

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

TESIS

FACTORES ASOCIADOS A LA SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR CON SÍNDROME DEL NIDO VACÍO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORES : BACH. ENF. JANE GARCIA MURAYARI
BACH. ENF. ROSARIO HUANSI TORRES

ASESORES : MÉD. MGR. JESÚS JACINTO MAGALLANES CASTILLA
DRA. MARITZA E. VILLANUEVA BENITES

SAN JUAN BAUTISTA - IQUITOS - PERÚ

2024

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

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP

El presidente del Comité de Ética de la Universidad Científica del Perú - UCP

Hace constar que:

La Tesis titulada:

"FACTORES ASOCIADOS A LA SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR CON SÍNDROME DEL NIDO VACÍO"

De las alumnas: **JANE GARCIA MURAYARI Y ROSARIO HUANSI TORRES,** de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **5% de similitud**.

Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

San Juan, 20 de setiembre del 2024.



Mgr. Arq. Jorge L. Tapullima Flores
Presidente del Comité de Ética – UCP

JLTF/ri-a
295-2024

RESUMEN_UCP_ENFERMERIA_2024_T_JANEGARCIAY ROSARIOHUANSI_VI

5% Textos sospechosos

- 3% Similitudes
- 0% similitudes entre comillas
- 0% entre las fuentes mencionadas
- 2% Idiomas no reconocidos
- 0% Textos potencialmente generados por la IA

Nombre del documento: RESUMEN_UCP_ENFERMERIA_2024_T_JANEGARCIAY ROSARIOHUANSI_VI.pdf
ID del documento: 2384696d5a34776c1a99aeb06d0cdc3de7c4899d
Tamaño del documento original: 836,75 kB
Autores: []

Depositante: Chris Angela Ramirez Flores
Fecha de depósito: 20/9/2024
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 20/9/2024

Número de palabras: 9931
Número de caracteres: 64.337

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	repositorio.unal.edu.co https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/unal/69408/1/1130616200.2018.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (68 palabras)
2	www.eumed.net https://www.eumed.net/rev/cccss/21/ccla.html#:~:text=Según Westley y Epstein (citados por Ares, 2...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (52 palabras)
3	www.elsevier.es | Propiedades Psicométricas de una Escala para Evaluar el Apoyo ... https://www.elsevier.es/es-revista-acta-investigacion-psicologica-psychological-111-articulo-propied...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (24 palabras)
4	familiasperuanas.pe | Nido vacío - Universidad del Pacífico https://familiasperuanas.pe/fam7.php	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (29 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	www.paho.org | Depresión - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud https://www.paho.org/es/temas/depresion	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (20 palabras)
2	dspace.unl.edu.ec https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/14839/1/Tesis 3 MP.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (18 palabras)
3	scielo.org.co | Factores que explican el apoyo social del adulto mayor en tres ciud... http://scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802020000200144	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (19 palabras)
4	repositorio.unac.edu.pe https://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/8961/TESIS - QUISPE-OSCCO.pdf?se...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (12 palabras)
5	repositorio.uncp.edu.pe https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/10621/T010_42123039_T.pdf?seque...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (10 palabras)

Fuente mencionada (sin similitudes detectadas)

Estas fuentes han sido citadas en el documento sin encontrar similitudes.

1 https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494321000881?via=ihub#bib0029

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con **Resolución Decanal N° 1729-2023-UCP-FCS,** del 15 de diciembre de 2023, se designa jurado.
Con **Resolución Decanal N° 1333-2024-UCP-FCS,** del 26 de setiembre de 2024, se autorizó la sustentación.

Siendo las 11:00 a.m. horas, del día miércoles 02 de octubre de 2024, se constituyó de modo presencial el jurado para escuchar la presentación y defensa de la tesis: **FACTORES ASOCIADOS A LA SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR CON SÍNDROME DEL NIDO VACÍO.**

Presentado por:

ROSARIO HUANSI TORRES

Para optar el título profesional de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**

JANE GARCIA MURAYARI

Para optar el título profesional de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**

Como asesores **Méd. Mgr. Jesús Jacinto Magallanes Castilla y Dra. Maritza Evangelina Villanueva Benites.**

Luego de escuchar la sustentación y defensa ante las preguntas, el jurado pasó a la deliberación de forma reservada, llegando a la siguiente conclusión: ..... Respondidas Satisfactoriamente. .....

La sustentación es: ..... Aprobado por Unanimidad .....

A las ..... 12:00 ..... Horas culminó el acto público.

En fe de lo cual los miembros del jurado firman el acta y comunican en acto publico

Dr. Carlos Enrique Calloapaza Valladares
Presidente

Lic. Enf. Simith Herminia Arévalo Vargas
Miembro

Lic. Enf. Susana Yhuaraqui Zumba
Miembro

HOJA DE APROBACION

TESIS, DENOMINADO: FACTORES ASOCIADOS A LA SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR CON SÍNDROME DEL NIDO VACÍO.

FECHA DE SUSTENTACION: 02 DE OCTUBRE DE 2024.

Dr. Carlos Enrique Calloapaza Valladares
Presidente

Lic. Enf. Simith Herminia Arévalo Vargas
Miembro

Lic. Enf. Susana Yhuaraqui Zumba
Miembro

Méd. Mgr. Jesús Jacinto Magallanes Castilla
Asesor

Dra. Maritza Evangelina Villanueva Benites
Asesora

DEDICATORIA

A dios por darme la vida, salud, la fortaleza física y emocional, por protegerme de las adversidades, por brindarme sabiduría en el ejercicio diario de mi carrera y vida personal.

A mi esposo, por su amor, apoyo, ayuda incondicionalmente por ser ejemplo de lucha, perseverancia, por ser mi soporte, mi fortaleza en mis días grises, por brindarme su comprensión.

A mi hijo por ser mi mayor motivación para nunca rendirme en los estudios de mi carrera y poder llegar ser un ejemplo para él.

A mi madre por haberme apoyado en todo momento por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada por su amor infinito.

JANE GARCIA MURAYARI

A Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente. Por haber puesto en mi camino que han sido soporte durante mi formación profesional.

A mi familia por su cariño, amor y constante apoyo para lograr mis metas, por darme fortaleza en todo momento, por sus consejos y despertar en mi lo que soy y enseñarme a hacerlo.

A mi hermana e hijos, por ser apoyo en todo este proceso de aprendizaje

ROSARIO HUANSI TORRES.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darnos vida, salud por estar siempre junto a nosotras, por habernos dado familias maravillosas, que nos apoyaron en todo el proceso de formación.

Gracias a la Universidad Científica del Perú, por habernos permitido formarnos en ella, gracias a todos los docentes que brindaron sus conocimientos su apoyo para seguir adelante día a día. Gracias a todos ustedes que nos contribuyeron en la culminación de este sueño.

A nuestros asesores la Dra. Maritza E. Villanueva Benites, al Dr. Jesús J. Magallanes Castilla, por habernos brindado la oportunidad de recurrir a sus capacidades, conocimientos científicos. Así como también habernos tenido toda la paciencia del mundo para guiarnos durante todo el desarrollo de esta tesis.

Para finalizar agradecer de todo corazón a todos los adultos mayores que participaron en este presente estudio por su gran apoyo, por sus lindas palabras de aliento, por sus buenos deseos hacia nosotras.

JANE GARCIA MURAYARI.

ROSARIO HUANSI TORRES.

INDICE DE CONTENIDO

Portada i

Constancia de antiplagio ii
Acta de sustentación iv
Hoja de aprobación v
Dedicatoria vi
Agradecimientos vii
Índice de contenido viii
Índice de tablas x
Resumen xi
Abstract xii

Capítulo I. Marco teórico 13
1.1. Antecedentes del estudio 13
1.2. Bases teóricas 16
1.3. Definición de términos básicos 24

Capítulo II. Planteamiento del problema **26**
2.1. Descripción del problema 26
2.2. Formulación del problema 27
2.2.1. Problema general 27
2.2.2. Problemas específicos 27
2.3. Objetivos 28
2.3.1. Objetivo general 28
2.3.2. Objetivos específicos 28
2.4. Justicación de la investigación 29
2.5. Hipótesis 30
2.6. Variables 31
2.6.1. Variable dependiente 31
2.6.2. Variable independiente 31

Capítulo III. Metodología **34**

3.1. Tipo y diseño de investigación. 34
3.2. Población y muestra. 35
3.3. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos. 35
3.4. Procedimiento de recoleccion de datos. 38
3.5. Análisis de datos 39
3.6. Protección de los derechos humanos 39

Capítulo IV. Resultados 42
Capítulo V. Discusión, conclusión y recomendaciones 52

Referencias Bibliográficas 58
ANEXOS 68

Índice de tablas

		Pag.
Tabla 1	Factores ociodemográficas del adulto mayor según sexo	42
Tabla 2	Salud percibida del adulto mayor según sexo	43
Tabla 3	Características de la morbilidad sentida del adulto mayor	44
Tabla 4	Capacidad funcional del adulto mayor según sexo	45
Tabla 5	Funcionalidad familiar del adulto mayor según sexo	46
Tabla 6	Apoyo familiar del adulto mayor según sexo	47
Tabla 7	Nido vacio del adulto mayor según sexo	48
Tabla 8	Depresión del adulto mayor según sexo	49
Tabla 9	Depresión del adulto mayor según situación de nido vacío	50
Tabla 10	Matriz de correlacion bivariada para la depresión del adulto mayor	51

RESUMEN

Con el objetivo de determinar los factores asociados a la salud mental del adulto mayor con nido vacío, se desarrolló un estudio observacional correlacional. A una muestra de 250 adultos mayores que residían en la comunidad, se administró un cuestionario sociodemográfico, el índice de Barthel, el Apgar familiar, una escala de apoyo familiar, y el índice de Yesavagge. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 26,0. Los resultados mostraron que la edad promedio fue de 70.9 años, más de la mitad eran del sexo femenino, generalmente con estudios primarios. Mas de la tercera parte son viudos especialmente las mujeres, una tercera parte proceden de Maynas. Los adultos estimaron a la salud percibida en sus tres factores como “regular”. El 13.6% presentaron dependencia leve. Siete de cada diez reportaron morbilidad sentida, de éstos, cuatro de cada diez adultos informaron sufrir de hipertensión arterial; seis de cada diez informaron algún grado de disfuncionalidad familiar, la mitad de ellos informaron moderado apoyo familiar. El 38% declaró situación de nido vacío. El 30% de ellos presentó probable depresión. Del total de los adultos con nido vacío (54%), el 17.2% reveló algún grado de depresión. El pertenecer al sexo femenino, salud percibida en general, salud percibida en comparación a hace un año, la capacidad funcional, morbilidad sentida y apoyo familiar fueron las variables que produjeron mayor fuerza de asociación estadística significativa con la depresión ($p<0.05$).

Palabras clave: nido vacío- depresión-anciano

ABSTRACT

An observational correlational study was developed to determine the factors associated with the mental health of older adults with empty nests. A sociodemographic questionnaire, the Barthel index, the family Apgar, a family support scale, and the Yesavagge index were administered to 250 older adults residing in the community. For the statistical analysis of the data, the statistical program SPSS version 26.0 was used. The results showed that the average age was 70.9 years; more than half were female, generally with primary education. More than a third are widowers, especially women, and a third come from Maynas. Adults rated their perceived health in their three factors as “fair.” 13.6% presented mild dependence. Seven out of ten reported felt morbidity; of these, four out of ten adults reported suffering from high blood pressure; six in ten reported some degree of family dysfunction, and half of them reported moderate family support. 38% declared an empty nest situation. 30% of them presented probable depression. Of the total empty nest adults (54%), 17.2% revealed some degree of depression. Being female, perceived health in general, perceived health compared to a year ago, functional capacity, felt morbidity, and family support were the variables that produced the greatest strength of significant statistical association with depression ($p<0.05$).

Keywords: empty nest-depression-elderly

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes del estudio

Song, Yao, Chen, Song y Liu (China, 2023) estudiaron los factores relacionados a la depresión en 5337 adultos chinos con nido vacío en sus hogares mediante un metaanálisis. Reportaron una prevalencia de depresión del 43%, siendo superior en la zona urbana que en la rural. Algunos factores como ser mujer, estado civil, tener enfermedades crónicas y apoyo social se asociaron a la depresión[1].

Lu, Shen, Tan, Huang, Chen, Liang et al. (China, 2023) estudiaron los factores asociados a la salud mental de adultos mayores que viven en la comunidad. A 1173 ancianos aplicaron un cuestionario sociodemográfico, características clínicas, una escala de apoyo social, la escala de Ansiedad Generalizada y el Cuestionario de Salud del Paciente-9 ítem. Informaron que el 32,74% presentó ansiedad y 37,34% depresión. El hecho de ser mujer, estar desempleado antes de la jubilación, actividad física escaza, dolor físico y comorbilidades fueron factores de riesgo de ansiedad; mientras que el apoyo social fue protector significativo[2].

