



PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social



BICENTENARIO
PERÚ
2024

VI EDICIÓN
CONCURSO DE

INVESTIGACIONES
CULMINADAS

DIRIGIDO A JÓVENES
HASTA 29 AÑOS

Resumen de la investigación

Síntomas de depresión en la población adulta mayor en el Perú: evaluación del centro integral del adulto mayor

Ganador del tercer puesto

EVIDENCIA MIDIS
Conocer para incluir



Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Julio Javier Demartini Montes
Ministro

Fanny Esther Montellanos Carbajal
Viceministra de Políticas y Evaluación Social

José Enrique Velásquez Hurtado
Director General de Seguimiento, Evaluación e Innovación Social

Luis Fernando Llanos Zavalaga
Director de Evaluación

Elaborado por:

Cesar Contreras Soria (Pontificia Universidad Católica del Perú)

© Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis), 2024
Av. Paseo de la República 3101, San Isidro, Lima – Perú
Teléfono: (01) 631-8000 / (01) 631-8030
Página web: www.gob.pe/midis

La versión electrónica de este documento se encuentra disponible en forma gratuita en:
<https://evidencia.midis.gob.pe/concurso-investigaciones/>

Reservados algunos derechos:

Este resumen de investigación ha sido elaborado por el investigador. Las opiniones, interpretaciones y conclusiones aquí expresadas no son necesariamente reflejo de la opinión del Midis. Nada de lo establecido en este documento constituirá o se considerará una limitación o renuncia a los privilegios del Midis, los cuales se reservan específicamente en su totalidad.

Contreras Soria, Cesar. (2024). **Síntomas de depresión en la población adulta mayor en el Perú: evaluación del centro integral del adulto mayor.** Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.
<https://evidencia.midis.gob.pe/concurso-investigaciones/>

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS)
Av. Paseo de la República 3101, Lima 27 – Perú
Central telefónica: (51-01) 631-8000

www.gob.pe/midis

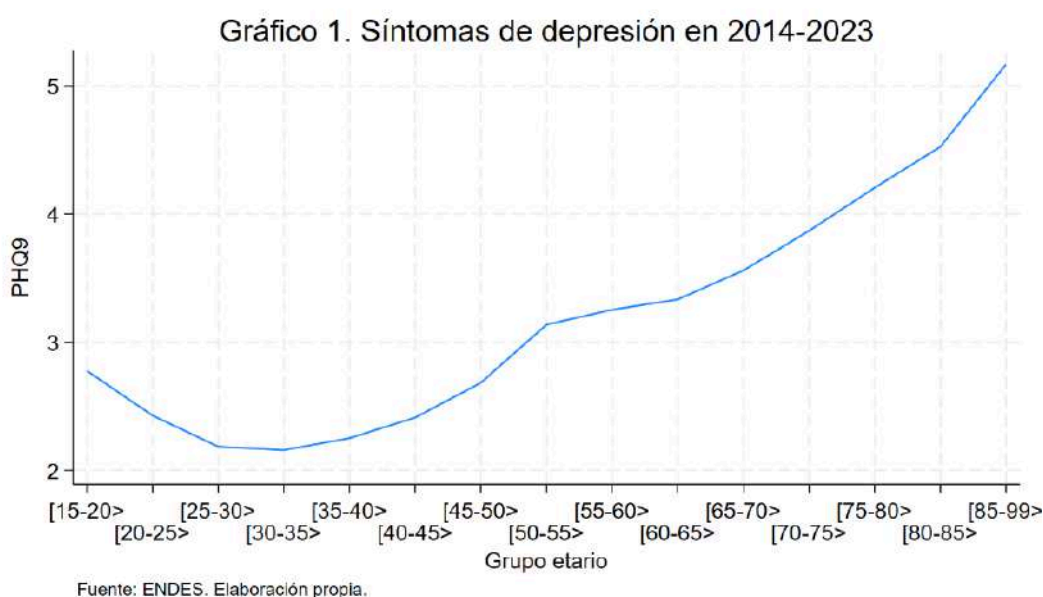
Síntomas de depresión en la población adulta mayor en el Perú: evaluación del centro integral del adulto mayor

Resumen

El objetivo es evaluar el impacto del programa social Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM) en los síntomas de depresión de las personas mayores de 60 años a nivel nacional. Para ello se calculan los años de exposición al CIAM. La aplicación de modelos de Diferencias en Diferencias a encuestas nacionales sugiere que, cuanto mayor exposición enfrentan las personas mayores de 60 años, se obtiene una reducción significativa en los síntomas de depresión. El resultado obtenido es robusto a múltiples especificaciones econométricas y pruebas placebos. Más aún, la utilización de bases de datos administrativas permite obtener resultados coherentes con los resultados obtenidos con las encuestas nacionales. Por último, se sugiere que el principal mecanismo es el mejoramiento en la calidad de vida. Los CIAM no solo actúan como espacios que brindan talleres y capacitaciones, sino también, es posible que actúen como espacios que brindan un sentido de comunidad y pertenencia.

