

Artículo de investigación

## Influencia de la depresión en la calidad de vida de adultos mayores

### Influence of Depression on the Quality of Life of Older Adults

Jhosselyn Desire Vizcarra Gonzales<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-3294-2903>

Britney Zareli Bustamante Guillermo<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-1861-3027>

Melody Cecilia Quispe Palomino<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7670-4301>

William De Borba<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-9052-5382>

<sup>1</sup>Universidad Peruana Unión, (Escuela de enfermería), Lima, Perú.

\*Autor para la correspondencia: [williamdeborba@upeu.edu.pe](mailto:williamdeborba@upeu.edu.pe)

#### RESUMEN

**Introducción:** La depresión es un problema de salud pública mundial que afecta en las diferentes etapas de vida, la adultez es una de las más vulnerables a ella.

**Objetivo:** Determinar la influencia entre la depresión y calidad de vida de los adultos mayores de Lima.

**Métodos:** Se realizó un estudio con diseño no experimental, enfoque cuantitativo, de tipo explicativo y de corte transversal. Los instrumentos que se utilizaron fueron el cuestionario para medir depresión, PHQ-9, y el cuestionario de Calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud, Whoqolold.

**Resultados:** El coeficiente R<sup>2</sup> fue de 0,308, lo que significa que aproximadamente un 30,8 % de la variabilidad en la autonomía puede ser explicada por la depresión. En cuanto a la edad de los participantes, la media fue de 70,16 años, con una desviación estándar de 7,77. Hubo una ligera mayoría de mujeres, 52,9 %, mientras que los hombres constituyeron el 47 %. La mayoría de los participantes eran viudos (42,8 %).

**Conclusión:** Existe influencia significativa entre la depresión y la calidad de vida de los adultos mayores residentes de Lima. La disminución en la calidad de vida, en la dimensión de autonomía, se explica en un 30,8 % por la depresión.

**Palabras clave:** depresión; calidad de vida; anciano.

## ABSTRACT

**Introduction:** Depression is a global public health problem that affects people at different stages of life; it is one of the most vulnerable stages of adulthood.

**Objective:** To determine the influence of depression on the quality of life of older adults in Lima.

**Methods:** A non-experimental, quantitative, explanatory, and cross-sectional study was conducted. The instruments used were PHQ-9 depression questionnaire and the World Health Organization's quality of life questionnaire, the WhoQolold.

**Results:** The R2 coefficient was 0.308, which means that approximately 30.8% of the variability in autonomy can be explained by depression. Regarding the age of the participants, the mean was 70.16 years, with a standard deviation of 7.77. There was a slight majority of women, 52.9%, while men represented 47%. The majority of participants were widowed individuals (42.8%).

**Conclusion:** There is a significant influence between depression and quality of life among older adults living in Lima. Depression accounts for 30.8% of the decrease in quality of life in the autonomy dimension.

**Keywords:** depression; quality of life; elderly.

Recibido: 16/05/2024

Aceptado: 19/03/2025

## Introducción

La población del adulto mayor ha ido en aumento en los últimos años, se estima que para el 2050 representará un 16 % de la población mundial.<sup>(1)</sup> En el año 2022, en Latinoamérica se registraron 88,6 millones de adultos mayores de 60 años, lo que representó un 13,4 % del total de la población, esto indica que llegará al 16,5 % para el 2030.<sup>(2)</sup> Mientras tanto, en el Perú, la población adulta mayor aumentó de 5,7 % en el año 1950 al 13,3 % hasta el

año 2022. En los últimos meses del año 2022, en el 39,5 % de los hogares se encontró, al menos, un adulto mayor de 60 años o más.<sup>(3)</sup>

En el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), existen más de 4 millones de adultos mayores, que representaban el 13 % de la población total en el año 2021, de los cuales, 39 de cada 100 hogares del país tienen entre sus miembros, al menos, una persona mayor de 60 años y, en el 25 %, estos son el jefe del hogar.<sup>(4)</sup>