Zheng, Yang y Wang (China, 2022) exploraron la vinculación entre algunos síntomas depresivos y el nido vacío en ancianos en chinos. Informaron que el 48% de los ancianos tenían nido vacío. El 43,7% de la población anciana con nido vacío mostró depresión, siendo el nido vacío un factor de riesgo importante específicamente que no tienen pareja sin cónyuge[3].

Iclaikovski y Pereira (Brasil, 2022) efectuaron un estudio con el propósito de analizar el Síndrome del Nido Vacío desde el enfoque del psicoanálisis. Incluyeron artículos y tesis publicadas durante 22 años. Reportaron que el Síndrome del Nido Vacío aún precisa ser

estudiado de forma más compleja y completa. Los adultos deben prepararse antes de que el último hijo abandone la casa, desdoblando estrategias positivas de afrontamiento, las que pueden otorgar nuevas posibilidades en su vida personal y profesional[4].

Hu, Shi, Xu, Pan y Hu (China, 2022) analizaron el estado de salud de ancianos con y sin nido vacío, incluyeron las enfermedades crónicas, caídas y la salud mental. Informaron que los adultos mayores con nido vacío tuvieron mayor incidencia de caídas y depresión más severa que las personas mayores sin nido vacío (OR 2,76 y OR 2,25 respectivamente)[5].

Wang, Wang, Hu, Li, Wang y Wang (China, 2022) estimaron la relación causal del nido vacío con la depresión y déficit cognitivo en 23,614 adultos mayores. El pertenecer a nido vacío se asoció con aumentos de 0,13 y de 0,23 en el Cuestionario de 8 ítems que mide la demencia. La relación entre el nido vacío y las puntuaciones del Cuestionario de 8 ítems de Determinación de Demencia estuvo influída por las puntuaciones del Cuestionario de Salud del Paciente-9[6].

Van As, Imbimbo, Franceschi, Menesini y Nocentini (Italia, 2022) investigaron la asociación entre la soledad y depresión en ancianos a través de una revisión sistemática a partir de 221 artículos. Los resultados de diez estudios seleccionados en la etapa mostraron dos tendencias: el efecto longitudinal de la soledad sobre los la depresión y el curso clínico de la depresión y su relación con la soledad. Todos los manuscritos reportaron asociación estadística positiva entre la soledad y los la depresión con un rango de probabilidad entre 0,41 hasta 17,76[7].

Wang, Zhao, Shi, Zhang, Ying, Li, et al. (China, 2022) estudiaron la asociación de soledad, fragilidad y la calidad de vida (CV) de 304

adultos mayores con nido vacío. Informaron diferencia estadística significativa entre los adultos prefrágiles y frágiles para la soledad. Conjuntamente, observaron interacción entre la fragilidad con la soledad y su mediación en la calidad de vida[8].

Zhang, Chang, Yun, Lu, Zheng, Xue, et al. (China, 2022) exploraron la calidad del sueño en su relación con enfermedades crónicas y depresión en 3637 adultos mayores quienes completaron la Escala de Depresión Geriátrica y el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh. El 33,4% presentó depresión. Las enfermedades crónicas influyeron significativamente en los síntomas depresivos. También las enfermedades crónicas tuvieron influencia significativa en la calidad del sueño de los ancianos con nido vacío[9].

Kristensen, König y Hajek (Alemania, 2021) analizaron la asociación entre la la pertenencia a un nido vacío, depresión y soledad a partir de una Encuesta Alemana sobre Envejecimiento. Los hallazgos mostraron que la transición a un nido vacío condujo a una disminución de la soledad en los hombres y aumento de los síntomas depresivos en mujeres. Concluyeron que esta fase del ciclo de vida familiar no relación con la salud psicológica de los padres[10].

Mota, Celis, Da Silva, Santos, De Sousa, Filgueiras (Brasil, 2021) analizaron cómo los ancianos viven la etapa del nido vacío a través de un estudio cualitativo. Participaron siete ancianos, con edades entre 63 y 83 años, la pregunta norteadora fue: cuénteme, ¿cómo fue su experiencia cuando sus hijos se fueron de casa? Surgieron tres categorías temáticas, la cuales emergieron de un proceso analítico y explicativo de la experiencia vivida por los ancianos y comprendieron tres momentos: a) La vida siendo invadida por la soledad, b) Beneficiándose de la libertad y c) Levantando nuevos vuelos. Es decir, en una primera fase los adultos mayores soportaron fuertemente la soledad, sin embargo, posteriormente,

se adaptaron y reaprendieron a vivir, beneficiándose de la libertad. Mas adelante, ellos desarrollaron resiliencia con ayuda de sus pares[11].

Yang, Li, Wang, Shi y Fu (China, 2021) investigaron la cognición en 5549 adultos mayores con y sin nido vacío. La cognición fue mejor en los ancianos con nido vacío, que vivían en pareja. Los factores de riesgo de deterioro en la cognición fueron la edad avanzada, vivir en zonas rural, discapacidad de actividades instrumentales de la vida diaria y depresión fueron. Las mujeres tuvieron peores puntuaciones de la función cognitiva. El hecho de sufrir de enfermedades crónicas y sobrepeso se asociaron con una mejor función cognitiva entre los ancianos con nido vacío que vivían en pareja[12].

1.2. Bases teóricas

1.2.1. Magnitud del Síndrome del Nido Vacío en el adulto mayor

Es un hecho conocido que en todo el mundo la población está envejeciendo en forma rápida; tal es así que se prevé que en el año 2050 los adultos mayores serán alrededor de 2 mil millones[13]. Este grupo poblacional afronta soledad, convirtiéndose en un problema de salud pública. En los países desarrollados, la soledad afecta aproximadamente a uno de cada cuatro ancianos[14].

En América Latina, esta situación se agudiza por el envejecimiento acelerado mostrado en las últimas décadas, con alta incidencia de adultos mayores que viven solos. En el Perú, según el último censo del Instituto Nacional de Estadística, alcanza aproximadamente al 24% de mayores de 60 años.

Investigaciones previas señalan que los factores que inciden en la salud mental de los mayores son los sociodemográficos, las condiciones clínicas y el apoyo social[15]. Los ancianos en nido vacío tienen más riesgo de disfunción física, estrés, mala calidad de vida, depresión (Zheng et al., 2022), si no se aborda de manera efectiva produce trastornos del sueño, pensamientos suicidas. Esto podría deberse a factores estresantes, como la ausencia de los hijos, ausencia de pasatiempos y apoyo familiar (song et al., 2023).

1.2.2. Conceptualización del síndrome del nido vacío

Se denomina “nido vacío” a la etapa de vida en la que las personas mayores de 60 años viven solas o viven con su cónyuge porque no tienen hijos o sus hijos están casados o trabajan fuera por mucho tiempo, o están ausentes[16].

Badiani señala que durante el nido vacío pueden presentarse respuestas inadecuadas de los adultos mayores tan pronto como su último hijo se va de casa, dejándolos solos en casa[17]. Es un suceso pronosticado ya que los padres son conocedores de que los hijos se tornarán en adultos y en algún momento abandonarán la casa paterna.

Incluso se ha descrito que, durante esta etapa, los adultos mayores podrían experimentar infelicidad, pérdida, miedo, incapacidad, dificultad para ajustar roles y cambiar sus relaciones. Algunas veces, estas respuestas desadaptativas pueden ser inicio de un trastorno psicológico como la depresión, ansiedad o reacción psicótica[18].

Según Mitchell y Lovegreen, la definición de "Síndrome del Nido Vacío" se refiere a las probables reacciones negativas a esta evolución, como depresión o soledad, que experimentan los padres del Nido Vacío (Mitchell & Lovegreen, 2009)[19]. Es decir,

experiencias automanifestadas de depresión y angustia cuando los hijos abandonan la casa

1.2.3. Salud mental de adultos mayores en nido vacío:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 15% de las personas mayores sufren de un trastorno mental. Existen factores de estrés vital como disminución de la funcionalidad, duelo, jubilación, nido vacío entre otros. Ello puede causar aislamiento, soledad y depresión, la que ocasiona sufrimiento y alteración de la vida cotidiana. La depresión ocurre en el 5,7% de los adultos mayores, generalmente es infradiagnosticada e infratratada debido a que coparticipan con otros problemas. Las personas mayores con síntomas depresivos funcionan peor que las que padecen enfermedades crónicas como neumopatías, hipertensión o diabetes. La depresión también incrementa la mala salud percibida, uso de servicios de salud y costos[20].

Como señala Byers, la depresión y ansiedad son los problemas de salud mental más frecuentes entre los adultos mayores, esto no solo perturban la salud física y mental y por lo tanto la calidad de vida del adulto y entorno familiar, sino que acrecientan el riesgo de discapacidad y suicidio, de otra parte significan carga económica a la familia y sociedad[21].

En el año 2017, la prevalencia de depresión en el anciano peruano fué del 14%, los factores de riesgo señalados han sido ser mujer, ser mayor de 75 años, instrucción baja, el vivir sin pareja, vivir en área rural, la pobreza y la discapacidad física[22].

La depresión se distingue por tristeza constante y una falta de interés o placer en ejecución de actividades de la vida diaria que anteriormente eran gratificantes y satisfactorias. Ocasiona alteración del sueño y el apetito, además cansancio y escasez de concentración. La OMS estima que en los países de ingresos bajos

y medianos, más del 75% de las personas con trastornos de salud mental no reciben tratamiento[23].

Síntomas: ocurre pérdida de energía, modificación del apetito, necesidad de dormir más o menos de lo normal, ansiedad, disminución de la concentración, indecisión, inquietud, sentimiento de inutilidad, culpabilidad o desesperanza, y pensamientos de autolesión o suicidio.

Medicion de la depresión

La depresión de los adultos mayores puede medirse a través de varios instrumentos como:

- ***Inventario de depresión de Beck en ancianos***: es un autoinforme de 21 ítems, referidos a síntomas depresivos en la semana previa a la aplicación, con cuatro opciones de respuesta. Los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63, donde 63 representa la severidad máxima. El punto de corte establecido es de 10 puntos[24].

- ***Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CES-D)***: Es una escala de 20 ítems, que mide el afecto negativo, afecto positivo, relaciones interpersonales y actividad retardada y somatización. Tiene cuatro elecciones de respuesta que muestran la frecuencia y/o intensidad de los ítems. Cuatro ítems están en sentido negativo y cuatro de ellos en sentido positivo. Las respuestas son: 0= ningún día, menos de un día; 1= de 1 a 2 días; 2= de 3 a 4 días; 3= de 5 a 7 días. El puntaje total de la escala es desde 0 a 60. El punto de corte es 16:)[25]. Indice de confiabilidad de 0.96[26,27.]

- **Test Yesavage**: la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), fue diseñada por Yesavage y colaboradores, es un instrumento estándar de uso internacional en ancianos que residen en

entornos comunitarios y de cuidados de largo plazo. Consta de 15 preguntas con respuestas de cómo se percibieron durante los últimos siete días. Dura alrededor de cinco a siete minutos. La sensibilidad de este instrumento es del 92% y la especificidad es del 89%. La consistencia interna es de 0,99[28]. En la presente investigación se utilizará el Test de Yesavagge.

1.2.4. Condicionantes de la salud mental de adultos mayores

a) **Nido vacío:** Cuando los adultos adquieren la madurez, es usual que sus hijos cursen la etapa de abandonar el hogar, en búsqueda de oportunidades, estudiar y trabajar o el matrimonio. En este ciclo vital que, experimentan sentimientos de soledad y puede aparecer el síndrome del nido vacío (Iclaikovski et al., 2022). Es decir que, llas personas mayores en nido vacío son más susceptibles a sufrir trastornos mentales[29].

b) Aislamiento social: en el ámbito mundial, un 50 % de las personas mayores tienen riesgo de aislamiento social y aproximadamente un 30% de los mayores de 60 años presentan soledad[30]. Es decir que, el aislamiento social es uno de los problemas sociales más graves en el envejecimiento. Según la Organización Mundial de la Salud, el aislamiento social involucra "falta de contacto con familiares, amigos u otros"[31] y la prevalencia es del 77,2%[32]. Se ha reportado que la depresión es frecuente en los ancianos con el nido vacío, más si coexiste con edad avanzada y enfermedad crónica, ocasionando baja calidad de vida[33]. Al parecer la soledad en los nidos vacíos parece estar relacionado con la gravedad de la depresión y apoyo social[34].

c) Apoyo familiar: está constituida por un conjunto circunscrito de relaciones familiares y no familiares que proporcionan alguna

forma de soporte (afectivo, material, económico, emocional y cognitivo) para afrontar situaciones críticas[35].

