12). Según la OMS y lo establecido por el reglamento vigente en el Perú, se considera como adulto mayor a toda persona mayor de 60 años (13,14).

Los adultos mayores afrontan habitualmente desafíos relacionados con la salud, como enfermedades crónicas, limitaciones físicas y cambios cognitivos, dichas manifestaciones son el resultado del envejecimiento, un proceso progresivo, inevitable, irreversible y heterogéneo entre personas que se ve influenciado por cambios fisiológicos en los órganos y sistemas del cuerpo, alteraciones en el ADN, debilitamiento gradual del sistema inmunológico, así como por la exposición a toxinas, el estrés crónico, una alimentación poco saludable y la inactividad física (15).

2.1.2 Multimorbilidad

La palabra multimorbilidad procede del latín *multus* que equivale a muchos (16) y morbilidad formado a partir del vocablo *morbis* (enfermedad) (17). En 1970, Feinstein destacó la importancia de la clasificación taxonómica de lo que



en ese entonces denominó comorbilidad, con la intención de evaluar el efecto y las interrelaciones clínicas y epidemiológicas de la coexistencia de múltiples enfermedades en una misma persona, no obstante, con el deseo de entender mejor ese fenómeno, se plantea el vocablo de multimorbilidad, la misma que se utilizó por primera vez en Alemania y a partir de la década de los noventa comenzó a expandirse internacionalmente (18), por lo que la (OMS) en el año 2008, definió a la multimorbilidad como la concurrencia de al menos dos enfermedades crónicas en un mismo individuo (19), no obstante, el Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE) del Reino Unido en el año 2016, con la finalidad de mejorar la claridad y exactitud de la definición de la multimorbilidad, estableció el término como la presencia de dos o más condiciones crónicas de salud a largo plazo, que pueden incluir condiciones de salud física y mental definidas, como diabetes o esquizofrenia, complejos de síntomas como fragilidad o dolor crónico, discapacidad sensorial como pérdida de la vista o la audición y abuso de alcohol como sustancias (20).

2.1.2.1 Condiciones de salud crónicas

Son un grupo de condiciones de larga duración que generalmente progresan lentamente, en efecto, suelen ser el resultado de una combinación de factores genéticos, ambientales y comportamientos poco saludables y en consecuencia crean la necesidad de tratamiento y manejo a largo plazo debido a su naturaleza persistente, además, generalmente no tienen cura, aunque pueden ser controladas para mejorar la calidad de vida de la persona, asimismo, son responsables de la discapacidad y mortalidad de millones de personas a nivel del mundo y son especialmente prevalentes durante la vejez e incluso coexisten simultáneamente (21). Las



condiciones crónicas pueden tener fisiopatologías compartidas y enfoques de tratamiento compartidos o fisiopatologías no relacionadas y tratamientos diferentes, que incluso pueden ser contradictorios (18).

- **Hipertensión arterial (HTA):** Se caracteriza por el aumento sostenido en las cifras de la presión arterial sistólica (>140 mmHg) y/o de la presión arterial diastólica (>90 mmHg) (22). La HTA se incrementa en la población adulta mayor, debido a los factores vinculados al tipo de estilo de vida que se ha seguido en el transcurso de su existencia, así como, por los cambios asociados al envejecimiento, es decir, por las modificaciones fisiológicas que tienen lugar en la pared arterial por la pérdida de elasticidad y la distensibilidad de las grandes y medianas arterias (23). La HTA se constituye como una enfermedad y un factor de riesgo para patologías cardiovasculares, cerebrovasculares, insuficiencia renal, afectaciones vasculares periféricas y de la retina (24).
- **Enfermedad arterial coronaria (EAC):** Se caracteriza por el estrechamiento u obstrucción de las arterias coronarias por acumulación de placas de ateroma (ateroesclerosis). La EAC en adultos mayores, ocurre debido a factores propios del envejecimiento en las arterias coronarias (arterioesclerosis) asociado a la aterosclerosis. Las complicaciones de la enfermedad coronaria son la insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio y muerte súbita (25).



- **Insuficiencia cardiaca (IC):** Se caracteriza por ser un síndrome clínico que resulta de la alteración en el llenado ventricular o el gasto cardiaco, de manera que, es la presentación de la etapa terminal de varias cardiopatías (26). La IC en el adulto mayor acontece debido a la disminución de los miocitos, cambios en la matriz extracelular, aumento de la rigidez e impedancia aórtica (cambios durante el envejecimiento), asociado a causas subyacentes, tal como, la enfermedad coronaria, hipertensión arterial, diabetes mellitus y otros (27). La IC es una enfermedad progresiva y letal aún con tratamiento adecuado, por lo que, la correcta identificación y tratamiento de cardiopatías como la HA y la EAC puede evitar el inicio del desarrollo de la enfermedad (28).
- **Accidente cerebro vascular (ACV):** Se caracteriza por un déficit neurológico focal súbito debido a la interrupción del flujo sanguíneo en un área del sistema nervioso central de forma transitoria o permanente (29), pueden ser por causas isquémicas o hemorrágicas (más grave), a su vez, el intervalo del tiempo en el que ocurre un ACV es desde unos minutos hasta un máximo de 24 horas, siendo mayor la gravedad y las secuelas mientras sea más el tiempo transcurrido, que finalmente se deriva en la muerte, además, la posibilidad de presentar un ACV en el adulto mayor es superior a diferencia de personas jóvenes, debido al cúmulo de factores de riesgo a lo largo de la vida (30,31). La gravedad del ACV es mayor en adultos mayores, además, las secuelas más



frecuentes que se presentan en esa población, es la hemiplejía proporcional, afasia y episodios convulsivos (32).

- **Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC):** Se caracteriza por persistentes síntomas respiratorios y limitación del flujo aéreo debido a anomalías de las vías respiratorias o alveolares, en efecto, es una enfermedad prevenible y tratable, sin embargo, no es totalmente reversible y tiene un curso progresivo (33). Durante el envejecimiento se produce una serie de cambios anatómicos y fisiológicos en los pulmones, como un aumento del tejido pulmonar, disminución del diámetro bronquiolar, disminución de los flujos espiratorios con aumento de volumen residual y otros, estos factores aunado a la exposición a partículas o gases nocivos, como el tabaquismo, aumenta la probabilidad de desarrollar la EPOC (34). La neumonía, el cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis y miastenia, son algunas complicaciones de la EPOC (35).
- **Asma:** Los cambios que ocurren en el envejecimiento, tal como la disminución de la presión de retroceso elástico, cierre prematuro de la vía aérea y aumento de atrapamiento aéreo, asociado a la persistencia de la inflamación de la vía aérea y el remodelado de la vía aérea (bronquiectasia con fibrosis segmentaria), termina provocando asma en los adultos mayores (36). El asma en el adulto mayor suele ser confundida con la EPOC, por lo que es infradiagnosticada e infratratada, por consiguiente, se deriva en



- complicaciones, como la incapacidad para hacer actividad física y actividades cotidianas, insomnio, ataque de asma y muerte (37).
- **Diabetes (DM):** Se caracteriza por niveles anormalmente elevados de glucosa (>130 ml/dL) en la sangre, producto de una deficiencia absoluta o relativa de la insulina (38). La diabetes en el adulto mayor se incrementa debido al cambio fisiológico que ocurre a nivel del páncreas, caracterizada por una reducción de la replicación de las células beta, lo cual deriva a un aumento de la apoptosis y provoca la caída en la producción de la insulina, con el consecuente aumento en la resistencia insulínica, asimismo, la diabetes tipo 2 es la más frecuente con más del 90% de casos en personas mayores. Las complicaciones principales de la diabetes son la neuropatía, retinopatía y nefropatía (39).
 - **Gastritis crónica:** Se caracteriza por una inflamación inespecífica de la mucosa gástrica de evolución progresiva y larga, las lesiones del epitelio pueden convertirse en displásicas que posteriormente puede provocar el desarrollo del carcinoma (40). La gastritis crónica se incrementa en adultos mayores debido a la disminución de la capacidad en el revestimiento gástrico, siendo el agente etiológico principal, la bacteria *Helicobacter pylori* (*H pylori*) (41). La complicación más grave de la gastritis crónica es el cáncer de estómago, siendo el segundo tipo de cáncer con más mortalidad a nivel del mundo (42).



- **Artritis reumatoide (AR):** Es una enfermedad sistémica autoinmune que afecta esencialmente al tejido sinovial, se caracteriza por rigidez matinal incapacitante y artralgiás que empeoran con el reposo, principalmente en grandes articulaciones proximales y articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales (43). La AR en el adulto mayor se presenta de forma aguda, con mayor compromiso de articulaciones de manera progresiva, incluso, con compromiso sistémico que simula un proceso infeccioso que puede provocar la muerte (43). La AR es una enfermedad que, si no se da un tratamiento oportuno daña gravemente las articulaciones y tejidos circundantes, incluso, puede causar problemas cardíacos, pulmonares y del sistema nervioso (44).
- **Artrosis u osteoartritis (OA):** Se caracteriza por la degradación potencial del cartílago articular hialino y en su fase avanzada, afecta el hueso subcondral, el tejido sinovial y ligamentos, además, se produce otros cambios, como la formación de osteofitos (45). La OA se incrementa con la edad y es más frecuente en las articulaciones que han sufrido tensiones repetidas a lo largo de los años (columna cervical y lumbosacra, cadera, rodilla y en las metatarsfalángicas), provocando artralgia y deformación osteoarticular (46). La pérdida de la función articular y el dolor crónico, son las complicaciones más frecuentes de la enfermedad.
- **Osteoporosis:** Se caracteriza por una disminución de la densidad mineral ósea y deterioro de la microarquitectura del tejido óseo



debido a la inactividad de los osteoblastos, que finalmente conlleva a una fragilidad ósea y riesgo de fracturas (47). Las personas mayores son las más afectadas con esta enfermedad, siendo la insuficiencia gonadal un factor de riesgo importante en ambos géneros, además de la baja ingesta de calcio y vitamina D en las etapas que anteceden a la tercera edad (47). La osteoporosis es una enfermedad silenciosa en su desarrollo, pero contundente en sus consecuencias clínicas, tal como, la discapacidad funcional debido a una fractura en cadera, muñeca, fémur o columna vertebral, que finalmente conlleva a la mortalidad (48).

- **Lumbalgias:** El dolor lumbar en el adulto mayor se clasifica en dos tipos; la lumbalgia específica, ocasionado por alguna enfermedad (artrosis, osteoporosis y otros), degeneración del disco intervertebral o dolor que irradia desde otra parte del cuerpo; y la inespecífica, donde no se puede precisar una etiología concreta y corresponden alrededor del 90% de los casos. Las complicaciones más frecuentes de la enfermedad es el dolor crónico y discapacidad funcional grave, sin embargo, también es la afección que se puede contrarrestar con rehabilitación (49,50).
- **Cáncer:** Es un término genérico utilizado para consignar un amplio grupo de enfermedades que se pueden originar en casi cualquier órgano o tejido del cuerpo, cuando células anormales (mutaciones) crecen de forma descontrolada e incluso llegan a metástasis, que finalmente deriva a la muerte, asimismo, existe más de 100 tipos de cáncer y en general llevan el nombre de los órganos



o tejidos donde se origina (51). El cáncer se incrementa exponencialmente en la etapa de adulto mayor, debido a la interacción multifactorial entre factores genéticos, agentes externos (estilos de vida y carcinógenos ambientales) y por la pérdida de eficacia del mecanismo de reparación celular, en efecto, los cánceres más comunes en esa etapa es el cáncer de mama, próstata, colon, pulmón, páncreas y vejiga. Los adultos mayores con cáncer tienen mayor prevalencia de deterioro funcional, síndromes geriátricos, fragilidad y mortalidad (52).

- **Esclerosis múltiple (EM):** Es una enfermedad autoinmune, inflamatoria, crónica y degenerativa que afecta al sistema nervioso central, se caracteriza por desmielinización y gliosis, con una mayor predilección por los nervios ópticos, sustancia blanca periventricular, tallo encefálico, cerebelo y medula espinal (53). Es una enfermedad que afecta particularmente a adultos jóvenes con predominio entre 20 a 40 años, sin embargo, puede manifestarse en personas mayores de 60 años, considerado como EM de inicio tardío, con progresión recurrente de la enfermedad y deterioro neurológico continuo, provocando discapacidad multifactorial con un pronóstico de tres años de vida (54). Entre los factores de riesgo estudiados, se encuentra la infección por el virus de Epstein-Barr, el tabaquismo, los niveles bajos de vitamina D, polimorfismos genéticos y otros (55). La EM está incrementando en su incidencia y los efectos son devastadores, además, el costo de su tratamiento es elevado y presenta alta mortalidad para quienes lo padecen (56).



- **Enfermedad renal crónica (ERC):** Es una enfermedad con alta morbimortalidad en el adulto mayor a nivel del mundo, se caracteriza por la presencia de una alteración estructural y funcional renal (sedimento, imagen, histología) o por una reducción de la tasa de filtración glomerular (TFG) inferior a 60ml/minutos durante tres o más meses (57). La ERC en el adulto mayor es común, es el resultado de una combinación de deterioro fisiológico de la función renal relacionado con la edad, factores de riesgo cardiovasculares y agresiones externas (58). Problemas cardiovasculares, anemia, desbalance de electrolitos, acumulación de toxinas, daño nervioso, enfermedad ósea, daño renal adicional, son algunas de las complicaciones de la ERC, en efecto, requiere de diálisis o trasplante renal o se deriva en mortalidad (59).
- **Enfermedad hepática crónica (EHC):** Es una de las principales causas de muerte a nivel mundial, se caracteriza por el deterioro progresivo de las funciones hepáticas, dado que, es un proceso continuo de inflamación, destrucción y regeneración del parénquima hepático, que conduce a fibrosis y cirrosis (60). Durante el envejecimiento, ocurre modificaciones anatómicas y funcionales del hígado, como cambios en la frecuencia, comportamiento clínico y evolutivo de algunas enfermedades hepáticas, lo cual puede llevar al desarrollo de la EHC, no obstante, la coexistencia con otras enfermedades (HTA, DM y otros), pueden influir negativamente en el curso evolutivo y el pronóstico de la enfermedad, que finalmente deriva en mortalidad (61). Las



complicaciones de la EHC son graves, entre ellas se incluyen la ascitis, peritonitis, encefalopatía hepática, síndrome hepatorenal, síndrome hepatopulmonar, carcinoma hepatocelular, encefalopatía hepática y otras condiciones (60).

- **Constipación o estreñimiento:** Se caracteriza por evacuaciones menores a tres veces por semana, también, dificultad para evacuar las heces duras o grumosas, impulso excesivo de esfuerzo y manipulación durante la defecación (62). En el adulto mayor, el estreñimiento se debe comúnmente a la disinergia o anismo (descoordinación entre los músculos abdominales y suelo pélvico que dificulta la evacuación de heces), no obstante, la disminución de la movilidad, los medicamentos, las enfermedades subyacentes y la disfunción sensitivo-motora rectal pueden contribuir a mayor prevalencia de estreñimiento en el adulto mayor (63). La constipación crónica puede provocar complicaciones anorrectales graves que incluyen dolor anal, fisuras anales, hemorroides, sangrado rectal e impactación fecal, de manera que, es una afección que puede causar inquietud, ansiedad, úlceras rectales y perforación en casos extremadamente raros (64).
- **Migraña:** Se caracteriza por ataques de cefalea pulsátiles, emesis, náuseas, hipersensibilidad al ruido y se presenta con mayor frecuencia en personas menores a los 50 años y se origina a partir de la activación de un mecanismo encefálico que lleva a la liberación de sustancias inflamatorias y causantes del dolor alrededor de los nervios y vasos sanguíneos de la cabeza y en el



adulto mayor está asociada a cambios moleculares y celulares, como sociales y cognitivos, en efecto, provoca un temor constante con respecto al siguiente episodio (65,66). El infarto migrañoso, convulsiones y ACV, son algunas de las complicaciones de la migraña crónica no tratada (66).

- **Enfermedades oculares:** La visión desempeña un papel fundamental en cada etapa de la vida, siendo clave para una buena calidad de vida, no obstante, con los años las estructuras oculares sufren cambios anatómicos, fisiológicos y funcionales relacionados con alteraciones vasculares y del nervio óptico, siendo los mayores de 60 años con mayor riesgo de desarrollar las enfermedades que afectan a la salud ocular, por lo que, el diagnóstico y el tratamiento debe ser precoz, en caso contrario conduce a deficiencias visuales de alto orden hasta ceguera causando invalidez (67). Por otro lado, el envejecimiento no debe justificar el deterioro de la agudeza visual, puesto que, tales manifestaciones son indicadores de un proceso patológico, las más comunes son las siguientes; degeneración macular asociada a la edad, catarata senil, glaucoma, presbicia, ambliopía, astigmatismo, síndrome del ojo seco y retinopatía (68). La diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia o las cardiopatías, son factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades oculares, por lo que, si dichas enfermedades no están controladas, aumenta las probabilidades de deterioro de la agudeza visual. La ceguera, problemas cognitivos,



el aislamiento social y la pérdida de autonomía, son las complicaciones de la discapacidad visual (69).