1. Introducción

Las personas adultas mayores de 60 años (PAM) conforman un grupo poblacional que está en aumento y, en 2030, 1 de cada 6 personas será PAM a nivel mundial (WHO, 2020). Las enfermedades más comunes que afectan la salud mental de las PAM son la depresión y la ansiedad. En el Gráfico 1 se observa que los síntomas de depresión en el Perú aumentan a partir de los 45 años según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Esto es de vital importancia porque de cada 10 hogares en el Perú, 3 son conducidos por PAM en 2023 (INEI, 2023). De estos hogares conducidos por PAM, casi el 30% son hogares unipersonales, lo cual podría agravar los síntomas de depresión. Más aún, el COVID-19 fue altamente perjudicial para la salud física de las PAM y las medidas de confinamiento también deterioraron su salud mental.



El objetivo de esta investigación es evaluar el impacto del programa social Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM) en los síntomas de depresión de las PAM a nivel nacional en 2014-2019. Para ello se calculan los años de exposición de las PAM al CIAM. Es decir, se comparan las PAM en distritos que presentaron CIAM hasta el 2019 respecto a las PAM en distritos que crearon CIAM después del 2019.

La aplicación de modelos de Diferencias en Diferencias Dinámico a encuestas nacionales sugiere que cuanto mayor exposición enfrentan las PAM, se obtiene una reducción significativa en los síntomas de depresión. El resultado obtenido es robusto a múltiples especificaciones econométricas y pruebas placebo. Más aún, la utilización de bases de datos administrativas permite obtener resultados coherentes con los resultados obtenidos con las encuestas nacionales. Los resultados administrativos sugieren que cuando se crea un CIAM se evidencia una reducción en la proporción de las PAM atendidos en establecimientos de salud. Sin embargo, no es posible determinar si las PAM están dejando de asistir porque no tienen síntomas de depresión o porque encuentran un servicio similar en el CIAM. El análisis de heterogeneidad sostiene que el efecto del CIAM es mayor en mujeres y personas con seguro de salud. Asimismo, parece no existir mucha diferencia entre los meses más cálidos y fríos o entre los distritos con más o menos PAM. Por último, la respuesta de por qué los CIAM están impactando en los síntomas de depresión es el mejoramiento en la calidad de vida. Se

evidencian mejoras en la alimentación y aumenta la probabilidad de solicitar ayuda psicológica. Esto no solo es indicativo de que los talleres y capacitaciones del CIAM están funcionando, sino también, los CIAM están actuando como espacios que fortalecen las redes sociales y brindan un sentido de comunidad para las PAM.

Los resultados son coherentes con la literatura que analiza el bienestar de las PAM. En particular, se alinea con los estudios que evalúan cómo los centros especializados de las PAM impactan en la salud física y mental (Travers et al., 2022; Aday et al., 2018; Schneider et al., 2014; Boen, 2012; Kim et al., 2011; Fitzpatrick et al., 2005). No necesariamente los centros especializados de las PAM promueven el bienestar de las PAM, sino también el entorno donde se encuentran los centros especializados de las PAM (Li & Li, 2023; Keyes et al., 2020; Othman y Fadzil, 2015). Estas variables no solo son importantes porque pueden obtener un efecto indirecto en la salud, sino también porque pueden desincentivar la asistencia a los centros especializados de las PAM (Somerville et al., 2022; Pardasani et al., 2020).

En Perú se hizo más énfasis en las PAM a partir de la creación de la Ley N 28803 del Adulto Mayor en 2006. Seguidamente se potenciaron las políticas públicas a favor de las PAM, siendo una de las más importantes la implementación del Programa Pensión 65. Este programa focaliza a las personas mayores de 65 años que carecen de condiciones básicas y les brinda un monto de dinero bimensual para cubrir necesidades mínimas. Cabe mencionar que los usuarios de Pensión 65 obtienen mejores resultados en múltiples variables de calidad de vida (Bernal y Olivera, 2019), lo cual potencialmente puede impactar en su salud mental. Sin embargo, dado que Pensión 65 busca identificar a los más vulnerables, la cobertura del programa es reducida. En 2023, Pensión 65 atendió 627,924 personas mayores de 65 años a nivel nacional (MIDIS, 2024), lo cual equivale a aproximadamente 20% del total de la población mayor de 65 años.

Alternativamente, los CIAM son centros de adultos mayores que están dispersos según lo establecido por las municipalidades distritales y provinciales. La principal diferencia entre el CIAM y Pensión 65 se encuentra en que el primero no focaliza a las PAM más vulnerables y tampoco brinda estipendios económicos. Las personas que asisten al CIAM lo hacen voluntariamente en sus respectivas municipalidades donde residen. La literatura que ha evaluado los CIAM son estudios de casos y por lo general se han evidenciado efectos favorables en la calidad de vida de las PAM (Bueno, 2017). La contribución de la presente investigación es triple. Primero, en base a la revisión de literatura, esta es la primera investigación en evaluar cuantitativamente los CIAM y a una escala nacional. La segunda contribución es mostrar que la mejora en la calidad de vida evidenciada en los estudios de caso se halla a nivel nacional, la cual repercute en una reducción de los síntomas de depresión. La tercera contribución es la posibilidad de identificar grupos poblacionales de PAM que son más vulnerables y necesitan ser focalizadas para reducir aún más los síntomas de depresión.