Durante la vejez disminuye el número de relaciones por muerte de amigos o familiares, situaciones de jubilación y dificultad para establecer nuevas relaciones familiares. Existe varias teorías que explican este hecho; entre ellas la teoría socioemocional de la selectividad, según esta la reducción de las relaciones sociales en la vejez es producto de elección deliberada de los ancianos en vez de múltiples pérdidas. Afirma que los adultos mayores logran un rol proactivo en sus relaciones y eligen intencionadamente las relaciones que le interesan seguir conservando y profundizando[36].

El hecho de mantenerse activo e integrado socialmente es esencial para conservar una vida con un nivel mínimo de seguridad y confianza en el medio en el que se encuentran[37], y tiene importantes repercusiones en la salud de los adultos mayores; el decremento de esta aumenta los sentimientos negativos de desprotección y soledad[38]. De otro lado, cuando la salud del adulto mayor se deteriora, generalmente se origina cambios en los roles sociales y familiares, con probable sensación de aislamiento social cuando no hay un soporte familiar que le ofrezca soporte[41]. La familia y el adulto mayor deben adecuarse y modificar normas del hogar, por lo que, podrían surgir nuevos subsistemas descritas como alianzas entre el abuelo y los nietos o entre abuelo y padre o madre, modificando algunas veces la dinámica familiar[42].

Existen varios instrumentos que miden el apoyo familiar, entre ellos:

- **Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet**: compuesta por 12 ítems que acopian información del

apoyo social percibido por las personas en tres aspectos: familia, amigos y otros significativos. Es una escala tipo Likert de 4 puntos, desde "casi nunca" a "casi siempre". La confiabilidad alpha de Cronbach es de 0.86[39,40].

- **Inventario de Apoyo Social ENRICHD***:* Comprende seis elementos que miden la periodicidad de situaciones acontecidas en el último mes. El formato de respuesta es una escala de cuatro puntos (0 = *"nunca"* a 4 = *"siempre"*). La consistencia interna es de 0,73[41].

- **Escala de MOS**: Evalúa los componentes de la red de apoyo social: la estructural, que identifica por el número de personas que componen la red de apoyo social (amigos y familiares) de una persona, y la funcional, que comprende el apoyo social emocional/informacional (orientación y consejos); el apoyo instrumental (conducta o material de apoyo); interacción social positiva (disponibilidad de personas para actividades de ocio); y apoyo afectivo. Presenta una consistencia interna de 0,941[42].

d) **Funcionalidad familiar:** es una definición de carácter sistémica, comprende las características estables, por medio de las que se relacionan internamente como grupo humano, los sujetos que la conforman. Es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia. La dinámica relacional conforma la calidad del ambiente y la atmósfera del hogar, le imprime al mismo un clima agradable, de satisfacción o un clima desagradable de tensión y regula el desarrollo del grupo familiar como un todo.

Puede medirse a través de los siguientes instrumentos:

- **Índice de Apgar familiar:** es una escala tipo Likert para valorar la función familiar en la atención primaria, se sustenta en el supuesto de los miembros de la familia experimentan el funcionamiento de la misma y pueden indicar el nivel de satisfacción en algunos parámetros como la adaptación, crecimiento, asociación, afecto y resolución). Se puntua entre 0 a 4 puntos[43].

- **Test de Funcionamiento Familiar** (FF-SIL): tiene 14 items, alfa Cronbach de 0.905, valora la cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad y clasifica en: funcional moderadamente funcional, disfuncional y disfuncional severa con puntajes que oscilan de 14 a 70 puntos[44].

- **Escala de clima social familiar:** elaborada por Moss y Trickett y adaptada por Ballesteros y Sierra. Analiza la percepción de los miembros de la familia respecto al ambiente familiar. Consta de 90 preguntas agrupados en tres dimensiones: relaciones, desarrollo y estabilidad; los formatos de respuesta son falso y verdadero y se puntuan entre 0 a 9 puntos, fiabilidad de 0.67 a 0.78[45].

- **Escala de Dunst, Trivette & Deal (EFF)**: está compuesta por 26 items que involucra tres categorías que hace a una familia fuerte basada en la identidad de la familia, información o comunicación interfamiliar, movilización de recursos y medidas de afrontamiento en dificultades. Se valora en una escala de cinco puntos. Consistencia interna de 0.92[46]

e) **Enfermedad crónica:** Los ancianos en nido vacío que sufren alguna enfermedad crónica a menudo presentan mala estado de salud y baja calidad de vida. Por lo general, las enfermedades crónicas no transmisibles suelen ser de larga duración y resultan de la conjunción de factores genéticos, ambientales y relacionados con la conducta. Según la OMS, el 88% de las personas mayores de 65 años padece al menos una enfermedad crónica muchas veces incurable y que exige de cuidados de calidad en forma continua y permanente, como las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, algunas enfermedades respiratorias entre otras[47]. En este contexto, los adultos mayores con enfermedad crónica son vulnerables y frágiles, demandan atención compleja[11].

Es compleja porque los adultos mayores con enfermedad crónica que viven solas o tienen escaso apoyo familiar tienen mayor probabilidad de tener déficit de autocuidado tanto en la dieta como en actividad física regular entre otros. Es probable que la existencia de apoyo familiar contribuye a la búsqueda de atención médica y la práctica de actividades de promoción de la salud[48]. En los últimos años la teleasistencia de enfermería está ayudando a mejorar en forma efectiva el tiempo y espacio, por lo tanto, reducir la carga económica[49].

1.3. Definición de términos básicos

- **Síndrome del nido vacío:** definida como el conjunto de síntomas de pérdida del sentido de vida, tristeza y soledad que perciben los padres adultos mayores cuando los hijos o personas a quienes cuidaron abandonan la casa o se emanciparon.

- **Salud Mental del adulto mayor:** conceptualizada como el proceso de bienestar emocional, psicológico y social producida por la interrelación entre las personas adultas mayores y su entorno familiar y social. Influye en las formas de afrontamiento, manejo de estrés, toma de decisiones entre otras. Está vinculado al autocuidado, empatía y reconocimiento de ser sujeto de derechos[50].

- **Depresión:** enfermedad mental común grave que interfiere con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. La depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos (Organización Mundial de la Salud).

CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Descripción del problema

El nido vacío es un fenómeno único de corta duración. Los estudios transculturales enfatizan la diversidad en las experiencias de nidos vacíos influenciados por algunos factores psicológicos y otros, de origen étnico, clase social y de género[51].

Las personas mayores son muy vulnerables a la soledad y aislamiento social, la forma como experimentan la soledad y responden a ella, influyen en su proceso de autonomía y calidad de vida (Mota et al., 2021). Estudios diversos han informado que el nido vacío tiene influencia negativa en la salud física, la cognición y salud psicológica de los adultos mayores, siendo peor en las mujeres, ancianos solteros y los ancianos rurales[52]

En nuestro país, datos de la Universidad del Pacifico, muestran que el 3,7% de las familias peruanas cursa el nido vacío y está compuesta por parejas con hijos que ya no viven con ellas. El jefe de familia de este tipo de hogares tiene más de 50 años y el promedio nacional es de 68[53].

En un estudio sobre depresión en adultos mayores peruanos a través de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en 4917 ancianos, se encontró una prevalencia del 14,2%, siendo el sexo femenino, edad mayor de 75 años, vivir en zona rural y carecer de instrucción las variables que estuvieron relacionadas con la depresión[54].

Los trastornos mentales como la depresión y la ansiedad tienen altos costos en la economía mundial alcanzando a US$ 1 billón1 por año. Para el 2030 se prevé que implicarán pérdidas por $6 billones por año, es decir, más de la mitad de la carga económica mundial atribuible a enfermedades no transmisibles[55].

La persona con trastornos de salud mental como la depresión pierde interés por la vida, percepción de incapacidad para ejecución de las actividades de diaria e interrelación social[56]. También se relaciona con mayor demanda de los servicios de salud, incremento de fármacos, y costos elevados en el tratamiento ambulatorio[57]. De otra parte, en el cuidado de personas depresivas surgen aspectos ético legales especialmente en adultos gerontológicos y es un padecimiento que el personal del primer nivel de atención atiende diariamente[58].

Teniendo en cuenta, que este evento está presente y poco explorado en las personas mayores peruanas, especialmente en la región; el presente estudio de investigación dio respuesta a la pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores asociados a la salud mental del adulto mayor en nido vacío?

2.2. Formulación del problema

2.2.1. Problema general

¿Cuáles son los factores asociados a la salud mental del adulto mayor en nido vacío?

2.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas del adulto mayor en nido vacío?
- ¿Cuáles son los factores clínicos del adulto mayor en nido vacío?
- ¿Cuáles son los factores familiares del adulto mayor en nido vacío?

- ¿Cuál es el nivel de depresión del adulto mayor en nido vacío?
- ¿Como se asocian los factores sociodemográficos, clínicos y familiares con el nivel de depresión del adulto mayor en nido vacío?

2.3. Objetivos

2.3.1. Objetivo general

Establecer los factores asociados a la salud mental del adulto mayor en nido vacío.

2.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores sociodemográficos del adulto mayor en nido vacío: edad, sexo, estado civil, ocupación, grado de instrucción, procedencia.

- Identificar algunas características del estado de salud percibido: tipo de enfermedad, tiempo de enfermedad, comorbilidad y dependencia funcional.

- Identificar algunos factores familiares del adulto mayor en nido vacío: funcionalidad familiar y apoyo social percibido.

- Valorar la salud mental del adulto mayor en nido vacío en términos de depresión.

- Asociar los factores identificados con la presencia de depresión en el adulto mayor con nido vacío.

2.4. Justificación de la investigación

Diversos investigadores han informado el efecto adverso del desplazamiento de hijos adultos en la salud mental de los padres mayores envejecientes provocando soledad, aislamiento y pérdida del apoyo básico[59].

Un estudio mexicano, comunicó que la salida de casa de los hijos adultos se asoció con resultados negativos de salud física y mental para los padres mayores[60]. Un estudio holandés informó, que la soledad de las mujeres holandesas mayores se relacionó en forma negativa con el contacto semanal con sus hijos[61]. Asi mismo, los padres europeos mayores que se comunicaban con sus hijos más de una vez a la semana tenían puntuaciones de depresión más bajos[62]. Entre los ancianos chinos, vivir solo se asoció con bienestar subjetivo bajo y vivir con familiares directos mejoró su bienestar general[63]. Similares resultados en Indonesia con efecto negativo en la funcionalidad de los padres ancianos[64].

En este contexto, la existencia de adultos mayores que viven en nido vacío es una realidad y problemática en nuestro país y región; con aparición de problemas de salud mental infravaloradas que a la larga provocarán mayor preocupación en el sistema de salud pública. Según la Organización Panamericana de la Salud, los problemas de salud mental constituyen una de las causas de morbilidad y mortalidad principales en las Américas[65]. También están relacionados con mortalidad prematura por cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes VIH/sida, e incremento de riesgo de suicidio[66].

En la Región de las Américas, representan más de un tercio del total de años perdidos por discapacidad y una quinta parte del total de años de vida ajustados por discapacidad[67]. La población adulta mayor constituye uno de los grupos de mayor

vulnerabilidad de trastornos de salud mental[68]. Así, las personas con trastornos mentales suelen vivir situaciones de vulnerabilidad y pueden verse excluidas y marginadas de la sociedad, lo cual representa un importante impedimento para la consecución de los objetivos de desarrollo (OPS, 2023).

Investigar la salud mental de los adultos es viable, realizar este tipo de investigación, no lesiona la integridad de los adultos mayores y no representa dilemas éticos que pudieran impedir su ejecución y buen término. Además, tiene beneficio de permitir al equipo de investigadores recoger información para evidenciar un problema vulnerable, pues la depresión, son tratables, lo que permite mejorar la calidad de la población adulta mayor afectada (Zavala, et al., 2010)[69].

Esta investigación posibilita la generación de conocimiento en este grupo etario, interrelacionando la concepción de nido vacío con la salud mental de las personas mayores, entregando un aporte a la salud familiar y comunitaria.

2.5. Hipótesis

Hipótesis alterna: H_1

Existe asociación estadística significativa entre algunos factores sociodemográficos, familiares y del estado de salud percibido con la salud mental del adulto mayor en nido vacío.

Hipótesis nula: H_0

No existe asociación estadística significativa entre algunos factores sociodemográficos, familiares y del estado de salud percibido con la salud mental del adulto mayor en nido vacío.

