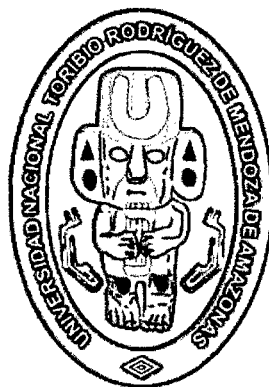


**UNIVERSIDAD NACIONAL**

**TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES,  
ASENTAMIENTO HUMANO. SEÑOR DE LOS  
MILAGROS, CHACHAPOYAS- 2015.**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN  
ENFERMERÍA**

**AUTOR: Br. Enf. Roly Torrejón Quiroz**

**ASESOR: Mg. Wilfredo Amaro Cáceres**

**CHACHAPOYAS – AMAZONAS**

**2015**

## **DEDICATORIA**

A mi familia, quienes siempre están,  
brindándome su apoyo incondicional para  
seguir a delante.

## **AGRADECIMIENTO**

A mi familia por darme la fortaleza que necesito para realizar cada actividad importante en mi vida, por ser mi inspiración para poder desarrollarme y seguir estudiando para lograr ser un profesional de enfermería.

A los docentes de la escuela profesional de Enfermería, quienes transmiten su valiosos conocimientos.

Al Mg. Wilfredo Amaro Cáceres, gracias a sus enseñanzas como docente y como persona.

A los adultos mayores del Asentamiento Humano “Señor de los Milagros”, que muy amables me permitieron disponer de su tiempo para poder encuestarlas.

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

Dr. Jorge Luis Maicelo Quintana

**Rector**

Dr. Oscar Andrés Gamarra Torres

**Vicerrector Académico**

Dra. María Nelly Lujan Espinoza

**Vicerrectora de investigación**

Dr. Policarpio Chauca Valqui

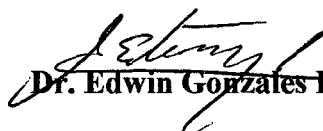
**Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud**

Dra. María del Pilar Rodríguez Quezada

**Directora de la Escuela Profesional de Enfermería**

**HOJA DE JURADO**

**(Resolución Decanatural N° 296-2014-UNTRM-VRAC/F.E.)**

  
**Dr. Edwin Gonzales Paco**  
**Presidente**

  
**Dra. Sonia Tejada Muñoz**  
**Secretaria**

**Lic. Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez**

**Vocal**

**VISTO BUENO DEL ASESOR**

Yo, Wilfredo Amaro Cáceres, identificado con DNI N° 41983973, docente auxiliar a tiempo completo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas doy **EL VISTO BUENO** al informe de tesis titulado: **NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES, ASENTAMIENTO HUMANO. SEÑOR DE LOS MILAGROS, CHACHAPOYAS - 2015**; realizado por el tesista Roly Torrejón Quiroz, y en el cual se han levantado las observaciones en la tercera revisión.

**POR LO TANTO:**

Para mayor validez y constancia firmo la presente.

Chachapoyas, 22 de Diciembre del 2015.

---

Mg. Wilfredo Amaro Cáceres

DNI N° 41983973

## ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
AUTORIDADES	iii
HOJA DE JURADO	iv
VISTO BUENO DEL ASESOR	v
ÍNDICE DE CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	viii
ÍNDICE DE ANEXOS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	4
III. MARCO TEÓRICO	5
IV. MATERIAL Y MÉTODO	22
4.1. Tipo y diseño de la investigación	22
4.2. Población y muestra	22
4.3. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	23
4.4. Análisis de datos	24
V. RESULTADOS	24
VI. DISCUSIÓN	27
VII. CONCLUSIONES	34
VIII. RECOMENDACIONES	35
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
ANEXOS	

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
<b>Tabla 01:</b> Nivel de depresión en adultos mayores, en el Asentamiento Humano. Señor de los Milagros, Chachapoyas - 2015.	22
<b>Tabla 02:</b> Nivel de depresión según dimensiones en los adultos mayores del Asentamiento Humano. Señor de los Milagros, Chachapoyas – 2015.	23



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
<b>Gráfico 01:</b> Nivel de depresión en adultos mayores, en el Asentamiento Humano. Señor de los Milagros, Chachapoyas - 2015.	22
<b>Gráfico 02:</b> Nivel de depresión según dimensiones en los adultos mayores del Asentamiento Humano. Señor de los Milagros, Chachapoyas – 2015.	23

## ÍNDICE DE ANEXOS

- Anexo 01:** Escala de depresión de Yesavage
- Anexo 02:** Matriz de consistencia
- Anexo 03:** Operacionalización de variables
- Anexo 04:** Validez y confiabilidad del instrumento de investigación
- Anexo 05:** Tablas según sexo y edad

## RESUMEN

El presente estudio fue de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo; de tipo observacional. Se realizó con el objetivo de determinar el nivel de depresión en adultos mayores, en el Asentamiento Humano Señor de los Milagros, Chachapoyas - 2015. La muestra estuvo conformada por 40 adultos mayores que residen en este lugar. Para la recolección de datos se utilizó el método de la encuesta, como técnica el cuestionario y como instrumento la "Escala de depresión Geriátrica elaborado por J, A, Yesavage (1983). Los resultados evidencian que del 100 % (40) de adultos mayores el 65 % presentan depresión severa, el 25 % depresión moderada y el 10% depresión leve. Por otra parte, con respecto a la depresión según dimensiones se observa que en la dimensión estado de ánimo depresivo, el 37.5 % (15) presenta depresión moderada, el 32.5 % (13) presentan depresión severa y el 30 % (12) depresión leve; asimismo en la dimensión anergia o vaciamiento de impulsos, el 40 % (16) presentan depresión severa, el 35 % (14) depresión moderada y el 25 % (10) depresión leve; y finalmente en la dimensión la discomunicación, el 52.5 % (21) presenta depresión grave, el 27.5 % (11) presentan depresión moderada y el 20 % (8) presentan depresión leve. Se concluye que la mayoría de los adultos mayores en estudio presentan depresión severa, lo que resulta preocupante; asimismo en cuanto a las dimensiones estado de ánimo depresivo, anergia o vaciamiento de impulsos y discomunicación una gran proporción de dichos adultos mayores presentan depresión de moderada a severa.

**Palabras claves:** depresión, adulto mayor

## ABSTRACT

The present study was of quantitative approach; of descriptive level; of type observacional. It was realized by the aim to determine the level of depression in major adults, in the Human Accession Master of the Miracles, Chachapoyas - 2015. The sample was shaped by 40 major adults who reside in this place. For the compilation of information the method of the survey was in use, as technology the questionnaire and since I orchestrate the " Scale of Geriatric depression elaborated for J, To, Yesavage (1983). The results demonstrate that of 100 % (40) of major adults 65 % presents severe depression, 25 % moderate depression and 10 % slight depression. On the other hand, with regard to the depression according to dimensions is observed that in the dimension depressive state of mind, 37.5 % (15) presents moderate depression, 32.5 % (13) presents severe depression and 30 % (12) slight depression; likewise in the dimension anergía or voidance of impulses, 40 % (16) presents severe depression, 35 % (14) moderate depression and 25 % (10) slight depression; and finally in the dimension the discomunicación, 52.5 % (21) presents serious depression, 27.5 % (11) presents moderate depression and 20 % (8) presents slight depression. One concludes that the majority of the major adults in study present severe depression, which turns out to be worrying; likewise as for the dimensions depressive state of mind, anergía or voidance of impulses and discomunicación a great proportion of the above mentioned major adults they present depression of moderated to severe.

**Key words:** depression, major adult

## I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años y a nivel mundial se tiene un gran problema de salud que se va incrementando con el paso del tiempo, una enfermedad que en muchos casos no se manifiesta a simple vista ante el profesional de salud sin embargo está presente en las diferentes etapas de vida sin discriminación de raza edad o sexo (Moreno, 2006, p. 56).

Actualmente a nivel mundial el 25% de las personas mayores de 60 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión el más frecuente, con consecuencias negativas en la calidad de vida, causando una híper utilización de los servicios de salud y elevados costos socioeconómicos, familiares y comunitarios. De igual modo, los trastornos depresivos afectan al 10% de los ancianos que viven en la comunidad, entre el 10 y el 20% de los hospitalizados, entre el 15 y el 35% de los que viven en residencias y al 40% de los que presentan enfermedades somáticas concomitantes. Según la OMS el 25% de las personas mayores de 65 años padecen de la depresión, hasta los 75 años (Moreno, 2006, p. 56).

La depresión en el paciente adulto mayor también es una causa común, alrededor de 65% de los pacientes deprimidos reciben cinco o más medicamentos que los no deprimidos. Por desgracia, es difícil llegar a establecer el diagnóstico de depresión oportuno en este grupo de edad, y es aún más difícil que lleguen a recibir un tratamiento antidepresivo adecuado. En primer lugar, los síntomas afectivos son considerados por el paciente, la familia y por el propio personal de salud como algo normal del envejecimiento, contribuye también la ambigüedad en el informe de los síntomas depresivos, así como las manifestaciones atípicas propias de la depresión en esta población. Los trastornos de ansiedad constituyen las enfermedades psiquiátricas más frecuentes y provocan un deterioro funcional y un sufrimiento considerable (Guerra, 2009, p. 44).

En latinoamérica, el proceso de envejecimiento se caracteriza tanto por una velocidad sin precedentes, como por el crecimiento acelerado en la demanda de servicios de salud. Lo cual representa un grave problema en países pobres,

marcados por desigualdades socioeconómicas, disminución en el acceso a los recursos y cuidado en salud. Se puede apreciar que a nivel de crecimiento de la humanidad y de acuerdo a las investigaciones de la ciencia médica y psicológica la etapa del adulto mayor, se inicia a los 60 años y esta se caracteriza por una creciente disminución de las fuerzas físicas, lo que, a su vez, ocasiona en la mayoría una sensible y progresiva baja de las cualidades de su actividad mental (Moreno, 2006, p. 56).

Es así, que la depresión ocupa el primer lugar en cuanto a frecuencia dentro de las enfermedades que aquejan preferentemente a los ancianos que se encuentran inmersos a partir de esta edad (Guerra, 2009, p.44).

En el continente europeo y latinoamericano la depresión y la ansiedad son los trastornos afectivos más frecuentes en el anciano y una de las principales consultas médicas, aun cuando su presencia puede pasar desapercibida; porque el ánimo triste no forma parte del envejecimiento normal y no es un acompañamiento natural e inevitable del declive de la actitud social. La depresión y ansiedad disminuyen de forma sustancial la calidad de vida del anciano y puede abocar en discapacidad. Parece claro que un deterioro en la salud abogue hacia un ánimo deprimido, pero no se admite tanto que los síntomas depresivos complican el tratamiento de las enfermedades físicas y aumentan el riesgo de presentar nuevas enfermedades (Olazo y Zapata, 2007, p. 88).