Dado el aumento de la población de adultos mayores, es pertinente conocer las enfermedades y condiciones que los afectan, puesto que representan una etapa de vulnerabilidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que, a medida que envejecemos, aumentan las posibilidades de sufrir problemas de salud física, como las enfermedades crónicas: el cáncer, la diabetes, las enfermedades respiratorias y cardiovasculares. Asimismo, estas enfermedades constituyen factores de riesgo para desarrollar otras afecciones de salud mental, como depresión y ansiedad, la depresión es una de las más comunes. Uno de los aspectos que se ve afectado por la aparición de las ya mencionadas enfermedades, es la calidad de vida. La OMS<sup>(5)</sup> describe que la percepción del individuo sufre influencia del contexto cultural y del sistema de valores de su entorno que puede influir las metas, expectativas, preocupaciones y normas.

En este sentido, Salvador y Vela<sup>(6)</sup> mencionan que la calidad de vida es afectada por la depresión, lo que puede causar inúmeros problemas en la vida del adulto mayor, como dificultades para caminar, bañarse o vestirse que afectan su independencia en las actividades diarias, así como el aumento de obstáculos en la vida social y emocional, lo que hace que su salud mental empeore.

Además, se sabe que la depresión es el problema de salud mental más frecuente en este grupo etario, afecta a un 7 % de la población geriátrica, lo que representa un 5,7 % de años vividos con una discapacidad en este grupo etario.<sup>(7)</sup> Por ello, es considerada un problema de salud pública al ser una comorbilidad que genera deterioro, uso incrementado de los recursos médicos y todo esto desencadena en una inadecuada calidad de vida, ya que muchos casos pueden terminar en suicidio.<sup>(8)</sup>

A nivel mundial, un 3,8 % de la población experimenta síntomas y conductas que sugieren la depresión, la mayor prevalencia está entre un 40 % para los hombres y el 60 % en las mujeres, aproximadamente 280 millones de personas sufren depresión actualmente.<sup>(5)</sup>

Según el Ministerio de la Salud de Perú (MINSA), desde 2021 se observó un incremento de los casos de depresión en la ciudad de Lima, un aumento de un 28,5 % de casos, y el período con mayor incidencia de casos es 2021-2023, también se observa aumento de casos de intentos suicidas tras el período de la pandemia.<sup>(9)</sup>

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la depresión es un trastorno mental que interfiere con la vida diaria, causa disminución de la voluntad y la capacidad para trabajar, estudiar, comer, dormir y aprovechar la vida.<sup>(10)</sup> La depresión es causada por factores genéticos, ambientales, biológicos y psicológicos. La conducta depresiva presenta una profunda tristeza, melancolía, infelicidad, aislamiento social y familiar, dificultad para superar situaciones conflictivas y frustrantes. Los síntomas depresivos son un factor de riesgo para la mortalidad en adultos mayores.<sup>(11)</sup> Peña y otros<sup>(12)</sup> señalan que los adultos mayores, a menudo, se sienten ignorados y perciben que ya no son necesarios en la familia, debido a la disminución de su capacidad funcional y autonomía en las actividades diarias, lo que aumenta el riesgo de desarrollar depresión.

A partir de lo antes mencionado, el objetivo del estudio fue determinar la influencia entre la depresión y calidad de vida de los adultos mayores de Lima.

## Métodos

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, tipo explicativo y de corte transversal.<sup>(13)</sup>

La población estuvo conformada por adultos mayores de 60 años hasta 77 años y sedentarios, los cuales pertenecían a los sectores 3, 5 y 7 del distrito de Ate-Vitarte, Lima-Perú. El tipo de muestreo fue no probabilístico, la selección de los adultos mayores fue según la conveniencia, la población pertenece al distrito de Ate Vitarte. Se realizaron visitas domiciliarias para identificar adultos que cumplían los criterios de inclusión y exclusión, la muestra fue de 521 personas mayores. Se incluyeron adultos mayores que se encontraban orientados, en sus capacidades cognitivas y facultativas. Se excluyeron aquellos adultos mayores que se encontraban fuera del rango de edad estipulado, con discapacidades oculares, auditivas, cognitiva y con respuestas incompletas en los instrumentos.