2.6. Variables

2.6.1. Variable Dependiente

Salud mental del adulto mayor en nido vacío:

Definición conceptual: Constituye la variable dependiente del estudio. Ha sido conceptualizado como el proceso de bienestar emocional, psicológico y social producida por la interrelación entre las personas adultas mayores y su entorno familiar y social.

Definición operacional: Constituida por la depresión, trastorno afectivo caracterizado por sentimientos de tristeza y desesperanza, la mayor parte del día, falta de energía o cansancio constante, estos síntomas se presentan casi todos los días, durante más de dos semanas, cuya gravedad va desde un trastorno leve hasta otro que amenaza la vida (DSM IV- Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales). Medido a traves del Test de Yesavage. Consta de los siguientes indicadores:

- Estado de ánimo normal: 0 a 5 puntos
- Probable depresión: 6 a 10 puntos
- Depresión establecida: 11 puntos a mas

2.6.2. Variable independiente

A. Factores sociodemográficos del adulto mayor

Indicadores

- Edad: tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento del estudio
- Sexo: masculino, femenino
- Estado civil: conviviente, casado, separado

- Ocupación: ama de casa, trabajador independiente y trabajador dependiente
- Escolaridad: sin instrucción, primaria, secundaria, técnico y superior

B. Características del estado de salud percibido del adulto mayor

- Salud percibida: Buena, mala regular (Test de Villalba)
- Tipo de enfermedad: aguda, crónica
- Tiempo de enfermedad: tiempo medido en años desde el informe del diagnóstico medico
- Comorbilidad: referencia de mas de una enfermedad crónica (diabetes mellitus, hipertensión arterial, artrosis, asma etc)
- Capacidad funcional: dependiente e independiente según índice de Barthel.

C. Factores familiares del adulto mayor en nido vacío

- **Apoyo familiar percibido**: consiste en la percepción de ayuda con recursos emocionales, físicos, financieros; que provoca un sentimiento tanto de pertenencia como de aceptación en relación con las personas que forman parte de la red social del individuo. Medido a través del Indice de MOS

  Indicadores:

  - Apoyo Social escaso= < 57 puntos.
  - Falta de Apoyo Emocional=< 24 puntos
  - Falta de Apoyo Instrumental= < 12 puntos
  - Falta de Interacción Social < 12 puntos
  - Falta de Apoyo Afectivo < 9 puntos

- **Funcionalidad familiar**: consiste en la valoración de la dinámica familiar en las dimensiones cohesión familiar, que es el grado en que los miembros de la familia están conectados o separados El segundo es la adaptación familiar, definido como la habilidad del grupo para el cambio, y por el ultimo, la comunicación familiar, que hace referencia a procesos de interacción entre los miembros medido a través del Apgar familiar.

  Indicadores:

  - Normal: 17-20 puntos
  - Disfunción leve: 16-13 puntos.
  - Disfunción moderada: 12-10 puntos
  - Disfunción severa: menor o igual a 9

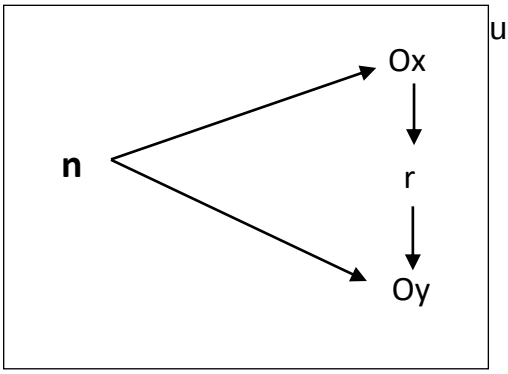
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Estudio observacional, prospectivo, transversal y correlacional. Los datos fueron recogidos a través de un instrumento preestablecido, en el análisis se hizo uso de la estadística descriptiva e inferencial[70].

- **Observacional:** no hubo manipulación de las variables, fueron analizadas en su contexto natural.
- **Prospectiva:** los datos se recogieron a propósito de la investigación.
- **Transversal:** se estableciún corte en el tiempo.
- **Correlacional:** este estudio estableció la fuerza y direccionalidad de la asociación entre las variables independientes y dependiente, sin buscar causa efecto.

uiente:



Donde:

n : Muestra.

O_x : Observación Variable Independiente (factores sociodemográficos, clínicos y familiares)

r : Asociación que se busca entre ambas variables.

O_y : Observación Variable Dependiente (salud mental: depresión)

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población constituida por el total de adultos mayores que residen en los sectores 27 y 29 de la jurisdicción de la Red San Juan de Iquitos.

3.2.2. Muestra: La muestra determinada por conveniencia estuvo conformada por 250 adultos mayores.

Tipo de muestreo: se empleó el muestreo por conveniencia

Criterios de Inclusión:

- Adultos mayores 60 años a mas
- Aceptación del consentimiento informado

Criterios de Exclusión:

- Adultos que no aceptaron el consentimiento informado

3.3. Técnicas e instrumentos y procedimientos de recolección de datos

3.3.1. Técnicas: Se aplicó entrevista en forma personalizada con el adulto mayor seleccionado.

3.3.2. Instrumentos de recolección de datos

Se aplicó los siguientes:

a) **Cuestionario de factores sociodemográficos y clínicos del adulto mayor** Este instrumento contiene los datos demográficos y clínicos de los adultos mayores del presente estudio. Ha sido elaborado por las tesistas y asesores

b) **Escala de salud auto percibida de Villalba:** Es una escala tipo Likert de tres factores (bueno regular y malo), consta de tres preguntas con opción a respuesta cerrada: ¿Cómo siente su estado de salud en general?, ¿Cómo es su salud si la compara con la gente de su misma edad? y ¿Cómo siente su salud en comparación con hace 1 año?. Esta escala ha sido elaborada por Villalba C. (2002), sustentándose en la importancia de los autos informes para la evaluación de salud física descrita tanto por Fernandez-Ballesteros (1994) como por Izal y Montorio (1993). Tiene Coeficiente alpha Cronbach de 0.8334 es decir, una gran consistencia interna[71] **.**

c) **Índice de Barthel.**

El índice de Barthel mide la autonomía y nivel dependencia de los adultos. Es de fácil aplicación e interpretación, tiene buena aceptación de los pacientes, puede ser repetido en forma periódica y es de rápida adaptación cultural. Consta de diez ítems relacionados a la alimentación, aseo personal, vestirse, arreglarse, deposición, micción, uso de retrete, traslados, deambulación y subir escaleras. Las AVD incluidas en el indice son 10 y se valoran de forma diferente)[72].

La puntuación de cada actividad es diferente, asignándose un puntaje de 0, 5, 10 o 15 puntos y la valoración total va desde los 0 (dependencia severa total) a 100 puntos (independencia)[73]. Tiene fiabilidad intraobservador índice de Kappa entre 0.84 y 0.97 y consistencia interna alfa de Cronbach de 0.86-0. (Barrero, 2005)[74].

d) Escala de Funcionamiento Familiar (APGAR): prueba elaborada en 1978 por Smilkstein, Ashworth y Montano[75] adaptada al español[76].

Valora la percepción que tiene un integrante de la familia sobre la dinamica familiar juzgando su satisfacción con las relaciones familiares. Involucra cinco dimensiones: adaptación, asociación, crecimiento, afecto y resolución. Tiene tres respuestas (0 = casi nunca, 1 = a veces y 2 = casi siempre. Cataloga en disfunción severa, moderada y funcionamiento familiar normal. Su consistencia interna es de α = 0,750 a 0,790[77].

e) Cuestionario de apoyo social MOS: Instrumento que valora el apoyo social. Está compuesto por 20 ítems, el ítem numero 1 señala el tamaño de la red social y los 19 ítems restantes se refieren al apoyo social funcional emocional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. Puntúa de 1 (nunca) a 5 (siempre). El índice global puntúa entre 19 a 95, se interpreta de la siguiente manera:

- Falta de Apoyo Emocional/informacional :<24 puntos.
- Falta de Apoyo Instrumental :<12 puntos.
- Falta de Interacción Social positiva :< 12 puntos.
- Falta de Apoyo Afectivo :< 9 puntos.
- Índice global de escaso apoyo social : < 57 puntos.

La consistencia interna alfa de Cronbach es de 0.97 y para las sub escalas fluctúa entre 0.91 y 0.96. La fiabilidad test-retest es de 0.78[78].

f) Escala de depresión Geriátrica de Yesavage (GDS)

Es una forma de medición auto informada capaz de detectar depresión en los adultos mayores. Los sujetos de estudio

responden en forma positiva o negativa (Sí/No). Su versión original consta de 30 ítems. Dado que esta versión mostró lentitud y dificultad para completar para algunos pacientes, se transformó a una versión con 15 ítems. De los 15 ítems, 10 de ellos revelan depresión cuando se responden en modo afirmativo, mientras que los otros 5 son muestras de depresión cuando se contestan en modo negativo. El tiempo de duración es 5 a 7 minutos. Ambas versiones de 30 y 15 ítems se utilizan ampliamente en la investigación sobre cuidados con una correlación de r = 0,84[79].

También se han desarrollado versiones más breves de 10, 4 y 1 ítem. El GDS-S se puede utilizar apropiadamente en diversas poblaciones (p. ej., Luchsinger et al., 2018).

Prueba piloto

Se aplicó una prueba piloto en diez personas mayores de la comunidad de San Juan, con la finalidad de verificar la secuencia de los instrumentos planteados los que son estandarizados, y además se identificó el tiempo de aplicación de los mismos. Los sujetos participantes en la prueba piloto no conformaron la muestra.

3.4. Procedimiento de recolección de datos

- Se solicitó la autorización del Comité de ética de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.
- Se solicitó autorización a la Geresa Loreto y a la Micro Red San Juan para la ejecución del estudio, a través de un oficio del Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Científica del Perú.

- La recolección de los datos se efectuaron durante 04 semanas en el horario de 7:00 am a 6pm.
- Durante la recolección de datos las investigadoras utilizaron el uniforme de enfermería comunitaria.
- Durante la recolección de los datos se aplicólos principios éticos y protección de los derechos humanos.

3. 5. Análisis de datos

Estadística Descriptiva: se codificó y procesó los datos obtenidos mediante paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciencies (SPSS) versión 26.0. Se estimaron las frecuencias absolutas y relativas en tablas y gráficos. Se calculó medidas de tendencia central y de dispersión (media, mediana, moda y la desviación estándar) en las variables cuantitativas.

Estadística Inferencial: se empleó la prueba de correlación bivariada *r de Pearson* con el fin de analizar la fuerza de asociación y direccionalidad de las variables independientes y dependiente estimando un nivel de significancia de 0,05 y confianza del 95%.

3.6. Protección de los derechos humanos

Como se trata de una investigación observacional, no se ejecutó ningún procedimiento invasivo en los adultos mayores sujetos de estudios; se obtuvo la Autorización del Comité de Ética Institucional de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, con el Dictamen de evaluación N° 039- 2024- CIEI-VRINV-UNAP documentandose que la presente investigación no involucra riesgo para los adultos mayores seleccionados. Se protegió el respeto de los derechos humanos y los principios bioéticos durante todo el desarrollo de la investigación:

Beneficencia:

En la investigación científica, la beneficencia se fundamenta en la prevención del daño, o eliminación el daño o hacer el bien a otros. En este marco, la beneficencia puede apreciarse en lo siguiente: 1) Necesidad de los gestores del estudio del impacto del nido vacío en población adulta mayor residente en los Comités 27 y 29- San Juan; 2) Los resultados de la investigación han sido presentados a los líderes comunitarios de los comités 27 y 29 y gestores de la Micro Red de San Juan Bautista y la (GERESA), de tal modo que se propicie estrategias de salud familiar con este grupo poblacional y 3) considerando que el conocimiento que se genere de la investigación debe orientarse al beneficio común de la sociedad, se prevé la publicación de un artículo científico en una revista arbitrada de acceso abierto.

No maleficencia:

La no-maleficencia hace alusión al compromiso de no infringir daño en forma intencionada, tiene fundamento en la máxima clásica *primum non nocere* "lo primero no dañar"[80]. En este escenario, los adultos mayores de 60 años elegidos, no resultaron afectados en su integridad física, psicológica, social, ni moral, mientras participaron en la investigación, los instrumentos se manejaron de forma anónima. De otra parte, tuvo primacía la confidencialidad de la información, se codificó previamente y fue analizada grupalmente, sin distinguir a ningún sujeto de estudio; así mismo, los datos se han utilizado solo con fines de la investigación.