- **Enfermedades auditivas:** El sentido de la audición es un aspecto clave del funcionamiento en todas las etapas de la vida, no obstante, debido a múltiples factores intrínsecos (predisposición genética) y extrínsecos (ruido ambiental, enfermedades cardiovasculares y medicamentos ototóxicos), que actúan y provocan cambios degenerativos de forma acumulativa sobre el oído interno, se desarrolla la pérdida auditiva gradual y progresiva (70). La presbiacusia es una afección degenerativa compleja y crónica y es la más enfermedad auditiva más común entre los mayores de 60 años, sin embargo, la otitis, laberintitis, otosclerosis, colesteatomas y síndrome de Menière, son afecciones y factores de riesgo para la pérdida auditiva también frecuentes en dicha etapa (71). El aislamiento social, fragilidad y deterioro mental (demencia), son las complicaciones más frecuentes de la pérdida auditiva (60).

2.1.2.2 Consecuencias de la multimorbilidad

La coexistencia de dos o más condiciones crónicas en el adulto mayor puede tener varias consecuencias significativas, que afectan desde la salud física y mental, bienestar general, hasta la calidad de vida, por lo que a continuación se revisará brevemente a las más importantes.

- **Mayor complejidad en el manejo de la salud:** El adulto mayor con multimorbilidad tiene mayor necesidad de consultas médicas,



tratamientos complejos y con frecuencia contradictorios, además, debido a la vulnerabilidad del adulto mayor, es habitual una menor adherencia al tratamiento, de manera que, también aumenta la probabilidad de sufrir efectos (72,73).

- **Mayor riesgo de complicaciones:** La multimorbilidad aumenta el riesgo de complicaciones en la salud del adulto mayor, es decir, mayor riesgo de un infarto, accidentes cerebro vasculares, insuficiencia renal, amputaciones y alzheimer o demencia, contribuyendo en la complejidad del manejo de salud de la persona (72,73).
- **Impacto en la calidad de vida:** La multimorbilidad contribuye al deterioro de la calidad de vida de manera gradual y permanente, sobre todo las enfermedades crónico degenerativas e incapacitantes, desencadenando menoscabo en la capacidad de llevar a cabo actividades diarias, el bienestar emocional y las relaciones sociales (72,73).
- **Carga económica y social:** La multimorbilidad implica una carga económica relevante tanto para el afectado como para los sistemas de salud, a causa de los costos por las consultas médicas frecuentes, hospitalizaciones, polifarmacia y cuidado a largo plazo que pueden ser agobiantes. De igual modo, los adultos mayores con multimorbilidad pueden experimentar una disminución en el desempeño de su trabajo, lo que influye desfavorablemente la estabilidad económica y social (72,73).



- **Desafíos para los sistemas de salud:** La multimorbilidad representa un reto para los sistemas de salud, dado que, la multimorbilidad necesita de un enfoque integrado y coordinado, es decir, la enfermedad no solo se debe tratar por separado, paralelamente se debe considerar las interacciones entre las enfermedades y las necesidades individuales de la persona, por lo que existe la necesidad de poner en práctica modelos de atención centrados, coordinación multidisciplinaria e impulsar la educación del paciente (72,73).
- **Mortalidad:** La multimorbilidad en el adulto mayor está asociada a una mayor complejidad en el manejo clínico, por lo que puede acarrear en una mortalidad prematura (72,73).

2.1.2.3 Valor final de la multimorbilidad

- **Multimorbilidad:** Se refiere a la existencia de múltiples afecciones de dos o más condiciones crónicas en una misma persona, que puede incluir enfermedades cardiovasculares, respiratorias, osteoarticulares, así como alteraciones sensoriales como la pérdida de visión y audición, entre otras, lo que generalmente implica una mayor complejidad en su estado de salud con una especial susceptibilidad y fragilidad clínica (1).
- **Sin multimorbilidad:** Se refiere a la ausencia de múltiples condiciones crónicas en una persona, esto significa que el individuo tiene una sola condición o ninguna, lo que generalmente implica una menor complejidad en su estado de salud y en el manejo médico (1).

2.1.3 Depresión

La palabra depresión viene del latín *depressio, depressionis*, que significa hundimiento, por lo que, la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo define como un trastorno mental común, caracterizado por una tristeza persistente y falta de interés en actividades que previamente eran gratificantes y placenteras (74). La depresión es una enfermedad común y grave que interfiere con la vida diaria que puede sumirse en un estado de apatía y fatalismo frente al futuro, de manera que, con frecuencia las personas pierden la confianza en sí mismas y se desvalorizan (75).

La depresión es una de las afecciones de salud mental más frecuentes en los adultos mayores, donde se altera los pensamientos y la conducta, dificultando las relaciones intra e interpersonales, puesto que, percibe su entorno negativamente (76). La depresión es una enfermedad real y tratable, no una parte normal del envejecimiento, sin embargo, es infravalorada e infra tratada, además, la estigmatización puede hacer que sea reluctante buscar ayuda (3). Asimismo, se considera la segunda fuente de morbilidad en el mundo y generalmente se halla asociada con otras patologías que hacen que este padecimiento se agudice e influya drásticamente la condición de vida (76).

2.1.3.1 Síntomas de la depresión por dimensiones

Dimensión cognitiva: La depresión está asociada a una disminución de las funciones cognitivas, a través de patrones de pensamiento negativo, esquemas distorsionados y falso procesamiento de la información, las cuales serán descritas de manera concisa de acuerdo a la valoración de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) (77).



- **Insatisfacción con la vida:** El adulto mayor con depresión puede cuestionar su propósito y el significado de sus logros obtenidos a lo largo de la vida, percibiendo que no cubre por sí mismas sus expectativas, experimentando de esa manera insatisfacción por su vida (78,79).
- **Sensación de vacío:** La depresión en el adulto mayor puede originar desmotivación y percepción de estancamiento, así como, la ausencia de emociones positivas y la falta de conexiones profundas con los demás, experimentando una sensación de vacío existencial (78,79).
- **Aburrimiento:** La pérdida de roles sociales, la disminución de la movilidad, la falta de actividades significativas y la demasía de tiempo libre en la tercera edad acarrea en el aburrimiento frecuente, que es una respuesta emocional a circunstancias carentes de estímulo que puede derivar en depresión (78,79).
- **Mal humor:** La depresión puede provocar ataques de mal humor, que se caracteriza por irritabilidad, frustración, pesimismo y agresividad, donde se nubla el raciocinio y no se encuentra un equilibrio en la forma de pensar debido a situaciones estresantes (78,79).
- **Miedo:** El adulto mayor deprimido experimenta temor y/o preocupación al pensar en eventos o situaciones futuras, como en la discapacidad física, declives intelectuales, soledad y en la muerte (78,79).



- **Infelicidad:** La depresión conlleva a la infelicidad en el adulto mayor, esta se interpreta como la tristeza persistente, que se caracteriza por la disminución de estado de ánimo y tendencia al llanto, debido a situaciones que causan dolor o sufrimiento (78,79).
- **Sensación de desamparo:** Una persona mayor con depresión puede sentirse desamparada y desprotegida por la falta de cuidado y atención necesaria e incluso por la existencia de maltrato, abandono y vulnerabilidad (78,79).
- **Problemas con la memoria:** La depresión está asociada a una disminución de formación de células nerviosas nuevas, por lo que se desencadenará cambios en la memoria, como una disminución de la atención, concentración y dificultad en el acceso a los recuerdos (78,79).
- **Pensamientos suicidas:** La depresión puede manifestarse a través de pensamientos suicidas, donde el adulto mayor abomina de lo estupendo que es la vida (78,79).
- **Sensación de inutilidad:** La pérdida de autonomía en el adulto mayor puede llevar a sentirse inútil o despreciable e incluso pensar que se han convertido en una carga para la familia y la sociedad, lo que en definitiva conlleva a la depresión (78,79).
- **Desesperanza:** La depresión en las personas mayores puede llevar a la pérdida de esperanza ante una determinada situación, el cual se caracteriza por una expectativa negativa sobre el futuro (78,79).
- **Mala precepción de uno mismo:** El adulto mayor puede distorsionar la percepción de sí mismos de manera negativa al



compararse con amigos, familiares y otras personas que parecen tener vidas más satisfactorias o felices, lo que a menudo es un síntoma de la depresión (78,79).

Dimensión conductual: La depresión también está asociada a una disminución de las funciones conductuales, a través de patrones de comportamientos negativos durante las interacciones sociales, las cuales serán descritas de manera concisa de acuerdo a la valoración de la Escala de Depresión de Geriátrica (GDS).

- **Abandono de actividades:** La depresión puede desencadenar la pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades que antes resultaban placenteras, además de evitar la interacción social, lo que puede terminar con la pérdida de sus capacidades (78,79).
- **Quedarse en casa:** El temor a enfrentarse a situaciones incómodas, la existencia de alguna discapacidad, la baja autoestima y la fatiga mental, desencadena en los adultos mayores la inclinación por quedarse en casa más que salir afuera y hacer cosas nuevas, lo que puede ser un síntoma de depresión (78,79).
- **Falta de energía:** La depresión y la falta de energía están estrechamente relacionadas, puesto que el adulto mayor puede experimentar una sensación persistente de fatiga y cansancio acompañada de tristeza, apatía y desinterés en actividades (78,79).

2.1.3.2 Consecuencias de la depresión en los adultos mayores

La depresión es una enfermedad crónica que tiene consecuencias devastadoras sobre la salud, como la alteración de las funciones



fisiológicas y el incremento de la probabilidad de conductas de riesgo, por lo que, se mencionará algunas de las consecuencias más relevantes.

- **Deterioro de la salud física:** La depresión puede desencadenar o exacerbar la progresión de las condiciones crónicas existentes, así como, la manifestación de los síndromes geriátricos, pérdida de autonomía y otros, probablemente por los cambios en la naturaleza del sistema inmunitario e interferencias en el tratamiento médico (80).
- **Deterioro de la función cognitiva:** El deterioro de la memoria episódica (recuerdos), las habilidades visoespaciales (capacidad de analizar, comprender y manipular objetos mentalmente), fluidez verbal y la velocidad psicomotora, son manifestaciones comunes de la depresión en la vejez, que pueden llevar al desarrollo de demencia (81).
- **Calidad de vida baja:** La depresión se asocia negativamente con la calidad de vida de los adultos mayores, debido al deterioro de la salud física, cognitiva, relaciones sociales, habilidades de la vida diaria y otros, en efecto, provocará un daño moral importante e insatisfacción con la vida (82).
- **Adicciones:** Con el fin de aliviar los síntomas de la depresión, se suele recurrir a la automedicación con fármacos antidepresivos que puede provocar dependencia total si no se regula su consumo, así como, el alcoholismo, tabaquismo y el uso de drogas, que además exacerban los síntomas depresivos y empeora la evolución a la adicción (83).



- **Suicidio:** La depresión en el adulto mayor suele exponer a un mayor riesgo de comportamiento suicida que está asociada principalmente a un menor nivel educativo, vivir solo y problemas económicos, asimismo, por una mala salud percibida, menor apoyo social y pérdida del sentido de la vida (84).

2.1.3.3 Niveles de la depresión

- **Ausencia de depresión:** Es un estado en el que el adulto mayor no está experimentando los síntomas comunes de la depresión, al contrario, presenta una perspectiva más positiva sobre la vida, que incluye estabilidad emocional, interés en actividades, autocuidado, capacidad de resiliencia, energía y motivación (85).
- **Nivel de depresión leve:** Los síntomas pueden ser menos intensos y presentan un efecto menos significativo con actividades cotidianas, que puede englobar tristeza ocasional, pérdida de interés leve en algunas actividades, disminución de energía y otros, no obstante, la persona puede cumplir con la mayoría de sus responsabilidades (79).
- **Nivel de depresión moderado:** Los síntomas son más continuos y afectan de manera más notable la vida diaria, esto puede incluir una tristeza más profunda, pérdida de interés en actividades que eran placenteras, problemas en las relaciones sociales y cambios cognitivos significativos, como cambios en la memoria y concentración, por consiguiente, el adulto mayor ya presenta dificultad en el cumplimiento de sus responsabilidades (79).



- **Nivel de depresión severa:** Los síntomas son intensos y continuos, de manera que, la capacidad de funcionamiento en la vida diaria es significativamente reducida, manifestándose con sentimientos de desesperanza, inutilidad, pensamientos recurrentes de suicidio y otros (79).

2.1.4 Multimorbilidad y depresión en el adulto mayor

La acumulación de enfermedades crónicas intensifica las probabilidades de presentar síntomas depresivos, no obstante, se ha propuesto también que la depresión predispone al desarrollo de la multimorbilidad, de tal forma que, se ha planteado mediante estudios longitudinales que ambas afecciones provocan el agravamiento hacia el otro, de manera que, se desencadena en un círculo vicioso que conduce a una menor calidad de vida, peores respuestas al tratamiento y mayor complejidad de atención, que finalmente deriva en fragilidad y posterior desenlace fatal (86). Por otra parte, se ha documentado que la multimorbilidad y la depresión se presenta en todos los grupos de edad, entornos y culturas, sin embargo, aumenta en gran medida debido a la tendencia del envejecimiento de la población (87), asimismo, se ha establecido que la depresión es más común en personas con multimorbilidad que en personas sin coexistencia de enfermedades (86), así también, se ha asociado el número de multimorbilidad con la intensidad de los niveles de depresión (88).

Se sostiene que el vínculo de la multimorbilidad y la depresión sea por medio de la interacción multifacética entre factores biológicos, es decir, debido a un sistema inmunológico desequilibrado, disfunción vascular periférica como cerebral y cambios estructurales en el cerebro así como en los sistemas del cuerpo;



asimismo, se ha determinado los factores psicosociales, en concreto, se refiere al nivel socioeconómico bajo y estrés psicosocial; y por último, los factores relacionados con el cuidado, vinculado a un sistema sanitario fragmentado y no adaptado a las nuevas necesidades de la población, siendo el resultado un manejo inadecuado de la salud y la incorporación de la depresión puede complicar aún más la atención debido a la opacidad del diagnóstico, a todo ello, el uso concurrente de los medicamentos debido a la multimorbilidad y la depresión, predispone al desarrollo y agravamiento de efectos secundarios, contribuyendo a la acumulación de las enfermedades y agotamiento de los mecanismos compensatorios asociados con el envejecimiento (86).

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1 A nivel internacional

You et al. (4), ejecutaron un estudio en China en el año 2019, con el objetivo de investigar la asociación entre la multimorbilidad y los síntomas depresivos; el método de estudio fue descriptivo-correlacional de diseño no experimental-transversal, fue aplicado a 5.296 adultos mayores de 60 años, como instrumento utilizó un historial médico auto informado que consideró 27 enfermedades crónicas y la escala abreviada de depresión geriátrica (GDS-15); los resultados informaron 41.5% de multimorbilidad (varones: 43% y mujeres: 40%), asimismo, la depresión encontrada fue de 23.5% (mujeres: 13% y varones: 10.5%), por otro lado, respecto a la asociación se ha informado 50.8% de multimorbilidad y depresión; en conclusión, los síntomas depresivos se asociaron significativamente con la multimorbilidad.



Hwang et al. (5), realizaron un estudio en Corea en el año 2022, con el objetivo de examinar las diferencias de género en la asociación entre la depresión y la multimorbilidad; el método de estudio fue descriptivo-correlacional de diseño no experimental-transversal de base poblacional, fue aplicado a una muestra de 30.138 personas mayores de 60 años, como instrumento utilizó un historial médico auto informado que consideró 8 enfermedades crónicas y la escala abreviada de depresión geriátrica (GDS-15); los resultados revelaron 48.25% de multimorbilidad (mujeres: 59.2% y varones: 37.3%), asimismo, la depresión encontrada fue de 26.4% (mujeres: 30.7% y varones: 22.2%), por otro lado, referente a la asociación se ha informado 33.6% de adultos mayores presentaron multimorbilidad y depresión (mujeres: 36.2% y varones: 31%); en conclusión, se ha establecido que si existe asociación entre multimorbilidad y depresión entre los adultos mayores coreanos.

Ansari et al. (6), desarrollaron un estudio en la India en el año 2022, con el objetivo de determinar la asociación entre la depresión y la multimorbilidad; el método de estudio fue descriptivo-correlacional de diseño no experimental-transversal de base poblacional, fue aplicado a una muestra de 31.464 personas mayores de 60 años, como instrumento utilizó una encuesta que consideró 9 enfermedades crónicas y la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D-10); los resultados muestran 23.5% de multimorbilidad (mujeres: 24.91% y varones: 22%), asimismo, la depresión hallada fue de 28.9% (mujeres: 31.4% y varones: 26.2%), por otra parte, se ha informado que el 32.8% de las personas mayores con múltiples enfermedades estaban deprimidas (mujeres: 34.5% y varones: 31.2%); en conclusión, las personas con múltiples enfermedades tienen más probabilidades de sufrir síntomas depresivos en edades



avanzadas.