2. Marco conceptual

Además de Pensión 65, el Estado peruano promueve reducidos servicios específicos a las PAM como, por ejemplo, Centro de Atención Residencial para personas adultas mayores (CARPAM), Club del Adulto Mayor (CAM), Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM), entre otros. Estos servicios son primordiales para fomentar una mayor calidad de vida de las PAM. El CIAM es de particular interés porque es masivo y brinda

una multiplicidad de servicios. Sin embargo, es pertinente enfatizar que los usuarios reconocen deficiencias en la calidad de los servicios (Defensoría del Pueblo, 2019).

El objetivo del CIAM es promover el desarrollo físico, emocional, social, cognitivo y productivo de las PAM (El Peruano, 2006). Los CIAM son gestionados por las municipalidades distritales y provinciales. La creación de los CIAM está predispuesta por la iniciativa de cada una de las municipalidades según la Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades. A partir del 2017 se incentiva la creación de los CIAM, debido a que se convierte en una meta del Programa de Incentivos a la mejora de la Gestión Municipal. Si las municipalidades cumplen con la creación del CIAM y otras metas que no necesariamente se relacionan con las PAM, se les beneficia monetariamente en el próximo presupuesto público de su jurisdicción. Los requisitos para crear un CIAM son principalmente tres: elaborar una ordenanza municipal sobre el CIAM, asignar presupuesto público para el funcionamiento y disponer de espacios físicos.

Las personas mayores de 60 años pueden acceder al CIAM llenando una sencilla ficha que cuenta cada municipalidad y disponiendo una tarjeta de identificación (DNI). El proceso de inscripción es breve y seguidamente pueden aprovechar los múltiples servicios según la disposición de cada municipalidad. Los servicios que se brindan en el CIAM son programas de alfabetización, cursos de computación y utilización de internet, actividades artísticas y deportivas, talleres de liderazgo y gestión, talleres de manejo emocional y mejoramiento de la autoestima, orientación psicológica y legal, cursos de promoción laboral y servicios de salud física y mental (El Peruano, 2007). Asimismo, se espera que la organización del CIAM cuente con enfermeros o técnicos de enfermería, trabajadores sociales, psicólogos, especialistas legales, equipo de profesores e instructores y personal administrativo de apoyo.

¿Estos servicios han mejorado la calidad de vida de las PAM? Los estudios de caso presentan resultados favorables de los CIAM. Los servicios que más se brindan en los CIAM de la provincia de Arequipa son servicios de salud y recreacionales en 2017 (Torres y Vásquez, 2018), mientras que, en el CIAM de Huancayo, son actividades deportivas (Córdova, 2020). Es de esperarse que servicios de recreación y deportes sean los más comunes porque tienen menores costos que otros servicios como los servicios de salud o educación. En particular, en el CIAM de Huancayo se evidencia que 90% de 50 entrevistados en el CIAM está conforme con la atención brindada por el CIAM en 2019 (Córdova, 2020). Asimismo, se evidencia que el 86% de 50 entrevistados recomendaría el CIAM a sus amistades. Los CIAM también impactan en la salud mental de sus usuarios como, por ejemplo, Vargas y Vargas (2017) analiza 209 PAM en CIAM de 5 distritos de Lima y evidencia que los CIAM brindan apoyo social y redes de confianza que permiten un mejoramiento en el bienestar psicológico. En el CIAM de Huamanga, se corrobora que tiene una efectividad en la salud emocional de los usuarios, pero no en la salud física (Medina, 2022). Aunque son estudios de casos y su extrapolación a nivel nacional es limitada, es posible sugerir que los CIAM actúan como un espacio de soporte y entretenimiento que potencialmente repercute en otras dimensiones, siendo una de ellas la salud mental.

3. Metodología

El objetivo de la investigación es evaluar el impacto del CIAM en los síntomas de depresión de las PAM. Para ello se emplea una metodología cuantitativa y bases de datos administrativas y encuestas nacionales. La sección posterior muestra el detalle de las fuentes de información. Las fuentes de información permiten obtener dos bases de datos: i) SIRCIAM y ENDES, y ii) SIRCIAM y SUSALUD. La primera de ellas es la base de datos principal, mientras que la otra se usa como soporte. En el Anexo 1 es posible visualizar una descripción de la base de datos principal.