Justicia:

En función a la equidad, se ofreció a cada persona mayor la misma posibilidad de riesgo o beneficio al participar en la investigación independientemente de su condición social, étnica o de género. Del

mismo modo, a todos se asignó los mismos resguardos de protección física y dignidad humana.

Autonomía:

Teniendo en cuenta que la persona es autónoma o autodeterminante para seleccionar opciones en concordancia con sus intereses, deseos y creencias, la participación de los adultos mayores en el presente estudio fué libre y voluntaria, la que puede ser comprobada con la firma voluntaria del consentimiento informado.

CAPITULO IV. RESULTADOS

4.1. Factores sociodemográficos del adulto mayor

Tabla 1. Factores sociodemográficos del adulto mayor

Características	Femenino		Masculino		Total	
n (%)	136 (54.4)		114 (45.6)		250 (100.0)	
Edad						
M (DS)	70.5 (7.7)		71.3 (7.6)		70.9 (7.7)	
60 a 74 años	101	40.4	78	31.2	179	71.6
75 años a mas	35	14.0	36	14.4	71	28.4
Instrucción						
Sin instrucción	23	9.2	5	2	28	11.2
Primaria	84	33.6	57	22.8	141	56.4
Secundaria	24	9.6	40	16.0	64	25.6
Superior	5	2.0	12	4.8	17	6.8
Estado civil						
Viudo(a)	60	24.0	21	8.4	81	32.4
Casado	31	12.4	47	18.8	78	31.2
Conviviente	24	9.6	18	7.2	42	16.8
Separado	9	3.6	19	7.6	28	11.2
Soltero	12	4.8	9	3.6	21	8.4
Ocupación						
Trabajador independiente	44	17.6	93	37.2	137	54.8
Ama de casa	90	36.0	1	0.4	91	36.4
Trabajador dependiente	2	0.8	16	6.4	18	7.2
No trabaja	0	0.0	4	1.6	4	1.6
Procedencia						
Maynas	46	18.4	34	13.6	80	32.0
Loreto	41	16.4	35	14.0	76	30.4
Ucayali	16	6.4	17	6.8	33	13.2
Daten del Marañón	17	6.8	12	4.8	29	11.6
Ramón Castilla	13	5.2	8	3.2	21	8.4
Lima	3	1.2	8	3.2	11	4.4

n(%): frecuencia (porcentaje); M: media; DS: desviación estándar

La edad promedio de los adultos mayores participantes fue de 70.9 años con una desviación estándar de 7.7 años. El 71.6% tienen edades comprendidas entre los 60 a 74 años, especialmente el grupo de mujeres (40.4%). El 56.4% informó contar con estudios primarios, el 25.6%

secundaria y solamente el 6.8% instrucción superior. El 32.4% son viudos especialmente las mujeres en una relación de 3 a 1; el 31.2% informó que son casados, 16.8% convivientes. En cuanto a la ocupación el 54.8% reportó trabajo independiente (venta de plátanos en casa, ….) y el 36.4% solamente son amas de casa. Respecto a la procedencia, el 32% proceden de la provincia de Maynas y 30.4% de la provincia de Loreto. Las diferencias porcentuales de acuerdo al sexo pueden observarse en la tabla 1.

4.2. **Características del estado de salud**

4.2.1. **Salud percibida**

Tabla 2. Salud percibida del adulto mayor según sexo

Características	Femenino		Masculino		Total	
n (%)	136 (54.4)		114 (45.6)		250 (100.0)	
Salud Percibida en general						
Mala	11	4.4	9	3.6	20	8
Regular	82	32.8	60	24.0	142	56.8
Buena	43	17.2	45	18.0	88	35.2
Salud Percibida en comparación con iguales						
Mala	5	2.0	6	2.4	11	4.4
Regular	92	36.8	65	26.0	157	62.8
Buena	39	15.6	43	17.2	82	32.8
Salud Percibida en comparación a hace un año						
Mala	6	2.4	5	2.0	11	4.4
Regular	96	38.4	69	27.6	165	66.0
Buena	34	13.6	40	16.0	74	29.6

n(%): frecuencia (porcentaje)

Los adultos mayores calificaron a su salud percibida en forma mayoritaria como “regular” en los tres componentes, siendo mayor en la “salud percibida en comparación a hace un año” (66%), seguido del componente “salud percibida en comparación con iguales” (62.8%), especialmente las mujeres, las diferencias porcentuales se muestran en la tabla 2.

4.2.2. **Morbilidad sentida**

Tabla 3. Características de la morbilidad sentida

Características Morbilidad	Femenino		Masculino		Total	
n (%)	136 (54.4)		114 (45.6)		250 (100.0)	
Morbilidad sentida						
Si	106	42.4	74	29.6	180	72.0
No	30	12.0	40	16.0	70	28.0
Tipo de enfermedad						
n (%)	106 (58.9)		74 (41.1)		180 (100.0)	
Hipertensión arterial	45	25.0	24	13.3	69	38.3
Diabetes Mellitus	14	7.8	12	6.7	26	14.4
Artrosis	6	3.3	9	5.0	15	8.3
Enfermedad de la Próstata	0	0.0	5	2.8	5	2.8
Problema ocular con déficit visual	4	2.2	1	0.6	5	2.8
Otros	34	18.9	23	12.8	57	31.7
Tiempo enfermedad (años)						
01 a 06 años	68	37.8	56	31.1	124	68.9
07 a 13 años	25	13.9	10	5.6	35	19.4
14 años a mas	13	7.2	8	4.4	21	11.7
Total	106	58.9	74	41.1	180	100.0

De otro lado, el 72% reportó morbilidad sentida, siendo las mujeres (42,4%) quienes mayormente informaron en comparación con los varones (29.6%). Cuando se indagó el tipo de enfermedad, el 38,3% informaron hipertensión arterial, seguido del 14.4% que reportaron Diabetes Mellitus y un 8.3% Artrosis, con mayor frecuencia en las mujeres. La mediana del tiempo de enfermedad del grupo estudiado fue de 04 años, el 68.9% entre 01 a 06 años, seguido de un 19.4% entre 7 a 13 años. También fueron mayormente mujeres (Tabla 3)

4.3. Capacidad funcional del adulto mayor

Tabla 4. Capacidad funcional del adulto mayor según sexo (n=250)

Capacidad funcional	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Independiente	115	46.0	97	38.8	212	84.8
Dependencia leve	18	7.2	16	6.4	34	13.6
Dependencia moderada	3	1.2	1	0.4	4	1.6
Total	136	54.4	114	45.6	250	100.0

En cuanto a la capacidad funcional, el 84.8% de los adultos mayores son autónomos en la capacidad funcional, el 13.6% presentaron dependencia leve (60 a 95 puntos en la Escala de Barthel; en ambas categorías fueron las mujeres quienes predominaron (Tabla 4).

4.4. Factores familiares del adulto mayor

4.4.1. Funcionalidad familiar

Solamente el 42.2% de los adultos entrevistados informaron funcionalidad familiar normal; mientras que el 57.2% informó algún grado de disfuncionalidad familiar, predominando la disfuncion leve (45%), siendo las mas afectadas el grupo femenino (Tabla 5).

Tabla 5. Funcionalidad familiar del adulto mayor según sexo (n=250)

Funcionalidad familiar	Femenino	Masculino	Total
Disfunción familiar severa	7 (2.8)	6 (2.4)	13 (5.2)
Disfunción familiar moderada	6 (2.4)	13 (5.2)	19 (7.6)
Disfunción familiar leve	59 (23.7)	53 (21.3)	112 (45.0)
Funcionalidad familiar normal	64 (25.7)	41 (16.5)	105 (42.2)
Total	136 (54.4)	114 (45.6)	250 (100.0)

4.4.2. Apoyo familiar

La tabla 6 describe el apoyo familiar encontrado en los adultos mayores, la escala de apoyo familiar utilizada permitió visualizar el promedio del puntaje del apoyo familiar global, siendo mayor en el grupo de las mujeres (24.01+3.3) con respecto a los varones (22.62+3.95). Igualmente en las dimensiones del apoyo afectivo, apoyo a la estima y apoyo instrumental. Los valores promedio en todas las dimensiones fueron ligeramente mayores en las mujeres

Cuando se categorizó el apoyo familiar global, se observó que el 51.6% de los adultos mayores informaron moderado apoyo familiar, el 32.8% alto apoyo familiar y solo el 15.6% bajo apoyo familiar.

Tambien se observó que fueron las mujeres quienes informaron mayor apoyo familiar moderado (29.6%) que los varones (22%); similar situacion se apreció en el apoyo familiar alto, las mujeres obtuvieron porcentajes mas altos (20.4%) que los varones (22%); mientras que los varones informaron mayor apoyo familiar leve (11.2%) que las mujeres (4.4%) (Tabla 6.)

Tabla 6. Apoyo familiar del adulto mayor según sexo (n=250)

Apoyo familiar	Femenino	Masculino	Total
Apoyo familiar global M(DS)	24.01 (3.30)	22.62(3.95)	23.38(3.67)
Apoyo afectivo	9.71 (1.66)	9.08 (1.96)	9.42 (1.83)
Apoyo a la estima	7.43 (1.14)	7.25 (1.34)	7.35 (1.24)
Apoyo instrumental	6.86 (1.44)	6.29 (1.38)	6.60 (1.44)
Tipo de apoyo familiar n(%)	136 (54.4)	114 (45.6)	250 (100.0)
Bajo apoyo familiar	11 (4.4)	28 (11.2)	39 (15.6)
Moderado apoyo familiar	74 (29.6)	55 (22.0)	129 (51.6)
Alto apoyo familiar	51 (20.4)	28 (11.2)	82 (32.8)

4.5. Situacion de Nido vacío

Del total de adultos mayores estudiados el 38% informó encontrarse en situación de nido vacío: el 11.2% de ellos en nido vacío vive solo (7.2% son del sexo femenino) y 26.8% en nido vacío vive con pareja (14.4% de ellos son del sexo masculino) (Tabla 7).

Tabla 7. Nido vacío del adulto mayor según sexo

Nido vacío	Femenino	Masculino	Total
Nido vacío (vive solo)	10 (4.0)	18 (7.2)	28 (11.2)
Nido vacío (vive con pareja)	31 (12.4)	36 (14.4)	67 (26.8)
No Nido Vacío	95 (38.0)	60 (24.0)	155 (62.0)
Total	136 (54.4)	114 (45.6)	250 (100.0)

4.6. Salud mental del adulto mayor

Tabla 8. Depresión del adulto mayor según sexo

Estado de ánimo	Femenino	Masculino	Total
Estado de ánimo normal	85 (34.0)	84 (33.6)	169 (67.6)
Probable depresión	47 (18.8)	28 (11.2)	75 (30.0)
Depresion establecida	4 (1.6)	2 (0.8)	6 (2.4)
Total	136 (54.4)	114 (45.6)	250 (100.0)

Respecto a la salud mental del adulto mayor estudiado en términos de su estado de ánimo, se encontró que el 30% de ellos presentó probable depresión, siendo mayor las cifras porcentuales en las mujeres (18.8%) que los varones (11.2%), un 2.4% mostró depresión establecida (1.6% mujeres y 0.8% varones).

4.7. Asociación entre los factores identificados con la presencia de depresión en el adulto mayor.

Al establecer la relación entre las categoría de Nido vacío y el nivel de estado de ánimo de los adultos mayores estudiados, se encontró que el 26.8% eran Nido vacío pero vivían con su pareja, el 6.8% de ellos puntuaron probable depresión. Del 15.2% que informaron Nido vacío pero que vivían con hijos ausentes durante el dia, el 6% también presentó probable depresión. Un 11.2% de adultos informaron Nido vacío y vivían solos, de éstos, el 6% presentó probable depresión. Del total de adultos mayores participantes, el 36% reportó “No Nido Vacio”, el 14.8% reveló probable depresión. La prueba de contingencia mostró relación

estadística entre el nido vacío y la depresión (coeficiente de contingencia= 0.336 y p=0.000). (tabla 9).

Tabla 9. Depresión del adulto mayor según situación de nido vacío

Nido vacío	Depresion establecida	Probable Depresion	Estado de ánimo normal	Total
Nido vacio, vive solo	2 (0.8)	5 (2.0)	21 (8.4)	28 (11.2)
Nido vació, vive con pareja	0 (0.0)	17 (6.8)	50 (20.0)	67 (26.8)
Nido vacío, vive solo con hijo especial	1 (0.4)	1 (0.4)	0 (0.0)	2 (0.8)
Nido vacío, con hijo que se ausenta todo el día	2 (0.8)	15 (6.0)	21 (8.4)	38 (15.2)
No Nido vacío	1 (0.4)	37 (14.8)	77 (30.8)	115 (36.0)
Total	6 (2.4)	75 (30.0)	169 (67.6)	250 (100.0)

Coeficiente de contingencia=0.336; p=0.000

Para verificar la fuerza de asociación y direccionalidad de las variables independientes estudiadas con el nivel de estado de ánimo se aplicó la prueba de correlacion *r* de Pearson. Con fines estadisticos, se dicotomizó la variable Nido vacío en dos respuestas (0: nido vacío vive solo o con pareja y 1: vive con hijo especial o ausente en el dia y niega nido vacío).

