

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

“NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES
DE LA CASA ASILO DE ANCIANOS CRISTO EL BUEN
AMIGO DE LA CIUDAD DE HUANCABAMBA, PIURA
2018”

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Autora

Bach. María Laban García.

Asesor

Mgtr. Sergio Enrique Valle Ríos

Piura-Perú-2018.

JURADO EVALUADOR DE TESIS Y ASESOR

Mgtr. Carmen Patricia Eras Vines
Presidente

Mgtr. Susana Carolina Velásquez Temoche
Miembro

Mgtr. Kelly Yanet Munárriz Ramos
Miembro

Mgtr. Sergio Enrique Valle Ríos
Asesor

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero agradecer a mi amado Dios, por ser parte primordial en este proceso de formación; pues he descubierto su infinito amor hacia mí, demostrado en detalles como la excelente familia que tengo y la dicha de poder aprender cada día algo nuevo. También quiero agradecer a mi familia, a mis padres, hermanos y cada uno de mis seres queridos, pues han sido sus palabras de aliento, confianza y apoyo los que me han ayudado a llegar hasta aquí. Quiero agradecer además a mis docentes, quienes me impartieron no solo conocimientos, sino humanidad; siendo ello de vital importancia para mi labor de psicóloga. Y finalmente quiero agradecer a dos grandes profesionales, al Mgtr. Sergio Enrique Valle Ríos, mi asesor en este proceso de investigación.

DEDICATORIA

Quiero dedicar esta investigación a mis padres Teodora e Hipólito, porque gracias a ellos soy lo que soy y no podría nunca devolverles tanto amor, tantos consejos, tantas alegrías, tantas palabras de aliento; definitivamente los amo y siempre estaré agradecida por su apoyo incondicional, su confianza y su sacrificio. También quiero dedicársela a mis hermanos: José, Marleny y Carlos Daniel. Porque he aprendido mucho de cada uno, sé que serán siempre mis verdaderos amigos y con quienes siempre podré contar.

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo principal determinar el nivel de depresión en los adultos mayores del hogar asilo de ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Para su realización se contó con el total de los adultos mayores de dicho asilo, siendo muestra 25, seleccionados bajo el criterio no probabilístico por conveniencia cuya base fueron los criterios de inclusión y exclusión. Así mismo, la investigación tiene un diseño No experimental de corte transeccional, Descriptivo. Para la recolección de datos se utilizó la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Al procesar los resultados se encontró que en un 48% de los evaluados, existe un nivel de depresión moderada, seguido por el 20% en un nivel severo. Por otra parte, se encontraron niveles de depresión moderada en ambos géneros, pero con una ligera tendencia al nivel severo en el género femenino. Mientras que en las dimensiones edad, estado civil y grado de instrucción, predomina el nivel moderado.

Palabras clave: Depresión – Adulto mayor

ABSTRACT

The main objective of this research is to determine the level of depression in older adults in the El Buen Amigo nursing home in the city of Huancabamba, Piura 2018. The elderly were included in this asylum. sample 25, selected under the non-probabilistic criteria for convenience whose base were the inclusion and exclusion criteria. Likewise, the research has a non-experimental design of a transectional, descriptive nature. The Yesavage Geriatric Depression Scale was used to collect data. When processing the results, it was found that in 48% of those evaluated, there is a moderate level of depression, followed by 20% in a severe level. On the other hand, a moderate level of depression was found in both genders, but with a slight tendency towards a severe level in the female gender. Whereas in the dimensions of age, marital status and level of education, the moderate level predominates.

Keywords: Depression - Older adult

CONTENIDO

| | |
|--|------|
| JURADO EVALUADOR DE TESIS Y ASESOR | ii |
| AGRADECIMIENTO | iii |
| DEDICATORIA | iv |
| RESUMEN | v |
| ABSTRACT | vi |
| CONTENIDO | vii |
| INDICE DE TABLAS | viii |
| INDICE DE FIGURAS | ix |
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| II. REVISIÓN DE LA LITERATURA | 7 |
| III. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN | 45 |
| IV. METODOLOGÍA | 46 |
| 4.1. Diseño de Investigación | 46 |
| 4.2 Población y Muestra | 47 |
| 4.3 Definición y Operacionalización de la variable | 49 |
| 4.4 Técnica e Instrumento | 50 |
| 4.5 Plan de Análisis | 53 |
| 4.6 Matriz de Consistencia | 53 |
| 4.7 Principios Éticos | 54 |
| V. RESULTADOS | 55 |
| 5.1 Resultados | 55 |
| 5.2 Análisis de Resultados | 61 |
| VI. CONCLUSIONES | 67 |
| ASPECTOS COMPLEMENTARIOS | 68 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 69 |
| ANEXOS | 73 |