La depresión y la ansiedad son el problema de salud mental más frecuente en los sujetos mayores de 65 años de edad. En la actualidad se considera un problema de salud pública con serias implicaciones en la discapacidad, morbilidad, mortalidad y calidad de vida de los ancianos que la padecen. El anciano con depresión presenta dos a tres veces más probabilidades de muerte (Morell, 2006, p. 65).

En el Perú según el informe, fechado en diciembre del 2014 último y que recoge los resultados del trimestre julio-setiembre del 2014 de la Encuesta Nacional de Hogares, da cuenta de que el 39,8% de los hogares del Perú cuenta con al menos una persona de 60 a más años entre sus miembros. “Vivir solo en la tercera edad es

una tendencia que se ve más en Estados Unidos y en Europa. Eso se explica por las migraciones de los jóvenes, por la disminución progresiva de la tasa de natalidad desde hace 40 años, porque las casas son cada vez más pequeñas y porque poco a poco se están extinguiendo los hogares extendidos, es decir, los que incluyen a abuelos o padres adultos mayores”, explica el geriatra José Parodi, director del Centro de Investigación del Envejecimiento de la Universidad de San Martín de Porres (El comercio, 2015, p. 12)

Se evidencia también, que la depresión es frecuente en las personas adultas mayores y puede causar gran sufrimiento. La salud de los adultos mayores tiende a deteriorarse con el paso de los años; casi la totalidad de ellos vive en casa, independientemente de su estado de salud, y una gran proporción toma algún medicamento, con o sin receta médica. Los mayores de 80 años son los que muestran mayor fragilidad. Un estudio abordó el bienestar subjetivo de 340 sujetos de entre 80 y 84 años de edad y la influencia de la fragilidad en aquél; los resultados mostraron que la fragilidad tiene un impacto evidente en el bienestar de los más viejos, de modo que los más frágiles tienen más síntomas depresivos que los ancianos independientes (Lozano,2008, p.55).

Además de ello a nivel nacional existen estudios epidemiológicos donde los resultados indican que mayormente los adultos mayores sufren de ansiedad en un 25% y depresión 9.8%. También encontró que la depresión en mujeres adultas mayores alcanzó el 12,3%, cifra superior a los de los hombres adultos mayores que registran 7,0%. Asimismo, la depresión es alta en adultos mayores de 75 años (MINSA, 2005, p.10).

La región de Amazonas, durante el periodo del año 2011, de los casos de depresión en los adultos mayores de 60 a 79 años, el 76% corresponde al sexo femenino y el 24% al sexo masculino; mientras que en el grupo de adultos mayores de 80 años el 52.2% corresponde al sexo femenino y el 47.8% al sexo masculino (DIRESA, 2011 p. 15).

A nivel local se encontró que no es ajeno a esta realidad ya que también se puede evidenciar según un análisis situacional de salud realizado por los estudiantes de Facultad de Enfermería de la UNTRM en el distrito de Huancas se encontró por ejemplo que el 33.3% de adultos mayores presentan manifestaciones depresivas (ASIS – Huancas, 2010).

En el asilo de ancianos “Virgen Asunta” de la ciudad de Chachapoyas se evidencia que muchos de los adultos mayores se encuentran en un estado de abandono por sus familiares, se muestran tristes, aislados y otros manifiestan sentirse solos, inútiles y que nadie les quiere, con rasgos de conductas depresivas, cabe mencionar que durante la preparación pre profesional acudimos a distintos barrios de la ciudad para poder realizar el trabajo comunitario observándose adultos mayores en abandono familiar y social.

## **II. OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Determinar el nivel de depresión en las personas adultas mayores del Asentamiento Humano Señor de los Milagros de la ciudad de Chachapoyas 2015.

### **ESPECÍFICOS**

- Valorar el nivel de depresión según dimensiones de estado de ánimo depresivo, Anergía o vaciamiento de impulsos, la discomunicación, en los adultos mayores del Asentamiento Humano Señor de los Milagros, Chachapoyas – 2015.
- Caracterizar a la población objeto de estudio.



### **III. MARCO TEÓRICO**

#### **1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

##### **A nivel internacional**

Andrade, C (2011) Ecuador. En su investigación “Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Cantón Girón. Azuay. 2011”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de depresión en adultos mayores de 65 años y su impacto en el estado nutricional en la Parroquia Asunción, cuyo resultado fue que el 15,6% de adultos mayores presentan un estado nutricional normal, el 48,5% en riesgo de malnutrición y el 35,9% en mal nutrición. El 42,2% tienen desgaste proteico-energético afectando al 50% de la población masculina. De este mismo estudio se obtiene que 6,3% de ancianos presentan depresión, el 64,1% depresión moderada y el 29,6% depresión grave, por lo que se concluye que: Existe una relación inversamente proporcional entre el estado nutricional y nivel de depresión, a mayor estado nutricional el nivel de depresión es menor.

Zavala y Domínguez (2009) México. En su investigación “Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores”, cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre la percepción de la funcionalidad familiar y la depresión, encontró una elevada frecuencia de depresión y disfunción familiar en comparación con otros reportes, con niveles de depresión leve de 34% y de moderada-severa de 19%. Destacan una asociación entre disfunción familiar y depresión, además la depresión estaba también relacionada con un bajo nivel educativo y la soledad. En este estudio se concluye que la manera de cómo funciona la familia interviene directamente con la depresión tal es el caso de la disfunción familiar en este tipo de familias se encontró más casos de depresión.

Carrasco, M. y otros, (2005) Cuba. En su estudio titulado “Prevalencia de la depresión en ancianos ingresados en el Hospital del día de Geriatria”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de prevalencia en ancianos atendidos en el hospital de geriatría. Los resultados reportaron que la prevalencia de la depresión en ancianos, de los cuales hay mayor predominio en el sexo femenino con 57%

y la edad de mayor riesgo se encontró comprendida entre los 60 a 79 años y la depresión leve es la que mayor predomina en personas del sexo masculino con un 55%.

Pando Moreno et al. (2001) México. En su estudio denominado “Prevalencia de la depresión en adultos mayores en una población urbana”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores en la población urbana. Encontró una prevalencia de depresión de 36% en adultos mayores, en Guadalajara, Jalisco, con 43% en mujeres y 27% en hombres. Aparecieron como mayores factores de riesgo la falta de actividad laboral, el estado civil, ser viudas(os) o solteras(os) y la edad avanzada en los grupos de 80 a 84 años, además este mismo estudio explica que la falta de empleo y la viudez representaron altos valores como factores de riesgo, ya que ambos representan pérdidas, que es precisamente uno de los principales elementos en la etiología de la depresión.

Wagner et al. (1999) México; en el estudio denominado “Depresión al final de la vida” cuyo objetivo fue determinar el nivel de depresión. Los resultados revelan que la prevalencia de depresión mayor es más alta en hombres que en mujeres (4.4/0.8). Lo más problemático es que son muy pocas las personas con depresión que entran en tratamiento. Los autores señalan también la escasa información sobre este problema a nivel nacional.

### **A nivel nacional**

Licas M (2014) Lima Perú. En su estudio denominado “Nivel de Depresión del Adulto Mayor en un Centro de Atención Integral Tayta Wasi. S.J.M - V.M.T 2014”, el cual tuvo como objetivo determinar el nivel de depresión de los adultos mayores que acuden al centro de atención integral del adulto mayor, los resultados revelan que del 100 % (73) de los encuestados el 58 %(42) tienen un nivel de depresión leve, seguido de un 23 % (17) sin depresión y finalmente el 19%(14) con un nivel de depresión severo. Se concluyó que los adultos mayores que acuden al centro de atención “Tayta Wasi” presentan un nivel de depresión leve.

González M, (2011) Lima Perú. En su estudio denominado “Riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro”, cuyo objetivo fue determinar el riesgo de depresión del adulto mayor en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro, la población total estuvo constituida por 353 adultos mayores, se concluyó que: del 100 % de los adultos mayores encuestados, el 45,8 % son hombres y tienen riesgo de depresión moderada y el 54,2% son mujeres y tienen riesgo de depresión moderada.

Alberca. Y. (2006). Casma Perú. En su estudio denominado “Depresión y autocuidado en el adulto mayor Distrito de Casma 2006 “. Cuyo objetivo fue: Establecer la relación entre el nivel de Depresión y el nivel de Autocuidado del adulto mayor. Cuya muestra de estudio estuvo conformada por 142 adultos mayores. En este estudio se encontró que el 59,15% de adultos mayores tuvieron depresión leve, el 35,92% sin depresión y el 4,93% depresión moderada. Presentaron Autocuidado Bueno 79.58%, Autocuidado Regular el 20,42% y ninguno deficiente. Se concluye que la depresión influye significativamente en el nivel de Autocuidado del Adulto Mayor.

Merino R, et al (1999). Lima en su trabajo denominado “depresión del adulto mayor atendidos en consultorios externos de hospital Cayetano Heredia” cuyo objetivo fue: Determinar la prevalencia de síntomas depresivos y de la depresión mayor en el adulto mayor, y cuya muestra estuvo constituida por 60 pacientes, (18) 30% fueron varones y (42) 70%, mujeres. La edad promedio fue de 72.6. El 75% de los pacientes presentaba algún síntoma depresivo: 11 varones 24.4% y 34 mujeres 75.6%, además en este mismo estudio y lo que respecta a depresión mayor se encontró a 11 pacientes 18.3%: 1 varón 9.1% y 10 mujeres 90.9%. La edad promedio de los pacientes con depresión mayor fue de 72.7 años. Los síntomas depresivos en orden de frecuencia fue: Estado de ánimo depresivo, trastorno del sueño, astenia, pérdida importante del sueño.

#### **A nivel local:**

Güivin M (2012) Chachapoyas. En su estudio titulado “Niveles de depresión y ansiedad, desde una perspectiva de género del adulto mayor. Barrio Higos Urco

- Chachapoyas. 2012.” Cuyo objetivo fue “determinar los niveles de depresión y ansiedad, desde una perspectiva de género del adulto mayor, Barrio Higos Urco – Chachapoyas. 2012”, los resultados fueron: Del 100 % (37) de la población, el 75.7 % (28) pertenecen al género femenino, de este grupo, el 43.2 % (16) presentó depresión de nivel moderado y el 32.4 % (12) de nivel severo; el 24.3 % (9) son del género masculino, de los cuales, el 13.5 % (5) experimentó depresión de nivel leve y en un 5.4 % (2) de nivel moderado a severo. Se concluyó que el género femenino experimentó mayores niveles de depresión que van de moderado a severo, al igual que la ansiedad en los niveles medio y alto; mientras que el masculino sólo experimentó depresión de nivel leve, en alto porcentaje, y ansiedad de nivel medio en mayor porcentaje, en relación a los niveles bajo y alto.