La tabla 10 describe la matriz de correlación bivariaba, mostrando las variables que mostraron mayor fuerza de asociación en forma inversa con el estado de ánimo fueron la salud percibida en general (r=-0.409), la capacidad funcional (r=-0.324) y salud percibida en comparación hace un año (r=-.0309). Esto quiere decir que, a mayor salud percibida en general, mayor capacidad funcional, mayor salud percibida en comparación a hace un año, menor alteración del estado de ánimo.

Tabla 10. Matriz de correlacion bivariada para la variable Depresión (n=250)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Edad	-											
2. Sexo	0.054	-										
3. S. P. Estado de salud en general	-0.097	0.067	-									
4. S.P en comparación con personas de su edad	-0.064	0.069	**0.541**	-								
5. S.P. en comparación con hace un año	0.028	0.096	**0.520**	**0.593**	-							
6. Sufre de alguna enfermedad?	-0.143	0.145	**0.282**	**0.200**	**0.209**	-						
7. Tiempo de enfermedad	0.005	-0.096	0.013	-0.033	-0.053	.(a)	-					
8. Capacidad funcional	**-0.255**	0.079	**0.220**	**0.270**	**0.249**	**0.172**	**-0.199**	-				
9. Apoyo familiar	0.045	**-0.188**	0.090	**0.191**	0.154	0.011	0.115	-0.010	-			
10. Funcionalidad familiar	0.040	-0.144	0.098	0.041	0.007	0.044	0.087	-0.027	**0.551**	**-**		
11. Nido vacío	-0.054	**-0.186**	-0.005	0.032	-0.011	-.150	0.001	-0.070	**0.208**	**0.175**	-	
12. Depresión	0.110	-0.127	**-0.409**	**-.254**	**-.0309**	**-0.223**	0.129	**-0.324**	**-0.262**	-0.134	0.078	-

S.P: salud percibida; negrita: p<0.000; subrayado: p<0.05

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión

La OMS advierte que la proporción de adultos mayores de 60 años se duplicará entre 2020 y 2050, aumentando del 12 % al 22%[81], con profundas implicaciones en los sistemas sanitarios de los países especialmente de América Latina. El nido vacío durante el envejecimiento es un fenómeno único, estudios transculturales han informado la influencia que ejercen algunos factores psicológicos, origen étnico, clase social y de género[82], generando interés en su abordaje en las diversas disciplinas de las ciencias de la salud.

En este contexto, esta investigación determinó los factores asociados a la salud mental del adulto mayor en nido vacío, en términos de depresión. Los hallazgos mostraron que el 32.4% de adultos mayores de 60 años sufrían de depresión, afectando principalmente a adultos mayores en nido vacío (14.4%).

Al contrastar los hallazgos, en la región y en el ámbito nacional, se constató un vacío en la producción científica respecto al tema de nido vacío en las personas mayores. La mayoría de las producciones académicas existentes, versan en torno a la depresión.

Es así que, el índice de depresión encontrada en la muestra es inferior a la reportada por Barboza et al. (2020) quienes analizaron la encuesta nacional de salud de Perú, revelando que el 43,3% de la población adulta de 50 años a más presentó depresión[83]. También es inferior a un estudio desarrollado en Ica, que

informaron que el 64,96% de adultos mayores con enfermedad crónica que asistían a consulta ambulatoria en un hospital general, informaron depresión, el 100% de ancianos que declararon vivir solo (nido vacío) presentaron depresión establecida[84].

En otra investigación cualitativa se estudió las experiencias de depresión y ansiedad en adultos mayores residentes en Lima de entornos de bajos recursos. La depresión fue conceptualizada por los adultos como tristeza, soledad y falta de deseo de hacer cosas. Ellos señalaron que las causas son los problemas familiares y económicos, la soledad, pérdida de independencia[85].

Estas cifras de depresión difieren y son menores a estudios ejecutados en el ámbito internacional, los países asiáticos son los que informan esta problemática del adulto mayor que vive en nido vacío. En China se ha informado depresión en el 43%, 39% y 37,34% de ancianos con nido vacío (Song et al., 2023; Lu et al., 2023 y He et al., 2022).

El índice de depresión encontrado en este estudio fue superior al estudio de Kristensen et al. (2021) en una investigación efectuada en Alemania en adultos mayores, demostró que esta fase del ciclo de vida familiar no se asociaba con la salud psicosocial de los padres en términos de soledad y síntomas depresivos.

Las diferencias de depresión probablemente se deben a los métodos de estudio, instrumentos utilizados y las diferencias socioculturales en la población de estudio.

En nuestro estudio, se determinó que las variables que mostraron asociación con el estado de ánimo, medida por la presencia de

depresión fueron la salud percibida en general, salud percibida en comparación a hace un año y la capacidad funcional del individuo evaluado. También el hecho de ser mujer, y la referencia de morbilidad sentida se asoció con la depresión. También se encontró que a mayor apoyo familiar menor depresión.

Al respecto, los hallazgos confirman los informados Hernández-Vasques et al. (2020) en el ámbito peruano quien analizó la misma encuesta nacional reportó que ser mujer, tener de 65 años a más, hipertensión arterial, antecedentes de discapacidad tenían mayor probabilidad de depresión[86]. Resultados que son similares a los informados por investigadores en adultos mayores chinos con nido vacío quienes indicaron que la edad, enfermedad crónica ≥2 años se asociaron con un mayor riesgo de síntomas de depresión (He et al., 2022)[87]. Asi mismo al estudio desarrollado por Chavarria et al. en ancianos de Costa Rica, describiendo que los factores que influyen en la depresión son la mala red de apoyo familiar, comorbilidades medicas subyacentes[88].

La influencia del sexo femenino podría explicarse por aspectos socioculturales en la construcción social de la feminidad y la vejez (edadismo y sexismo)[89]. Sobre la influencia de la morbilidad nuestros hallazgos corroboran al estudio de Wang (2022), quien señaló que el adulto mayor con enfermedades crónica tiene mayor posibilidad de desarrollar depresión. Del mismo modo, corrobora los hallazgos de Van As et al. (2022), que informó que, las personas que reportaron sentirse solas eran más propensas a mantener sentimientos de depresión. Las condiciones relacionadas con la edad, alteración de la movilidad física, deterioro de las actividades de la vida diaria pueden causar dificultades en el mantenimiento de las relaciones y pueden actuar como potenciales covariables que moderan la

asociación con la depresión. Esto indica que los miembros de la familia cumplen un rol importante en la salud mental del adulto mayor al proporcionar apoyo emocional (Iclaikovski et al, 2022).

La fortaleza de este estudio, es que se trata del primer estudio que aborda la problemática de la salud mental del adulto mayor con nido vacío, datos que pueden utilizarse en estrategias de trabajo con el adulto mayor desde cualquier disciplina de la salud. Una de las limitaciones es que se trata de un estudio transversal con cuestionarios autoadministrados, con posible sesgo retrospectivo. Se necesitan más estudios cuidadosamente diseñados y ampliados sobre el tamaño de la muestra para confirmar los resultados de este estudio.

5.2. Conclusiones

- El perfil demográfico del adulto mayor del estudio fue: edad promedio 70.9 años, más de la mitad del sexo femenino, con estudios primarios. Mas de la tercera parte son viudos especialmente las mujeres, una tercera parte proceden de Maynas y otra tercera parte de la provincia de Loreto.
- En forma mayoritaria, los adultos mayores calificaron a la salud percibida como “regular” en los tres componentes.
- Siete de cada diez adultos mayores reportaron morbilidad sentida, cuatro de cada diez adultos informaron padecer de hipertensión arterial. El 13.6% presentaron dependencia leve; seis de cada diez informaron algún grado de disfuncionalidad familiar, la mitad de ellos informaron moderado apoyo familiar
- El 38% informó encontrarse en situación de nido vacío (11.2% de ellos en nido vacío vive solo, 26.8% en nido vacío vive con pareja).
- El 30% de ellos presentó probable depresión, especialmente las mujeres. Del total de los adultos presentaron nido vacío (54%), el 17.2% presentó algún grado de depresión
- Las variables que mostraron mayor fuerza de asociación estadística significativa con la depresión fueron el sexo, salud percibida en general, salud percibida en comparación a hace un año, capacidad funcional del individuo evaluado, morbilidad sentida y apoyo familiar ($p<0.05$)

5.3. Recomendaciones

Se sugiere

- Producir estudios de investigación observacionales con muestras de mayor tamaño que permita inferir hallazgos a la población en general.
- Diseñar estudios longitudinales que analicen el efecto de intervenciones preventivas en la salud mental de adultos mayores con nido vacío
- Desarrollar investigaciones que mida estrategias multidisciplinarias de apoyo y medidas de afrontamiento del nido vacío.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

[1] Song, C., Yao, L., Chen, H., Song, Y., y Liu, L. Prevalence and factors influencing depression among empty nesters in China: A meta-analysis. BMC geriatrics. 2023; 23(1), 333. https://doi.org/10.1186/s12877-023-04064-0

[2] Lu, L., Shen, H., Tan, L., Huang, Q., Chen, Q., Liang, M., He, L., y Zhou, Y. Prevalence and factors associated with anxiety and depression among community-dwelling older adults in Hunan, China: a cross-sectional study. BMC psychiatry. 2023; 23(1), 107. https://doi.org/10.1186/s12888-023-04583-5

[3] Zheng, P., Yang, H., y Wang, Z. Association of empty nest with depressive symptom among Chinese elderly population: The China Longitudinal Aging Social Survey. Medicine. 2022; 101(26), e29841. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000029841

[4] Iclaikovski Farias Rodrigues, y Pereira, M. do P. Síndrome do Ninho Vazio: uma revisão narrativa. Journal of Education Science and Health. 2022; 2(4), 01–11. https://doi.org/10.52832/jesh.v2i4.175

[5] Hu, N., Shi, T., Xu, L., Pan, G. y Hu, Z. The influence of empty-nest living on the health of the older people living in the rural areas of Lishui, China: A cross-sectional study. Medicine 2022; 101 (4), e28691. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000028691

[6] Wang, C., Wang, Y., Hu, L., Li, Q., Wang, R., y Wang, Q. The causal association between empty nest and depressive symptoms with cognitive impairments in China. Journal of Affective Disorders. 2022; 315, 7–12. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.07.050

[7] Van As, B. A. L., Imbimbo, E., Franceschi, A., Menesini, E., y Nocentini, A. The longitudinal association between loneliness and depressive symptoms in the elderly: a systematic review. International psychogeriatrics. 2022; 34(7), 657–669. https://doi.org/10.1017/S1041610221000399

[8] Wang, S., Zhao, M., Shi, Y., Zhang, M., Ying, J., Li, H., Li, Y., Xing, Z., Zhang, H., y Sun, J. Associations of frailty, loneliness and the quality of life of empty nesters: A cross-sectional study in rural areas. International journal of nursing practice. 2022; 28(4), e12947. https://doi.org/10.1111/ijn.12947

[9] Zhang, C., Chang, Y., Yun, Q., Lu, J., Zheng, X., Xue, Y., Zhao, X., Yuan, W., Zou, J., y Zheng, J. The impact of chronic diseases on depressive symptoms among the older adults: The role of sleep quality and empty nest status. Journal of affective disorders. 2022; 302, 94–100. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.090

[10] Kristensen, K., König, H. H., y Hajek, A. The empty nest, depressive symptoms and loneliness of older parents: Prospective findings from the German Ageing Survey. Archives of gerontology and geriatrics. 2021; 95, 104425. https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104425

[11] Mota Dos Santos Rafaela Ingrid, Celis De Cárdenas Anneli Mercedes, Da Silva Isla Chamilco Rosilda Alves, Santos Da Mata Nely Dayse, De Sousa Prudencio Luzilena, Filgueiras De Assis Mello Maria Virgínia. Síndrome do ninho vazio: experiências de idosos integrantes da Universidade Da Maturidade Do Amapá. Cienc. enferm. 2021; 27: 14. http://dx.doi.org/10.29393/cs27-14sdra60014.