Para evaluar la depresión, fue utilizado el instrumento PHQ-9, elaborado por Kroenke y otros,<sup>(14)</sup> y validado en Perú por Huarcaya y otros.<sup>(15)</sup> El instrumento usa una escala tipo Likert, compuesta por nueve ítems. Fue creado a partir de criterios que evalúan la depresión mayor (MDD). El PHQ-9 mide síntomas depresivos. Además, está adaptado para evaluar a la población adulta mayor en el contexto urbano y rural, está validado para diferentes grupos poblacionales. Esto significa que el PHQ-9 puede utilizarse en diferentes grupos poblacionales en Perú. El instrumento presenta evidencias psicométricas de fiabilidad (alfa Cronbach = 0,84), y niveles adecuados de especificidad (>0,90) y sensibilidad, a su vez, presenta una validez de constructo con análisis confirmatorio de un modelo bifactorial CFI = 0,991; GFI = 0,969; RMSEA = 0,056, con un ajuste adecuado. Para medir la calidad de vida, en las dimensiones compuestas factor somático y cognitivo, el instrumento utilizado fue elaborado por WHOQoLGroup,<sup>(16)</sup> traducido y adaptado en México por Hernández-Navar y otros.<sup>(17)</sup> Es una escala Likert que tiene 6 dimensiones y 24 ítems: habilidades sensoriales, actividades presentes y futuras, participación social, autonomía, actividades pasadas, muerte e intimidad. La fiabilidad del instrumento es de  $\alpha = 0,84$ ; todas las dimensiones del instrumento presentan confiabilidad de 0,75 hasta 0,88. Hay evidencias psicométricas aceptables de fiabilidad del instrumento.

Para la recolección de datos, se aplicaron los instrumentos de manera presencial y virtual durante la realización de una visita con duración de 5 minutos; previo a eso, se dio información objetiva de la investigación, con la finalidad de conseguir la participación voluntaria de cada participante. Para responder los formularios, se utilizó el aplicativo Google Forms, en el que cada participante brindó la respuesta, todo esto en compañía de algún familiar o persona responsable.

Los datos obtenidos de las entrevistas fueron ingresados y procesados en el software R studio versión 3.2.3, tras una limpieza de datos, se realizó el análisis de datos descriptivos mediante tablas de frecuencias, porcentaje con media y desviación estándar. Para el descriptivo de las variables categóricas, el análisis fue según la media, desviación estándar, asimetría y curtosis.

Se utilizó la prueba de R de Pearson previa aplicación de la prueba de normalidad, realizada con Kolmogórov-Smirnov, que identificó distribución paramétrica de los datos. El modelo explicativo de las variables fue mediante el análisis con métodos de regresión lineal simple

y la confirmación del modelo fue analizado con el factor de inflación de la varianza (VIF) para detectar presencia de multicolinealidad.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión, con número 181-CE-FCS-UPeU-2023; una vez aprobada, fue solicitada aprobación del local de recolección datos. Para la participación en dicha investigación, fueron respetados los derechos de los participantes según la declaración de Helsinki<sup>(18)</sup> y el código de Nuremberg.<sup>(19)</sup> Los participantes firmaron un consentimiento informado para su participación, que fue voluntario, anónimo y confidencial. La investigación no trajo ningún riesgo al participante.