## **BASE TEÓRICA.**

En los párrafos siguientes se describe la base teórica que sustenta este trabajo.

### **A. Depresión**

A lo largo de los años diferentes autores han tratado de definir esta emoción por la cual nos sentimos tristes, nostálgicos, vacíos, melancólicos, sin ganas de vivir, sin apenas fuerzas para arrancar el motor que nos conduce. La expresión de ese sentimiento será distinta en cada sujeto que lo experimente pero la tristeza, el llanto fácil, el abatimiento, la desesperanza serán comúnmente vivenciados. Beck lo expresaba como el estado anormal del organismo que se manifiesta, a través de señales y síntomas, como un estado de ánimo subjetivo bajo, actitudes pesimistas, una pérdida de espontaneidad (Beck, 1967, p. 55-82)

Define a la depresión como el estado de intenso abatimiento que produce un desgaste de la motivación y una pérdida de interés por la realidad. La persona además siente aversión por sí misma sintiéndose inútil y culpable (Seligman, M, 1981, p 121-123).

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2012, p. 55).

El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo, el ánimo, la manera de pensar, la forma en que una persona come y duerme, cómo se valora a sí mismo y la forma en que se piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza, no indica debilidad personal, ni es una condición de la cual pueda liberarse a voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente que luego todo aquello pasara (Strok. M, 2004, p. 32-34)

Hay una serie de acontecimientos vitales jubilación, muerte del cónyuge, muerte de amigos, que provocan ciertas reacciones disfóricas, es decir, manifestaciones de ansiedad, preocupación y tristeza. Si estas reacciones se intensifican, prolongan en el tiempo y son acompañadas de un mayor número de síntomas constantes en un período dado, la afección se denomina depresión: Un estado de ánimo que se caracteriza por la profunda y desproporcionada tristeza que sufre el individuo sin que esta se encuentre justificada (Saburido, X, 2006, p. 41-44).

#### **a. Clasificación de la depresión**

La depresión se puede clasificar de acuerdo a sus signos y síntomas como depresión leve, depresión moderada, depresión severa.

➤ **Depresión leve.** Es la sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y la pérdida de interés en las cosas que antes uno disfrutaba. La depresión no es culpa de la persona que la padece, como tampoco es una debilidad de la personalidad. La depresión leve es una enfermedad común que en ocasiones el propio paciente ignora o niega. El peligro que entrañan las depresiones leves es que sus víctimas no se definen a sí mismas como depresivas. Las personas con depresión leve suelen pensar que todo el mundo se siente como ellas, que es normal su tristeza. La depresión leve es una

enfermedad que comienza con leves indicaciones que de no ser correctamente tratadas derivan en un estado de padecimiento crónico y recurrente (Gonzales M, 2012, p 21).

- **La depresión moderada.** Puede causar dificultades con trabajo o con tareas diarias. Más de los síntomas son presentes que se encuentran en la forma suave de la depresión y son generalmente más obvios. En un episodio moderado de la depresión, las características centrales son humor bajo, la carencia del disfrute, el pensamiento de la negativa y la energía reducida, que conducen al funcionamiento social y ocupacional disminuido (Gonzales M, 2012, p 21).
  
- **La depresión severa.** Es en estado en el cual las personas siempre se encuentran de mal humor, realizan movimientos lentos, presentan sensación de cansancio, en muchos casos las personas que presentan depresión severa se encierran en un cuarto y rompen en llanto, ya que siempre se sienten con falta de afecto y con intenciones de acabar con su vida (Gonzales M, 2012, p. 22)

**b. Dimensiones de la depresión (Fernández A, 1988)**

La depresión produce un hundimiento del plano vital en tres dimensiones: humor depresivo, anergia o vaciamiento de impulsos (falta de impulsos), y por último la discomunicación (Fernández A, 1988, p. 31)

- **Estado de ánimo depresivo.** Sobresale inicialmente el pesimismo o amargura, la desesperanza, la tristeza, el hastío de la vida o la falta de placer, las preocupaciones morales o económicas, la hipocondría, las cefaleas, la opresión precordial y distintas sensaciones de malestar corporal (Fernández A, 1988, p. 33)

- **La anergia o vaciamiento de impulsos.** Suele aparecer con mucha frecuencia desde el principio el aburrimiento o la apatía (falta de ganas), las cavilaciones obsesivas la indecisión la disminución de la actividad habitual en los trabajos o diversiones, la abstinencia o dinamia (fatiga corporal), y el apagamiento de la libido sexual (Fernández A, 1988, p. 33)
- **La discomunicación.** Los rasgos más frecuentes inicialmente son la aflicción por cualquier cosa, el retraimiento social, las sensaciones de soledad o aislamiento la irritabilidad, el abandono de las lecturas, radio o televisión y el descuido en el arreglo personal y en el vestuario (Fernández A, 1988, p. 34)

### c. Factores de riesgo

Considerando los factores bio-psico-social, espirituales y culturales que interactúan dinámicamente en un individuo, entenderemos mejor la depresión en el anciano. En la vejez suelen ocurrir graves pérdidas: cónyuge, amistades, trabajo, rol en la familia y en la sociedad, etc. Esto pone en marcha mecanismos de adaptación que cuando no funcionan, conllevan a una pobre autoimagen y sentimientos de inferioridad. El grado de adaptación ante estas pérdidas, no solo será en función de recursos psicológicos, también dependerá de otros como económicos, sociales y familiares con los que cuente el anciano. El género es un factor de riesgo fiable para trastorno de depresión, con un riesgo en mujeres de 1.5 – 2 veces mayor que en hombres (Klimstra S, 2002, p. 85)

Se ha reportado una relación directamente proporcional entre la edad y la pobreza. Las mujeres exhiben una incidencia mayor de pobreza, tanto por sus condiciones de género, como por sus opciones generacionales y el trato sociocultural. También hay diferencias al comparar ancianos/as residentes en áreas urbanas, con las rurales. La incidencia de la pobreza es mayor en éstos últimos. La jubilación, la pérdida de estatus económico, la falta de oportunidades para continuar

en un ambiente productivo, favorecerán en algunos, situaciones generadoras de frustración y síntomas depresivos. Es común que ante estos fenómenos, la respuesta del sujeto vaya hacia el aislamiento, estableciendo una pobre interacción con su familia y sus amistades. Si bien estas pérdidas no son causa-efecto de la depresión, si existe una relación cronológica entre ellas y el inicio de los síntomas. Por otra parte, la mayoría de los autores concuerdan en que el efecto representado por estas pérdidas, no es suficiente para explicar la aparición de un cuadro depresivo. Esta época de la vida predispone la eclosión de trastornos del humor (Huenchuan S, 2007, pg. 123).

Considera que deben considerarse, los cambios cerebrales propios de la vejez: menor población neuronal, la disminución en la síntesis de neurotransmisores y sus receptores. En la actualidad, la neurotransmisión serotoninérgica se ha vuelto un punto de interés al estudiar la depresión, y se ha documentado una reducción en la unión de 5 hidroxitriptamina en edades avanzadas. Se ha demostrado que la enfermedad cerebrovascular (microangiopatía isquémica), contribuye a la patogenia de la depresión tardía; confirmado esto con estudios de neuroimagen que muestran zonas hiperintensas en sustancia blanca profunda, que pueden ocasionar cambios estructurales cerebrales en los lóbulos frontales (Castelli P, 2009, pg. 220- 229).

#### **d. Cuadro clínico y diagnóstico**

La depresión en el anciano con frecuencia difiere en su presentación comparada con otras etapas de la vida, hay mayor comorbilidad, que oculta o disimula manifestaciones a través de quejas somáticas, así como a la presencia de deterioro cognoscitivo. Erróneamente, se llega a considerar esto como parte del envejecimiento y no como un evento mórbido tratable (Sosa, A, et al, 2009, pg. 70-78).

Para diagnosticarla, es necesario identificar primero aquellos aspectos de la vida que solía disfrutar el paciente, por ejemplo: ver televisión, recibir visitas, la compañía de los miembros más jóvenes de la familia,



escuchar música, etcétera, y posteriormente interrogarle sobre su capacidad de disfrute actual de tales situaciones (Sosa, A, et al, 2009, pg. 70-78).

El insomnio es un síntoma de los trastornos del ánimo, o llega a ser un factor de riesgo al aumentar la incidencia de depresión en la vida tardía. Es importante conocer los cambios que la función de dormir presenta con la edad. Para el anciano, se va acortando el tiempo total de sueño, y duerme menos en las etapas profundas. Su sueño es fragmentado, con más despertares e inquietud en la cama, la latencia (tiempo que le toma quedarse dormido) es mayor, y su eficacia (relación entre el tiempo que duerme y el tiempo que pasa en la cama) es menor (Sosa A, et al, 2009, pg. 78-78).

En algunas personas se puede observar, una clara alteración en las funciones cognoscitivas como: enlentecimiento psicomotor y alteración de la memoria de trabajo, así como de las funciones ejecutivas (planificación, secuenciación, organización y abstracción) y disminución en la fluidez verbal. El proceso neurodegenerativo por factores vasculares, actúa sobre el sistema serotoninérgico, provocando la depresión. Esto podría explicar la irreversibilidad de las alteraciones cognoscitivas después de la remisión ya que una de las principales características de la depresión son las alteraciones neuropsicológicas que se asocian a la gravedad del trastorno y que tiene implicaciones en el tratamiento y el curso pronóstico de la enfermedad (Campbell S, 2003, pg. 41-44).

Otro grupo de síntomas que con relativa frecuencia acompañan a la depresión grave son los síntomas psicóticos. Las ideas delirantes de ruina o pobreza, de culpa o de inutilidad y nihilistas. Las ideas suicidas deben ser consideradas una urgencia médica y habitualmente requieren hospitalización y/o una vigilancia estrecha por los familiares y supervisión médica (Beautrais A, 2002, pg. 51-55).

## **B. El envejecimiento**

### **1. Conceptos**

El envejecimiento es la disminución, esencialmente irreversible con el paso del tiempo, de la capacidad del organismo o de alguna de sus partes, para adaptarse a su entorno, debido a un proceso determinado genéticamente y progresivo, que se manifiesta por una disminución de su capacidad de hacer frente al estrés al que está sometido y que culmina con la muerte del organismo (De los Rios A, 1999, pg 124-128).

Envejecer constituye un proceso en el que participan factores biológicos, psicológicos y sociales. El envejecimiento biológico es tanto de órganos como de funciones que se producen a diferentes niveles: molecular, celular, tisular, y sistémico, siendo a la vez estructural y funcional. El celular se caracteriza por una disminución en diferentes procesos como: capacidad metabólica, descontrol en las funciones de proliferación, replicación (se duplican menos) y sobrevivencia, fosforilación oxidativa, síntesis de proteínas enzimáticas, estructurales, receptores celulares y factores de transcripción, así como de la capacidad de incorporar nutrientes y reparar el daño del material genético por la senescencia replicativa; es un proceso continuo, universal, progresivo, irreversible e incrementa la vulnerabilidad a la mayoría de las enfermedades (Cardona D, 2003, pg. 65-72).