La estrategia empírica consiste en la estimación de tres modelos econométricos. Los dos primeros modelos se usan con la primera base de datos (SIRCIAM y ENDES). En este caso se busca evaluar si los años de exposición de las PAM al CIAM afecta los síntomas de depresión medido por el PHQ9. Para construir esta variable se explota el año de inicio del CIAM y la edad de las PAM cuando inició el CIAM. Así, por ejemplo, una persona que tiene 72 años en un distrito donde el CIAM empezó cuando tenía 66 años presenta una exposición al CIAM de 7 años considerando el año de creación del CIAM. El primer modelo es un Diferencias en Diferencias Dinámico que tiene como unidad de análisis a la PAM i , en el distrito d y en el año t :

$$y_{idt} = \sum_{k=0}^{k=12} \beta_k \text{exposición}_{idk} + \theta X + \delta_t + \delta_m + \delta_r + \epsilon_{idt} \quad (1)$$

Donde y_{idt} es el PHQ9 que se encuentra en un rango de 0 a 27. exposición_{idk} es una variable dicotómica si la PAM i está expuesta k años al CIAM. El mayor número es 12 porque el año más antiguo de inicio del CIAM es 2007 y únicamente se usan datos hasta el 2019. Las personas que residen en distritos donde habrá CIAM en el periodo 2020-2024 se consideran como controles, es decir, toma el valor de 0 porque no han sido expuestos al CIAM. X es un conjunto de variables que permiten controlar por características de las personas y del CIAM. Se añaden efectos fijos a nivel de años (δ_t), meses (δ_m) y regiones (δ_r). Los errores estándar se agrupan a nivel de distrito porque el tratamiento se asigna a ese nivel. Es pertinente mencionar que se está obteniendo un estimador *intent-to-treat*, debido a que el efecto hallado es sobre las personas que habitan en el distrito y no necesariamente las personas que asisten al CIAM. Más aún, se encuentra (en caso de encontrarse) un efecto subestimado, debido a que el SIRCIAM identifica que en promedio el 22% de las PAM en distritos donde hay CIAM están inscritas en los CIAM en 2024.

Es posible agregar la ecuación 1 según periodos de exposición. Se unen los periodos de exposición 1 a 2 años en un grupo y de 3 a más años de exposición en otro grupo. Esta división permite identificar igual número de observaciones en ambos grupos. El grupo de control continúa siendo las PAM que no han sido expuestas al CIAM. La ecuación anterior queda modificada de la siguiente manera:

$$y_{idt} = \sum_{j=0}^{j=2} \beta_j \text{grupo}_{idj} + \theta X + \delta_t + \delta_m + \delta_r + \epsilon_{idt} \quad (1.1)$$

Una limitación de esta metodología pertenece a la reciente literatura sobre los modelos de Diferencias en Diferencias. En particular, la aplicación del modelo de Callaway y Sant'Anna (2021) es recomendable cuando se presenta tratamiento heterogéneo en el tiempo. Sin embargo, en esta investigación no se utiliza este modelo, debido a la

heterogeneidad intradistrital cuando se asigna el tratamiento. Así, por ejemplo, el CIAM empezó en 2012 en el distrito A y se encuestaron a dos personas de 62 y 65 años en 2017. Según el modelo de Callaway y Sant'Anna (2021) ambas personas estarían identificadas como parte del periodo 5 después de haberse iniciado el CIAM. Sin embargo, ambas personas fueron efectivamente impactadas por el programa de forma diferenciada, dado que la población objetivo del programa son las PAM. La persona de 62 años ha sido expuesta a 2 años del programa, mientras que, la otra persona, 5 años¹. La ecuación 1 permite superar esta limitación, aunque es pertinente mencionar que también presenta limitaciones, siendo la principal limitación la ponderación del coeficiente del tratamiento (Goodman-Bacon, 2021). En la sección de resultados se muestra una amplia cantidad de ejercicios que apoyan la fiabilidad de la ecuación 1 y 1.1.

Los dos modelos econométricos anteriores se utilizan con la primera base de datos (SIRCIAM y ENDES). El siguiente modelo econométrico es un panel de efectos fijos a nivel de establecimientos de salud para el periodo 2018-2019 y solo se utiliza para la segunda base de datos (SIRCIAM y SUSALUD). La idea es evaluar si un distrito más con CIAM afecta la proporción de PAM atendidas por depresión. En esta nueva ecuación, la unidad de análisis es el establecimiento de salud j en el mes m y año a :

$$y_{jma} = \beta_1 \text{DensidadCIAM}_{15km_{ja}} + \theta'X + \delta_j + \delta_m + \delta_a + \epsilon_{jma} \quad (2)$$

Donde y_{jma} representa la proporción de usuarios atendidos por depresión o ansiedad en Consulta Ambulatoria, es decir, usuarios que no fueron hospitalizados². DensidadCIAM_{ja} es una variable continua que representa la proporción de distritos con CIAM sobre el total de distritos a una distancia determinada. En el panel A del Anexo 2 se ilustra la distribución de los establecimientos de salud utilizados, mientras que, en el Panel B, se ejemplifica la densidad que enfrentan los establecimientos de salud. Asimismo, se añaden variables de control (X) que identifican la proporción de psicólogos, horas programadas que atienden los psicólogos en consulta ambulatoria y la proporción de mujeres atendidas por depresión y ansiedad. También se adhieren efectos fijos por establecimiento de salud (δ_j), meses (δ_m) y años (δ_a). Los errores estándar se agrupan a nivel de establecimiento de salud. Las principales limitaciones de esta ecuación son tres. Primero, se establece 15 km arbitrariamente y se decide utilizar otros valores para identificar la robustez del resultado. Segundo, se realizan pruebas placebo que evalúan la creación de CIAM en el periodo posterior a 2018-2019. Tercero, en caso exista un efecto del CIAM en la proporción de atendidos por ansiedad y depresión en consulta ambulatoria, no tiene que coincidir con una caída en la proporción de horas atendidas por psicólogos en consulta ambulatoria.