Coan et al. (7), realizaron un estudio en Brasil en el año 2018, con el objetivo de analizar la asociación entre la presencia de multimorbilidad y síntomas depresivos; el método del estudio fue descriptivo-correlacional de diseño no experimental-transversal, fue aplicado a 133 adultos mayores de 60 años, como instrumento se utilizó un historial médico auto informado que consideró 5 enfermedades y la escala abreviada de depresión geriátrica (GDS-15); los resultados informaron 52.2% de multimorbilidad y 40.2% de síntomas depresivos, asimismo, respecto a la asociación de las variables se ha informado 19.7%; en conclusión, 1 de cada 5 personas mayores presentó multimorbilidad asociada a la depresión, siendo esta asociación estadísticamente significativa.

Camargo et al. (8), realizaron un estudio en Colombia en el año 2018, con el objetivo de probar la asociación de multimorbilidad y síntomas de depresivos; el método del estudio fue descriptivo-correlacional de diseño no experimental-transversal, fue aplicado a 2000 adultos mayores de 60 años, como instrumento se utilizó un historial médico auto informado y la escala abreviada de depresión geriátrica (GDS-15); los resultados revelaron 40% de multimorbilidad y 6.4% de síntomas depresivos, además, 19.3% con multimorbilidad y depresión. En conclusión, hubo asociación entre síntomas depresivos y multimorbilidad.

Zhang et al. (89), realizaron un estudio en Canadá en el año 2022, con el objetivo de identificar la asociación de multimorbilidad y síntomas depresivos; el método de estudio fue de cohorte prospectivo de base poblacional, por lo que, la muestra fue de 16.729 personas mayores de 60 años y con seguimiento de 3 años en el Estudio Longitudinal Canadiense sobre el Envejecimiento (CLSA), de modo que, los datos se obtuvo a través del cuestionario del estudio mencionado que



incluyó 42 afecciones crónicas, por otro lado, la depresión se midió utilizando la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D-10); los resultados muestran 70.6% de multimorbilidad y 15% de depresión, asimismo, la multimorbilidad se asoció con mayores síntomas depresivos a los 3 años de seguimiento, además, del desarrollo de síntomas depresivos entre aquellos que no presentaban al inicio del estudio; en conclusión, la multimorbilidad se asoció positivamente con los síntomas depresivos a lo largo del tiempo.

Turuba et al. (11), realizaron un estudio en Canadá, Brasil, Colombia y Albania en el año 2019, con el objetivo de evaluar si la multimorbilidad es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de depresión; el método de estudio fue longitudinal, por lo que, la muestra estuvo conformado por 2002 adultos mayores entre 65 y 74 años, quienes aceptaron participar en el Estudio Internacional de Movilidad en el Envejecimiento (IMIAS), por ello, los datos se obtuvo a través de un historial médico auto informado utilizando una lista de 8 afecciones físicas, por otra parte, la depresión se midió a través de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D); los resultados muestran que la prevalencia de multimorbilidad fue de 52.6%, en efecto, fue mayor en Albania (62.7%), Canadá (54%) y el más bajo en América Latina (46.7%), por otro lado, la depresión fue de 8.7% del total de participantes, de manera que, también fue mayor en Albania (18.7%), América Latina (8.1%) y Canadá (5.5%), asimismo, la proporción de participantes que tenían tanto la multimorbilidad como la depresión fue mayor en Albania (19.1%) a diferencia de América Latina (8.9%) y Canadá (6.5%); en conclusión, la multimorbilidad no parece aumentar el riesgo de desarrollar depresión en adultos mayores, ya que no



mostraron asociaciones estadísticamente significativas en ninguna de las regiones de estudio.

2.2.2 A nivel nacional

Cristóbal et al. (9), realizaron un estudio en Huancayo en el año 2019, con el objetivo de determinar los factores asociados a trastornos mentales en adultos mayores en centros del primer nivel de atención de EsSalud y MINSA de los distritos de Huancayo, Tambo y Chilca; el método de estudio fue de tipo descriptivo - correlacional, diseño no experimental y de corte transversal, por lo que la muestra estuvo conformada por 402 personas mayores de 60 años que acudieron de consulta al servicio de medicina general, la selección fue por muestreo probabilístico, de modo que, los datos se obtuvieron a través de un instrumento elaborado que indagó datos sociodemográficos y de morbilidad, por otra parte, la depresión se midió a través de la Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems; los resultados muestran 32.6% de multimorbilidad y 73.4% de depresión, asimismo, adultos mayores con múltiples enfermedades que tenían depresión fue de 66.3%; en conclusión, la depresión es frecuente entre los adultos mayores con múltiples enfermedades.

Saenz et al. (10), un estudio en comunidades altoandinas de Perú en el año 2019, con el objetivo de determinar los factores más frecuentes asociados a la depresión en adultos mayores; el método de estudio fue de tipo retrospectivo, secundario al análisis de una base de datos, por lo que, la muestra estuvo conformada 371 personas mayores de 60 años, de modo que, los datos se obtuvieron a través de un instrumento elaborado que indagó datos sociodemográficos y de morbilidad, por otra parte, la depresión se midió a través de la Escala de Depresión



Geriátrica (GDS) (ultracorto) de 5 ítems; los resultados muestran 40.7% de depresión y 1.5 ± 1.5 de multimorbilidad en los participantes, asimismo, se muestra ($p=0,004$) de asociación entre morbilidad múltiples y depresión; en conclusión, los adultos mayores residentes de comunidades altoandinas tenían con múltiples enfermedades que se asociaban con la depresión.

Oliva (90), realizó un estudio en Puno el año 2023, con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de soledad social y depresión en adultos mayores de la Comunidad Vilcallami que acuden al Puesto de Salud Clas Molino I-2 Juli; el método de estudio fue de tipo descriptivo-correlacional con diseño no experimental-transversal, la muestra estuvo conformada por 90 adultos mayores, no obstante, con fines de investigación solo se tomará los datos de la variable depresión, por consiguiente, para la recolección de datos de la variable se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15); los resultados revelaron depresión moderada 48.9% y depresión severa 28.9%; en conclusión, los adultos mayores muestran niveles significativos de depresión.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

2.3.1 Multimorbilidad

Definida como la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas en una persona o presencia simultanea de dos o más condiciones crónicas, donde ninguno es considerado como protagonista (1).

2.3.2 Condiciones crónicas

Se refiere a un grupo de condiciones que son causados generalmente por comportamientos poco saludables de manera permanente y en consecuencia crean



necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo, además, generalmente no tienen cura (21).

2.3.3 Depresión

Es una enfermedad mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento (74).

2.3.4 Adultos mayores

Se considera a todas las personas mayores de han cumplido 60 años en adelante, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años (13).

2.3.5 Prevalencia

Es el número total de casos de una condición de salud en una población en un momento determinado, incluyendo tanto los casos nuevos como los ya existentes, es decir, es el porcentaje o proporción total afectada (91).

2.3.6 Seguro Integral de Salud

Es una Institución administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud del Estado Peruano, este ofrece cobertura gratuita a los servicios de salud esenciales para personas sin seguro de salud, especialmente a aquellas poblaciones vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema (92).



2.3.7 Centro de salud de categoría I-3

Es un establecimiento de salud del primer nivel de atención en el Perú, diseñado para responder a las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades en régimen ambulatoria, a través de acciones intramurales y extramurales y se enfoca en la promoción de la salud, la prevención de riesgos y el control de daños, por consiguiente, para cumplir con estas funciones cuenta como mínimo con la Unidad de Producción de Servicios de Salud (UPSS) de consulta externa y patología clínica, por lo que está constituido como mínimo por profesionales de Medicina Humana, Enfermería, Obstetricia, Odontología, así como por el personal técnico de Enfermería, de laboratorio y de farmacia (93).

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

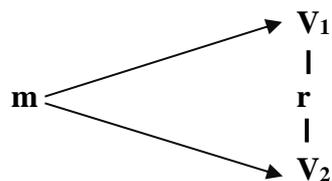
3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1 Tipo de investigación

La investigación fue de tipo correlacional, puesto que, tuvo la finalidad de conocer la relación que existe entre la multimorbilidad y los niveles de depresión, desde esa perspectiva, primero se ha medido cada una de las variables para luego evaluar la relación mediante la prueba de hipótesis (94).

3.1.2 Diseño de investigación

El diseño de la investigación es no experimental, debido a que las variables de estudio no fueron manipuladas; retrospectivo para la variable multimorbilidad, ya que los datos se recopilaron a partir de registros anteriores y transversal para la variable de depresión, puesto que se evaluó esta condición en un solo momento (94).



Donde:

m = Adultos mayores.

V₁ = Multimorbilidad de condiciones crónicas.

V₂ = Depresión.

r = Relación entre las variables de estudio.



3.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

La investigación se llevó a cabo en las instalaciones del Centro de Salud Simón Bolívar de categoría I-3, la misma que pertenece a la Micro Red de Simón Bolívar y Red de Salud de Puno. Se encuentra ubicado en el Lote 9 Mz. Ñ de la Urbanización Simón Bolívar en la zona sur del distrito, provincia y departamento de Puno, en la sierra sureste del Perú, a una altitud de 3.827 m.s.n.m. a orillas del lago Titicaca, cuenta con consultorios de medicina general, enfermería, obstetricia, nutrición, psicología, odontología, biología, farmacia y tóxico, por otro lado, el horario de atención es de 7:00 a 19.00 horas de lunes a domingo (95,96).

Los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar en Puno, provienen principalmente de zonas urbanas y periurbanas, con ascendencia quechua y aimara, asimismo, en su mayoría presentan bajos niveles de escolaridad con tendencia marcada hacia la educación primaria, por otra parte, se encuentran en condiciones de pobreza o extrema pobreza, especialmente aquellos que carecen de una pensión o ingresos regulares (96).

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 Población

La población estuvo conformada por 568 adultos mayores que se encuentran afiliados al Seguro Integral de Salud en el Centro de Salud Simón Bolívar hasta el 31 de diciembre del 2023 (97).

3.3.2 Tamaño de muestra

Se utilizó la fórmula de poblaciones finitas para obtener el tamaño de muestra con un intervalo de confianza de 95% y un margen de error de 5%, en efecto, se halló mediante la aplicación de la siguiente fórmula.

$$n = \frac{N * Z^2 * P * Q}{(N - 1) * E^2 + Z^2 * P * Q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Población total (568)

Z = Nivel de confianza al 95% (1.96)

E = Error máximo aceptable 5% (0.05)

p = Probabilidad de éxito (0.5)

q = Probabilidad de fracaso (0.5)

Reemplazando:

$$n = \frac{568 * (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}{(568 - 1) * (0.05)^2 + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{568 * 3.8416 * 0.5 * 0.5}{567 * 0.0025 + 3.8416 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{545.5072}{2.3675}$$

$$n = 230$$

La muestra fue constituida por 230 adultos mayores de 60 años afiliados al Seguro Integral de Salud en el Centro de Salud Simón Bolívar.



3.3.3 Tipo de muestreo

El muestreo fue de tipo no probabilístico intensional, debido a que se ha seleccionado a adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acudieron al centro de salud y que se encontraban en espera de atención médica entre las 9:00 a.m. a 12:00 p.m. dentro de las instalaciones del establecimiento, asimismo, a cada persona se le realizó una única entrevista considerando criterios de selección (inclusión y exclusión).

A. Criterios de inclusión

- Adultos mayores de 60 años que aceptaron la entrevista.
- Adultos mayores que estaban afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS) en el Centro de Salud Simón Bolívar.

B. Criterios de exclusión

- Adultos mayores que no aceptaron formar parte de la investigación.
- Adultos mayores que presentaban diagnóstico médico de discapacidad auditiva severa, retraso mental y demencia senil.
- Adultos mayores que desistieron a la mitad de la investigación.

3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 1

Operacionalización de variables

Variables	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores / ítems	Categoría y codificación	Valor final / escala valorativa
Variable categórica ordinal Multi morbilidad Coexistencia de dos o más condiciones crónicas en el adulto mayor.	Ficha de recolección de datos. Cuenta con 20 ítems, en efecto, evalúa la existencia de condiciones crónicas en el adulto mayor, a través de un recuento simple. Respuestas dicotómicas (sí/no).	Unidimensional	1.Hipertensión 2.Enfermedad Arterial Coronaria 3.Insuficiencia Cardíaca 4.Accidente Cerebro Vascular 5.Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica 6.Asma 7.Diabetes 8.Gastritis 9.Artritis 10.Artrosis 11.Osteoporosis 12.Lumbalgias 13.Cáncer 14.Esclerosis Múltiple 15.Enfermedad Renal Crónica 16.Enfermedad Hepática Crónica 17.Constipación 18.Migraña 19.Enfermedades oculares 20.Enfermedades auditivas.	No = 0 Sí = 1	Sin multimorbilidad (0 a 1 condición) Multimorbilidad (> de 2 condiciones)
Variable categórica ordinal Depresión Enfermedad mental caracterizado por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza.	Escala de depresión de Geriátrica. Cuenta con 15 ítems, esta contiene 10 respuestas positivas (2,3,4,6,8,9, 10,12,14,15) y 5 negativas (1,5,7,11,13). Evalúa las alteraciones del pensamiento y comportamien	Cognitiva	1.Satisfacción con la vida. 3.Vida vacía. 4.Aburrimiento 5.Alegría y entusiasmo 6.Temor 7. Felicidad 8.Desvalido y desamparado. 10.Problemas con la memoria 11.Positivismo por la vida. 12.Inutilidad 14.Desesperanza 15. Comparación	No = 0 Sí = 1	Sin depresión (0-4 puntos). Depresión leve (5-8 puntos). Depresión moderada (9-11 puntos). Depresión severa



Variables	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores ítems	/	Categoría y codificación	Valor final / escala valorativa
	to en el AM durante las dos últimas semanas). Respuestas dicotómicas (si/no).	Conductual	2.Abandono de actividades. 9.Socialización fuera de casa. 13.Sensación de energía.	de		(12-15 puntos).



3.5 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1 Técnica

Para la presente investigación, se ha empleado dos tipos de técnicas de recolección de datos, dicho de otra manera, para la variable “multimorbilidad”, se utilizó la técnica de análisis documental, puesto que, se obtuvo la información requerida de las historias clínicas, es decir, se registró las condiciones crónicas que se le había diagnosticado al adulto mayor hasta la última fecha de su atención; por otro lado, para la variable “niveles de depresión”, se empleó la técnica de entrevista, de manera que, se obtuvo los datos de forma oral y personalizada sobre el estado de depresión de los adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS) y que acudieron al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno.

3.5.2 Instrumentos

Los instrumentos que se emplearon fueron dos, uno para cada variable de investigación, por consiguiente, se realizará una breve descripción de ambos instrumentos.

A. Ficha de registro de Multimorbilidad

Se empleó como instrumento una ficha de recolección de datos previamente estructurada, dado que nuestro estudio se basa en una base de datos secundaria proveniente de las historias clínicas. Para la elaboración de la ficha de registro de datos, se definió con claridad los objetivos de la investigación, lo que permitió determinar qué información extraer de las historias clínicas. Luego se decidió que se iba recopilar los diagnósticos médicos de 20 enfermedades crónicas prevalentes en atención primaria, tomando como referencia los instrumentos



elaborados por Fortín (72) y Payne (98), además de la literatura revisada y las sugerencias de los expertos (médicos geriatras). Posteriormente, se diseñó la ficha de recolección que incluyó datos sociodemográficos (sexo y edad) y las condiciones crónicas con el código de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) (Ver anexo 2).

Para la calificación de la ficha de recolección de datos, se utilizó la definición de la multimorbilidad de la OMS que la considera como la presencia de dos a más condiciones crónicas, en ese entender se empleó un recuento simple de condiciones crónicas, de manera que cada ítem se puntúa de 0 o 1, asignando 1 punto por cada respuesta que revela la presencia de condiciones crónicas y 0 puntos por las que evidencian su ausencia, en ese sentido, una vez obtenida la suma se clasifica de la siguiente manera: ausencia de multimorbilidad (0-1) y presencia de multimorbilidad (>2 condiciones).

B. Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

Se empleó como instrumento para la variable niveles de depresión la “Escala de Depresión Geriátrica”, creada en 1982 por Yesavage y colaboradores, en efecto, el cuestionario que se ha desarrollado consta de 30 ítems (GDS-30), no obstante, los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión abreviada de 15 ítems (GDS-15), años más tarde, Martínez en el 2002, adaptó el cuestionario a español. En el presente estudio se utilizará la versión abreviada, por lo tanto, se describirá las características del instrumento (99,100).

Las respuestas del cuestionario GDS-15 son dicotómicas, presenta 10 ítems que indican la presencia de síntomas depresivos si se responden afirmativamente (SI), mientras que los 5 ítems restantes, indican síntomas depresivos cuando la respuesta es negativa (NO), de manera que, los ítems



afirmativos (SI) son: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15; y los ítems negativos (NO) son: 1, 5, 7, 11, 13. Además se afirma que, cada ítem se valora del 0/1, donde se otorga 1 punto por cada respuesta que indica presencia de síntomas depresivos y 0 por cada respuesta de normalidad o ausencia de síntomas de depresión, por consiguiente, una vez obtenida la suma, se clasifica de la siguiente manera: sin depresión (0-4 puntos), depresión leve (5-8 puntos), depresión moderada (9-11 puntos), depresión severa (12-15 puntos). Este cuestionario tiene como propósito cuantificar los síntomas depresivos en el adulto mayor, siendo las respuestas orientadas a como se ha sentido durante las dos últimas semanas (99,100).