El envejecimiento genera problemas comunes y retos similares para todos los que envejecen, en la actualidad se creó una serie de mitos alrededor de la vejez que la asocian con enfermedad, inutilidad, impotencia sexual, aislamiento, pobreza, debilidad, depresión. Ese punto de vista moderno funciona como una profecía que se autopromueve; se considera al anciano de esta forma y ellos adoptan esa visión de sí mismos convirtiéndose en estereotipo legitimado por la sociedad (Cardona D, 2003, pg. 65-72).

## **2. Adulto ma yor**

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se les llamara de forma indistinta persona de la tercera edad (OMS, 2012, p. 55).

Para el MINSA Las personas comprendidas como adultas mayores están comprendidas los mayores de 60 años y es la última etapa de vida, considerados en el modelo de abordaje de promoción de la salud para realizar diversas actividades en beneficio de este grupo etario (MINSA, 2005, p. 18).

### **2.1 Características de los adultos mayores**

Los adultos mayores están en una etapa de envejecimiento que es un proceso gradual que conduce a la pérdida de función del organismo, se manifiesta por una disminución progresiva de la capacidad de reserva del organismo para restaurar su homeostasis interna ante el daño de agentes externos. En esta etapa de vida se hace notorio diversos cambios internos como externos, físicos y psicológicos (Pina M, 2004, p. 33).

Dentro de los múltiples cambios que se dan se encuentran la disminución de habilidades sensoriales, como la agudeza visual que va disminuyendo y son propensos a tener problemas de visión, los problemas de audición llegan a ser más comunes que los problemas de visión, asimismo los adultos mayores refieren que sus comidas no tienen el mismo sabor que antes debido a una pérdida de sensibilidad en el gusto y olfato (Pina M, 2004, p. 45).

El envejecimiento psicológico de una persona es la consecuencia de la acción del tiempo vivido el tiempo de vida

de la gente mayor jubilada es generalmente más largo es por ello que las situaciones psicosociales del anciano cambian desde que entran en la “tercera edad”, sin duda uno de los factores que debe enfrentarse una persona de la tercera edad, es la necesidad de adaptarse a las pérdidas; de energía, de vigor físico, de amigos y parientes y de las relaciones estrechas con los hijos, la capacidad de adaptarse esta determinados por su pasado y su capacidad de comunicación (Pina M, 2004, p. 48).

### **3. Situación de los adultos mayores en el Perú**

Se denomina adultos mayores a las personas a partir de los 60 años. En la actualidad en el Perú los adultos mayores están en aparente abandono, debido a que las autoridades no se preocupan objetivamente por este grupo etario, en los últimos años se han incrementado programas sociales que deberían apoyar a las personas más necesitadas del país incluyendo las personas adultas mayores, sin embargo esto no se cumple, es mezquino pensar que brindando una cantidad mínima de dinero como pensión 65 se va lograr mejorar la calidad de vida de las personas (OMS, 2012, pg 55,57).

Resulta mezquino que nuestras autoridades piensen que los adultos mayores tengan como prioridad el dinero en esta etapa de vida, pues deberían conocer un poco más de esta población ya que como manifiestan algunos autores los adultos mayores anhelan disfrutar esta etapa de vida con los hijos y los nietos sin embargo esto no puede cumplirse en muchos casos debido al abandono social y familiar que sufren. Todo ello contribuye a incrementar los riesgos de depresión y una mala calidad de vida (INEI, 2012, P. 35).

### **C. Teorías y modelos explicativos de la depresión**

- 1. Teorías conductuales de la depresión.** La teoría conductual sugiere que la depresión es fundamentalmente un fenómeno

aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno (ej. relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo). Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas (Antonuccio et al, 1989, pg 114).

**1.1 La disminución del refuerzo positivo.** La depresión puede ser el resultado de la reducción del refuerzo positivo contingente a las conductas del paciente. El total de refuerzo positivo que consigue un sujeto es función de: 1) el número de acontecimientos que son potencialmente reforzadores para la persona; 2) el número de hechos potencialmente reforzadores que tienen lugar; y 3) el conjunto de habilidades que posee una persona (ej. habilidades sociales) para provocar refuerzo para sus conductas proveniente del entorno. Los aspectos cognitivos de la depresión tales como baja autoestima, culpabilidad, pesimismo, etc. son el resultado de las atribuciones que hace el sujeto acerca de su sentimiento de disforia (Lewinsohn et al, 1985, pg 85,86).

**1.2 Entrenamiento en autocontrol.** Se entiende que la depresión es el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos. La teoría del autocontrol se centra en la contribución del individuo a esta relación negativa a través de las respuestas conductuales y cognitivas. Se teoriza que los individuos deprimidos tienen una tendencia perfeccionista, pretenden metas inalcanzables, se centran en los aspectos negativos de su entorno y se aplican pocos refuerzos mientras que la tasa de autocastigo es elevada consideran que los acontecimientos positivos ocurren con una baja frecuencia a causa de sesgos cognitivos disfuncionales y déficit de estrategias de autocontrol (Rehm, W. 1977, pg 99-101).

**2. El Modelo de Nezu.** Desarrolló una formulación de la depresión donde la cuestión central para el comienzo y el mantenimiento de la depresión en un individuo son los déficit o la ineficacia de sus habilidades de solución de problemas. Nezu apuntó que había varios trabajos en los que se demostraba una asociación entre tener déficits en la solución de problemas y la sintomatología depresiva, tanto en los niños como en los adultos. Dada esta asociación sugirió que las habilidades de solución de problemas podían moderar la relación entre el estrés y la depresión. Nezu también indicó que la habilidad en la solución de problemas podía moderar la asociación entre un estilo atribucional negativo y la depresión (Nezu A, 1989, pg. 140-142).

**3. Las teorías cognitivas de la depresión** Las teorías cognitivas de la depresión hacen énfasis en que la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los sucesos puede dar lugar a un trastorno depresivo. La investigación apoya que los sujetos depresivos tienen una tendencia a evaluar negativamente, afectando a un amplio rango de procesos cognitivos (ej. autoconcepto, atribuciones). Este estilo cognitivo tiene una relación recíproca con las respuestas motivacionales y afectivas que se asocian con la depresión (Seligman, M, 1975, pg 121-123).

**3.1 La teoría de la indefensión aprendida.** Manifiesta que la depresión se produce cuando el sujeto no es capaz de discriminar la relación (contingencia) entre su comportamiento y las consecuencias que le siguen, ya sean positivas o negativas. Como consecuencia de ello se produciría lo que Seligman denominó indefensión aprendida. Este término se refiere al estado de pasividad, así como a otras actitudes que se generan en el sujeto cuando se ha expuesto a un proceso en el que no existe contingencia entre la conducta

y las consecuencias de la misma (Seligman, M, 1975, pg 123,124).

**3.2 La teoría cognitiva de Beck.** Refiere que la depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto. Esta formulación teórica gira en torno a tres conceptos básicos: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas. La cognición se refiere al contenido, proceso y estructura de la percepción, del pensamiento y de las representaciones mentales. El contenido cognitivo es el significado que el sujeto da a los pensamientos e imágenes que tiene en su mente; para los terapeutas cognitivos la interpretación que haga el sujeto sobre un hecho (contenido cognitivo) tendrá una influencia importante en lo que siente (Beck, A, 1979, pg 55-82).

#### **D. Teorías del envejecimiento**

##### **➤ Ciclo vital según Erick Erikson**

Según Erickson la etapa adulto mayor corresponde a Integridad vs. Desesperanza. Él clasifica el desarrollo humano en 8 etapas. Esta última etapa, la delicada adultez tardía o madurez, o la llamada de forma más directa y menos suave edad de la vejez, empieza alrededor de la jubilación, después que los hijos se han ido; digamos más o menos alrededor de los 60 años. La tarea primordial aquí es lograr una integridad y oír, con un mínimo de desesperanza. Esta etapa parece ser la más difícil de todas, al menos desde un punto de vista juvenil. Primero ocurre un distanciamiento social, desde un sentimiento de inutilidad; todo esto evidentemente en el marco de la sociedad, además existe un sentido de inutilidad biológica, debido a que el cuerpo ya no responde como antes. Las mujeres pasan por la menopausia, algunas de forma dramática. Surgen enfermedades de la vejez como artritis, diabetes, problemas cardíacos, problemas relacionados con el pecho y ovarios y cánceres de próstata (Boore, M, 2005, pg 77-91)

En su crisis final, integridad vs. Desesperación, Erikson considera que las personas de edad avanzada enfrentan una necesidad de aceptar su vida (la manera como han vivido) con el fin de aceptar su muerte próxima. Luchan por lograr un sentido de integridad, de coherencia y totalidad de la vida, en vez de dar vía a la desesperación sobre la incapacidad para volver a vivirla de manera diferente (Boore, M, 2005, 77-91)

Según Erikson “la edad adulta tardía es también una época para jugar, para rescatar una cualidad infantil esencial para la creatividad. El tiempo para la procreación ha pasado, pero la creación puede tener lugar todavía. Aun a medida que las funciones del cuerpo se debilita y la energía sexual puede disminuir, las personas pueden disfrutar ‘una experiencia enriquecida, corporal y mentalmente’” (Boore, M, 2005, 77-91)

En ese sentido los adultos mayores al sufrir carencias tanto económicas como sociales, de afecto pues no pueden desarrollar bien esta etapa de la vida, siendo ignorados por la familia, amigos y la misma sociedad, y todo esto les sume aún más en los sentimientos de inutilidad incrementando también sus sentimientos de soledad y tristeza.



#### **IV. MATERIAL Y METODOS**

##### **1. MARCO METODOLÓGICO**

###### **1.1. Tipo y diseño de investigación.**

La presente investigación fue de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo; de tipo: Según la intervención del investigador fue observacional; según la planificación de la toma de datos fue prospectivo; según el número de ocasiones en que se medirá la variable de estudio fue transversal y según el número de variables de interés fue de análisis estadístico simple de frecuencias (Supo, José. 2014).

Cuyo diseño de investigación fue.



###### **Donde:**

**M:** Adultos mayores del Asentamiento Humano Señor de los Milagros, Chachapoyas - 2015.

**O:** Nivel de depresión.

###### **1.2. Universo muestral.**

Estuvo constituido por todos los adultos mayores que viven en el Asentamiento Humano Señor de los Milagros, siendo un total de 40 adultos mayores (Registros del PS. Señor de los Milagros.2014).