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA I----- Pág. 55

Nivel de depresión de los adultos mayores de la casa asilo de ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018

TABLA II----- Pág. 56

Nivel de Depresión según Género, de los adultos mayores de la casa asilo de ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018.

TABLA III----- Pág. 57

Nivel de Depresión según edad, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018.

TABLA IV----- Pág. 58

Nivel de Depresión según Estado Civil, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018.

TABLA V----- Pág. 59

Nivel de Depresión según Grado de Instrucción, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018.

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 01----- Pág. 55

Nivel de depresión de los adultos mayores de la casa asilo de ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018

FIGURA 02 ----- Pág. 56

Nivel de Depresión según Género, de los adultos mayores de la casa asilo de ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018.

FIGURA 03 ----- Pág. 57

Nivel de Depresión según edad, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018.

FIGURA 04----- Pág. 58

Nivel de Depresión según Estado Civil, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018.

FIGURA 05----- Pág. 60

Nivel de Depresión según Grado de Instrucción, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018.

I. INTRODUCCIÓN

Si nos remontamos unos años atrás, cuando los adultos mayores y su rol en la sociedad disminuía, hasta llegar a ser prácticamente nulo. Sino, veamos en nuestras propias familias, en las que seguramente ha existido alguna persona de la tercera edad, en cuyo momento de la vida ha tenido que ser atendido en todo y/o permanece sin actividad importante durante todo el día.

Cabe resaltar que, este patrón en cierta forma se ha revertido y el papel o protagonismo de los ancianos en la sociedad es cada vez más importante y activo. Lo que definitivamente involucra, que estos han adquirir nuevos roles acordes a su edad que hasta hace unos años se desconocía, como la capacidad de aún aprender, de hacer ejercicio físico, de trabajar y en otras palabras a no resignarse a una vida inservible, como muchos adultos mayores pueden pensar. En la palabra de, Ramos (2014, citado en Castiblanco y Fajardo, 2016), el protagónico que juegan nuestros adultos mayores ha cambiado mucho en la última década, esto se debe a las mejoras que se ha logrado en relación a su salud, de índole médica e índole psicológica.

Sin embargo, existe otro problema resultante de la escasa estimulación apoyo a la actividad de los adultos mayores, que es la depresión, pues los adultos mayores no están exceptos de esta enfermedad, mucho menos aquellos, cuyos familiares les han abandonado, pues no es lo mismo vivir en un asilo que estar con la familia, en su propia casa. Para la Organización Mundial de la Salud, al departir de depresión, menciona que en resumen, es

un trastorno mental muy frecuente, cuya característica es la presencia de tristeza, visibles en la pérdida de interés o placer, en los sentimientos de culpa, cuando existe y definitivamente esto es lo más común, trastornos del sueño, sensación de cansancio y falta de concentración; por lo que estas personas son incapaces de ver lo placentero de seguir viviendo, sin un entorno de calidez familiar, se sienten agobiados, desmotivados, sin ganas de vivir, esto último según menciona nuestro referente, el director de la casa asilo de ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, para concientizar a la población sobre la urgente necesidad de dar mayor apoyo e interés a nuestros adultos mayores y como es el caso de nuestra población estudiada, brindar la ayuda oportuna según resultados.