Validez: El instrumento ha sido evaluado y validado por diferentes estudios internacionales y nacionales, incluso adoptado como estándar en la Política de Atención de la Salud del Adulto Mayor en el Perú (101). Por otro lado, un estudio validó el instrumento, donde demostró una validez de constructo que oscila entre 0.70 a 0.90; así como una validez de contenido de 0.80, en efecto, el estadígrafo utilizado fue el coeficiente V de AIKEN, por lo tanto, el cuestionario es válido de acuerdo a la pertinencia, relevancia y claridad de los ítems (102).

Confiabilidad: Fue calculada por numerosos estudios, no obstante, se hizo hincapié en el estudio realizado por Apaza y Galindo en Puno en el año 2022, donde se demostró que la “Escala Geriátrica de Depresión (GDS-15)” presenta una confiabilidad de Alfa de Cronbach de 0.815, el cual evidencia que el instrumento tiene una confiabilidad aceptable para la localidad de Puno (103).

3.6 PROCEDIMIENTO Y RECOLECCION DE DATOS

3.6.1 Coordinación

- Se estableció las coordinaciones correspondientes con el director del



Centro de Salud Simón Bolívar, a fin de continuar con el proceso de desarrollo del proyecto de investigación, para posterior ejecución del estudio.

- Se coordinó con el área de estadística de la Micro Red Simón Bolívar y la Red de Salud Puno, con el propósito de obtener los datos de los adultos mayores que estaban afiliados al SIS en el Centro de Salud Simón Bolívar.
- Una vez aprobado el proyecto de investigación, se solicitó a decanatura de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano, la carta de presentación dirigida al director del Centro de Salud Simón Bolívar, con la finalidad de dar inicio a la ejecución del proyecto.
- La carta de presentación fue presentada al director del Centro de Salud Simón Bolívar, quien autorizó el acceso a las instalaciones de dicho establecimiento para la ejecución del proyecto de investigación.
- Se coordinó con el director y el personal de salud que labora en el Centro de Salud Simón Bolívar, para que puedan brindar las facilidades correspondientes durante el transcurso del proceso de recolección de datos, de manera que, se ha solicitado permiso para asistir al establecimiento de lunes a sábado de 9:00 a.m. a 4:00 p.m., hasta completar la cantidad de la muestra.
- Se preparó el material de evaluación (instrumentos) y hoja de consentimiento informado, de acuerdo a la cantidad de la muestra seleccionada.

3.6.2 Ejecución

- Previa coordinación con el director del centro de salud y el jefe de enfermería, se acudió al Centro de Salud Simón Bolívar para la recolección



de datos de los adultos mayores que acudieron al centro de salud para recibir atención médica, entre el periodo del 27 de abril y el 30 de julio del 2024, fecha que se ha completado el número de la muestra, en un horario promedio de 9:00 a.m. a 12:30 p.m.

- De acuerdo con el protocolo, los adultos mayores solicitaron su historia clínica en admisión.
- Luego el documento fue trasladado a triaje por el personal técnico en Enfermería.
- En triaje se revisaron las historias clínicas para evaluar su elegibilidad de acuerdo a los criterios de selección.
- Se procedió con la recolección de datos sobre la variable multimorbilidad mediante la revisión de las historias clínicas, registrando los diagnósticos de las condiciones crónicas presentes en las fichas de registro.
- Posteriormente, después que los adultos mayores pasaran por triaje, se les invitó a tomar asiento en las bancas de las áreas de espera de medicina general, donde habitualmente esperan su turno para ser atendidos.
- En ese espacio es donde se realizó la presentación de nuestras identidades y se les describió el tema y los objetivos de la investigación, seguidamente, se les proporcionó la hoja informativa, la cual se explicó brevemente, posteriormente, solicitamos su consentimiento informado mediante su firma o huella digital, de esta manera se cumplió con el siguiente proceso: explicación verbal del estudio, entrega de la hoja informativa y aceptación de su participación (Anexo 3).
- Seguidamente, a los adultos mayores que otorgaron su consentimiento informado para la evaluación de los niveles de depresión mediante la



Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15), se les proporcionó una breve explicación sobre las opciones de respuestas (sí/no) para las preguntas de la entrevista y orientándolos a responder en función de cómo se habían sentido en las dos últimas semanas, asimismo, se resolvieron cualquier duda que pudieron tener.

- La duración de la entrevista fue un periodo de 10 a 15 minutos.
- Asimismo, se ha recolectado los datos de los adultos mayores que acudieron a la atención integral que se llevó a cabo en el Centro de Salud Simón Bolívar en dos fechas durante el transcurso del tiempo de ejecución del proyecto de investigación (mayo y julio), con quienes se siguió el mismo proceso de recolección de datos en un tiempo y espacio similares.
- Luego de haber concluido con la entrevista, se reiteró que se conservaría el anonimato de las respuestas proporcionadas.
- Finalmente, se agradeció a cada uno por su participación y contribución al estudio.

3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

3.7.1 Tabulación

- Para el análisis de los resultados de la investigación, se procedió en primer lugar con el recuento de los instrumentos llenados.
- Posteriormente, se sistematizó los 15 ítems con la variable niveles de depresión y los 20 ítems correspondientes a la variable multimorbilidad, utilizando la matriz en Excel.
- Se codificó la información para ambas variables mediante puntuaciones dicotómicas, donde (0) indicó la ausencia de síntomas depresivos y

condiciones crónicas y (1) la presencia de dichos síntomas y condiciones crónicas.

- Seguidamente se importó los datos al programa SPSS versión 26, donde se realizó la prueba de normalidad por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov; el resultado de esta prueba fue que los datos no siguen una distribución normal (ver anexo 6), por lo tanto, se opta por la prueba no paramétrica de Rho de Spearman.
- Luego, se asignó la calificación del valor final de ambos instrumentos:

Variable 1: Multimorbilidad

- Sin multimorbilidad: 0 a 1 condición crónica.
- Multimorbilidad: > de dos condiciones crónicas.

Variable 2: Niveles de depresión

- Ausencia de depresión: 0 a 4 síntomas.
 - Depresión leve: 5 a 8 síntomas.
 - Depresión moderada: 9 a 11 síntomas.
 - Depresión severa: 12 a 15 síntomas.
- Después, se elaboró tablas de información porcentual y numeral en base a la calificación final de cada variable presentándose en tablas y se complementaron con gráficos.

3.7.2 Prueba estadística

- Para la prueba estadística, se seleccionaron los datos de los adultos mayores que presentaban multimorbilidad para analizar su relación con los niveles de depresión, expuesto lo anterior, se realizó la prueba de hipótesis a través del coeficiente de correlación Rho de Spearman, empleando un



nivel de significancia del 95% (0.95) y un margen de error del 5% (0.05),
de manera que, la regla de decisión fue en función a (104):

Si p es > 0.05 se acepta la H_1 y se rechaza la H_0 .

Si p es < 0.05 se rechaza la H_1 y se acepta la H_0 .



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

Tabla 2

Relación entre la multimorbilidad y los niveles de depresión en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar – Puno, 2024

	Depresión										Corre- Lació n	Sig. Bilater al
	Ausencia de depresión		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		Total			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Multimo rbilidad	5	3.5	28	19.7	52	36.60%	57	40.10	14	100	,483	,000
		0	70				%	2	%			

Fuente: Ficha de recolección de datos y Escala de Depresión de Geriátrica

Se observa que los adultos mayores con multimorbilidad presentan un mayor porcentaje de depresión severa (40.1%), seguido de depresión moderada (36.6%), depresión leve (19.7%) y finalmente se muestra ausencia de depresión (3.5%). De acuerdo a la prueba estadística de Rho de Spearman, el valor de significancia calculado es de $p = 0.000$, que es menor a 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna; existe relación entre la multimorbilidad y los niveles de depresión, además, el coeficiente de correlación de Rho de Spearman es de 0.483, esto indica una correlación positiva moderada, lo cual significa a medida que aumenta la multimorbilidad, también se incrementa los niveles de depresión

Tabla 3

Prevalencia de la multimorbilidad en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar – Puno, 2024

Respecto a la prevalencia de la multimorbilidad, se observa 61.7% de multimorbilidad.

Multimorbilidad	N°	%
Sin Multimorbilidad	88	38.30%
Multimorbilidad	142	61.70%
Total	230	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla 4

Prevalencia de los niveles de depresión en los adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar – Puno, 2024

Niveles de depresión	N°	%
Ausencia de depresión	33	14.30%
Depresión leve	50	21.70%
Depresión moderada	82	35.70%
Depresión severa	65	28.30%
Total	230	100

Fuente: Escala de Depresión Geriátrica

En cuanto a la prevalencia de los niveles de la depresión, se observa en primer lugar la depresión moderada, seguida de la depresión severa y la depresión leve con 35.7%, 28.3% y 21.7% respectivamente, mientras que, la depresión global es de 85.7% y el 14.3% corresponde a la ausencia de depresión.



4.2 DISCUSIÓN

En la presente investigación se identifica una relación estadísticamente significativa entre la multimorbilidad y los niveles de depresión en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar, con un valor de $p = 0.000$, el cual es inferior a al nivel de significancia de 0.05 y el coeficiente de correlación positiva moderada es de 0.483, esto indica que a medida que aumenta la multimorbilidad, los niveles de depresión también tienden a incrementar, sin embargo, esta relación no es perfecta, lo que sugiere que otros factores también pueden influir, en efecto, esta disposición muestra que ambos problemas de salud están presentes en la gran mayoría de adultos mayores (86). Estos resultados podrían atribuirse a las repercusiones que la multimorbilidad genera, como la preocupación constante y la incertidumbre respecto a la evolución de sus enfermedades en un futuro, la presencia de los síntomas dependiendo a la carga y combinación de enfermedades, así como la polifarmacia necesaria para el tratamiento de las múltiples enfermedades, la cual puede alterar el equilibrio químico del cerebro y como consecuencia, la mayoría de los adultos mayores experimentan niveles de depresión, que oscilan entre moderados y severos.

En ese sentido, los hallazgos se asemejan a los resultados realizados por Hwang et al. en China (5), You et al. en Corea (4), Coan et al. en Brasil (7) y Camargo et al. en Colombia (8), quienes informaron que la mayoría de los adultos mayores con multimorbilidad tenían más probabilidades de experimentar síntomas depresivos, asimismo, Cristóbal et al. en Junín (9) y Saenz et al. en comunidades alto andinas del Perú (10), reportaron que la multimorbilidad es un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión en dicha población, además, si bien es cierto que se usaron muestras e instrumentos de medición diferentes, se demuestra esta tendencia de que la multimorbilidad conlleva a presentar síntomas depresivos.



Sin embargo, los resultados no coinciden con el estudio realizado por Turuba et al. (11), quienes informaron que la multimorbilidad no parece aumentar el riesgo de desarrollar síntomas depresivos en los adultos mayores, esta discrepancia es posible referirlo al tipo de investigación, es decir, al ser longitudinal podría haber captado una visión más detallada de la relación, sin embargo, se cree que la muestra no fue muy representativa y heterogénea al abarcar cuatro países con características demográficas y socioeconómicas significativamente diferentes.

Es importante señalar que, como información adicional, las mujeres presentan una mayor proporción de multimorbilidad, predominando en ellas los niveles de depresión severa y moderada, esto podría atribuirse a los cambios hormonales, tal como la disminución de los estrógenos que ocurren por la menopausia, así como, mayor expectativa de vida, cargas sociales y roles de género, mayor uso de servicios de salud, factores psicosociales, polifarmacia y mayor prevalencia de condiciones crónicas; estos resultados son similares a los evidenciados por You (4), Hwang (5) y Ansari (6), donde predominó la multimorbilidad y la depresión en las mujeres.

Por otro lado, respecto al primer objetivo específico, los resultados de nuestra investigación revelan una alta prevalencia de multimorbilidad, puesto que, más de la mitad de la población presenta múltiples condiciones crónicas, esto evidencia que la multimorbilidad es un fenómeno creciente que afecta en mayor proporción a los adultos mayores, probablemente debido a una combinación de factores, tal como el envejecimiento fisiológico, la exposición prolongada a factores de riesgo, cambios en el sistema inmunológico, interacción entre enfermedades, polifarmacia y factores psicosociales, en conjunto estos factores hacen que la multimorbilidad sea una problema común en población de adultos mayores.



Los resultados de este objetivo son consistentes con los estudios de Coan et al. (7), Zhang et al. (89), Turuba et al. (11), quienes también encontraron que más de la mitad de la población en sus investigaciones presentaban multimorbilidad, esta similitud podría ser debido a que la multimorbilidad en las personas mayores es un fenómeno común debido a factores propios al proceso de envejecimiento, es decir, a medida que pasa el tiempo de vida, se acumulan los efectos múltiples de factores de riesgo, como cambios fisiológicos, estilos de vida poco saludables y condiciones crónicas que suelen surgir en personas mayores.

Sin embargo, nuestros resultados difieren escasamente de los resultados encontrados por You et al. (4), Ansari et al. (6), Camargo et al. (8), puesto que, encontraron que en promedio un tercio de la población presenta multimorbilidad, en efecto, la diferencia de esto podría ser debido la prevalencia de las condiciones crónicas de un lugar y los factores sociodemográficos, socioculturales, socioeconómicos y polifarmacia.

Es importante destacar que la composición de enfermedades consideradas y el número de condiciones crónicas incluidas en los diversos estudios pueden dar lugar a estimaciones imprecisas en cuanto a la prevalencia, por lo mismo, Paine et al. (98) y Skou et al. (72), enfatizan en el empleo de un mismo instrumento.

Por otro lado, con relación al segundo objetivo específico, se ha contemplado que más de la mitad de los adultos mayores que participaron en el estudio presentan en su mayoría niveles de depresión severo seguido de moderado, de manera que, según la clasificación del CIE 10 (79), estos individuos manifiestan síntomas depresivos más continuos, como tristeza, pérdida de intereses, falta de concentración, entre otros y en casos severos, está presente síntomas que afectan la parte conductual, tal como



pensamiento de suicidio, falta de energía y abandono de sus actividades, esto podría atribuirse a que, en la vejez se incrementa la exposición a eventos negativos, tal como, la pérdida de parientes, privación de las capacidades físicas y cognitivas, maltrato y otros factores que contribuyen al desarrollo y agravamiento de los síntomas depresivos (76).

Los resultados guardan similitud con el estudio de Oliva (90), quien evidenció que la mayor parte de los adultos mayores presenta depresión severa y moderada, dicha similitud se atribuye a que ambos estudios fueron realizados en personas mayores que acuden a un centro de salud en la región Puno, además, consideraron la misma calificación por niveles de la Escala de Depresión Geriátrica. Por otro lado, es importante mencionar que los antecedentes de la investigación consideraron la depresión de manera general o global, donde se demuestra alto porcentaje independientemente del nivel de depresión, en ese sentido, guardan similitud con los estudios realizados por Cristóbal et al. (9), quienes demostraron una alta prevalencia de la depresión, dichas semejanzas se le puede atribuir particularmente a que los estudios fueron realizados en aquellos adultos mayores con características sociodemográficas similares, además del uso del mismo instrumento.

Por otra parte, los resultados difieren de Hwang et al. (5), Ansari et al. (6), You et al. (4), Camargo et al. (8), Zhang et al. (89) y Turuba et al. (11), quienes revelaron entre media y baja prevalencia de la depresión, dicha diferencia se les atribuye a las diferencias en el enfoque metodológico y factores sociodemográficos.

Finalmente, en cuanto a los análisis secundarios, dentro de las condiciones crónicas más prevalentes se encuentran la gastritis, lumbalgias, hipertensión arterial, artrosis, enfermedades oculares, artritis y diabetes, respecto a ello, se ha evidenciado que los adultos mayores presentan enfermedades crónicas, limitaciones físicas y cambios



cognitivos, esto puede deberse al debilitamiento gradual del sistema inmunológico, la exposición a toxinas, estrés crónico, alimentación poco saludable e inactividad física (15).

Entre las limitaciones que tuvo este estudio, se destaca la disponibilidad de los adultos mayores en las fechas programadas y su participación continua, ya que algunos desistían a la mitad de la investigación debido al estigma social, es esta situación que llevó a extender el tiempo de ejecución del estudio.



V. CONCLUSIONES

PRIMERA: La multimorbilidad está relacionada con los niveles de depresión en los adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, donde el valor de $p=0.000$ indica una relación estadísticamente significativa entre la multimorbilidad y los niveles de depresión. Además, la correlación positiva moderada de 0.483, sugiere que a medida que aumenta la multimorbilidad, también se incrementa los niveles de depresión. Este hallazgo enfatiza la necesidad de abordar de manera integral tanto la salud física y la salud mental en esta población.

SEGUNDA: La prevalencia de la multimorbilidad en los adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno esta presente en más de la mitad de los adultos mayores. Este hallazgo subraya la importancia de abordar la multimorbilidad como un problema crítico, resaltando la necesidad de desarrollar estrategias integrales que atiendan no solo las enfermedades individuales, sino de manera colectiva.