###### **1.3. Método, técnica e instrumentos de recolección de datos.**

**1.3.1. Método:** Para la variable de estudio se usó el método de la encuesta. (Canales, 1994).

**1.3.2. Técnica:** Para la variable de estudio se usó la técnica del cuestionario. (Canales, 1994)

**1.3.3. Instrumento de recolección de datos:** Se utilizó el Test de Yesavage. El instrumento considera tres dimensiones: Estado de ánimo depresivo, la anergia o vaciamiento de impulsos y la

discomunicacion, cada ítem se valora como 0 / 1, según corresponda: (Ver anexo 2).

- Las preguntas 1, 5, 7, 11 y 13 si marcan con NO es la respuesta correcta.
- De la misma forma las preguntas 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 si marcan con SI es la respuesta correcta.
- Dando un valor de 1 a la respuesta correcta y de 0 a la respuesta incorrecta.

La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0-15, según la versión. Para la versión de 15 ítems los puntos de corte propuestos en la versión original de la escala son los siguientes:

- Depresión leve 0-5 puntos
- Depresión moderada 6-9 puntos
- Depresión severa 10-15 puntos

### **Validez y confiabilidad**

La fiabilidad intraobservador ha sido del 0,95 y la interobservador del 0,65, con una consistencia interna de 0,99. Se ha obtenido un área bajo la curva de 0,835. La sensibilidad alcanzada ha sido del 81,1% y la especificidad del 76,7% para un punto de corte de 5 o más puntos. (Ver anexo 04)

#### **1.3.4. Procedimiento de recolección de datos.**

En el procesamiento de recolección de datos se tuvo en cuenta en cuenta las siguientes etapas:

1. Se coordinó con el personal del Puesto de Salud Señor de los Milagros para que tengan conocimiento del desarrollo de la presente investigación.
2. Se coordinó con las personas para realizar el estudio respectivo casa por casa aplicando el instrumento.

3. El instrumento se aplicó a las personas involucradas en la presente investigación, el investigador realizó las preguntas y registro según las repuestas.
4. Como última etapa del proceso de recolección de datos se elaboró la tabulación de las mediciones obtenidas para su respectivo análisis estadístico.

#### **1.4. Análisis de datos.**

La información final se procesó con ayuda del programa Excel V. 2010 la cual fue analizada utilizando la estadística descriptiva simple de frecuencias, obteniéndose distribuciones absolutas y porcentuales de la variable en estudio. Los resultados se presentaron en tablas simples, en gráficos de barras.

## V. RESULTADOS

**Tabla 01:** Nivel de depresión en adultos mayores, en el Asentamiento Humano. Señor de los Milagros, Chachapoyas - 2015.

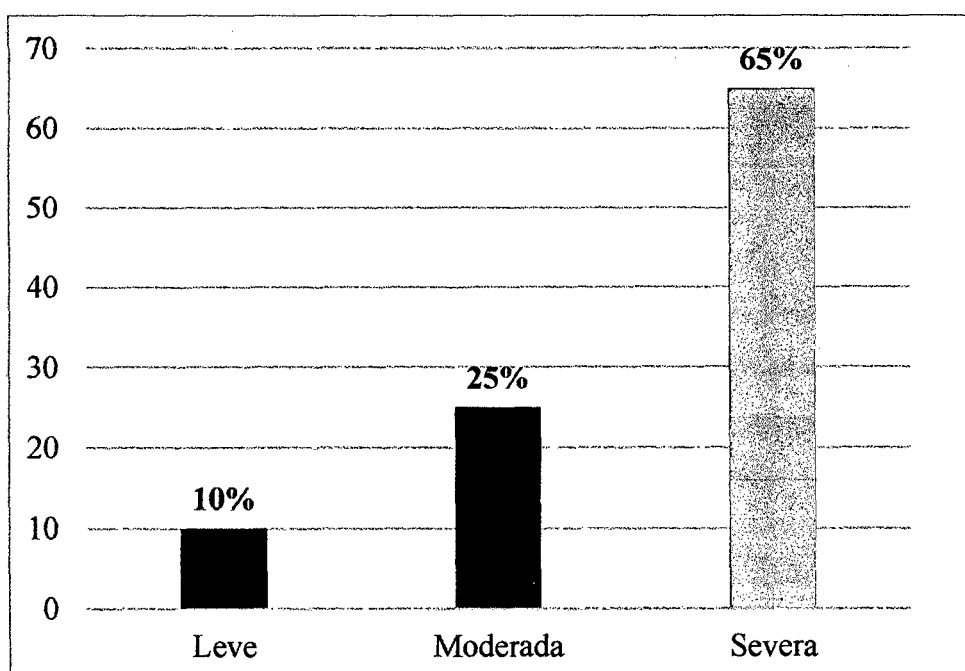
Nivel de depresión	fi	%
Leve	4	10
Moderada	10	25
Severa	26	65
Total	40	100

Fuente: Escala geriátrica de yesavage.

### Descripción:

En la tabla 01 se observa que del 100% (40) de los adultos mayores que presentan depresión, el 65% (26) presentan depresión severa, el 25% (10) presentan depresión moderada mientras que el 10% (4) presentan depresión leve.

**Gráfico 01:** Nivel de depresión en adultos mayores, en el Asentamiento Humano. Señor de los Milagros, Chachapoyas - 2015.



Fuente: Tabla 01.

**Tabla 02:** Nivel de depresión según dimensiones en los adultos mayores del Asentamiento Humano Señor de los Milagros, Chachapoyas – 2015.

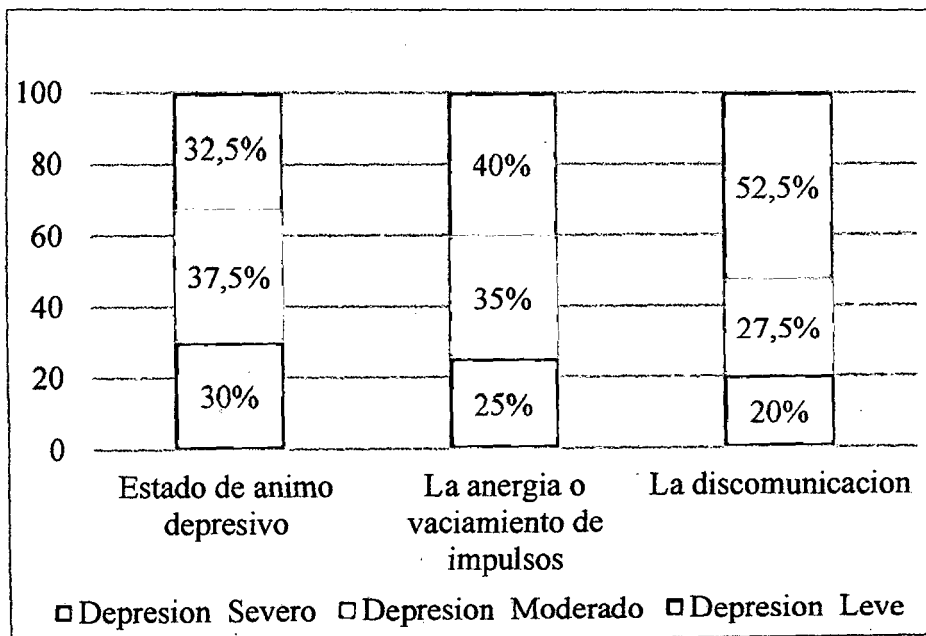
DIMENSIONES	NIVEL DE DEPRESIÓN						TOTAL	
	Leve		Moderada		Severa		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Estado de ánimo depresivo	12	30	15	37.5	13	32.5	40	100
La anergia o vaciamiento de impulsos	10	25	14	35	16	40	40	100
La discomunicacion	8	20	11	27.5	21	52.5	40	100

Fuente: Escala geriátrica de yesavage.

### Descripción:

En la tabla 02 se observa que del total 100% (40) de adultos mayores que presentan depresión en la dimensión estado de ánimo depresivo, el 37.5% (15) presentan depresión moderada, el 32.5% (13) presentan depresión severa y solo el 30% (12) presentan depresión leve; así mismo del 100% (40) de adultos mayores que presentan depresión en la dimensión la anergia o vaciamiamiento de impulsos el 40% (16) presentan depresión severa, el 35% (14) presentan depresión moderada y el 25% (10) presentan depresión leve; del 100% (40) de adultos mayores que presentan depresión en la dimensión la discomunicacion el 52.5% (21) presenta depresión grave, el 27.5% (11) presentan depresión moderada y el 20% (8) presentan depresión leve. Todos los adultos mayores de este estudio presentan depresión leve, moderada o severa según dimensiones.

**Gráfico 02:** Nivel de depresión según dimensiones en adultos mayores, en el Asentamiento Humano. Señor de los Milagros, Chachapoyas – 2015.



Fuente: Tabla 02.

## VI. DISCUSIÓN

**En la tabla 01:** se observa que del 100 % (40) de los adultos mayores que presentan depresión, el 65 % (26) presentan depresión severa ya que los adultos mayores presentan mal humor, realizan movimientos lentos, presentan sensación de cansancio, siempre se sienten con falta de afecto y con intenciones de acabar con su vida, el 25% (10) presentan depresión moderada, ya que en los adultos mayores se encuentran características como son humor bajo, la carencia del disfrute, el pensamiento de la negativa y la energía reducida, que conducen al funcionamiento social y ocupacional disminuido y el 10 % (4) presentan depresión leve pues la sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y la pérdida de interés en las cosas que antes uno disfrutaba está presente en su vida diaria.

Al contrastar con el estudio de Andrade, C (2011) Ecuador, en su investigación titulada “Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Cantón Girón. Azuay. 2011”; cuyo resultado fue: que el 6,3 % de ancianos no presentan depresión, el 64,1 % depresión moderada y el 29,6 % depresión grave, comparando estos resultados con el estudio realizado se evidencia claramente las diferencias ya que en los resultados se encontró un mayor porcentaje de adultos mayores con depresión severa en un 65 %, depresión moderada con un 25 % mientras que el 10 % presentan depresión leve, estos resultados difieren en cuanto en este estudio no se encontró casos de adultos mayores sin depresión ya que del 100% de personas adultas mayores que participaron del estudio todos presentaron depresión entre leve moderada y severa.

Al contrastar este estudio con lo realizado por Zavala y Domínguez (2009) México. En su investigación titulada “Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores” se encontró niveles de depresión leve de 34%, depresión moderada 9%, depresión severa 12% y el 35 % de adultos mayores no presentó ningún tipo de depresión, estos resultados difieren en gran parte con los resultados del presente estudio pues el mayor porcentaje de adultos mayores que presentan depresión se encuentran con depresión severa 65%, depresión moderada con un 25% y depresión leve con 10%, de tal manera que todos los participantes de este estudio presentan depresión.