[12] Yang, F., Li, Z., Wang, G. W., Shi, X. X., y Fu, C. Cognitive function and its influencing factors in empty-nest elderly and non-empty-nest elderly adults in China. Aging. 2021; 13(3), 4552–4563. https://doi.org/10.18632/aging.202416

[13] OMS. Envejecimiento y salud. 2021. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health .

[14] Chawla K., Kunonga TP, Stow D., Barker R., Craig D., Hanratty B. Prevalencia de la soledad entre las personas mayores en países de altos ingresos: una revisión sistemática y un metanálisis. PLoS Uno . 2021; 16 (7) doi: 10.1371/journal.pone.0255088. e0255088

[15] Bai J, Cheng C. Ansiedad, depresión, dolor crónico y calidad de vida entre adultos mayores en zonas rurales de China: un estudio observacional, transversal y multicéntrico. J Enfermeras de Salud Comunitaria. 2022; 39 :202–212. doi:10.1080/07370016.2022.2077072.

[16] Hao X, Li M, Li J, Lv M, Qin Y, Li K. La calidad del sueño en relación con el apoyo social y la resiliencia entre adultos mayores rurales de nido vacío en China . Sueño Med. 2021; 82 :193–9. 10.1016/j.sleep.2021.03.026

[17] Badiani F, De Sousa A. El síndrome del nido vacío: consideraciones clínicas críticas. indio _ J Ment Salud. 2016; 3 (2): 135-142

[18] Huang, L. J., MM, RN, Du, W. T., MM, RN, Liu, Y. C., MM, RN, Guo, L. N., PhD, LPN, Zhang, J. J., BS, RN, Qin, M. M., BS, RN, y Liu, K., MM Loneliness, Stress, and Depressive Symptoms Among the Chinese Rural Empty Nest Elderly: A Moderated Mediation Analysis. Issues in mental health nursing. 2019; 40(1), 73–78. https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1437856

[19] Mitchell, B. A., y Lovegreen, L. D. The empty nest syndrome in midlife families: A multimethod exploration of parental gender differences and cultural dynamics. Journal of family issues. 2009; 30(12), 1651-1670.

[20] Organización Mundial de la Salud: Salud mental de los adultos mayores. 2017; https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults. Consultado el 20 de julio de 2024

[21] Byers, AL, Yaffe, K., Covinsky, KE, Friedman, MB y Bruce, ML. Alta incidencia de trastornos del estado de ánimo y ansiedad entre los adultos mayores: la réplica de la Encuesta Nacional de Comorbilidad. Archivos de psiquiatría general. 2010; 67 (5), 489-496.

[22] Martina, Martha, Ara, Miguel Angel, Gutiérrez, César, Nolberto, Violeta, y Piscoya, Julia. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. Anales de la Facultad de Medicina. 2017; 78(4), 393-397. https://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14259

[23] Organizacion Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/health-topics/la-d%C3%A9pression#tab=tab_1

[24] Beltrán, María del Carmen, Freyre, Miguel-Ángel, y Hernández-Guzmán, Laura. El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. Terapia psicológica. 2012; 30(1), 5-13. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100001

[25] Carbonell, M. M., Marín, A. R., y Díaz, R. P. Valoración de la Escala del centro de estudios de la Depresión (CES-D) en ancianos Cubanos. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana. 2010; 7(1).

[26] Reyes-Ortega M, Soto-Hernández AL, Milla-Kegel JG, et al. Actualización de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Estudio piloto en una muestra geriátrica mexicana. Salud Mental. 2003; 26 (1):59-68.

[27] Bojórquez CI, Salgado SN. Características psicométricas de la Escala Center for Epidemiological Studies-depression (CES-D), versiones de 20 y 10 reactivos, en mujeres de una zona rural mexicana. Salud Mental. 2009; 32 (4):299-307.

[28] Martínez de la Iglesia, J., Onís Vilches, Mª C., Dueñas Herrero, R., Albert Colomer, C., Aguado Taberné, C., y Luque Luque, R. The Spanish version of the Yesavage abbreviated questionnaire (GDS) to screen depressive dysfunctions in patients older than 65 years. Medifam 2002; 12(10), 26-40. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002001000003&lng=es&tlng=en.

[29] Zhang, C., Hou, L., Zheng, X., Zhu, R., Zhao, H., Lu, J., Cheng, J., Yang, X. Y., y Yang, T. Risk factors of mental disorders among empty and non-empty nesters in Shanxi, China: a cross-sectional study. Health and quality of life outcomes. 2019; 17(1), 18. https://doi.org/10.1186/s12955-019-1088-y

[30] Landeiro, F., Barrows, P., Musson, E. N., Gray, A. M., y Leal, J. Reducing social isolation and loneliness in older people: a systematic review protocol. BMJ open. 2017; 7(5), e013778.

[31] Marczak, J., Wittenberg, R., Doetter, LF, Casanova, G., Golinowska, S., Guillén, M. y Rothgang, H. Prevenir el aislamiento social y la soledad entre las personas mayores. Eurosalud. 2019; 25 (4), 3-5.

[32] Valtorta, NK, Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S. y Hanratty, B. La soledad y el aislamiento social como factores de riesgo de enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular: revisión sistemática y metanálisis de estudios observacionales longitudinales. Corazón. 2016; 102 (13), 1009-1016.

[33] He, L., Wang, J., Wang, F., Zhang, L., Liu, Y., y Xu, F. Depression symptoms and quality of life in empty-nest elderly among Chengdu: A cross-sectional study. Frontiers in psychiatry. 2022; 13, 1003261. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1003261

[34] Severity of loneliness, depression and perceived social support in adults in the empty nest stage of the family life cycle and the influence of using digital technology. Asian Journal of Psychiatry 2022. 76. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103245.

[35] Arias, C. El apoyo social en la vejez: Alternativas de acción frente a los desafíos del envejecimiento poblacional. Perspectivas en psicología. 2008; 5(2), 54-61.

[36] Arias, C. La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. Revista de Psicología da IMED. 2009; 1(1), 147-158. DOI: https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v1n1p147-158

[37] Esquivel, J. R., y García, R. J. S. Vejez y apoyo social. Revista de educación y desarrollo. 2017; 15, 66-76

[38] Árias, Claudia J., Sabatini, Belén, Scolni, Mirta y Tauler, Tamara. Composición y tamaño de la red de apoyo social en distintas etapas vitales. Avances en Psicología Latinoamericana. 2020; 38 (3), 1. https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.7901

[39] Vivaldi, Flavia, y Barra, Enrique. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. Terapia psicológica. 2012; 30(2), 23-29. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002

[40] Zimet, GD, Dahlem, NW, Zimet, SG y Farley, GK. La escala multidimensional de apoyo social percibido. Revista de evaluación de la personalidad. 1988; 52 (1), 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

[41] Mitchell PH, Powell L, Blumenthal J, Norten J, Ironson G, Pitula CR, et al. Una breve medida de apoyo social para pacientes que se recuperan de un infarto de miocardio: el Inventario de apoyo social ENRICHD. J Cardiopulm Rehabil anterior. 2003; 23 (6): 398-403

[42] Arredondo, N. H. L., Rogers, H. L., Tang, J. F. C., Posada Gómez, S. L., Arizal, N. L. O., Pérez, M. Á. J., Torres, M. O., Sañudo, J. E. P., y Aguirre-Acevedo, D. C. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. International Journal of Psychological Research. 2012; 5(1), 142–150.

[43] Ribé, J. M., Salamero, M., Pérez-Testor, C., Mercadal, J., Aguilera, C., y Cleris, M. Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support. International journal of psychiatry in clinical practice. 2018; 22(1), 25–33. https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1360500)

[44] Plasencia ML, Eguiluz LL, Osorio M. Relación entre la dinámica familiar y las fortalezas humanas. Journal of Behavior & Social Issues. 2016; 8(2):1-8

[45] Pichardo C, Fernandez E. y Amezcua J. Importancia del clima social familiar en la adaptación personal y social de los

adolescentes. Rev. De Psicol. Gral. t Aplic., 2002. 55 (4), 575-589.

[46] Larraín, M. E., Zegers, B., Díez, I., Trapp, A., y Polaino-Lorente, A. Validez y Confiabilidad de la Versión Española de la Escala del Estilo de Funcionamiento Familiar (EFF) de Dunst, Trivette & Deal para el Diagnóstico del Funcionamiento Familiar en la Población Chilena. Psykhe. 2003; 12(1). https://horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/psykhe/article/view/20379

[47] World Health Organization. Stop the global epidemic of chronic disease: a practical guide to successful advocacy. Geneva: WHO; 2006.

[48] Kobayashi, L. C., Steptoe, A. Social Isolation, Loneliness, and Health Behaviors at Older Ages: Longitudinal Cohort Study. Annals of Behavioral Medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine. 2018; 52(7), 582–593. https://doi.org/10.1093/abm/kax033

[49] Yuan, Y., Tao, C., Yu, P., Wang, Y., Kitayama, A., Takashi, E., Yanagihara, K., y Liang, J. Demand analysis of telenursing among empty-nest elderly individuals with chronic diseases based on the Kano model. Frontiers in public health. 2022; 10, 990295. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.990295

[50] Pan American Health Organization. Mental Health Atlas of the Americas 2020. Washington, D.C.: PAHO; 2023. Available from: https://doi.org/10.37774/9789275127193.

[51] Mitchell BA. Nido vacío. En: La enciclopedia de estudios familiares de Wiley Blackwell. Capítulo [Internet] 2016 [consultado el 20 de agosto del 2024]. Disponible en: Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/314924162_Empty_Nest

[52] Gao, M., Li, Y., Zhang, S., Gu, L., Zhang, J., Li, Z., Zhang, W., y Tian, D. Does an Empty Nest Affect Elders' Health? Empirical Evidence from China. International journal of environmental research and public health. 2017; 14(5), 463. https://doi.org/10.3390/ijerph14050463

[53] Universidad del pacifico. Facultad de ciencias empresariales. Familias peruanas. https://familiasperuanas.pe/fam7.php

[54] Baldeón Martínez, P., Luna Muñoz, C., Mendoza Cernaqué, S., y Correa López, LE. Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas, análisis de Endes 2017: depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de Endes 2017.

Revista de la Facultad de Medicina Humana. 2019; 19 (4), 1. https : // doi.org/10.25176/RFMH.v19i4.2339

[55] Bloom DE, Cafiero E, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S. The global economic burden of noncommunicable diseases [Internet]. PGDA Working Paper 8712. Cambridge, MA: Program on the Global Demography of Aging, Universidad de Harvard; 2012 [consultado el 20 de julio del 2024]. Disponible en: https://ideas.repec.org/p/gdm/wpaper/8712.html

[56] Von Mühlenbrock, F., Gómez, R., González, M., Rojas, A., Vargas, L., y von Mühlenbrock, C. Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. Revista chilena de neuro-psiquiatría. 2011; 49(4), 331-337.

[57] Aguilar-Navarro, S., y Ávila-Funesa, J. A. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Gaceta médica de México. 2007;143(2), 141-148.

[58] Laines Félix, G. A., González Javier, F. del P., y Magaña Pérez, R. Factores asociados a la depresión en personas adultas mayores de área urbana de Tabasco: Factors associated with depression in older adults in the urban area of Tabasco. Multidisciplinary Health Research. 2020; 5(1). https://doi.org/10.19136/mhr.a5n1.4417

[59] Naciones Unidas. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. 2002. 8 a 12 de abril de 2002. https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N02/397/51/PDF/N0239751.pdf?OpenElement

[60] Antman F. M. Adult Child Migration and the Health of Elderly Parents Left Behind in Mexico. The American economic review. 2010; 100(2), 205–208. https://doi.org/10.1257/aer.100.2.205

[61] Dykstra, P. A., y de Jong Gierveld, J. Gender and marital-history differences in emotional and social loneliness among Dutch older adults. Canadian journal on aging= La revue canadienne du vieillissement. 2004: 23(2), 141–155. https://doi.org/10.1353/cja.2004.0018

[62] Buber, I., y Engelhardt, H. Children's impact on the mental health of their older mothers and fathers: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. European journal of ageing. 2008; 5(1), 31–45. https://doi.org/10.1007/s10433-008-0074-8

[63] Chen, F., y Short, S. E. Household Context and Subjective Well-Being Among the Oldest Old in China. Journal of family issues. 2008; 29(10), 1379–1403. https://doi.org/10.1177/0192513X07313602

[64] Kuhn, R., Everett, B., y Silvey, R. The effects of children's migration on elderly kin's health: a counterfactual approach. Demography. 2011; 48(1), 183–209. https://doi.org/10.1007/s13524-010-0002-3

[65] Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018 [Internet]. Washington, DC: OPS; 2018 [consultado el 10 de julio del 2024]. https://iris.paho.org/ handle/10665.2/49578.