## Resultados

En la tabla 1 se observan los datos sociodemográficos recopilados de la muestra. En cuanto a la edad de los participantes, la media (M) fue de 70,16 años, con una desviación estándar (DE) de 7,77, lo que sugiere que la muestra está relativamente concentrada en torno a esta edad promedio, con una variabilidad moderada en las edades individuales. En términos de distribución por sexo, se observa una ligera mayoría de mujeres, 52,9 % de la muestra, mientras que los hombres constituyeron un 47 %. El estado civil de los participantes muestra una diversidad significativa. La mayoría de los participantes eran viudos (42,8 %), seguidos por los casados (28,4 %), divorciados (26,6 %) y una minoría de solteros (2,1 %). En cuanto a la procedencia, la mayoría son de la costa (56,4 %), seguidos por aquellos de la sierra (35,1 %), y una minoría de la selva (8,4 %).

**Tabla 1** - Datos sociodemográficos de los adultos mayores de Lima seleccionados

Variable	F	%
<b>Edad</b> (M:70,16; DE:7,77)		
<b>Sexo</b>		
Femenino	276	52,98
Masculino	245	47,02
<b>Estado civil</b>		

Soltero(a)	11	2,11
Casado(a)	148	28,41
Divorciado (a)	139	26,68
Viudo (a)	223	42,80
<b>Procedencia</b>		
Costa	294	56,43
Sierra	183	35,13
Selva	44	8,44

En la tabla 2 se observa que la variable Depresión muestra un puntaje promedio de 18,78, con una DE = 3,93, considerado con una dispersión baja. La distribución de puntajes estuvo ligeramente sesgada hacia la izquierda, como lo indica la asimetría negativa (-0,59). El puntaje promedio de depresión es relativamente bajo y la asimetría negativa indica que la mayoría de los adultos mayores evaluados tiene puntajes más bajos de lo esperado en depresión. Sin embargo, la curtosis positiva sugiere que hay algunos casos extremos con puntajes más altos, lo que podría representar individuos con una depresión más grave.

En cuanto a la variable Calidad de Vida, se encontró que en la dimensión denominada Habilidades sensoriales, la media y la asimetría negativa sugieren que la mayoría de las personas tenían puntajes bajos, lo que puede indicar problemas con sus habilidades sensoriales, mientras que la dimensión Muerte y agonía, la fuerte asimetría negativa y la curtosis positiva indican que la mayoría de las personas tenía una mayor preocupación por la muerte y agonía de lo esperado, y algunos presentaron niveles extremadamente altos de esta preocupación.

En cuanto a las dimensiones Actividades presentes, pasadas y futuras y Participación social, ambas muestran una distribución simétrica, lo que sugiere que los puntajes están distribuidos de manera uniforme, sin una tendencia clara hacia valores más bajos o altos. Además, la curtosis negativa indica que los puntajes están más dispersos, sin muchos valores extremos, lo que implica una mayor homogeneidad.

En la dimensión Intimidad, la ligera asimetría positiva indica que algunos adultos mayores tuvieron puntajes más altos en intimidad de lo esperado, tanto la Depresión como algunas dimensiones de la Calidad de Vida muestran una tendencia hacia puntajes más bajos, con

la posibilidad de valores extremos, especialmente en las dimensiones de Muerte y agonía y Habilidades sensoriales. Otras dimensiones, como Actividades presentes, pasadas y futuras y Participación social, presentaron distribuciones más simétricas y normales.

**Tabla 2** - Análisis descriptivo de la depresión y las dimensiones de calidad de vida de los adultos mayores, Lima Perú

Variable	M	DE	g1	g2
Depresión	18,78	3,93	-0,59	3,71
Habilidades sensoriales	7,62	1,07	-0,55	0,39
Autonomía	15,23	3,95	-0,84	-0,44
Actividades presentes, pasadas y futuras	10,91	1,87	0,03	-0,35
Participación social	8,93	2,02	0,08	-0,23
Muerte y agonía	12,63	2,25	-1,24	3,78
Intimidad	7,65	1,97	0,30	-0,46

*Nota:* M = media, DE = desviación estándar, g1 = asimetría, g2 = curtosis.