Al contrastar este estudio con lo realizado por Licas M (2014) Lima Perú. En su estudio denominado “Nivel de Depresión del Adulto Mayor en un Centro De Atención Integral Tayta Wasi 2014”, cuyos resultados revelaron que del 100 % (73) de los encuestados el 58 % (42) tienen un nivel de depresión leve, seguido de un 23 % (17) sin depresión y finalmente el 19% (14) con un nivel de depresión severo, pues los resultados de éste estudio difiere en gran parte ya que durante esta investigación se encontró un alto porcentaje de depresión severa.

Así mismo en este estudio se observa que del 100 % (40) de los adultos mayores que presentan depresión, el 65 % (26) presentan depresión severa de los cuales el 35 % pertenecen al sexo femenino y el 30 % (12) al sexo masculino, del 25 % (10) con depresión moderada, el 22.5 % (9) son del sexo femenino y el 2.5 (1) es de sexo masculino; del 10 % (4) que presentan depresión leve el 7.5 % (3) son de sexo masculino y solo el 2.5 % (1) son de sexo femenino (Ver anexo 05)

Al contrastar con el estudio realizado por Pando Moreno et al. (2001). Guadalajara – México. En su estudio denominado “Prevalencia de la depresión en adultos mayores en una población urbana”, se encontró una prevalencia de depresión de 36% en adultos mayores, de los cuales se encontró el 63% en mujeres y 37% en hombres, comparando con los resultados del presente estudio se concluye que existe diferencias pues el 100% presentan depresión, sin embargo en cuanto al sexo de los adultos mayores con depresión los resultados de este estudio coinciden ya que el 60 % pertenecen al sexo femenino y el 40% pertenecen al sexo masculino, encontrándose mayor porcentaje de depresión severa en el sexo femenino (Ver anexo 05)

Güivin M (2012) Chachapoyas. En su estudio titulado “Niveles de depresión y ansiedad, desde una perspectiva de género del adulto mayor. Barrio Higos Urco - Chachapoyas. 2012.” Cuyos resultados revelaron que del 100 % (37) de la población, el 75.7 % (28) pertenecen al género femenino, de este grupo, el 43.2 % (16) presentó depresión de nivel moderado y el 32.4 % (12) de nivel severo; el 24.3 % (9) son del género masculino, de los cuales, el 13.5 % (5) experimento depresión de nivel leve y en un 5.4 % (2) de nivel moderado a severo. En el que se concluye que el género femenino experimentó mayores niveles de depresión que van de



moderado a severo; mientras que el masculino sólo experimentó depresión de nivel leve, en alto porcentaje, al respecto este estudio coincide ya que los resultados encontrados esta investigación demuestran que el mayor porcentaje de depresión se encuentra en adultos mayores de sexo femenino sobretodo depresión en el nivel severo.

Además este estudio coincide también con la teoría de Klimstra S, (2002), quien considera que el género es un factor de riesgo fiable para trastorno de depresión, con un riesgo en mujeres de 1.5 – 2 veces mayor que en hombres.

Asímismo en los resultados de este estudio se observa que del 100% (40) de adultos mayores, el 42.5% (17) tienen edades entre 78 – 83 años de los cuales el 35% (14) presentan depresión severa, el 7.5% (3) presentan depresión moderada no encontrándose depresión leve en este grupo etareao; el 27.5% (11) tienen edades entre 72-77 años de los cuales el 17.5% (7) presentan depresión severa, el 10% (4) presentan depresión moderada no registrándose depresión leve en este grupo etareao; el 15% (6) tienen edades entre 66-71 años de los cuales el 7.5% (3) presentan depresión severa, el 5% (2) presentan depresión moderada y el 2.5% (1) presentan depresión leve; el 7.5% (3) tienen edades entre 60-65 años y todos presentan depresión de nivel leve no registrándose depresión moderada ni severa en este grupo etareao; el 7.5% (3) tienen de 84 años a más de los cuales 5% (2) presentan depresión severa, el 2.5% (1) presentan depresión moderada no registrándose depresión leve en este grupo etareao. (Ver anexo 05)

Al contrastar este estudio con el realizado por Merino R, et al (1999). Lima en su trabajo denominado “depresión del adulto mayor atendidos en consultorios externos de hospital Cayetano Heredia” concluyó que la edad promedio de los pacientes con depresión mayor fue de 72 años, pues los resultados de este estudio difieren ya que el grupo etario con mayor número de depresión severa se encuentran entre 78-83 años.

Beck A, (1979), refiere que la depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar

el sujeto, así mismo para Beck el contenido de los esquemas depresogénicos está constituido por la triada cognitiva que es la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro; los resultados de este estudio coinciden con la percepción de estas teorías ya que la gran mayoría de adultos mayores tienen una percepción errónea de sí mismo por estar en esta etapa de vida.

Erickson en su clasificación del desarrollo humano tiene como última etapa integridad vs desesperanza donde hace referencia que es la etapa más difícil de todas; primero ocurre un distanciamiento social, desde un sentimiento de inutilidad; todo esto evidentemente en el marco de la sociedad, además existe un sentido de inutilidad biológica, debido a que el cuerpo ya no responde como antes, las mujeres pasan por la menopausia, algunas de forma dramática, surgen enfermedades de la vejez como artritis, diabetes, problemas cardíacos, problemas relacionados con el pecho y ovarios y cánceres de próstata y así todos estos problemas se acentúan más en los adultos mayores, haciéndose más evidente en los resultados de este estudio. Boore, M, (2005)

**En la tabla 02:** Se observa que del total 100% (40) de adultos mayores que presentan depresión en la dimensión estado de ánimo depresivo, el 37.5% (15) presentan depresión moderada, el 32.5% (13) presentan depresión severa y el 30% (12) presentan depresión leve; así mismo del 100% (40) de adultos mayores que presentan depresión en la dimensión la anergia o vaciamiento de impulsos el 40% (16) presentan depresión severa, el 35% (14) presentan depresión moderada y el 25% (10) presentan depresión leve; del 100% (40) de adultos mayores que presentan depresión en la dimensión la discomunicación el 52.5% (21) presenta depresión grave, el 27.5% (11) presentan depresión moderada y el 20% (8) presentan depresión leve, todos los adultos mayores de este estudio presentan depresión leve, moderada o severa según dimensiones.

Para realizar la discusión de los resultados arribados en el presente estudio, no se pudo encontrar estudios sobre niveles de depresión según dimensiones en el adulto mayor; sin embargo la base teórica revisada indica que las manifestaciones de la depresión del anciano son fluctuantes y los instrumentos de detección habituales

subestiman o ignoran los síntomas más característicos de la depresión geriátrica, así como su variación. No obstante, el diagnóstico temprano es importante porque se trata de una enfermedad potencialmente reversible, aunque la descripción de subtipos o variantes como la depresión sin tristeza o el síndrome de depleción dificultan aún más la identificación. (Aguilar S, 2006)

La sintomatología clásica de la depresión del adulto mayor afecta las siguientes dimensiones: 1) La dimensión afectiva: llanto, tristeza, apatía, etc. 2) La dimensión cognoscitiva: desesperanza, negligencia, idea suicida, culpabilidad, etc. 3) La dimensión somática: cambio de energía, del apetito, del sueño, de la evacuación intestinal y de la libido, etc. En la depresión del anciano, los síntomas somáticos tales como la fatiga, el insomnio y la constipación son predominantes pero son síntomas con poca especificidad porque muchos adultos mayores, sin depresión, los pueden presentar; debido a este fenómeno, menos del 10% de los ancianos son diagnosticados como deprimidos en una revisión médica inicial. (Aguilar S, 2006)

Frecuentemente la depresión es subdiagnosticada ya que, en varias ocasiones, los síntomas depresivos se presentan de forma atípica o simplemente no son indagados dirigidamente por entenderse como un proceso natural del envejecimiento. Es por esto que se debe considerar realizar el diagnóstico más específico para evidenciar el estado real del adulto mayor. Se entiende por depresión a aquel estado de ánimo triste que persiste, pese a haberse disipado la causa externa, o una expresión desproporcionada de ésta. Incluso, casos severos de depresión, no tienen causa externa precipitante. El paciente con depresión pierde el interés, incluso de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas. Junto a la tristeza aparecen una serie de otros síntomas, como alteraciones del sueño, del apetito, del contenido del pensamiento y síntomas corporales, que interfieren gravemente con la calidad de vida. Es un trastorno heterogéneo, de curso y respuesta variable al tratamiento y de mecanismos fisiopatológicos no comprendidos a cabalidad (Rojas A, 2011).

Como se puede observar los autores antes citados detallan las manifestaciones de la depresión en el adulto mayor y sus características variables, existe una de gama

de instrumentos desarrollados para evaluar la depresión; los cuales consideran diferentes tipos de dimensiones según las manifestaciones clínicas de este problemas, dado que estas son muy variables y atípicas; es por ello que no se encontró un estudio específico que coincida con las dimensiones utilizadas en la presente investigación; sin embargo es importante señalar que se deben realizar estudios más específicos para profundizar sobre las manifestaciones del adulto mayor con problemas depresivos; a fin de uniformizar algunas dimensiones sobre todo en ámbitos específicos. Se entiende que los problemas de salud, incluida la depresión suele ser variable de acuerdo a diversos factores y determinantes, por ello las manifestaciones clínicas también; en tal sentido se debe considerar estas diferencias al momento de abordar a un adulto mayor con depresión.

La depresión en el adulto mayor con sus características especiales y su enorme polimorfismo clínico, mostrará su cruel rostro, cada vez con más presencia, en las consultas de Atención Primaria y Especializada, será una compañera, gravosa y frecuente, de ingreso hospitalario y de institucionalización, cuando no, su principal causa. Y se mostrará como el paradigma de la atención geriátrica en cuanto a la importancia de la prevención, las diferencias en la etiopatogenia, la complejidad diagnóstica y terapéutica, y el alto riesgo asociado de incapacidad, con grave afectación de la calidad de vida desde el inicio (Zarate S, 2012).

La vejez puede ser la época de mayor fragilidad afectiva en el ser humano. A los cambios neurobiológicos que con frecuencia acompañan al envejecimiento cerebral, se suman numerosas e importantes pérdidas que van a afectar al individuo mayor, no sólo a sus emociones sino también a su condición física y a su situación social; dichos cambios determinaran los problemas de depresión en la vejez (Zarate S, 2012).