[66] Mnookin S. Out of the shadows: Making mental health a global development priority [Internet]. Washington, DC: Banco Mundial; 2016. Disponible en: http://documents.worldbank.org/curated/ en/270131468187759113/Out-of-the-shadows-making-mental-health-a-globaldevelopment-priority.

[67] Organización Panamericana de la Salud. Enlace: Portal de datos sobre enfermedades no transmisibles, salud mental y causas externas. Washington, DC: OPS. Disponible en: https://www.paho. org/es/enlace.

[68] Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013- 2030 [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029

[69] Zavala-González MA, Posada-Arévalo SE, Cantú-Pérez RG. Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa, México. Arch Med Fam. 2010;12(4):116-126.

[70] Hernández R, Fernández C y Baptista P. Metodología de la Investigación. Tercera edición. McGraw-Hill Interamericana 2014. México, D. F.

71 Villalba C. Abuelas cuidadoras. Editorial Altaban. España. 2005

[72] Carroll D. Functional Evaluation: The Barthel Index. Rehabilitation Notes. Mahoney FI, Barthel D. “Functional evaluation: The Barthel Index.” Maryland State Medical Journal 1965; 14:56-61.

[73] Hsueh I, Lin J, Jeng J, Hseih C. Comparison of the psychometric characteristics of the functional independence measure, 5-item Barthel index, and 10-item Barthel index in patients with stroke. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2002; 73: 188-90.

[74] Barrero Solís C., García Arrioja S., Ojeda Manzano A. Índice de Barthel (IB): Un Instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Plast & Rest Neurol. 2005;4 (1-2): 81-85

[75] Smilkstein, G., Ashworth, C., y Montano, D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. The Journal of Family Practice. 1982; 15(2), 303–311.

[76] Bellón Saameño, J. A., Delgado Sánchez, A., Luna del Castillo, J. D., y Lardelli Claret, P. Validity and reliability of the family Apgar family function test. Atencion primaria. 1996; 18(6), 289–296.

[77] Sánchez JC, Villareal M., Musitu G. Psicología y Desórdenes Alimenticios. Un modelo de Campo Psicosocial. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey; San Nicolás de los Garza, México: 2010. págs. 71–76.

[78] López Roig, S., Pastor Mira, M. A., Neipp, M.C., Rodríguez Rodríguez, J., Terol Cantero, M.C y Martin Aragón, M. Apoyo social e instrumentos de evaluación: Revisión y clasificación. Anuario de psicología. 2004; 25 (1), 23-46.

[79] Escala de depresión geriátrica de la Asociación Estadounidense de Psicología (GDS): constructo: síntomas depresivos. 2022. [(consultado el 11 de enero de 2024)]. Disponible en línea: https://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/practice-settings/assessment/tools/geriatric-depression

[80] Siurana Aparisi, Juan Carlos. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas. 2010;* (22), 121-157. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732010000100006

[81] Silva M., Oviedo M.G., Flores A.M, Suarez M.A., González E., Escalona E.I. Salud Mental del Adulto Mayor con Depresión en Tiempos de Postpandemia por COVID-19 y la Intervención del Profesional de Enfermería. Congreso Internacional de Investigacion Academia Journals; 2022, 14(9):1493-1498. https://research.ebsco.com/c/hb5gu7/search/details/do7fk25fcj?limiters=None&q=depresi%C3%B3n%20en%20el%20adulto%20mayor#Au

[82] Mitchell BA. Nido vacío. En: La enciclopedia de estudios familiares de Wiley Blackwell. Capítulo [Internet] 2016 https://www.researchgate.net/publication/314924162_Empty_Nest

[83] Barboza, J. J., Soriano-Moreno, A. N., Copez-Lonzoy, A., Pacheco-Mendoza, J., Toro-Huamanchumo, C. J. Disability

and severe depression among Peruvian older adults: analysis of the Peru Demographic and Family Health Survey, ENDES 2017. *BMC psychiatry*, 2020; *20*(1), 253. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02664-3

[84] De La Cruz-Mitac CYC, Quispe-Ilanzo MP, Oyola-García AE, Portugal-Medrano M Ángel, Lizarzaburu-Córdova EE, Rodríguez-Chacaltana FW, Mejía-Vargas E. Depresión en adultos mayores con enfermedades crónicas en un hospital general del Perú. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet] 2018;10(4):205-11. https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/18

[85] Flores-Flores, O., Zevallos-Morales, A., Carrión, I., Pawer, D., Rey, L., Checkley, W., Hurst, J. R., Siddharthan, T., Parodi, J. F., Gallo, J. J., Pollard, S. L. "We can't carry the weight of the whole world": illness experiences among Peruvian older adults with symptoms of depression and anxiety. *International journal of mental health systems*, 2020; *14*(49). https://doi.org/10.1186/s13033-020-00381-8

[86] Hernández-Vásquez, A., Vargas-Fernández, R., Bendezu-Quispe, G., Grendas, L. N. Depression in the Peruvian population and its associated factors: analysis of a national health survey. *Journal of affective disorders*, 2020; *273*: 291–297. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.100

[87] He, L., Wang, J., Wang, F., Zhang, L., Liu, Y., Xu, F. Depression symptoms and quality of life in empty-nest elderly among Chengdu: A cross-sectional study. *Frontiers in psychiatry*, 2022; *13*, 1003261. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1003261

[88] Chavarría Alvarado, M. ., Cubero Garcia, S., Bogantes Barrantes , C., Valverde Araya, A. Depresión en el adulto mayor: factores de riesgo y manejo el primer nivel de atención. *Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos*; 2022 *6*(6): 37–42. https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v6i6.522

[89] Cohen, Y., Spector-Mersel, G., Shiovitz-Ezra, S. The second empty nest: The lived experience of older women whose intensive 'grandmotherhood' has ended. Journal of Aging Studies, 2023; 66 (101163). https://doi.org/10.1016/j.jaging.2023.101163

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FACTORES ASOCIADOS A LA SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR CON SÍNDROME DEL NIDO VACÍO

PRESENTACIÓN.

Sr, Sra, Srta tenga Ud. Muy buenos días, somos la Bachilleres en Enfermería Jane Garcia Murayari y Rosario Huansi Torres, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Científica del Perú. La razón de esta visita es para conversar con Usted sobre algunos aspectos que nos servirá para analizar los factores que influyen en la salud mental del adulto mayor con nido vacío.

ELECCION DE PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

La participación en el presente estudio es VOLUNTARIA. Usted libremente puede consentir en ingresar o no ingresar al estudio, puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes. Le informamos además que, si usted opta por ingresar al estudio, toda la información consecuente del mismo será manejado con CONFIDENCIALIDAD y guardada celosamente por el investigador principal bajo llave. Usted NO recibirá asignación monetaria.

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. Habrá pequeños encuentros. Después se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

CONTACTO CON LOS INVESTIGADORES

Si Usted considera que el haber contribuido en el estudio le ha causado inquietud o daño alguno, le rogamos por favor contacte con la Facultad de Ciencias de la Salud de la UCP o al teléfono 958039275.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

He leído la información provista arriba. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas las preguntas han sido contestadas satisfactoriamente.

Se me ha entregado una copia de este consentimiento. Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en forma voluntaria en la investigación que aquí se relata.

Yo……

He leído la hoja de información que se me ha entregado. He podido hacer preguntas sobre el estudio. He recibido suficiente información sobre el estudio. Comprendo que mi participación es voluntaria. Comprendo que puedo retirarme del estudio en las siguientes situaciones:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente de conformidad para participar en el estudio
Nombre:……..

Lugar, fecha,
hora:……..……...

Firma del
participante……..……,,,……

Nombre, Firma y huella del participante

DNI N°:

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

FACTORES ASOCIADOS A LA SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR CON SÍNDROME DEL NIDO VACÍO

Instrucciones:

Este instrumento se aplica al adulto mayor de 60 años a más. El evaluador debe garantizar la confidencialidad y para ello, previamente debe obtener el consentimiento informado. La primera sección corresponde a la caracterización del mismo, la segunda a los factores del contexto del familiar y en la última parte la valoración de la salud mental del adulto mayor

I. NIDO VACIO

Describir textualmente

Actualmente ¿Con que personas reside en su casa? (especifique el grado de parentesco y edad)	¿Desde hace cuánto tiempo (años)?

Nido vacío (vive solo)	Nido vacío (vive con su pareja)	No nido vacío

II. CARACTERIZACION SOCIODEMOGRÁFICA DEL ADULTO MAYOR

1. Edad

2. Sexo

Masculino	
Femenino	

3. Estado civil

Soltero	
Conviviente	
Casado	

4. Ocupación

Ama de casa	
Trabajador dependiente	
Trabajador independiente	

5. Escolaridad

Sin instrucción	
Primaria	
Secundaria	
Superior	

6. Procedencia

Maynas	
Loreto	
Ramon Castilla	
Daten del Marañón	

III. CARACTERÍSTICAS DEL ESTADO DE SALUD PERCIBIDA

7. ESCALA SALUD AUTOPERCIBIDA DE VILLALBA

	Buena	Regular	M
ıo siente su estado de salud en general?	2	1	
:omparación con personas de su edad?	2	1	
compara con su estado hace un año?	2	1	

8. ¿Tiene Ud algunas de estas enfermedades?

Hipertension arterial		Enf. Parkinson	
Diabetes mellitus		Enf.cerebrovascular	
Artrosis		Otro (especifique)	

9. ¿Sufre de alguna enfermedad?

Si	
No	

Especifique enfermedad

_____

10. Tiempo de enfermedad

…….años

IV. CAPACIDAD FUNCIONAL

INDICE DE BARTHEL

Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (capaz de usar cualquier instrumento)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Dependiente, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Dependiente	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10

	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. dependiente	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Ocasional necesita ayuda para administrar supositorio o enema (uno/semana)	5
	3. Continente: ningun episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorio se administra el mismo	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

Puntaje máximo = 100 (90 para personas en silla de ruedas)

- Dependencia Total <20 puntos
- Dependencia Grave = 20-35
- Dependencia Moderada = 40-55
- Dependencia Leve= > 60

B. FACTORES FAMILIARES

ESCALA MOS

A continuación, le leeré algunas preguntas del apoyo familiar que recibe (incluye todos los familiares que viven o no con usted). Debe contestar con la mayor sinceridad indicándome con SIEMPRE (S), A VECES (AV) o NUNCA (N); de ser necesario le repetiré la pregunta.

	S	**AV**	**N**
Apoyo Afectivo			
1. Recibe caricias, besos, abrazos o palabras cariñosas de sus familiares.	3	2	1
2. Sus familiares le escuchan cuando usted tiene algún problema, preocupación o necesita algo.	3	2	1
3. Se siente comprendido por sus familiares.	3	2	1
4. Considera que entre usted y sus familiares existe la confianza suficiente como para guardar un secreto.	3	2	1

Apoyo a la Estima			
5. Recibe respeto y consideración de parte de sus familiares.	3	2	1
6. Sus familiares lo toman en cuenta para tomar decisiones.	3	2	1
7. Considera que sus familiares están orgullosos de usted.	3	2	1
Apoyo instrumental			
8. Sus familiares le dan o facilitan información, noticias, consejos u orientación que usted le interesa.	3	2	1
9. recibe de sus familiares algún apoyo económico, medicamentos, ropa, alimentos, vivienda, otros	3	2	1
10. Recibe atención o compañía de sus familiares en todo momento (sano o enfermo).	3	2	1

APGAR FAMILIAR

Las siguientes preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. Familia, se define como el o los individuos con quienes usualmente vive. Si usted vive solo, ahora su "familia" consiste en la (s) persona (s) con quien (es) usted tiene ahora el lazo emocional más fuerte.

Ítems	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi famila: a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero.					

V. ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (GDS)

	PREGUNTAS	SI	NO
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	0	1
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	1	0
3	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
5	¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo?	0	1
6	¿Tiene miedo de que algo malo pueda pasarle?	1	0
7	¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	0	1
8	¿Se siente a menudo desamparado o indefenso?	1	0
9	¿Prefiere quedarse en casa a salir y hacer cosas nuevas?	1	0
10	¿Cree que la memoria le falla más que a los demás?	1	0
11	¿Cree que es maravilloso estar vivo?	0	1
12	¿Se le hace difícil empezar nuevos proyectos?	1	0
13	¿Se siente lleno de energía?	0	1
14	¿Cree que su situación es angustiosa, desesperada?	1	0
15	¿Piensa que la mayoría de la gente se encuentra mejor que usted?	1	0
	Sin depresión: 0 - 5 puntos. ( ) Probable Depresión: 6 - 9 puntos ( ) Depresión establecida: 10 o más puntos ( )		