La tabla 3 proporcionó un análisis detallado de las correlaciones entre la depresión y diversas dimensiones de calidad de vida. Se observó que la depresión (PHQ) estuvo positivamente correlacionada con todas las dimensiones analizadas. La dimensión con la correlación más alta fue la autonomía (AU), con un coeficiente de 0,56. Esto indicó una asociación significativa entre una percepción negativa de la autonomía y niveles más altos de depresión. Asimismo, se encontró una correlación débil, pero significativa, con las habilidades sensoriales (HS) de -0,15, lo que sugiere que una percepción negativa de las habilidades sensoriales, también estuvo relacionada con niveles más altos de depresión. Mientras tanto, se encontró correlación negativa e inversa entre intimidad (IN) con -0,30 y la participación social (PS) con -0,25, lo que sugiere que a medida que la depresión aumenta, la intimidad y participación social disminuyen.

**Tabla 3** - Análisis de correlación Depresión y las dimensiones de Calidad de Vida de los adultos mayores

Variables	PHQ
HS	-0,15

AU	0,56
PPF	0,19
PS	-0,25
MA	0,18
IN	-0,30

Nota: PHQ: Depresión; HS: Habilidades sensoriales; AU: Autonomía; PPF: Actividades del pasado, presente y futuro; PS: Participación social; MA: Muerte y agonía; IN: Intimidación

La tabla 4 presentó los resultados de un análisis de regresión que examina la relación entre la depresión y la autonomía (DA). El intercepto del modelo es de 4,72, lo que representó el nivel esperado de autonomía cuando el nivel de depresión es cero. Esto implicó que incluso en ausencia de depresión, se espera que haya un nivel basal de autonomía. El coeficiente de regresión para la depresión es de 0,56, con un error estándar de 0,037. Este coeficiente indicó que, por cada aumento unitario en los niveles de depresión, se espera un aumento de 0,56 unidades en la autonomía.

El valor relacionado al coeficiente de regresión es de 15,20, con un valor de  $p$  muy bajo ( $p < 0,0001$ ), lo que indica una significancia estadística muy alta. Esto sugiere que la relación entre la depresión y la autonomía es altamente significativa. El coeficiente de determinación ( $R^2$ ) es de 0,308, lo que significa que, aproximadamente, un 30,8 % de la variabilidad en la autonomía puede ser explicada por la depresión. Seguidamente, se observa que la dimensión intimidad (DI) tuvo un coeficiente de correlación de -0,15; además, un 9,2 % de la variabilidad en la Intimidación puede ser explicada por la depresión. Asimismo, en cuanto a la dimensión Participación Social (DPS), se observó un coeficiente de correlación de -0,13, y un 6 % de la variabilidad en la participación social puede explicarse por la depresión.

En cuanto a la dimensión muerte y agonía (DMA), con un coeficiente de correlación de 0,10, un 3,3 % de la variabilidad en esta dimensión puede ser explicada por la depresión. Se observa, también, el valor de VIF menor a 2, lo que sugiere que el modelo y las variables independientes no están siendo infladas por la multicolinealidad que sugiere que el modelo propuesto presenta mayor fiabilidad y significancia.

**Tabla 4** - Análisis de regresión de la Depresión sobre las dimensiones de Calidad de vida de

## adultos mayores

Predictor	B	ES	T	P	Intercepto	R2	VIF
DHS	-0,04**	0,012	-3,534	0,000	8,40	0,023	1,02
DA	0,56**	0,037	15,20	0,000	4,72	0,308	1,44
DAPPF	0,09*	0,020	4,514	0,000	9,17	0,038	1,03
DPS	-0,13	0,021	-5,773	0,000	11,30	0,060	1,06
DMA	0,10**	0,025	4,18	0,000	10,69	0,033	1,03
DI	-0,15	0,021	-7,26	0,000	10,51	0,092	1,10

Nota: DHS - Depresión sobre Habilidades Sensoriales; DA - Depresión sobre Autonomía; DAPPF - Depresión sobre Actividades pasadas, presentes o futuras; DPS - Depresión sobre Participación social; DMA - Depresión sobre Muerte y agonía; DI - Depresión sobre Intimidad<sup>a</sup>  $\beta$  = Beta, ES = error estándar, T = coeficiente t, R<sup>2</sup> = Coeficiente de regresión r, VIF = Factor de Inflación de la Varianza.