TERCERA: La prevalencia de los niveles de depresión en los adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar muestra un predominio del nivel de depresión moderada, seguidos de leve y severo. Estos hallazgos resaltan la importancia de fortalecer los servicios de salud mental en este grupo etario, promoviendo intervenciones tempranas y un seguimiento continuo que permita mejorar el bienestar emocional y prevenir el avance hacia niveles más severos de depresión.



VI. RECOMENDACIONES

Al director del Centro de Salud Simón Bolívar – Puno

- Promover capacitaciones acerca la importancia de la atención integral del adulto mayor, como parte del cuidado integral de la salud.

A las enfermeras de la estrategia de adulto mayor y salud mental

- Actualizar sus conocimientos y capacitarse permanentemente para ofrecer una atención integral de calidad a los adultos mayores.
- Actualizar sus conocimientos acerca del abordaje de la multimorbilidad y los niveles de depresión.
- Identificar casos de adultos mayores con multimorbilidad y depresión, para desarrollar planes de trabajo que incluyan apoyo educativo, como talleres y capacitaciones, con el fin de controlar posibles complicaciones posteriores en la salud de los adultos mayores.

A los futuros investigadores

- Realizar estudios de multimorbilidad y depresión incluyendo los factores sociodemográficos y factores relacionados para especificar las causas y factores de riesgo en la región de Puno, así como, determinar combinaciones de condiciones crónicas e identificar cuales están más asociadas a la depresión.

A los adultos mayores de 60 años

- Adoptar un estilo de vida saludable para mantenerse independiente, activo, participativo y productivo, donde lo más importante sea mantener su salud y cuidar de sí mismo.
- Realizar consultas frecuentes para descartar condiciones crónicas y mentales y ser un pilar activo en la recuperación de su salud y en la prevención de complicaciones de sus enfermedades para un envejecimiento saludable.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care [Internet]. 2016 [citado 5 de sep de 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/252275/9789241511650-eng.pdf>
2. Prados D, Del Cura González I, Prados A. Hacia un modelo de atención a la multimorbilidad en atención primaria. Aten Primaria [Internet]. 2017 [citado 1 de sep de 2023];49(5):261-262. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716305601?via%3Dihub>
3. Organización Mundial de la Salud. Salud mental de los adultos mayores [Internet]. 2023 [citado 5 de dic de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
4. You L, Yu Z, Zhang X, Wu M, Lin S, Zhu Y, et al. Association Between Multimorbidity and Depressive Symptom Among Community-Dwelling Elders in Eastern China. Clin Interv Aging [Internet]. 2019 [citado 31 de ago de 2024];14:2273-80. Disponible en: <https://www.dovepress.com/association-between-multimorbidity-and-depressive-symptom-among-commun-peer-reviewed-fulltext-article-CIA>
5. Hwang SY, Nam J, Ahn J, Park S. Gender differences in the association between multimorbidity and depression in older Korean adults: an analysis of data from the National Survey of Older Koreans. Epidemiol Health



- [Internet]. 2022 [citado 13 de novi de 2023];44:e2022049. Disponible en:
<https://e-epih.org/journal/view.php?doi=10.4178/epih.e2022049>
6. Ansari S, Anand A, Hossain B. Multimorbidity and depression among older adults in India: Mediating role of functional and behavioural health. PLoS One [Internet]. 1 de junio de 2022 [citado 8 de nov de 2023];17(6):e0269646. Disponible en:
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0269646>
 7. Coan L, Salvetti G, Pereira N, Danielewicz A. Multimorbilidad y presencia de síntomas depresivos en personas mayores comunitarias. Anales II Congresso Nacional de Envelhecimento Humano. [Internet]. 2019 [citado 19 de jul de 2024]. Disponible en:
<https://mail.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/50374>
 8. Camargo S, Suarez S, Perez M, García C, Cano C. Multimorbidity, depressive symptoms, and self-reported health in older adults: A secondary analysis of the Sabe bogota study. Rev Invest Clin [Internet]. 2019 [citado 19 de jul de 2024];70(4):192-7. Disponible en:
<https://perfilesycapacidades.javeriana.edu.co/es/publications/multimorbidity-and-depressive-symptoms-and-self-reported-health-in-ol>
 9. Cristobal Sosa T, Malpartida Colqui G. Factores asociados a trastornos mentales en adultos mayores de atención primaria [Internet]. Universidad Continental; 2022 [citado 26 de nov de 2023]. Disponible en:
https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/11304/1/IV_FCS_502_TE_Cristobal_Malpartida_2022.pdf



10. Saenz S, Runzer F, Parodi J. Trastornos depresivos en adultos mayores de once comunidades altoandinas del Perú. *Acta Médica Peruana* [Internet]. 2019 [citado 23 de nov de 2023];36(1):26-31. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Turuba R, Pirkle C, Bélanger E, Ylli A, Gomez Montes F, Vafaei A. Assessing the relationship between multimorbidity and depression in older men and women: the International Mobility in Aging Study. *Aging Ment Health* [Internet]. 2020 [citado 26 de nov de 2023];24(5):747-57. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/13607863.2019.1571018?scroll=top&needAccess=true>
12. Avaunza C, Mendoza M, Bustos P, Paredes G, Enriquez K, Padilla A. Concepción del adulto mayor [Internet]. 2014 [citado 4 de jul de 2024]. 60-98 p. Disponible en: <https://books.scielo.org/id/33k73/pdf/abaunza-9789587385328-07.pdf>
13. Varela L. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2016 [citado 4 de jul de 2024];33(2):199-201. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. El Peruano. Ley de la Persona Adulta Mayor. [Internet]. Lima: Editora Perú; 2018 [citado 5 de sep de 2024]. p. 32. Disponible en: <https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/faaf840040a1b1078871bd69767>



68c74/ley-reglamento-persona-
adulta.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=faaf840040a1b1078871bd6976
768c74

15. Coutiño E, Arroyo O, Herbert L. Envejecimiento biológico: Una revisión biológica, evolutiva y energética. Revista Fesahancccal [Internet]. 2020 [citado 4 de ju de 2024];6(2):20-31. Disponible en: <https://www.revistafesahancccal.org/index.php/fesahancccal/article/view/54/21>
16. Idáñez G. El prefijo multi- desde una perspectiva diacrónica [Internet] [Tesis de Pregrado]. España: Universidad de Girona; 2020 [citado 30 de nov de 2023]. Disponible en: https://dugi-doc.udg.edu/bitstream/handle/10256/18865/Ida%C3%B1ezGallegoGemma_Treball.pdf?sequence=1
17. Diccionario de la Real Academia Española. Morbilidad [Internet]. 2023 [citado 30 de nov de 2023]. Disponible en: <https://etimologias.dechile.net/?morbilidad>
18. Fernández J, Bustos E. Multimorbilidad: bases conceptuales, modelos epidemiológicos y retos de su medición. Biomédica [Internet]. 2016 [citado 30 de nov de 2023];36(2). Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2710/3136>
19. Chan M. Primary Health Care [Internet]. Ginebra; 2008 [citado 15 de ago de 2023]. Disponible en: <https://goo.su/IA2G>



20. National Institute for Health and Care Excellence. Multimorbidity: Clinical assessment and management. [Internet]. NICE; 2016 [citado 27 de jul de 2024]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56/chapter/Recommendations>
21. De Freitas M, Mendes M. Condición crónica de salud del adulto: análisis de concepto. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2007 [citado 8 de sep de 2024];15(4):590-7. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/4Q6xVhJRvBxdvk9tcm9jfJx/?lang=es>
22. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión [Internet]. Ginebra. 2023 [citado 7 de jun de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
23. Sierra C, Coca A. La hipertensión arterial en el anciano. Medicina integral [Internet]. 2002 [citado 8 de jun de 2024];40(10):425-33. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-pdf-13041793>
24. Gonzales R, Martinez M, Castillo D, Rodríguez O, Hernández J. Caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en adultos mayores. Revista Finlay [Internet]. 2017 [citado 7 de jun de 2024];7(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s2221-24342017000200002&script=sci_arttext
25. Shahjehan R, Bhutta B. Coronary Artery Disease. StatPearls [Internet]. 2023 [citado 6 de sep de 2024]. p. 110-4. Disponible en: <https://europepmc.org/article/NBK/nbk564304>



26. Ciapponi A, Alcaraz A, Calderón M, Matta M, Chaparro M, Soto N. Carga de enfermedad de la insuficiencia cardiaca en America Latina: revisión sistemática y metánlisis. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2016 [citado 20 de jun de 2024];69(11):1051-60. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300893216302469?via%3Dihub>
27. Piñar G, Cespedes D. Insuficiencia cardiaca en el adulto mayor. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2020 [citado 20 de jun de 2024];5(9). Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/567/999>
28. Sánchez J, López F. Insuficiencia cardíaca. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [Internet]. 2017 [citado 20 de jun de 2024];12(35):2085-91. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541217301427?via%3Dihub>
29. Savia A. Nuevas perspectivas en el manejo prehospitalario del accidente cerebrovascular. Neurología Argentina [Internet]. 2020 [citado 8 de jun de 2024];12(4):260-70. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1853002820300677?via%3Dihub>
30. Botero L, Pérez J, Duque D, Quintero C. Factores de riesgo para enfermedad cerebrovascular en el adulto mayor. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2021 [citado 22 de jul de 2024];37(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300013



31. Rajati F, Rajati M, Rasulehvandi R, Kazeminia M. Prevalence of stroke in the elderly: A systematic review and meta-analysis. *Interdisciplinary Neurosurgery* [Internet]. 2023 [citado 8 de jul de 2024];32:101746. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214751923000294?via%3Dihub>
32. Puy L, Jouvent E. Accidente cerebrovascular en el paciente anciano. *EMC - Tratado de Medicina* [Internet]. 1 de marzo de 2020 [citado 9 de junio de 2024];24(1):1-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S163654102043329X?via%3Dihub>
33. Martínez M, Rojas A, Lázaro R, Meza J, Ubaldo L, Ángeles M. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista de la Facultad de Medicina (México)* [Internet]. 2020 [citado 11 de junio de 2024];63(3):28-35. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422020000300028&lng=es&nrm=iso&tlng=es
34. Almagro P, Llordés M. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2012 [citado 11 de jun de 2024];47(1):33-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X11002071>
35. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica [Internet]. 2023 [citado 17 de jun de 2024]. Disponible en:



- [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
36. Yáñez A, Bueno C. Asma en adultos mayores. Archivos de Alergia e inmunología Clínica [Internet]. 2017 [citado 18 de jun de 2024];47(4):40-5. Disponible en: https://adm.meducatum.com.ar/contenido/articulos/12001400145_805/pdf/12001400145.pdf
37. Organización Mundial de la Salud. Asma [Internet]. 2024 [citado 18 de jun de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/asthma>
38. Organización Mundial de la Salud. Diabetes [Internet]. Ginebra; 2023 [citado 20 de jul de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
39. Gomezcoello V, Caza M, Jácome E. Prevalencia de diabetes mellitus y sus complicaciones en adultos mayoress. Revista Médica Vozandes [Internet]. 2020 [citado 20 de jul de 2024];31(2):49-55. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/01/1146653/06_a0_06.pdf
40. Ocampo P, Ortega V, Ortega M, Chiquito B, Pilco M, Naranjp M. Gastritis crónica. Ciencias Médicas [Internet]. 2021. p. 196. Disponible en: <https://mawil.us/wp-content/uploads/2021/06/gastritis-cronica-1.pdf>
41. Sipponen P, Maaros H. Chronic gastritis. Scand J Gastroenterol [Internet]. 2015 [citado 7 de sep de 2024];50(6):657-67. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/00365521.2015.1019918>



42. Csendes A, Figueroa M. Situación del cáncer gástrico en el mundo y en Chile. *Revista Chilena de Cirugía* [Internet]. 2017 [citado 8 de jul de 2024];69(6):502-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-cirurgia-266-articulo-situacion-del-cancer-gastrico-el-S0379389316301533>
43. Gutiérrez W, Samudio M, Fernández D, Díaz M, Dávila J. Artritis reumatoide en el anciano. *Revista Colombiana de Reumatología* [Internet]. 2013 [citado 17 de jun de 2024];20(2):91-101. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0121812313700033?via%3Dihub>
44. Organización Mundial de la Salud. Artritis reumatoide [Internet]. 2023 [citado 8 de jul de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rheumatoid-arthritis>
45. Yaseen K. Artrosis. Cleveland Clinic [Internet]. 2022 [citado 20 de jul de 2024]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-de-los-tejidos-musculoesquelético-y-conectivo/enfermedades-articulares/artrosis-a>
46. Jaiswal A, Goswami K, Haldar P, Salve H, Singh U. Prevalence of knee osteoarthritis, its determinants, and impact on the quality of life in elderly persons in rural Ballabgarh, Haryana. *J Family Med Prim Care* [Internet]. 2021 [citado 20 de jul de 2024];10(1):354. Disponible en: https://journals.lww.com/jfmprc/fulltext/2021/10010/prevalence_of_knee_osteoarthritis,_its.61.aspx



47. Bolster M. Osteoporosis. Harvard Medical School [Internet]. 2023 [citado 20 de jul de 2024]. Disponible en: https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-de-los-tejidos-musculoesquelético-y-conectivo/osteoporosis/osteoporosis#Clasificación_v906762_es
48. Gómez C. La silente osteoporosis. Revista Cubana de Tecnología de la Salud [Internet]. 2011 [citado 21 de jul de 2024];2(1). Disponible en: <https://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/18/35>
49. Organización Mundial de la Salud. Lumbalgia [Internet]. 2023 [citado 21 de jul de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/low-back-pain>
50. Wong A, Karppinen J, Samartzis D. Low back pain in older adults: risk factors, management options and future directions. Scoliosis Spinal Disord [Internet]. 2017 [citado 21 de jul de 2024];12(1). Disponible en: <https://scoliosisjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13013-017-0121-3>
51. Organización Mundial de la Salud. Cáncer [Internet]. Ginebra; 2022 [citado 12 de sep de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
52. The importance of aging in cancer research. Nat Aging [Internet]. 2022 [citado 23 de jul de 2024];2(5):365-6. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s43587-022-00231-x>
53. Porras M, Núñez L, Plascencia N, Quiñones S, Sauri S. Esclerosis múltiple. Revista Mexicana Neurociencia [Internet]. 2007 [citado 21 de jun de



- 2024];8(1):57-66. Disponible en:
<https://previous.revmexneurociencia.com/wp-content/uploads/2014/06/Nm071-10.pdf>
54. Mora C, Fernández H, Alvarado F. Esclerosis múltiple de inicio tardío. Revista Médica de Costa Rica y Centro América [Internet]. 2011 [citado 21 de jun de 2024];599:467-73. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2011/rmc114n.pdf>
55. Pérez N, Fernandez E, Sempere Á. Epidemiología de la esclerosis múltiple en España. Rev Neurol [Internet]. 2019 [citado 22 de jun de 2024];69(1):32-8. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/334087467_Epidemiologia_de_la_esclerosis_multiple_en_Espana
56. Domínguez R, Morales M, Rossiere N, Olan R, Gutiérrez J. Esclerosis múltiple: revisión de la literatura médica. Revista de la Facultad de Medicina (México) [Internet]. 2012 [citado 22 de junio de 2024];55(5). Disponible en:
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422012000500005
57. Heras M, Fernandez M, Sánchez R. Implications outcome of chronic kidney disease in elderly. Nefrología [Internet]. 1 de marzo de 2010 [citado 23 de jul de 2024];30(2):151-7. Disponible en:
<https://www.revistanefrologia.com/en-implications-outcome-chronic-kidney-disease-articulo-X2013251410036206>



58. Mallappallil M, Friedman E, Delano BG, Mcfarlane S, Salifu M. Chronic kidney disease in the elderly: evaluation and management. *Clin Pract (Lond)* [Internet]. 1 de sep de 2014 [citado 23 de jul de 2024];11(5):525. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4291282/>
59. Bello A, Alrukhaimi M, Ashuntantang G, Basnet S, Rotter R, Douthat W. Complications of chronic kidney disease: current state, knowledge gaps, and strategy for action. *Kidney Int Suppl* [Internet]. 2017 [citado 23 de jul de 2024];7(2):122-9. Disponible en: [https://www.kisupplements.org/article/S2157-1716\(17\)30033-3/fulltext](https://www.kisupplements.org/article/S2157-1716(17)30033-3/fulltext)
60. Sharma A, Nagalli S. Chronic Liver Disease. *StatPearls* [Internet]. 2023 [citado 24 de jul de 2024];209-27. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554597/>
61. Bruguera M. Envejecimiento y enfermedades del hígado. *Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2014 [citado 24 de jul de 2024];37(9):535-43. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-envejecimiento-enfermedades-del-higado-S0210570514001423>
62. Mari A, Mahamid M, Amara H, Baker F, Yaccob A. Chronic Constipation in the Elderly Patient: Updates in Evaluation and Management. *Korean J Fam Med* [Internet]. 2020 [citado 24 de jul de 2024];41(3):139. Disponible en: <https://www.kjfm.or.kr/journal/view.php?doi=10.4082/kjfm.18.0182>
63. De Giorgio R, Ruggeri E, Stanghellini V, Eusebi L, Bazzoli F, Chiarioni G. Chronic constipation in the elderly: A primer for the gastroenterologist. *BMC Gastroenterol* [Internet]. 2015 [citado 24 de jul de 2024];15(1):1-13.