4. Fuente de información

¹ Una alternativa es identificar exclusivamente a las personas que tuvieron más de 60 años cuando inició el CIAM. No obstante, la muestra se reduce ampliamente y los periodos antes y después del inicio del CIAM presentan amplias diferencias en cuanto al número de observaciones.

² No es posible separar depresión y ansiedad de la clasificación de enfermedades del CIE10. Las enfermedades corresponden a: Trastorno depresivo de la conducta, episodios depresivos, trastorno depresivo recurrente y trastorno mixto de ansiedad y depresión.

Todas las fuentes de información son de acceso público y se han recopilado de los portales digitales del Estado peruano. A continuación, se detalla cada fuente de información:

A. Sistema de Registro de Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (SIRCIAM)

El SIRCIAM es el registro oficial de CIAM elaborado por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Contiene información sobre la ubicación geográfica y año de creación de los CIAM. Algunos CIAM también presentan la información actualizada de los usuarios según sexo. Hasta abril del 2024, se tiene información de 1,463 CIAM operativos, de los cuales 77 no cuentan con información sobre la fecha de inicio del CIAM. Estos distritos se descartan de la muestra porque no se han encontrado otras fuentes confiables que brinden información sobre el inicio de los CIAM. En el Gráfico 2 se visualiza la distribución de los distritos según el año de inicio de los CIAM hasta el 2024.

B. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)

Es una base de datos a nivel nacional realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática. Se lleva a cabo desde 1986, con una periodicidad quinquenal. A partir del 2004, se aplicó un diseño continuo con periodicidad anual. La base recopila información de aproximadamente 30,000 viviendas mediante un muestreo bietápico, equilibrado, estratificado e independiente a nivel departamental en áreas urbanas y rurales. Los temas principales son la dinámica demográfica, el estado de salud de las madres y los niños menores de cinco años, entre otros. A partir del 2013, se ha incorporado un módulo de Salud Mental aplicado a personas de 15 años en adelante. Sin embargo, únicamente se usan los datos sobre salud mental desde el 2014 porque la información del 2013 es muy reducida. La principal variable de salud mental es el índice PHQ9 (Spitzer et al., 1999), el cual es validado internacionalmente por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM5). El índice es una suma simple de 9 indicadores que muestran síntomas de depresión en una escala de 0 a 27, donde un número cercano a 27 significa mayor síntoma de depresión.

C. Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD)

Constituye una base de datos que proporciona información detallada acerca de los establecimientos de salud a nivel nacional. Presenta información sobre la categoría del EESS, código RENAES, Diresa a la que pertenece, dirección del establecimiento, equipamiento (recursos humanos y no humanos) y servicios que brinda. En 2023, se ha constatado un total de 20,558 establecimientos de salud, de los cuales únicamente se utilizan 389 porque tienen la categoría de hospitales y es posible identificar las coordenadas geográficas.

Es pertinente enfatizar que la unión de las fuentes de información permite obtener dos bases de datos: i) SIRCIAM y ENDES, y ii) SIRCIAM y SUSALUD. La primera base de datos tiene como unidad de análisis a las PAM, mientras que la segunda a los establecimientos de salud. El SIRCIAM se une a las otras bases de datos a nivel distrital.

5. Principales resultados

● Efecto principal (ENDES y SIRCIAM)

Estar expuesto al CIAM genera una reducción en los síntomas de depresión. Un año de exposición al CIAM genera cerca de 0.5 puntos menos en el PHQ9, lo cual aumenta hasta cerca de 1.5 puntos cuando se tiene 6 años de exposición del CIAM. Después de los 6 años el efecto se mantiene, lo cual indicaría que el CIAM tiene un límite para contrarrestar los síntomas de depresión.