<sup>b</sup> P = p valor < 0,001.

## Discusión

Los resultados obtenidos ofrecen una comprensión detallada sobre cómo la depresión impacta aspectos clave del bienestar y la funcionalidad de los adultos mayores de Lima, subraya la necesidad de una mayor atención a la salud mental en este grupo. En cuanto a los datos sociodemográficos, se obtuvo que la media de las edades de los participantes es de 70,16 años, con una desviación estándar de 7,77. Asimismo, la mayoría de participantes fueron de sexo femenino (52,98 %), viudos (42,80 %) y de la región costa (56,43 %), datos similares se pueden ver en el estudio de Tenorio y otros,<sup>(20)</sup> cuyo objetivo fue la calidad de vida de adultos mayores de la seguridad social peruana durante la pandemia por COVID-19, en que la edad promedio fue de 73 años, la mayoría de participantes fue del sexo femenino (84,9 %) y con un nivel educativo superior (83,3 %).

Los resultados de correlación revelan que la depresión está positivamente correlacionada con diversas dimensiones de la calidad de vida, se destaca la autonomía como la más afectada, con un coeficiente de 0,56. Este hallazgo sugiere que los adultos mayores con niveles más altos de depresión tienden a percibir una mayor pérdida de autonomía, lo que es consistente con estudios previos que subrayan cómo la depresión afecta la funcionalidad y el sentido de independencia en este grupo etario. La correlación negativa e inversa con las dimensiones de intimidad (-0,30) y participación social (-0,25) sugiere que a medida que los niveles de depresión

aumentan, estas áreas tienden a verse deterioradas. Esto concuerda con investigaciones que indican que la depresión en los adultos mayores está asociada con el aislamiento social y una disminución en las interacciones sociales significativas.<sup>(21)</sup>

En estudios similares realizados en San Martín de Porres,<sup>(22)</sup> se mostró que la depresión interfiere con la calidad de vida, lo que genera mayor búsqueda de servicios de salud e impide el bienestar físico, la independencia y la salud mental del anciano. Esto quiere decir que, a un menor nivel de calidad de vida, le corresponde un mayor nivel de depresión. Además, se encontró significancia de  $p = 0.001$ , que muestra la correlación entre la depresión y dimensiones de calidad de vida (intimidad), sobre la base de esos hallazgos se sugiere que la depresión repercute en la calidad de vida del adulto mayor.

Los resultados del análisis de regresión proporcionan evidencia adicional sobre la relación entre la depresión y la autonomía, lo que indica que la depresión explica una parte importante de la variabilidad en la percepción de autonomía. Esta relación es fundamental, ya que la pérdida de autonomía es uno de los aspectos más devastadores del envejecimiento y puede empeorar considerablemente la depresión en los adultos mayores.<sup>(6)</sup>

La dimensión Intimidad, también, fue afectada por la depresión, con un coeficiente de regresión negativo, lo que indica que a medida que la depresión aumenta, la percepción de intimidad disminuye. Asimismo, la participación social mostró un comportamiento similar (-0,13), lo que refuerza la idea de que la depresión no solo afecta la salud mental de los adultos mayores, sino también su capacidad para mantener relaciones y participar activamente en la sociedad.