- Disponibile en:
<https://bmcgastroenterol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12876-015-0366-3>
64. Diaz S, Bittar K, Hashmi M, Mendez M. Constipation. StatPearls [Internet]. 2023 [citado 24 de jul de 2024]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513291/>
65. Organización Mundial de la Salud. Cefaleas. [Internet]. 2024 [citado 27 de jul de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders>
66. Fila M, Pawlowska E, Szczepanska J, Blasiak J. Different Aspects of Aging in Migraine. Aging Dis [Internet]. 2023 [citado 25 de jul de 2024];14(6):2028-50. Disponible en: <https://www.aginganddisease.org/EN/10.14336/AD.2023.0313>
67. Garcia J. Edad y visión. Insstituto de Microcirugía Ocular (IMO) [Internet]. 2012 [citado 22 de jun de 2024]. p. 17. Disponible en: https://miopiamagna.org/wp-content/uploads/2018/09/GUIA_SENIOR_CAST_web-4.pdf
68. Organización Panamericana de Salud. Salud visual y auditiva de las personas mayores en la Región de las Américas [Internet]. 2023. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57338/9789275326855_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y



69. Díaz P, González J. Envejecimiento y discapacidad visual. Revista especializada en discapacidad visual [Internet]. 2008 [citado 22 de jun de 2024];(55). <https://www.once.es/dejanos-ayudarte/la-discapacidad-visual/revista-red-visual/numeros-anteriores-revista-integracion/2008-integracion-55/numero-55-de-la-revista-integracion>
70. Sharma R, Chern A, Golub J. Age-Related Hearing Loss and the Development of Cognitive Impairment and Late-Life Depression: A Scoping Overview. Semin Hear [Internet]. 1 de febrero de 2021 [citado 27 de jul de 2024];42(1):10-25. Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0041-1725997>
71. Fioretti A, Poli O, Varakliotis T, Eibenstein A. Hearing Disorders and Sensorineural Aging. Journal of Geriatrics [Internet]. 2014 [citado 27 de jul de 2024];2014(1):602909. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/2014/602909>
72. Skou S, Mair F, Fortin M, Guthrie B, Nunes B, Miranda J. Multimorbidity. Nature Reviews Disease Primers [Internet]. 2022 [citado 5 de sep de 2024];8(1):1-22. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41572-022-00376-4>
73. Salive ME. Multimorbidity in Older Adults. Epidemiol Rev [Internet]. 2013 [citado 24 de ago de 2023];35(1):75-83. Disponible en: <https://academic.oup.com/epirev/article/35/1/75/552863>
74. Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Internet]. 2023 [citado 21 de nov de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>



75. Ministerio de Salud. La depresión. [Internet]. Perú; 2005. [Citado 5 de dic de 2023] Disponible en: https://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/208_PROM14.pdf
76. Parada K, Guapizaca J, Bueno G, Parada K, Guapizaca J, Bueno G. Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. Revista Científica UISRAEL [Internet]. 2022 [citado 5 de dic de 2023];9(2):77-93. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-27862022000200077&lng=es&nrm=iso&tlng=es
77. Freré J, Véliz J, Sarco E, Campoverde K. La percepción, la cognición y la interactividad. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento [Internet]. 2022 [citado 23 de ago de 2024];6(2):151-9. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1555/1989>
78. National Institute on Aging. Depression and older adults. [Internet]. [citado 7 de sep de 2024]. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/health/mental-and-emotional-health/depression-and-older-adults>
79. Organización Mundial de la Salud. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Médica Panamericana [Internet]. 1994 [citado 8 de sep de 2024]. 1-337p. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/cie-x-clasificacion-internacional-enfermedades.pdf>
80. Frank P, Batty G, Pentti J, Jokela M, Poole L, Ervasti J, et al. Association Between Depression and Physical Conditions Requiring Hospitalization. JAMA Psychiatry [Internet]. 2023 [citado 26 de ago de 2024];80(7):690-9.



- Disponible en:
<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2804269>
81. Morimoto S, Kanellopoulos T, Alexopoulos G. Cognitive Impairment in Depressed Older Adults: Implications for Prognosis and Treatment. *Psychiatr Ann* [Internet]. 2014 [citado 26 de ago de 2024];44(3):138. Disponible en: <https://journals.healio.com/doi/10.3928/00485713-20140306-05>
 82. Hussenoeder F, Jentzsch D, Matschinger H, Hinz A, Kilian R, Riedel S, et al. Depression and quality of life in old age: a closer look. *Eur J Ageing* [Internet]. 2021 [citado 26 de ago de 2024];18(1):75. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10433-020-00573-8>
 83. Contreras Y, Miranda O, Torres V. Ansiedad y depresión en pacientes adictos sustancias psicoactivas. *Revista Cubana de Medicina Militar* [Internet]. 2020 [citado 26 de ago de 2024];49(1):71-85. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v49n1/1561-3046-mil-49-01-e492.pdf>
 84. Fernandez V, Sanchez Y, Lagunas L, Rico L, Pemau A, Diaz P, et al. Risk factors for suicidal behaviour in late-life depression: A systematic review. *World J Psychiatry* [Internet]. 2022 [citado 26 de ago de 2024];12(1):187. Disponible en: <https://www.wjgnet.com/2220-3206/full/v12/i1/187.htm>
 85. Lovoli F, Hall M, Nenadic I, Straube B, Alexander N, Jamalabadi H, et al. Exploring the complex interrelation between depressive symptoms, risk, and protective factors: A comprehensive network approach. *J Affect Disord* [Internet]. 2024 [citado 26 de ago de 2024]; 355:12-21. Disponible en:



- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032724005433?via%3Dihub>
86. Triolo F, Harber L, Belvederi M, Calderón A, Vetrano D, Sjöberg L, et al. The complex interplay between depression and multimorbidity in late life: risks and pathways. *Mech Ageing Dev* [Internet]. 2020 [citado 21 de dic de 2023]; 192:111383. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0047637420301792?via%3Dihub>
87. Vyas A, Sambamoorthi U. Multimorbidity and depression treatment. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2011 [citado 15 de abril de 2024]; 33(3):238-45. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163834311000661?via%3Dihub>
88. Tong L, Pu L, Guo X, Sun M, Guo F, Zhao S, et al. Multimorbidity study with different levels of depression status. *J Affect Disord* [Internet]. 2021 [citado 6 de dic de 2023]; 292:30-5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032721004833>
89. Zhang L, Shooshtari S, John P, Menec V. Multimorbidity and depressive symptoms in older adults and the role of social support: Evidence using Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). *PLoS One* [Internet]. 2022 [citado 24 de nov de 2023]; 17(11):e0276279. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0276279>



90. Oliva Calisaya JE. Nivel de soledad y depresión en adultos mayores de la comunidad de Vilcallami que acuden al Puesto de Salud Clas Molino - Juli [Internet]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2023 [citado 2 de sep de 2024]. Disponible en: http://tesis.unap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14082/22354/Oliva_Calisaya_Judy_Edith.pdf?sequence=3&isAllowed=y
91. Organización Mundial de Salud. Indicadores de salud: aspectos conceptuales y operativos [Internet]. [citado 23 de oct de 2024]. Indicadores de salud: aspectos conceptuales y operativos. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/joomlatools-files/docman-files/Health_Indicators-June18-es.pdf
92. Ministerio de Salud. Seguro Integral de Salud [Internet]. [citado 30 de sep de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/sis>
93. Ministerio de Salud. Categorías de Establecimientos del Sector Salud [Internet]. Perú; 2011 [citado 1 de oct de 2024]. (2). Report No: 546. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/272294/243402_RM546-2011-MINSA.pdf20190110-18386-cimfnp.pdf?v=1547161089
94. Hernandez R, Fernandez C, Baptista P. Metodología de la investigación [Internet]. Mc Graw Hi. México; 2014. [citado 19 de oct de 2023]. 634 p. Disponible en: https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf



95. Ministerio de Salud. Centro de Salud Simón Bolívar en Puno [Internet]. [citado 27 de sep de 2024]. Disponible en: <https://www.establecimientosdesalud.info/puno/centro-de-salud-simon-bolivar-puno/>
96. Pacompia A. Calidad de vida del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Simón Bolívar [Internet] [Tesis de Pregrado]. Perú: Universidad Nacional del Altiplano; 2015 [citado 28 de sep de 2024]. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14082/2426/Pacompia_Sucapuca_Ana_Claudia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
97. Area de estadística. Adutos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud. Red de Salud Puno; 2023 [citado 20 de oct de 2024].
98. Payne R, Mendonca S, Elliott M, Saunders C, Edwards D, Marshall M, et al. Development and validation of the Cambridge Multimorbidity Score. CMAJ [Internet]. 2020 [citado 11 de ene de 2024];192(5): E107-14. Disponible en: <https://www.cmaj.ca/content/192/5/E107>
99. Instituto Nacional de Geriátría. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) [Internet]. [citado 6 de dic de 2023]. Disponible en: [http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/355/Archivos/C_Intervenciones/6.%20síntomas%20depresivos/lecturas/4.%20Escala%20de%20Depresión%20Geriatrica%20de%20Yesavage%20\(GDS\).pdf](http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/355/Archivos/C_Intervenciones/6.%20síntomas%20depresivos/lecturas/4.%20Escala%20de%20Depresión%20Geriatrica%20de%20Yesavage%20(GDS).pdf)
100. Blanco M, Salazar M. Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage. Universidad de Costa Rica [Internet]. 2014 [citado 6 de dic de 2023]. Disponible en:



[https://www.iip.ucr.ac.cr/sites/default/files/contenido/COMPENDIOINST
RUMENTOSDEMEDICINIIP-2014_2.pdf](https://www.iip.ucr.ac.cr/sites/default/files/contenido/COMPENDIOINST
RUMENTOSDEMEDICINIIP-2014_2.pdf)

101. Grande C. Relación entre la depresión y la dependencia funcional del adulto mayor [Internet] [Tesis de Pregrado]. Perú: Universidad Norbert Wiener; 2022 [citado 6 de dic de 2023]. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/6153/T061_44194363_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
102. Alvarado T, Chiroque A. Depresión y vulnerabilidad suicida en adultos mayores de un centro de prestaciones sociales [Internet]. Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2022 [citado 15 de abril de 2024]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/106635/Alvarado_QTM-Chiroque_NAJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
103. Apaza J, Galindo J. Depresión y funcionamiento familiar en adultos mayores en tiempos de COVID-19, Micro Red Capachica [Internet] [Tesis de Pregrado]. Perú: Universidad Nacional del Altiplano; 2022 [citado 2 de sep de 2024]. Disponible en: http://tesis.unap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14082/19284/Apaza_Jhudith_Galindo_Judith.pdf?sequence=1&isAllowed=y
104. Martínez R, Tuya L, Martínez M, Pérez A, Cánovas A. El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2009 [citado 15 de abril de 2024];8(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180414044017>

ANEXOS

ANEXO 1: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>General:</p> <p>¿Existe relación entre la multimorbilidad y los niveles de depresión en los adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar – Puno, 2024?</p> <p>Específicos:</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de la multimorbilidad en los adultos mayores?</p> <p>¿Cuál es la prevalencia de los niveles de depresión en los adultos mayores?</p>	<p>General:</p> <p>Determinar la relación que existe entre multimorbilidad y los niveles de depresión en los adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar – Puno, 2024.</p> <p>Específicos:</p> <p>Identificar la prevalencia de la multimorbilidad en los adultos mayores.</p> <p>Identificar la prevalencia de los niveles de depresión en los adultos mayores.</p>	<p>H₁: Existe relación estadísticamente significativa entre la multimorbilidad y los niveles de la depresión en los adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar – Puno, 2024.</p> <p>H₀: No existe relación estadísticamente significativa entre multimorbilidad y los niveles de la depresión en los adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar – Puno, 2024.</p>	<p>V.1.</p> <p>Multimorbilidad: Coexistencia de dos o más condiciones crónicas en una misma persona.</p> <p>V.2.</p> <p>Niveles de depresión: Enfermedad mental caracterizado por alteraciones en el pensamiento y comportamiento de la persona.</p>	<p>Enfoque: Cuantitativo.</p> <p>Tipo: Correlacional.</p> <p>Diseño: No experimental y retrospectivo y transversal.</p> <p>Población: Conformada por 568 adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud en el Centro de Salud Simón Bolívar.</p> <p>Muestra: Constituida por 230 adultos mayores, se obtuvo el tamaño de la muestra través de la fórmula de poblaciones finitas.</p> <p>Muestreo: No probabilístico intensional, a base de criterios de selección (inclusión y exclusión).</p> <p>Técnica: Revisión documenta y entrevista.</p> <p>Instrumentos: Ficha de registro y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15).</p>



ANEXO 2: Instrumentos de recolección de datos

INSTRUMENTO I

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**FICHA DE REGISTRO
DATOS DEL PACIENTE**

Edad: _____ Varón Mujer HC: _____

CONDICIONES CRÓNICAS	CÓDIGO CIE-10	AUSENCIA	PRESENCIA
Hipertensión	I10X		
Enfermedad arterial coronaria	I252		
Insuficiencia cardíaca	I500		
Accidente cerebro vascular	I639		
Enfermedad pulmonar obstructiva	J449		
Asma	J449		
Diabetes	E112		
Gastritis	K291		
Artritis	M069		
Artrosis	M159		
Osteoporosis	M819		
Lumbalgias	M545		
Cáncer	TODOS LOS TIPOS		
Esclerosis múltiple	G35		
Enfermedad renal crónica	N189		
Enfermedad hepática crónica	K729		
Constipación	K590		
Migraña	G439		
Enfermedades oculares	(H40.9, H25.0, H04.12, H36.0, H35.3 H35. 5, H52)		
Enfermedades auditivas	(H91.1, H83.01, H74.0, H90.0, H81.0)		
PREVALENCIA DE LA MULTIMORBILIDAD	Sin multimorbilidad (0 – 1 condición)		
	Multimorbilidad (>de 2 condiciones crónicas)		



INSTRUMENTO II

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (GDS - 15)

Edad: _____ Varón Mujer HC: _____

Nº	ITEMS	SI	NO
1	¿Está usted básicamente satisfecho de su vida?		
2	¿Ha abandonado muchas veces sus actividades e intereses?		
3	¿Siente que su vida está vacía?		
4	¿Se encuentra con frecuencia aburrido?		
5	¿Esta alegre y de buen humor la mayor parte del tiempo?		
6	¿Teme que le vaya suceder algo malo?		
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
8	¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?		
9	¿Prefiere quedarse en casa más que salir fuera y hacer cosas nuevas?		
10	¿Siente que tiene más problemas con la memoria que la mayoría?		
11	¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora?		
12	¿Se siente inútil o despreciable en su situación actual?		
13	¿Se siente usted lleno de energía?		
14	¿Se encuentra usted sin esperanza ante su situación?		
15	¿Piensa que la mayoría de la gente está mejor que usted?		
16	TOTAL		



ANEXO 3: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDO A ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR – PUNO

Instituciones : Universidad Nacional del Altiplano

: Facultad de Enfermería

Investigadoras : Rubelia Rosa Huayllapuma Ccorimanya

: Yuliza Goretty Apaza Mamani

Se le invita a participar en este estudio de investigación en salud, no obstante, antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los incisos.

Título del proyecto: Multimorbilidad y depresión en adultos mayores que acuden al centro de Salud I-3 Simón Bolívar – 2023.

Objetivo del estudio: Determinar la asociación de multimorbilidad y depresión en adultos mayores que acuden al centro de Salud Simón Bolívar.

Beneficios por participar: Es probable que no tenga ningún beneficio al participar en este estudio, sin embargo, estará haciendo una aportación valiosa para determinar si la multimorbilidad y la depresión en los adultos mayores que acuden al centro de salud, es común.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le solicita responder el cuestionario.

Costo por participar: No tiene costo ni compensación económica por su participación.

Confidencialidad: La información que proporcione será utilizada de manera confidencial y los resultados serán tratados con discreción.

Participación voluntaria: Su participación en este estudio es plenamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

Declaración del consentimiento

Declaro que he leído y comprendido, además, he sido informado de manera clara y precisa los fines que busca esta investigación, asimismo, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas las cuales fueron respondidas satisfactoriamente. He comprendido que mi participación es voluntaria, por lo tanto, otorgo mi consentimiento para participar en esta investigación.

Firma del participante

Tabla 5

Prueba de normalidad para multimorbilidad y depresión en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024

Kolmogórov-Smirnov			
	Estadístico	Gl	Sig.
Depresión	,226	230	,000
Multimorbilidad	,401	230	,000

Fuente: SPSS V 26.

Se observa que, estadísticamente para datos mayores a $n=50$, no se sigue una tendencia de normalidad por $0,00 < 0,05$ (nivel de significancia) para la relación de la multimorbilidad y los niveles de depresión.