● Robustez del efecto

El efecto principal es robusto a múltiples pruebas:

- Primero, se evalúa la misma ecuación del efecto principal en otro grupo poblacional (personas menores de 50 años) y no se encuentran efectos significativos. Esta prueba sostiene que el CIAM no afecta a otro grupo poblacional diferente a las PAM.
- Segundo, nuevamente se evalúa el mismo ejercicio cambiando el tratamiento (las PAM expuestas son PAM no expuestas y las PAM no expuestas son PAM expuestas) y no se encuentran efectos significativos. Es pertinente mencionar que el año de inicio del CIAM para las nuevas PAM expuestas proviene del distrito más cercano. Esta prueba muestra que el CIAM no afecta a las PAM donde no había CIAM.
- Tercero, se realizan variaciones a la ecuación que permite obtener el efecto principal y los resultados continúan siendo significativos. Esta prueba sugiere que el efecto principal no se debe a una especificación econométrica *ad hoc*, sino que también es robusta a múltiples especificaciones.
- Cuarto, se revisa si la distribución de la muestra se mantiene proporcional entre las PAM que están expuestas y no están expuestas. Se evidencia que no hay un ordenamiento de la base de datos que predisponga el efecto principal. Esta prueba sugiere que el efecto del CIAM no está sesgado por la distribución de la muestra.
- Quinto, dado que el porcentaje de inscritos al CIAM en promedio es 20%, se evalúa la ecuación del efecto principal según múltiples muestras que se diferencian por el porcentaje de inscritos al CIAM. Se evidencia que el efecto proviene de los distritos con mayor participación del CIAM. Esta prueba sugiere que, a pesar de que la inscripción al CIAM sea reducida, es posible hallar un efecto subestimado y significativo.
- Sexto, es posible que existan otras variables que estén impactando en los síntomas de depresión. Se evalúa la ecuación del efecto principal interactuando con Pensión 65 y el gasto público destinado a Asistencia Social. El efecto aislado del CIAM continúa siendo significativo, pero la interacción del CIAM con estas políticas resulta no significativo. Esta prueba sostiene que otras políticas como Pensión 65 o shocks de gasto público no invalidan el efecto aislado del CIAM.

● Efectos heterogéneos

El efecto principal parece ser mayor en mujeres y en PAM con seguro de salud. Esto puede ocurrir porque los hombres y las personas sin seguro de salud continúan trabajando y no asisten mucho al CIAM.

Existen ligeras diferencias según meses cálidos (verano y primavera) y fríos (otoño e invierno). En meses cálidos se observa un efecto mayor del CIAM

posiblemente porque existen menores afecciones al sistema respiratorio que en meses fríos.

No se encuentran amplias diferencias cuando se divide la muestra según distritos con pocos o muchos PAM. Esto podría responder a que el CIAM presenta una elevada heterogeneidad en la calidad de servicios y los servicios dependen principalmente de la gestión de las municipalidades.

- Mecanismos

¿Por qué el CIAM reduce los síntomas de depresión? Todos los CIAM no brindan talleres especializados en salud mental o tienen como finalidad máxima combatir la depresión, pero permiten reducir los síntomas de depresión porque fortalecen las redes sociales de las PAM. Las PAM asisten al CIAM y generalmente aplican las enseñanzas. Así, por ejemplo, se observa un aumento del consumo de alimentos saludables, incrementos en el índice de masa corporal y aumenta la probabilidad de solicitar ayuda psicológica. Esto podría sugerir que los talleres del CIAM están funcionando. Sin embargo, lo que esto también indica es que las PAM están adquiriendo nuevas redes de soporte distintas a su familia. Esta investigación sugiere que el CIAM es un espacio donde pueden continuar desarrollándose y mejorar su calidad de vida.

- Efecto administrativo y robustez (SUSALUD y SIRCIAM)

La base de datos principal (ENDES y SIRCIAM) permitió evidenciar efectos significativos en los síntomas de depresión medido por el PHQ9. La segunda base de datos (SUSALUD y SIRCIAM) permite analizar los efectos en los usuarios que han sido atendidos por depresión en consulta ambulatoria en los establecimientos de salud de nivel II y III.

El resultado que sugiere la segunda base de datos (SUSALUD y SIRCIAM) es una reducción en la proporción de usuarios PAM atendidos por depresión cuando se crea un CIAM. Sin embargo, no es posible determinar si el efecto responde a que las PAM están curadas o están asistiendo a los servicios de salud del CIAM.

El resultado con la segunda base de datos (SUSALUD y SIRCIAM) se somete a tres pruebas de robustez. Primero, se evalúa el efecto según múltiples distancias y se evidencia que el efecto se desvanece cuando la distancia hacia el establecimiento de salud aumenta. Segundo, se analiza el efecto según los grupos poblacionales de 30-45 años y 45-60 años. No se obtienen efectos significativos para estos grupos poblacionales independientemente de la distancia hacia el establecimiento de salud. Tercero, se estudia el efecto en otras variables que podrían impactar en la atención de las PAM. No se obtienen efectos significativos cuando se evalúa la proporción de horas atendidos por psicólogos en consulta externa.

Estas pruebas sugieren que una reducción en la atención de las PAM no ocurre por una distancia en particular hacia el establecimiento de salud, no afecta a otros grupos poblacionales distintas al CIAM y no se distorsiona la proporción de horas atendidas por psicólogos.

6. Principales conclusiones / recomendaciones

El objetivo de la investigación fue evaluar el impacto del CIAM en los síntomas de depresión a nivel nacional. Los resultados sugieren que el CIAM reduce los síntomas de depresión. Este resultado es robusto a múltiples pruebas y los datos administrativos permiten obtener resultados coherentes con los hallazgos de las encuestas nacionales. Asimismo, se sugiere que el principal mecanismo es el mejoramiento en la calidad de vida. Los CIAM no solo actúan como espacios que brindan múltiples talleres y capacitaciones, sino también, es posible que actúen como espacios que brindan un sentido de comunidad y pertenencia. Estos mecanismos son coherentes con la literatura sobre las PAM (Bueno, 2017).