Para abordar la depresión es importante considerar que el adulto mayor debe adaptarse progresivamente al cambio (pérdida) del rol laboral con la llegada de la jubilación, muchas veces acompañada de pérdidas económicas. Se impone, al tiempo, un cambio en el rol familiar pasando de padres y cabezas de familia al papel de abuelos, generalmente con menor participación autónoma en la dinámica

familiar. Estas pérdidas incluyen, por supuesto, duelos frecuentes por amigos, seres queridos, en ocasiones muy dolorosos como la sobrevivencia a los hijos o la viudez y soledad de los más longevos. Todo ello obliga a una restructuración adaptativa que, dependiendo de las características de personalidad previa de cada individuo, tendrá más o menos riesgo de fracasar; por tanto la profesión de enfermería debe buscar mejorar los servicios de salud mental dirigidos al adulto mayor para evitar las consecuencias negativas de la depresión y mejorar su calidad de vida.

## **VII. CONCLUSIONES**

- Las personas adultas mayores del Asentamiento Humano Señor de los Milagros, presenta depresión en diferentes niveles, siendo predominante la depresión severa.
- En cuanto a las dimensiones, los adultos mayores del Asentamiento Humano Señor de los Milagros presentan predominantemente depresión moderada en la dimensión estado de ánimo depresivo, y depresión severa en las dimensiones de anergia o vaciamiento de impulsos y la discomunicación.
- Del estudio se concluye que el mayor porcentaje de depresión severa se encuentra en personas adultas mayores de sexo femenino, y entre las edades de 78 a 83 años.

## **VIII. RECOMENDACIONES**

### **➤ A LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS**

- Establecer y ejecutar proyectos de educación a la población para dar a conocer los problemas psicológicos más comunes relacionados al adulto mayor, los cuales deben ser innovadores en la solución de problemas.
- Integrar grupos de apoyo en la comunidad para que puedan identificar a los adultos mayores con depresión y puedan brindar un apoyo adecuado.

### **➤ AL HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA**

- Mejorar el servicio dirigido a identificar problemas de depresión en adultos mayores con el fin de brindar un tratamiento oportuno y así poder mejorar su calidad de vida.

### **➤ A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

- Organizar capacitaciones sobre prevención y promoción en salud, dirigidas a los docentes de práctica, para trabajar de la mejor manera con la población adulta mayor.
- A los estudiantes de la escuela profesional de Enfermería, que dirijan sus actividades preventivas y promocionales hacia la excelencia, realizar estrategias que permitan mejorarlas y lograr la salud de la población contribuyendo de esa manera al desarrollo del país.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### De libros.

1. Antonuccio et al, (1989), "*Desarrollo humano*". Edit labor. España.
2. Fernández F. Alonso (1988) "*La Depresión y su Diagnóstico*". Edit. Labor. España.
3. Beck A (1967), "*Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*" Editorial Harper & Row. Nueva York pg.
4. Beautrais A (2002) "*Depresión y suicidio*" 2da edición Editorial Suna México.
5. Boore M (2005) "*Enfermería gerontológica*" 2da edición editorial Hardcourdt – Brace España pg.
6. Canales F (1994) "*Metodología de la Investigación*" 2da edición editorial paltex Washinton.
7. Castelli P (2009) "*Envejecimiento un fin del ser humano*" 2da edición Editorial medica panamericana Buenos Aires.
8. Carrera F. (2012) "*Realidad de la población en América*" Latina Editorial Mc. Graw Hill Chile.
9. Comfort A (1979) "*Thebiology of senescence*" Editorial Elsevier Estados Unidos.
10. De los Ríos (1999) "*Cuerpo, dinamismo y vejez*" Editorial Mc. Graw Hill España.
11. Denham H. (1956) "*Las ciencias de la composición de los organismos*" Editorial Mc. Graw Hill España.
12. Hayflick L (1961) "*The serial cultivation of human diploid cell strains*" Editorial Elsevier USA.



13. Huenchuan S. (2007) *“Atención primaria para el anciano”* 4ta edición Editorial Mc. Graw Hill Colombia.
14. Hernandez R (2006) *“Metodología y diseño de la investigación científica”* 5ta edición. Editorial universitaria Perú pg.
15. Klimstra S. (2002) *“Factores desencadenantes de la depresión”* 2da edición Editorial Mc. Graw Hill España.
16. Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS) (2012) *“Depresión en el mundo. Informe por el día de la salud mental”*. Estados Unidos.
17. Pina, M (2004) *“Gerontología social aplicada. Visiones estratégicas para el trabajo social”*, Ed. Espacio de Argentina. Argetina.
18. Pineda, Elia B. y De Alvarado, Eva Luz (2008) *“Metodología de la Investigación”* 3era.edición. Editorial PALTEX Washington D.C. Estados Unidos.
19. Nezu, A, (1989), *“Problemas en terapia de depresión”* Edit, New day . nueva york.
20. Seligman M. (1975) *“Helplessness On depression, development, and death”*. Editorial San Francisco Nueva York.
21. Sheldrake A (19749 *“Comportamiento natural celular”* Editorial Elsevier. Estados Unidos.
22. Sosa A (2009) *“Neurobiología de la depresión”*.3ra edición Editorial Mc. Graw Hill Mexico.
23. Yesavage, J.A. Brink, T.L. Rose, T.L. (1986) *“Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report”* EEUU.

#### **De tesis**

24. Andrade, Carlos. (2011) *“Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Cantón*

Girón. Azuay. (2011)” Tesis para optar el título de psicología, Ecuador. Pg. 4.

25. Alberca, Milagros (2006) “*Depresión y autocuidado en el adulto mayor Distrito de Casma 2006*” Trujillo tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Enfermería. ULADEHC-CHIMBOTE. pg. 4,6; 48-54.
26. Gonzáles Marilú (2011) “*Riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro*”, tesis de licenciatura. UNIVERSIDAD WIENER - LIMA
27. Licas, Martha (2014) “*nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M – V.M.T 2014*” Lima Perú tesis para obtener el título de licenciada en enfermería, UNMS-LIMA. P. 8
28. Zavala y Domínguez (2009) “*Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores*” México Tesis para obtener el título profesional de licenciados en Enfermería

#### **De revistas**

29. Cardona D. (2003) “*Envejecer nos toca a todos: caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor*”. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública Medellín Colombia 2003 pg. 65-72.
30. Campbell S. (2003) “*Depresión vascular*” Revista Cubana de medicina Cuba 2003 págs. 41-44
31. Mayta P. (2006) “*Estamos preparados para la atención primaria del adulto mayor*” Rev Perú Med Exp Salud Pública Perú 2006 pg. 67
32. Merino R, Varela L, Manrique De La Lara G (2000) “*Evaluación del paciente geriátrico hospitalizado*”. RevMedHered Perú págs. 51-59.

33. Pando Moreno, Aranda Beltrán, C., Alfaro Alfaro, N. y Mendoza Roaf, P. (2001). "*Prevalencia de la depresión en adultos mayores en una población urbana*" Revista Española de Geriatria y Gerontología México 2001 pg. 36.
34. Saburido X. (2006) "*Depresión y su repercusión clínica en la vejez revista española de geriatría*". España 1999. Pg. 41-44.
35. Strock M (2004) "*Depression*". Revista del Instituto Nacional para la Salud Mental Washington 2004 pg. 32-34.
36. Szilard L (1959) "*Un proceso natural de envejecimiento*" RevAcadSci USA Estados Unidos 1959 pg. 30-45.
37. Tapia Mejía, M.S. Morales-Hernández, Cruz-Ortega, R.M (2000) "*Depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica*" Revista de Enfermería Colombia pg. 8
38. Wagner, F.A., Gallo J.J. y Delva, J. (1999). "*Depression in late life*" México Revista de Salud Pública de México México 1999 pag.41.

#### **De sitios en red**

39. INEI (2012) *Encuesta nacional de hogares disponible en:* <http://www.inei.gob.pe/enaho/informeacceso> el 7.5-2013.
40. Urteaga P (2014) *Adultos mayores en hogares disponible en* <http://elcomercio.pe/lima/ciudad/inei-16-hogares-adultos-mayores-son-unipersonales-noticia-1783651> acceso 29/09/15

# ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ  
DE MENDOZA DE AMAZONAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**Anexo 01**

**ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA ELABORADO POR  
(J. A. YASAVAGE, 1983)**

**I. INTRODUCCIÓN:**

Estimado señor (ra), solicito su colaboración en el presente estudio cuyo título es: “Nivel de Depresión en adultos mayores, Asentamiento Humano. Señor de los Milagros, Chachapoyas - 2015.” Agradeceré mucho que conteste las preguntas con seriedad y honestidad, ya que su opinión será anónima y reservada.

**II. INSTRUCCIONES:**

A continuación se presentan un listado de preguntas relacionados con el tema, puede elegir solo una que considere correcta. Las opciones serán:

**Edad:** a) 60 – 65 b) 66 – 71 c) 72 - 77 d) 78 – 83 e) de 84 a mas

**Sexo:** M F

**Estado civil:** S, C, V, D, Conviviente

Nº	Descripción	Si	No
1.	¿Está básicamente satisfecho(a) con su vida actualmente?		
2.	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses en los últimos años?		
3.	¿Siente que su vida está vacía?		
4.	¿Se encuentra a menudo aburrido(a)?		
5.	¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?		
6.	¿Tiene miedo que algo malo pueda ocurrirle?		
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
8.	¿Con frecuencia se siente desamparado o desprotegido?		
9.	¿Actualmente prefiere quedarse en casa, que acaso salir y hacer cosas nuevas?		
10.	¿Actualmente encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de gente?		

11.	¿Piensa que es maravilloso vivir?		
12.	¿Actualmente se siente un/a inútil?		
13.	¿Se siente lleno de energía?		
14.	¿Se siente sin esperanza en este momento?		
15.	¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?		

**Gracias**

### **Interpretación de los resultados obtenidos en el nivel general de depresión**

- a. Las preguntas 1, 5, 7, 11 y 13 si marcan con NO es la respuesta correcta.
- b. De la misma forma las preguntas 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15 si marcan con SI es la respuesta correcta.
- c. Dando un valor de 1 a la respuesta correcta y de 0 a la respuesta incorrecta.

### **Valoración:**

- a) **0-5** puntos: leve.
- b) **6- 9**puntos: depresión moderada.
- c) **Más de 10** puntos: depresión severa.