Estos resultados se pueden contrastar con el estudio de Vitório y otros;<sup>(23)</sup> en su investigación, la correlación más significativa se encontró en la dimensión de Actividades pasadas, presentes y futuras, lo que indica una fuerte relación inversa entre la percepción negativa de esta dimensión y niveles más altos de depresión. Esto coincide con el hecho de que la reflexión sobre el pasado y las expectativas pueden afectar profundamente el estado de ánimo de los adultos mayores, esta dimensión también presentó puntajes bajos y simétricos. En el estudio de Vitório y otros, la autonomía explicó solo un 2,4 % de la variabilidad en la depresión. Esto sugiere que ambas investigaciones encuentran una relación entre depresión y autonomía.

Además, en las dimensiones como Participación social e Intimidad también mostraron una

relación significativa con la depresión, estas dimensiones explican un bajo nivel de la variabilidad. Este contraste resalta que, aunque la relación entre depresión y estas dimensiones es consistente en ambos estudios, la magnitud de la influencia de la depresión en estas áreas varía según las poblaciones y los métodos de análisis; además, los resultados en la dimensión de Muerte y agonía refuerzan la idea de que, si bien el temor a la muerte y el proceso de agonía son preocupaciones comunes en los adultos mayores, esta consistencia sugiere que la relación entre la depresión y calidad de vida podría ser aplicable a diferentes contextos geográficos, lo cual fortalece la posibilidad de generalización.<sup>(24)</sup>

En conclusión, existe influencia significativa entre la depresión y la calidad de vida de los adultos mayores residentes de Lima. La disminución en la calidad de vida, en la dimensión de autonomía, se explica en un 30,8 % por la depresión.

## Referencias bibliográficas

1. Ceplan. Envejecimiento de la población. Centro nacional de planeamiento estratégico-Perú. 2023 [acceso 12/04/2024]. Disponible en: <https://observatorio.ceplan.gob.pe/ficha/m5>
2. Camacho J, Galán J. La Relación Entre Depresión y Deterioro Cognitivo en Personas Mayores Institucionalizadas en Residencias Españolas. *Psicología: Teoría e Pesquisa*. 2021;(37):1-10. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e37413>
3. Cepal. Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores. Naciones Unidas; 2022 [acceso 12/05/2024]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48567-envejecimiento-america-latina-caribe-inclusion-derechos-personas-mayores>
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática Perú: Situación de la población adulta mayor informe técnico. 2022 [acceso 02/09/2024]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic-2021.pdf>
5. OMS. Non communicable Diseases. World Health Organization; 2020 [acceso 03/04/2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330805/9789240000490-eng.pdf?sequence=1>

6. Salvador D, Salvador V, Vela M. Depresión en el adulto mayor, factor predisponente para la mala calidad de vida. *Dominio de Las Ciencias*. 2020;6(4):98-109. DOI: <https://doi.org/10.23857/dc.v6i4.1552>
7. OMS. La salud mental y los adultos mayores. OMS; 2017 [acceso 04/09/2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>.
8. Kampling H, Baumeister H, Bengel J, Mittag O. Prevención de la depresión en adultos con afecciones físicas crónicas. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas*. 2021;(3). DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011246.pub2>
9. Ministerio de la Salud. Vigilancia epidemiológica de Problemas priorizados de salud mental Perú 2024- SE 09. MINSA. 2024 [acceso 01/09/2024]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2024/SE09/mental.pdf>
10. Naciones Unidas. Global Population Ageing. In: *Economic and Social Affairs United Nations Springer*. 2023 [acceso 12/03/2024];109(112):1-200. Disponible en: [https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-981-16-1914-4\\_154-1](https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-981-16-1914-4_154-1)
11. Corrêa V, Confortin S, D'orsi E, Sá-Junior A, Oliveira C, Schneider I. Depressive symptoms as an independent risk factor for mortality. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2021;43(3):247-53. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0749>
12. Peña E, Bernal L, Reyna L, Pérez R, Onofre A, Cruz A, Silvestre A. Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México. *Universidad y Salud*. 2019;21(2):113-8. DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.192102.144>
13. Hernández R. Metodología de la investigación. In *Journal of Chemical Information and Modeling*. McGRAW-HILL. 2014 [acceso 22/04/2024];2(53):1-634. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=775008>
14. Kroenke K, Spitzer R, Williams J. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-13. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
15. Huarcaya V, Jeff D, Raúl Q, Bazán M, López J, Lora K D. Propiedades psicométricas del Patient Health Questionnaire (PHQ-9) en estudiantes de medicina en Lima, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2020;83(2):72-9. DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i2.3749>