Si en los CIAM están inscritas 20% de las PAM y en Pensión 65 se focaliza a casi 20% de las personas mayores de 65 años más vulnerables, ¿es posible aprovechar los beneficios de ambas políticas de forma conjunta? La implicancia de política de esta investigación sugiere una respuesta afirmativa y recomienda revisar la figura del CIAM para pensar en una política conjunta con Pensión 65. Actualmente el CIAM no es una política nacional como Pensión 65, pero tiene potencial para generar cambios significativos en la salud mental de las PAM. Así, por ejemplo, los CIAM no cuentan con los mismos medios de difusión que Pensión 65 y tampoco tienen los medios suficientes para identificar a las PAM como sucede con Pensión 65. Más aún, los CIAM no brindan los mismos servicios porque depende de cada municipalidad y la calidad de los servicios que se brindan es heterogénea. Una reestructuración del CIAM que fortalezca los lazos con Pensión 65 podría generar que se reduzcan aún más los síntomas de depresión e incluso ir más allá y potencialmente combatir la enfermedad de depresión.

Esta investigación incentiva el estudio de los CIAM en otras áreas, en particular, es indispensable continuar explorando los mecanismos que genera que los CIAM impacten en los síntomas de depresión. Así, por ejemplo, un potencial mecanismo que puede estar influenciando es la cohesión de lazos familiares. Las PAM que residen en hogares con fuertes lazos pueden estar más predispuestas a asistir al CIAM y potencialmente obtener un beneficio mayor de los servicios que brinda el CIAM. Más aún, es posible continuar explorando los impactos diferenciados del CIAM según los servicios que brindan. Esta investigación no puede sugerir si los efectos que reducen los síntomas de depresión ocurren por los servicios de salud u otros servicios. Por último, se ha sugerido que puede existir efectos spillovers en las personas menores de 60 años que viven con PAM, pero se necesita continuar explorando con bases de datos más específicas o realizando estudios de caso.

También es necesario continuar explorando otras políticas públicas que hacen énfasis en las personas adultas mayores como el Centro Atención Residencial para Personas Adultas Mayores (CARPAM) u otras entidades no gubernamentales como las organizaciones sociales de personas adultas mayores. Es posible investigar si es beneficioso la articulación de múltiples políticas no solo para las PAM, sino también para los mismos programas nacionales porque podrían aumentar su eficiencia. Asimismo, esta investigación no ha discutido con rigurosidad los efectos del COVID-19 en las PAM. Es probable que los efectos hayan sido graves, debido a que fueron uno de los grupos más vulnerables durante la pandemia.

7. Referencias

- Aday, R. H., Wallace, B. & Kabrill, J. J. (2018). Linkages Between the Senior Center as a Public Place and Successful Aging. *Activities, Adaptation & Aging*, 43(2), 211-231. <https://doi.org/10.1080/01924788.2018.1507584>
- Bernal, N. & Olivera, J. (2019). Los efectos de Pensión 65 en la salud de la tercera edad: una mirada acerca de cómo este programa puede contribuir a un envejecimiento saludable. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social.
- Boen, H. (2012). Characteristics of senior centre users – and the impact of a group programme on social support and late-life depression. *Norsk Epidemiologi*, 22(2). <https://doi.org/10.5324/nje.v22i2.1574>
- Bueno, Y. (2017). Centro integral de atención al adulto mayor y la calidad de vida. *Horizonte de la Ciencia*, 7(12), 123-136. <https://doi.org/10.26490/uncp.horizonteciencia.2017.12.316>
- Callaway, B., & Sant'Anna, P. H. C. (2021). Difference-in-Differences with multiple time periods. *Journal of Econometrics*, 225(2), 200-230. <https://doi.org/10.1016/j.jeconom.2020.12.001>
- Córdova, R. (2020). Acceso y Participación del Adulto Mayor en el Centro Integral de Adulto Mayor de Huancayo-Junín, 2019. Tesis para optar el título de Maestría en Gerencia Social. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Defensoría del Pueblo (2019). Envejecer en el Perú: Hacia el fortalecimiento de las políticas para personas adultas mayores. Lima: Defensoría del Pueblo.
- El Peruano (2007). Anexo de la R.M. N° 613-2007 MIMDES. Pautas y recomendaciones para el funcionamiento de los centros integrales de atención al adulto mayor (CIAM). Lima.
- El Peruano (2006). Ley de las personas adultas mayores LEY N 28803. Lima.
- Fitzpatrick, T. R., Gitelson, R. J., Andereck, A. L., & Mesbur, E. S. (2005). Social support factors and health among a senior center population in southern Ontario, Canada. *Social Work in Health Care*, 40(3), 15-37. https://doi.org/10.1300/J010v40n03_02
- Goodman-Bacon, A. (2021). Difference-in-differences with variation in treatment timing. *Journal of Econometrics*, 225(2), 254-277. <https://doi.org/10.1016/j.jeconom.2021.03.014>
- INEI (2023). Situación de la población adulta mayor. Abril-Mayo-Junio 2023. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- Keyes, L., Li, Q., Collins, B. & Rivera-Torres, S. (2020). Senior Center Service Utilization: Do Social Ties Affect Participation Patterns?. *Journal of Applied Gerontology*, 41(2). <https://doi.org/10.1177/0733464820975905>
- Kim, H. S., Harada, K., Miyashita, M., Lee, E. A., Park, J. K. & Nakamura, Y. (2011). Use of Senior Center and the Health-Related Quality of Life in Korean Older Adults. *Journal of*