Anexo 02

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	MARCO METODOLÓGICO
<p>¿Cuál es el nivel de depresión de los adultos mayores del AAHH Señor de los Milagros, Chachapoyas – 2015?</p>	<p><b>GENERAL</b></p> <p>❖ Determinar el nivel de depresión en las personas adultas mayores del A.A.HH Señor de los Milagros de la ciudad de Chachapoyas 2015.</p> <p><b>ESPECÍFICOS</b></p> <p>❖ Valorar el nivel de depresión según</p>	<p><b>Tipo y diseño de investigación.</b> La presente investigación fue de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo; de tipo: Según la intervención del investigador fue observacional; según la planificación de la toma de datos fue prospectivo; según el número de ocasiones en que se medirá la variable de estudio fue transversal y según el número de variables de interés fue de análisis estadístico simple de frecuencias. (Supo, José. 2014).</p> <p>Cuyo diagrama es el siguiente:</p> <p><b>M ← O</b></p> <p><b>Donde:</b></p> <p><b>M:</b> Adultos mayores del Asentamiento Humano Señor de los Milagros, Chachapoyas - 2015.</p> <p><b>O:</b> Nivel de depresión.</p> <p><b>Universo muestral.</b> Estuvo constituido por todos los adultos mayores que residan en el asentamiento Humano Señor de los Milagros, siendo un total de 40 adultos mayores (Registros del PS. Señor de los Milagros.2014).</p> <p><b>Método, técnica e instrumentos de recolección de datos.</b></p> <p><b>a. Método:</b> Para la variable en estudio se utilizó del método de la encuesta. (Canales, 1994).</p>

	<p>dimensiones en los adultos mayores del AAHH Señor de los Milagros, Chachapoyas – 2015.</p> <p>❖ Caracterizar a la población objeto de estudio.</p>	<p><b>b. Técnica:</b> Para la variable en estudio se utilizó de la técnica del cuestionario. (Canales, 1994).</p> <p><b>c. Instrumentos de recolección de datos:</b> Se utilizó el Test de Yesavage. El instrumento considera tres dimensiones: Estado de ánimo depresivo, la anergia o vaciamiento de impulsos y la discomunicacion, cada ítem se valora como 0 / 1, según corresponda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las preguntas 1, 5, 7, 11 y 13 si marcan con NO es la respuesta correcta.</li> <li>• De la misma forma las preguntas 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15 si marcan con SI es la respuesta correcta.</li> <li>• Dando un valor de 1 a la respuesta correcta y de 0 a la respuesta incorrecta.</li> </ul> <p>La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0-15, según la versión. Para la versión de 15 ítems los puntos de corte propuestos en la versión original de la escala son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión leve. 0-5 puntos</li> <li>• Depresión moderada 6-9 puntos</li> <li>• Depresión severa 10-15 puntos</li> </ul> <p><b>Validez y confiabilidad:</b> La fiabilidad intraobservador ha sido del 0,95 y la interobservador del 0,65, con una consistencia interna de 0,99. Se ha obtenido un área bajo la curva de 0,835. La sensibilidad alcanzada ha sido del 81,1% y la especificidad del 76,7% para un punto de corte de 5 o más puntos.</p>
--	---	---



		<p><b>Procedimiento de recolección de datos.</b> En el procesamiento de recolección de datos se tuvo en cuenta las siguientes etapas:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Se coordinó con el personal del PS. Señor de los Milagro para que tengan conocimiento del desarrollo de la presente investigación.</li><li>2. Se coordinó con las personas para realizar el estudio respectivo casa por casa aplicando el instrumento.</li><li>3. El instrumento se aplicó a las personas involucradas en la presente investigación, el investigador realizó las preguntas y registro según las repuestas.</li><li>4. Como última etapa del proceso de recolección de datos se realizó la tabulación de las mediciones obtenidas para su respectivo análisis estadístico.</li></ol> <p><b>Análisis de datos.</b></p> <p>La información final fue procesó con ayuda del programa Excel V. 2010 la cual fue analizada utilizando la estadística descriptiva simple de frecuencias, obteniéndose distribuciones absolutas y porcentuales de la variable en estudio. Los resultados se presentaron en tablas simples, en gráficos de barras.</p>
--	--	---

**Anexo 03**  
**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	CATEGORÍA		ESCALA
						Dimensiones	Variables	
Nivel de depresión en los adultos mayores	Es un trastorno caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer en la vida cotidiana, sentimiento de culpa, trastorno del sueño o del apetito, sensación de cansancio o falta de concentración.	Es un proceso psicológico que se presenta en los adultos mayores en su contexto cotidiano, lo cual se mide aplicando el test de Yesavage	<b>Estado de ánimo depresivo</b>	Pesimismo, desesperanza, tristeza, hastio por la vida, las cefaleas y distintas sensaciones de malestar corporal.	1,3,5,7, 11,14	Leve 0 - 1  Moderada 2 - 3  Severa 4 - 6	Leve 0-5 puntos     Moderada	Para medir la variable se utilizará la escala Ordinal
			<b>La Anergia o vaciamiento de impulsos.</b>	El aburrimiento o la apatía, disminución de la actividad, la abstemia o dinamia (fatiga corporal).	2,4,9, 12,13	Leve 0 - 1  Moderada 2 - 3  Severa 4 - 5	6-9 puntos	Para medir los ítems se utilizará la escala dicotómica Si - No

			<b>La Dicomunicación</b>	Aflicción por cualquier cosa, el retraimiento social, las sensaciones de soledad o aislamiento y el descuido en el arreglo personal.	6,8, 10,15	Leve 0 - 1 Moderada 2 - 3 Severo 4	Severa 10- 15 puntos.	
--	--	--	------------------------------	--	---------------	---	--------------------------	--

## **Anexo 04**

### **Validez y confiabilidad**

**Estudio de la fiabilidad:** para analizar la fiabilidad interobservador, dos observadores distintos, de forma independiente y en el mismo momento, evaluaron a treinta sujetos con el GDS-VE. Para establecer la fiabilidad intraobservador, cincuenta sujetos fueron citados a los 7-10 días de la primera evaluación para volverles a aplicar el cuestionario por el mismo profesional.

**Estudio de la validez:** a ciegas y de forma independiente de la puntuación obtenida con el GDS-VE, a todos los sujetos del estudio se les realizó un examen clínico y neuropsicológico protocolizado (especificado anteriormente) para establecer o no el diagnóstico de depresión, constituyendo este diagnóstico el patrón oro, con el que establecimos la validez del cuestionario que nos ocupa (Fig. 1). Esta evaluación fue realizada por dos psiquiatras y tres médicos de familia, previamente entrenados y supervisados éstos por los dos psiquiatras. Antes del inicio del estudio se realizaron sesiones conjuntas con los médicos evaluadores, en las que se analizaron distintos pacientes con el fin de homogeneizar los criterios diagnósticos. Posteriormente, se realizaron 20 grabaciones en video de entrevistas reales para medir la concordancia interobservador de los 5 médicos evaluadores, alcanzando ésta un índice de kappa ponderado de 0,83. Una vez iniciada la recogida de datos, cuando existió alguna duda sobre la presencia o no de depresión, el caso fue discutido entre el grupo evaluador, estableciéndose posteriormente el diagnóstico final.

### **ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS-9.0. Se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y de los diagnósticos utilizando medidas de tendencia central y distribución de frecuencias, calculando los intervalos de confianza (IC) para un 95% de seguridad. Para establecer la asociación entre variables se calculó la ji-cuadrado para las cualitativas y la t de Student y ANOVA para las cuantitativas.

Resultados de fiabilidad: la fiabilidad interobservador e intraobservador, medidas a través del índice de Kappa ponderado, obtuvo valores de 0,655 ( $p < 0,001$ ) y 0,951 ( $p < 0,001$ ) respectivamente, para un punto de corte de 5 o más. La consistencia interna alcanzó un valor

de 0,994. Resultados de validez: la validez convergente alcanzó un coeficiente de correlación de Spearman de 0,618 ( $p < 0,001$ ) al comparar el GDS-VE con los resultados del cuestionario de Montgomery-Asberg. En la validez discriminante, que se obtuvo al correlacionar la puntuación del GDS-VE con la obtenida con el SPMSQ-VE, el coeficiente de correlación de Spearman fue de 0,235 ( $p < 0,001$ ).

Tabla II  
SENSIBILIDAD, ESPECIFICIDAD Y AUC DE CADA

GDS-	S	E	AU
1 ¿En general, está satisfecho/a con su vida?	311	912	0.612
2 ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	378	792	0.585
3 ¿Siente que su vida está vacía?	711	741	0.726
4 ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	633	761	0.697
5 ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	567	799	0.683
6 ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	600	660	0.630
7 ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	444	868	0.656
8 ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	489	874	0.682
9 ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	633	468	0.551
10 ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	356	799	0.577
11 ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	200	912	0.556
12 ¿Actualmente se siente un/a inútil?	389	824	0.606
13 ¿Se siente lleno/a de energía?	544	780	0.662
14 ¿Se siente sin esperanza en este momento?	500	748	0.624
15 ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	433	855	0.644

S: Sensibilidad. E: Especificidad. AUC: Área bajo la curva ROC. GDS-VE: Escala geriátrica de depresión. Versión española.

Tabla I

PARÁMETROS DE VALIDEZ SEGÚN PUNTO DE CORTE DEL GDS-VE EN FUNCIÓN DE LA PRESENCIA DE

PACIENTES SIN NINGÚN GRADO DE ALTERACIÓN

	≥4	≥5	≥6	≥7
Sensibilidad	9.2	8.8	7.1	5.9
Especificidad	6.3	7.4	8.1	9.9
Razón de probabilidad positiva	2.4	3.8	5.6	6.5
Razón de probabilidad negativa	0.1	0.2	0.3	0.5
Porcentaje de pacientes mal clasificados	2.1	1.3	1.2	2.9

PACIENTES CON NINGÚN GRADO DE ALTERACIÓN

	≥4	≥5	≥6	≥7
Sensibilidad	7.2	6.6	5.5	4.5
Especificidad	6.9	7.3	8.0	8.7
Razón de probabilidad positiva	1.9	2.5	2.7	3.2
Razón de probabilidad negativa	0.4	0.4	0.6	0.6
Porcentaje de pacientes mal clasificados	3.3	2.8	2.8	2.8

GDS-VE: Escala geriátrica de depresión. Versión española.

## Anexo 05

**Tabla 01.** Nivel de depresión según sexo en adultos mayores, en el Asentamiento Humano. Señor de los Milagros, Chachapoyas - 2015

Nivel de depresión	SEXO			
	M		F	
	fi	%	fi	%
<b>Leve</b>	3	7.5	1	2.5
<b>Moderada</b>	1	2.5	9	22.5
<b>Severa</b>	12	30	14	35
<b>Total</b>	16	40	24	60

Fuente: Escala geriátrica de yesavage.

**Tabla 02.** Nivel de depresión según edad en adultos mayores, en el Asentamiento Humano. Señor de los Milagros, Chachapoyas - 2015

Edad	NIVEL DE DEPRESION							
	Leve		Moderada		Severa		total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>60 - 65</b>	3	7.5	0	0	0	0	3	7.5
<b>66 - 71</b>	1	2.5	2	5	3	7.5	6	15
<b>72 - 77</b>	0	0	4	10	7	17.5	11	27.5
<b>78 - 83</b>	0	0	3	7.5	14	35	17	42.5
<b>84 A +</b>	0	0	1	2.5	2	5	3	7.5
<b>Total</b>	4	10	10	25	26	65	40	100

Fuente: Escala geriátrica de yesavage.