16. WHOQoL Group. Study protocol for the World Health Organization Project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Quality of Life Research. 1993 [acceso 20/05/2024];2(2):153-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8518769/>
17. Hernández-Navor JC, Guadarrama-Guadarrama R, Castillo-Arellano SS, Arzate Hernández G, Márquez-Mendoza O. Validación del Whoqol-Old en adultos mayores de México. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. 2015 [acceso 20/05/2024];7(3):397-05. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333143435001>
18. Dal-Ré R, Delgado M, Bolumar F. Declaración de Helsinki Registration of observational studies: it is time to comply with the Declaration of Helsinki requirement. *Gaceta Sanitaria*. 2015;29(3):228-31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.10.006>
19. Tribunal Internacional de Nuremberg. Código de Nuremberg, 1947. *BMJ*. 1996;(313):1448. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7070.1448>
20. Tenorio J, Romero Z, Roncal V, Cuba M. Calidad de vida de adultos mayores de la Seguridad Social peruana durante la pandemia por COVID-19. *Rev. Cuerpo Med. HNAAA*. 2022;5(1):42-5. DOI: <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa>
21. Bravo S, Cruz G, Espinoza R, Palao A. La comorbilidad diabetes-depresión y su asociación con la discapacidad entre los reclusos de edad avanzada comorbilidad de depresión-diabetes asociada a la discapacidad en el adulto mayor en prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 2022;24(2):56. DOI: <https://dx.doi.org/10.18176/resp.00051>
22. Yovana Isabel Q. Depresión y calidad de vida en adultos mayores que residen en una zona vulnerable en San Martín de Porres. *Revista Científica Ágora*. 2021;8(2):3-10. DOI: <https://doi.org/10.21679/arc.v8i2.212>
23. Vitória E, Pires D, Santos C, Randson R, Peloso B, Okino N. Implicações da depressão na qualidade de vida do idoso: estudo seccional. *Enfermeria Global*. 2022;21(1):433. DOI: <https://doi.org/10.6018/EGLOBAL.485981>
24. Hermida PD, Ofman SD, Feldberg C, Irrazabal N, Tartaglini MF. Calidad de vida y depresión en adultos mayores jubilados. Un estudio comparativo por género. 2024. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*. 2024;22(2):200-

16. DOI: <https://doi.org/10.35319/ajayu.222264>

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

### **Contribución de los autores**

*Conceptualización:* Jhosselyn Desire Vizcarra Gonzales, Britney Zareli Bustamante Guillermo, Melody Cecilia Quispe Palomino.

*Curación de datos:* William de Borba.

*Análisis formal:* William de Borba.

*Investigación:* Jhosselyn Desire Vizcarra Gonzales, Britney Zareli Bustamante Guillermo, Melody Cecilia Quispe Palomino.

*Metodología:* Jhosselyn Desire Vizcarra Gonzales, Britney Zareli Bustamante Guillermo, Melody Cecilia Quispe Palomino.

*Supervisión:* William de Borba.

*Redacción – borrador original:* Jhosselyn Desire Vizcarra Gonzales, Britney Zareli Bustamante Guillermo, Melody Cecilia Quispe Palomino, William de Borba.

*Redacción – revisión y edición:* Jhosselyn Desire Vizcarra Gonzales, Britney Zareli Bustamante Guillermo, Melody Cecilia Quispe Palomino, William de Borba.