ANEXO 4: Resultados complementarios

Tabla 6

Prevalencia de la multimorbilidad según género en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024

		Multimorbilidad					
		Sin Multimorbilidad		Multimorbilidad		Total	
Sexo		N°	%	N°	%	N°	%
		Masculino	38	48.70%	40	51,3%	78
	Femenino	50	32.90%	102	67.10%	152	100%
	Total	88	38.30%	142	61.70%	230	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Se evidencia que la multimorbilidad prevalece en las mujeres con 67.7% frente a los varones con 51.3% de multimorbilidad.

Tabla 7

Prevalencia de los niveles de depresión según el género en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024

		Depresión									
Sexo		Sin depresión		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino		15	19.20%	17	21.80%	31	39.70%	15	19.20%	78	100%
		18	11.80%	33	21.70%	51	33.60%	50	32.90%	152	100%
Total		33	14,3%	50	21.70%	82	35,7%	65	28,3%	230	100%

Fuente: Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

Respecto niveles de depresión, en las mujeres se observa en un mayor porcentaje la depresión moderada y severa con 33.6% y 32.9% respectivamente, por otra parte, en caso de los varones predominó la depresión moderada con 39.7%.

Tabla 8

Prueba de normalidad para multimorbilidad y depresión en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024

		Depresión									
Multimorbilidad	Sexo	Ausencia depresión		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino		1	2.50%	8	20%	20	50%	11	27.50%	40	100%
	Femenino	4	3.90%	20	19.60%	32	31.30%	46	45.00%	102	100%
Total		5	3.50%	28	19.70%	52	36.60%	57	41.10%	142	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Se observan que el género femenino es el más afectado por la multimorbilidad, presentando en un 45% depresión severa, seguido del 36.6% de depresión moderada,

mientras que en los varones con multimorbilidad se evidencia que el 50% presentan depresión moderada.

Tabla 9

Prevalencia del número de la multimorbilidad y los niveles de depresión en los adultos mayores adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024

		Depresión									
		Ausencia de depresión		Depresión Leve		Depresión moderada		Depresión severa		Total	
Número de multimorbilidad		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	Cero	7	3,0%	7	3,0%	11	4,8%	1	0,4%	26	11,3%
	Uno	21	9,1%	15	6,5%	19	8,3%	7	3,0%	62	27,0%
	Dos	3	1,3%	20	8,7%	25	10,9%	9	3,9%	57	24,8%
	Tres	1	0,4%	6	2,6%	18	7,8%	25	10,9%	50	21,7%
	Cuatro	1	0,4%	1	0,4%	8	3,5%	10	4,3%	20	8,7%
	Cinco	0	0,0%	1	0,4%	1	0,4%	7	3,0%	9	3,9%
	Seis	0	0,0%	1	0,4%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%
	Siete	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	1,3%	3	1,3%
	Ocho	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	0,9%	2	0,9%
Total		33	14,3%	50	21,7%	82	35,7%	65	28,3%	230	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Con respecto a la prevalencia del número de multimorbilidad, se evidencia el predominio de diadas, triadas y tétradas con 24.8%, 21.7%. y 8.7% respectivamente. Por otra parte, en las diadas de multimorbilidad prima la depresión leve y moderada con el 8.7% y 10.9% respectivamente, en las triadas de multimorbilidad prepondera la depresión moderada y severa con 7.8% y 10.9% respectivamente, mientras que, en las tétradas de multimorbilidad se aventaja la depresión leve y severa con 3.5% y 4.3% respectivamente.



De este modo, se muestra que a mayor número de condiciones simultaneas son mayores los niveles de depresión.

Tabla 10

Prevalencia con respecto al número de multimorbilidad en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024

Multimorbilidad	N°	%
Cero	26	11.30%
Uno	62	26.96%
Diadas	57	24.78%
Triadas	50	21.74%
Tetradas	20	8.70%
Pentadas	9	3.91%
Hexadas	1	0.43%
Heptadas	3	1.30%
Octadas	2	0.87%
Total	230	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Con relación al número de la multimorbilidad, se observa en un mayor porcentaje las diadas, triadas y tetradas con 24.78%, 21.74% y 8.7% respectivamente.

Tabla 11

Prevalencia de las condiciones crónicas en adultos mayores afiliados al Seguro

Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024

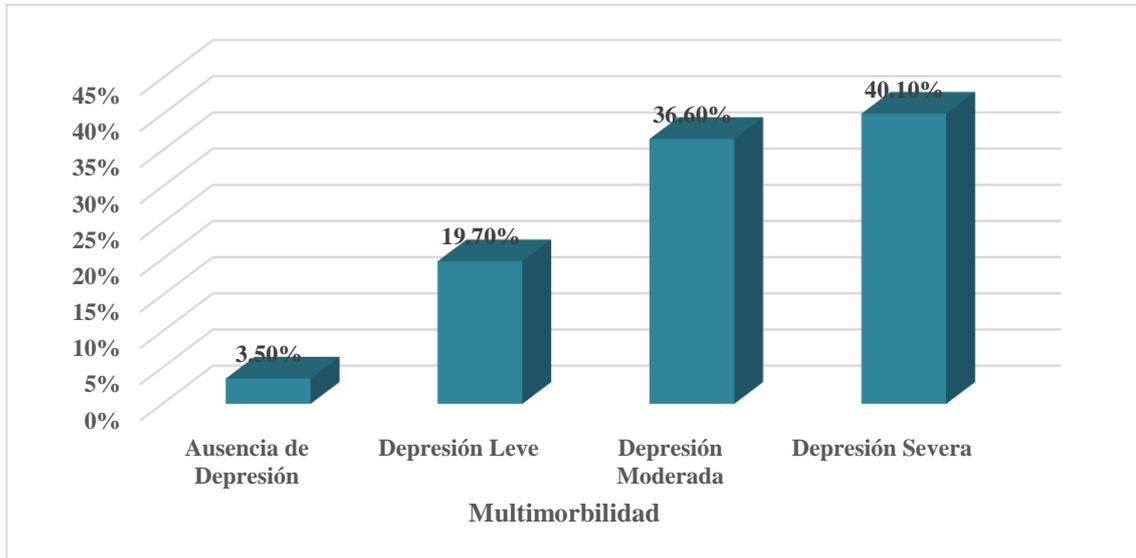
Condiciones crónicas	Si	%	No	%	Total	%
Hipertensión Arterial	67	29.10%	163	70.90%	230	100%
Enfermedad Coronaria	2	0.90%	228	99.10%	230	100%
Accidente Cerebro Vascular	4	1.70%	226	98.30%	230	100%
Insuficiencia Cardíaca	4	1.70%	226	98.30%	230	100%
Enfermedad Pulmonar	0	0.00%	230	100.00%	230	100%
Asma	1	0.40%	229	99.60%	230	100%
Diabetes	29	12.60%	201	87.40%	230	100%
Gastritis	84	36.50%	146	63.50%	230	100%
Insuficiencia Renal Crónica	4	1.70%	226	98.30%	230	100%
Enfermedad Hepática Crónica	0	0.00%	230	100.00%	230	100%
Artritis	43	18.70%	187	81.30%	230	100%
Artrosis	63	27.40%	167	72.60%	230	100%
Osteoporosis	2	0.90%	228	99.10%	230	100%
Lumbalgias	75	32.60%	155	67.40%	230	100%
Cáncer	4	1.70%	226	98.30%	230	100%
Migraña	12	5.20%	218	94.80%	230	100%
Esclerosis Múltiple	0	0.00%	230	100.00%	230	100%
Constipación	18	7.80%	212	92.20%	230	100%
Enfermedades Oculares	53	23.00%	177	77.00%	230	100%
Enfermedades Auditivas	29	12.60%	201	87.40%	230	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Respecto a la prevalencia de las condiciones crónicas, observa una mayor prevalencia de gastritis con 36.5%, seguida de lumbalgias con 32.6%, hipertensión arterial con 29.1%, artrosis con 27.4%, enfermedades oculares con 23%, artritis con 18.7%, diabetes y enfermedades auditivas con 12.6% y otras condiciones crónicas en un porcentaje menor.

Figura 1

Relación entre la multimorbilidad y los niveles de la depresión en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de

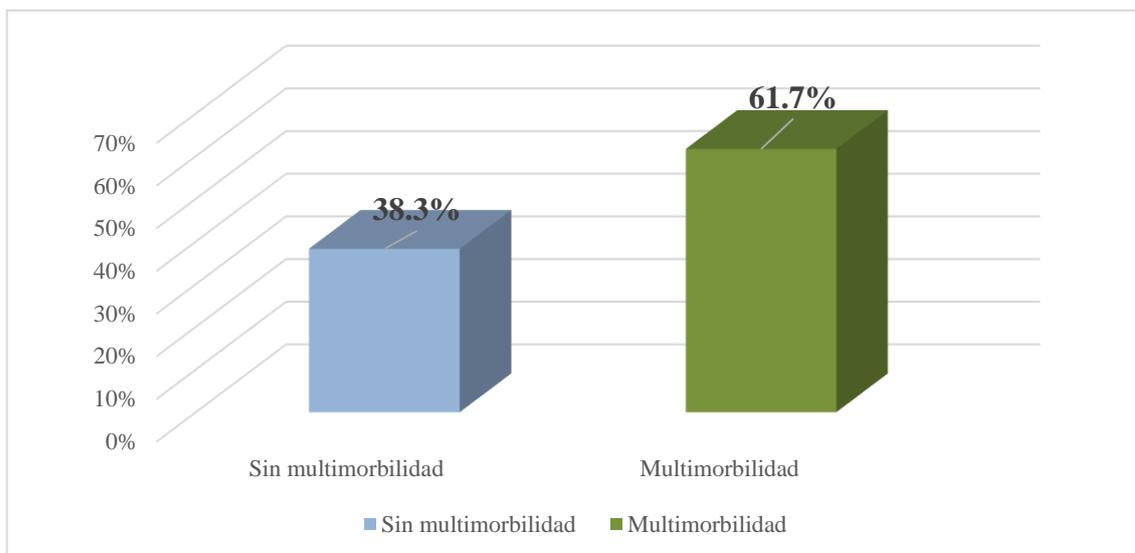


Puno, 2024

Fuente: Ficha de recolección de datos y Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

Figura 2

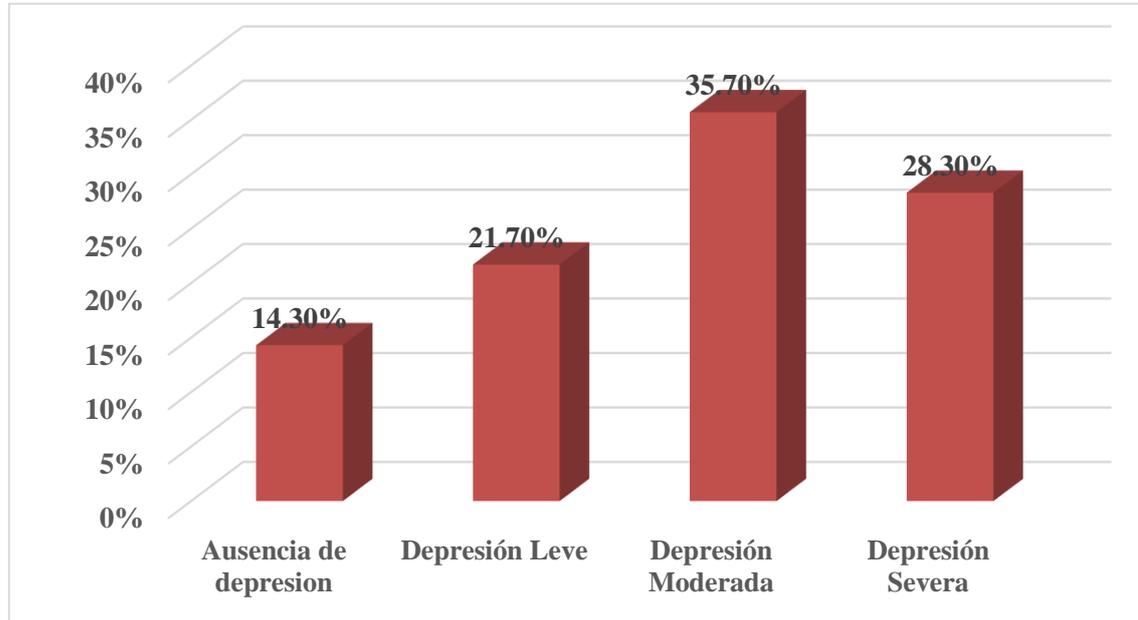
Prevalencia de multimorbilidad en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024



Fuente: Ficha de recolección de datos

Figura 3

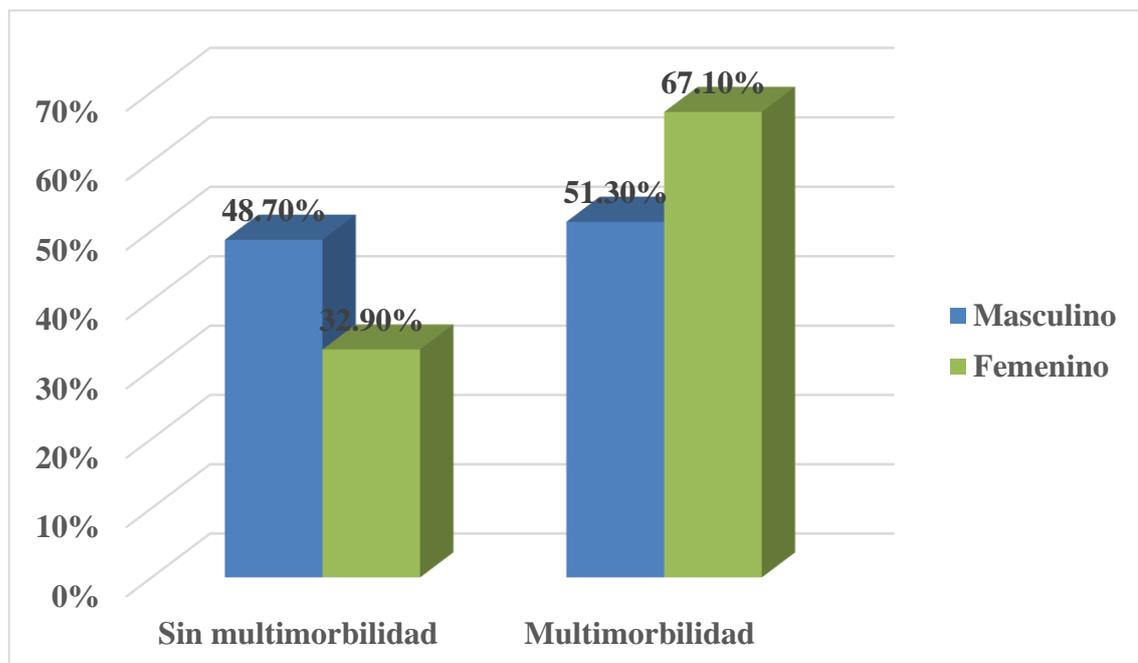
Prevalencia de los niveles depresión de adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024



Fuente: Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

Figura 4

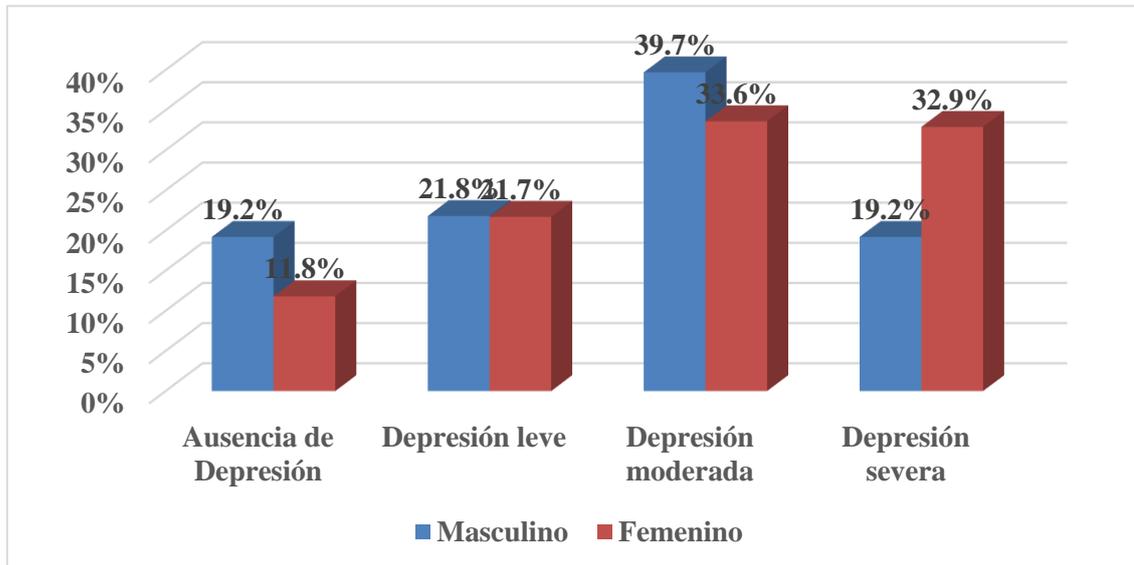
Prevalencia de la multimorbilidad según el género adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024