Preventive Medicine and Public Health, 44(4), 149-156.
<https://doi.org/10.3961/jpmpmh.2011.44.4.149>

Li, X., & Li, X. (2023). Investigating the impacts of urban built environments on users of multiple services in elderly care facilities. *Frontiers of Architectural Research*, 12(5), 999-1010.
<https://doi.org/10.1016/j.foar.2023.05.009>

Medina, M. J. (2022). Efectividad Social del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM), de la Municipalidad Provincial de Huamanga, en el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores, año 2021. Tesis para obtener el título de Maestría en Ciencias Económicas. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.

MIDIS (2024). Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65, InfoPension. (Acceso 26/06/2024) <https://info.pension65.gob.pe/infopension/indexCO.php>

Othman, A. R., & Fadzil, F. (2015). Influence of Outdoor Space to the Elderly Wellbeing in a Typical Care Centre. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 170(27), 320-329.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.042>

Pardasani, M. & Berkman, C. (2020). New York City Senior Centers: Who Participates and Why?. *Journal of Applied Gerontology*, 40(9). <https://doi.org/10.1177/0733464820917304>

Schneider, A. E., Ralph, N., Olson, C., Flatley, A. M. & Thorpe, L. (2014). Predictors of senior center use among older adults in New York City public housing. *Journal of Urban Health*, 91(6), 1033-1047. <https://doi.org/10.1007/s11524-014-9906-3>

Somerville, C., Velasco-Roldan, N., Bui, C. N., Coyle, C. & Mutchler, J. (2022). Why Don't Older Adults Use Senior Centers? Evidence from Adults Age 50 and Older in Massachusetts. *Journal of Elder Policy*, 2(1), 103-129. <https://doi.org/10.18278/jep.2.1.5>

Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B. & Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. *JAMA*, 282(18), 1737-44. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>

Torres, J. I. & Vásquez, Y. L. (2018). Factores que limitan la instalación y funcionamiento efectivo de los centros integrales de atención del adulto mayor (CIAM) en la provincia de Arequipa - 2017. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.

Travers, J. L., D'Arpino, S., Bradway, C., Kim, S. J. & Naylor, M. D. (2022). Minority Older Adults' Access to and Use of Programs of All-Inclusive Care for the Elderly. *Journal of Aging & Social Policy*, 34(6), 976-1002. <https://doi.org/10.1080/08959420.2021.2024411>

Vargas, C. Y. & Vargas, L. M. (2017). Apoyo social y bienestar psicológico en adultos mayores que asisten a los CIAM de Lima metropolitana. Tesis para optar el título de licenciatura en Psicología. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.

WHO (2020). Global Health Estimates 2019 Summary Tables. Geneva: World Health Organization.

Anexos

Anexo 1. Estadísticas descriptivas de la base de datos principal (ENDES y SIRCIAM)

VARIABLES	Promedio	Desviación Estándar	Mínimo	Mediana	Máximo	Muestra
Síntoma de depresión (PHQ9)	4.35	5.45	0	2	27	17,665
Vive en distrito con CIAM	55%	0.50	0	1	1	17,665
Edad cuando inició CIAM	69.12	8.33	49	68	98	17,665
Año de inicio del CIAM	1116	1001.77	0	2012	2019	17,665
Mujer	54%	0.50	0	1	1	17,665
Edad	70.38	7.98	60	69	98	17,665
Edad (cuadrado)	5016.72	1173.59	3600	4761	9604	17,665
Sin seguro de salud	17%	0.38	0	0	1	17,665
Años tomando alcohol	41.99	18.52	0	46	89	17,665
Hogar con menores de 11 años	28%	0.45	0	0	1	17,665
Sin agua potable	22%	0.41	0	0	1	17,665
Sin electricidad	10%	0.30	0	0	1	17,665
Hipertensión	27%	0.44	0	0	1	17,665
Diabetes	8%	0.27	0	0	1	17,665
Peso (kg)	61	13.46	28	60	151	17,665
Talla (cm)	152	9.04	115	152	184	17,665

Fuente: SIRCIAM y ENDES. Elaboración propia.

Anexo 2. Insumo para el análisis de datos administrativos (SUSALUD y SIRCIAM)