Fuente: Ficha de recolección de datos

Figura 5

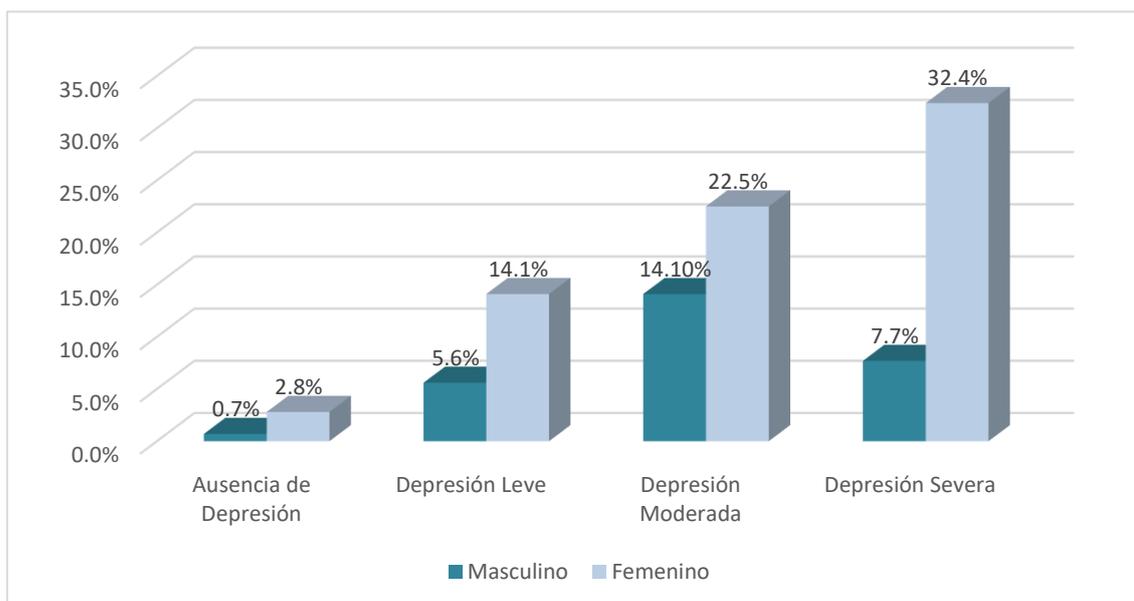
Prevalencia de los niveles de la depresión según el género en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024



Fuente: Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

Figura 6

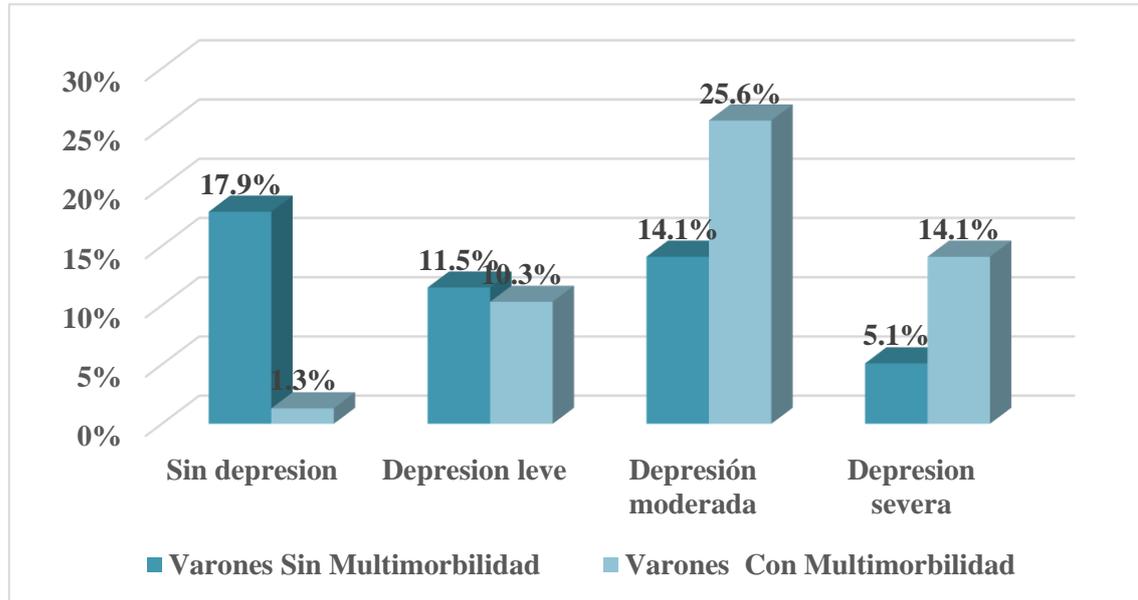
Prevalencia de la multimorbilidad y los niveles de depresión en adultas mayores mujeres afiliadas al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar – Puno, 2024



Fuente: Ficha de recolección de datos y Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

Figura 7

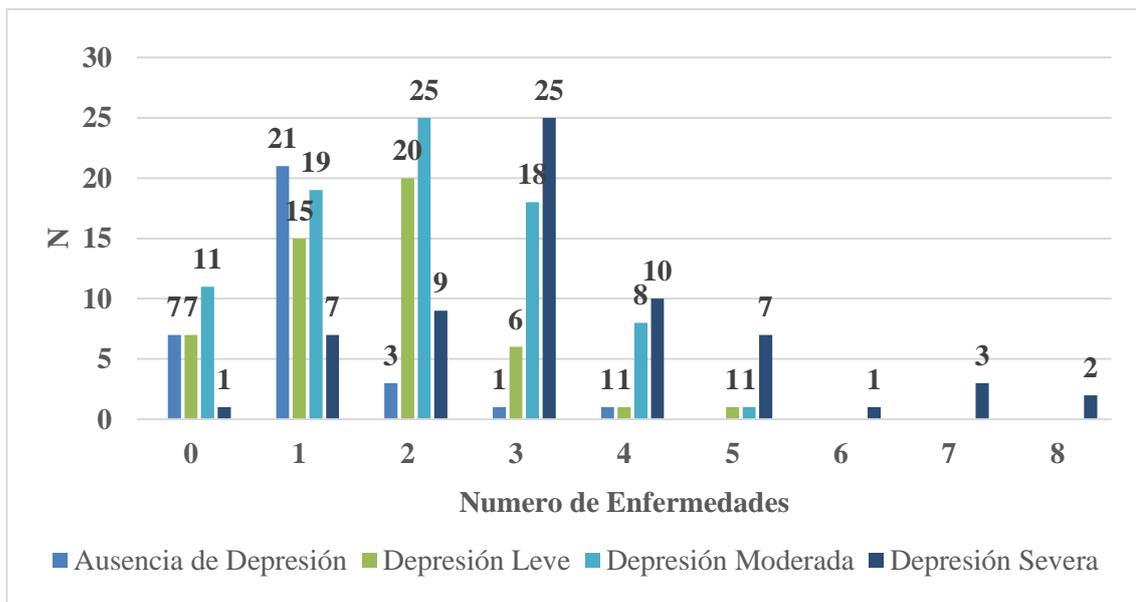
Prevalencia de la multimorbilidad y los niveles de depresión adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024



Fuente: Cambridge Multimorbidity Score y Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

Figura 8

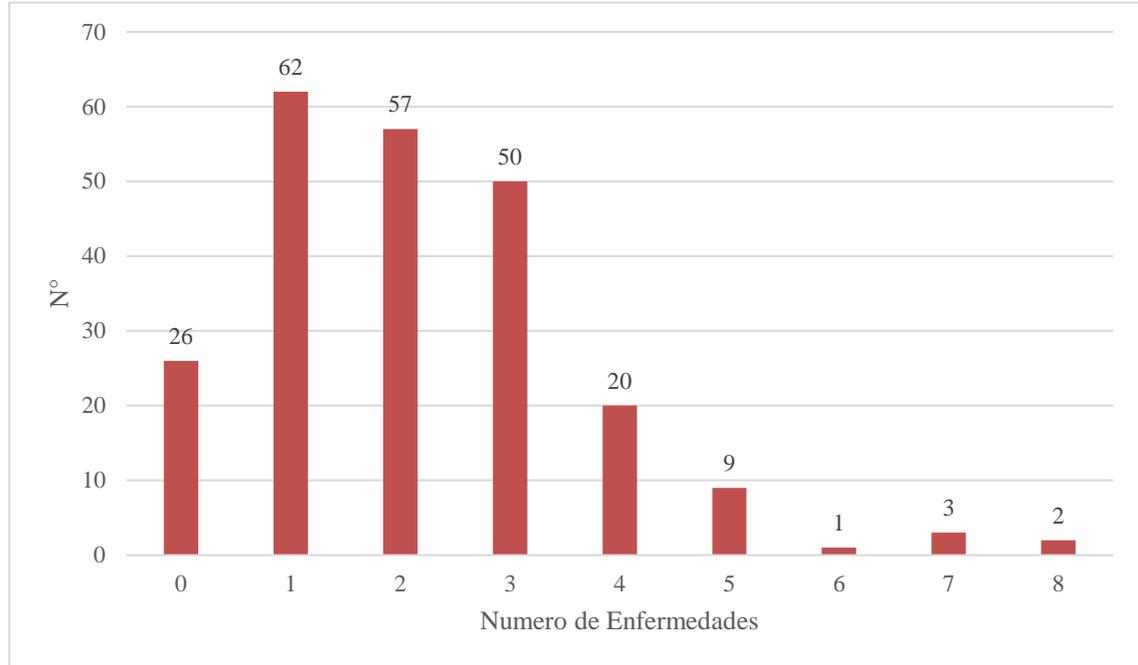
Prevalencia del número de la multimorbilidad y los niveles de depresión en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024



Fuente: Ficha de recolección de datos y Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

Figura 9

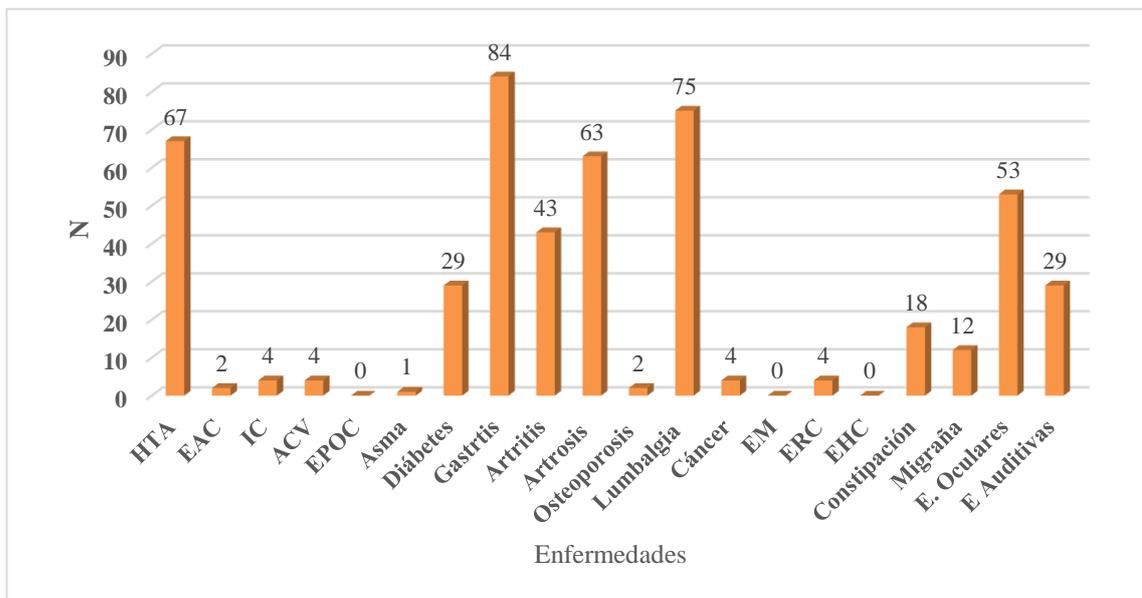
Prevalencia con respecto al número de multimorbilidad en adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024



Fuente: Ficha de recolección de datos

Figura 10

Prevalencia de las condiciones crónicas adultos mayores afiliados al Seguro Integral de Salud que acuden al Centro de Salud Simón Bolívar de Puno, 2024



Fuente: Ficha de recolección de datos

ANEXO 5: Evidencias fotográficas

EXPLICANDO EL OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN Y POSTERIOR

FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



APLICANDO LA ENCUESTA DE DEPRESIÓN A LOS ADULTOS MAYORES



OBTENIENDO DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS



PACIENTES CON MÁS DE 2 CONDICIONES CRÓNICAS DE ACUERDO AL REGISTRO EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS

ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y CÍRCOS				VACINAS Y DE DOROS			
EDAD	04	TALLA (CM)	156	P.A. (mmHg)	100/60	FC/L	INFLUENZA
ESTADO DE RECEN NACIDO	GESTANTE (P/N) NIÑO/ADESCENTE (A/D) NIÑO/ADESCENTE (A/D) NIÑO/ADESCENTE (A/D)		JUVENIL ADULTO	DTI	PARO	ANTIGUOS	
ESTADO DE RECEN NACIDO	CRUEL V.	PRE-EM	EVOLUCION INTEREA	IMP	MUELLA	ANTIGUOS	
AFOR	N. N. PREMATURO	TIPO DE TIPO	ADULTO MAYOR	ICA	RETARDA	COMPLETAMENTE	
AFOR	MAQUEDAL NACER	CONSEJERA INTERCENAL	INCAP	EPH	DE ANA TOY DOROS	IMP	
AFOR	OPIN CONCENTA I DESEA AL NACER	CONSEJERA INTERCENAL	TABACA DE SALUD MENTAL	NO	SI	NO	
AFOR	N. FAMILIARES DE CESTI PLEEN CASIANT	INC. (N/A)	GRUPO DE RESGONAR	NO	SI	NO	

DESCRIPCION	INICIO		FIN	
	TIPO DE DA	CE-19	TIPO DE DA	CE-19
Diabetes Mellitus tipo II	P	X	F119	D
Hipertension arterial sistolica	P	X	F10X	D
Asma	P	X	K291	D
Asma No especificada	P	X	K134	D

APELLIDOS Y NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION: David Covarrubias Ugaz
 ESPECIALIDAD: Medicina General
 FIRMA: [Firma]
 ASEGURADO:
 APODERADO:
 APODERADO: NOMBRES Y APELLIDOS: David Covarrubias Ugaz
 DNI y CE DEL APODERADO: 70044111

DESCRIPCION	INICIO		FIN	
	TIPO DE DA	CE-19	TIPO DE DA	CE-19
DIABETES MELLITUS	P	D	F119	D
HIPERTENSION ARTERIAL	P	D	F10X	D
ASMA	P	D	K291	D
ASMA NO ESPECIFICADA	P	D	K134	D

APELLIDOS Y NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION: David Covarrubias Ugaz
 ESPECIALIDAD: Medicina General
 FIRMA: [Firma]
 ASEGURADO:
 APODERADO:
 APODERADO: NOMBRES Y APELLIDOS: David Covarrubias Ugaz
 DNI y CE DEL APODERADO: 70044111



ANEXO 6: Declaración jurada de autenticidad de tesis

Universidad Nacional
del Altiplano PunoVicerrectorado
de InvestigaciónRepositorio
Institucional

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo Rubelia Rosa Huayllapuma Ccorimanya,
identificado con DNI 73385092 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado
Enfermería

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:
" Multimorbilidad y niveles de depresión en adultos mayores
que acuden al centro de salud Simón Bolívar de
Puno, 2024 "

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 30 de octubre del 2024



FIRMA (obligatoria)



Huella



DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo YULIZA GORETTY APAZA MAMANI
identificado con DNI 74429353 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

ENFERMERIA

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

" MULTIMORBILIDAD Y NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS
MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SIMÓN
BOLÍVAR DE PUNO, 2024 "

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 30 de OCTUBRE del 2024



FIRMA (obligatoria)



Huella



ANEXO 7: Autorización para el depósito de tesis en el Repositorio Institucional

 Universidad Nacional del Altiplano Puno	 Vicerrectorado de Investigación	 Repositorio Institucional
---	---	---

AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo Rubelia Rosa Huayllapuma Coorimanya,
identificado con DNI _____ en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado
Enfermería

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:
"Multimorbilidad y niveles de depresión en adultos mayores que acuden al centro de salud Simón Bolívar de Puno, 2024"

para la obtención de Grado, Título Profesional o Segunda Especialidad.

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los "Contenidos") que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:
Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 30 de Octubre del 2024



FIRMA (obligatoria)



Huella



AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo YULIZA GORETTY APAZA MAMANI
identificado con DNI 74429353 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

ENFERMERIA

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

" MULTIMORBILIDAD Y NIVELES DE DEPRESIÓN EN ADULTOS

MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD

SIMON BOLIVAR DE PUNO, 2024 "

para la obtención de Grado, Título Profesional o Segunda Especialidad.

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los "Contenidos") que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 30 de OCTUBRE del 2024


FIRMA *(obligatoria)*



Huella