Con respecto a lo antes mencionado es importante describir la problemática más a fondo, empezaremos por mencionar que la población adulta mayor es muy vulnerable y por lo tanto las consecuencias de la depresión pueden ser fatales, así en Costa Rica, el Ministerio de Salud, señala que el 10% de quienes tratan de quitarse la vida son aquellos que pasan de los 65 años, es decir adultos mayores (Rodriguez, 2016), así mismo menciona que la población de adultos mayores ha aumentado de forma significativa. Así, mientras que en el año 1950 fue del 5,7% de la población nacional total, para el año 2017 fue de 10,1% (INEI, 2018). Encontramos así mismo que la mayoría de estos adultos mayores no son diagnosticados, lo que precipita algunas enfermedades de salud pública (Beekman et al, 2002) y por si fuera poco lo anteriormente mencionado, recordemos que la población a estudiar lleva prácticamente una vida en solitario, sin familiares cercanos lo que hace

un desgaste emocional más duro (Bilotta et al, 2012, citado en Rivera, León y Pazzi, 2015)

Por lo antes mencionado la presente pretende responder el siguiente enunciado ¿Cuál es el nivel de depresión de los adultos mayores de la casa asilo de ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018? Y para poder responder dicho enunciado, la presente se dispone resolver el siguiente objetivo general, el cual es Determinar el nivel de depresión de los adultos mayores de la casa asilo de ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Desglosándolo así, en los siguientes objetivos específicos:

Identificar el Nivel de Depresión según Género, de los adultos mayores de la casa asilo de ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018.

Describir el Nivel de Depresión según edad, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018.

Definir el Nivel de Depresión según Estado Civil, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018.

Establecer el Nivel de Depresión según Grado de Instrucción, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018.

En consecuencia, consideramos que la presente, yace su importancia en relación a lo establecido en la ley 28803 de las personas adultas mayores, establecido en la constitución política del Perú, específicamente en su artículo 3 Inc. 10 el cual menciona que una persona adulta mayor tiene derecho a vivir en una sociedad sensibilizada con respeto a sus problemas, sus méritos, sus responsabilidades, sus capacidades y experiencias. Por lo que la presente pretende ser ese medio sensibilizador sobre la necesidad de prestar atención a aquella población que carece de interés, de respeto, de intervención y diagnóstico en nuestro país, marginándose así a la sola existencia inactiva, sobre todo, aquellos cuyos familiares les han abandonado a su suerte o gentileza de extraños. Así mismo, en relación a lo antes dicho, la presente al describir el nivel de depresión de dicha población, pretende concientizar a la población joven de dicha ciudad en la crueldad que evidencia el abandono de adultos mayores por el solo hecho de ser menos productivos, mas no totalmente. En esa misma línea, pretendemos dar razones suficientes para que las autoridades pertinentes de la ciudad de Huancabamba intervengan con mayor voluntad en el apoyo emocional de dicha población olvidada, con programas de concientización, campañas de salud, apoyo psicológico según la presente lo recomiende. Finalmente, en el optimismo de la autora, consideramos que la presente servirá como línea para otras investigaciones y como punto de fortalecimiento de conocimientos para aquellos que se orienten por la gerontología, rama de la psicología que estudia los diversos aspectos que yacen en el adulto mayor.

Así mismo, la investigación tiene un diseño No experimental de corte transeccional, Descriptivo. Para la recolección de datos se utilizó la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Al procesar los resultados se encontró que en un 48% de los evaluados, existe un nivel de depresión moderada, seguido por el 20% en un nivel severo. Por otra parte, se encontraron niveles de depresión moderada en ambos géneros, pero con una ligera tendencia al nivel severo en el género femenino. Mientras que en las dimensiones edad, estado civil y grado de instrucción, predomina el nivel moderado.

Por lo ya mencionado, pasamos a puntualizar de forma breve el contenido de la investigación presente:

La Introducción, es el capítulo que plasma a modo presentación el contenido de esta investigación, y abarca la caracterización del Problema, aquellos objetivos general y específicos que ordenan la presente y finalmente lo que justifica la relevancia de esta investigación.

La Revisión de la Literatura, nos presente aquellas investigaciones que anteceden a la presente, las bases teóricas sobre calidad de vida que se han revisado y considerado para la presente.

Hipótesis, En este capítulo se describen las hipótesis de la presente investigación.

La Metodología, brinda explicación sobre el diseño que ésta investigación ha seguido, la población y muestra que se consideró, la técnica e instrumento empleado para tomar la información necesaria, así como aquellos

procedimientos y principios para mantener un nivel de confiabilidad y veracidad óptimos.

Los Resultados y Análisis de Resultados, contienen aquellas tablas y gráficos que ordenan los datos cuantitativos obtenidos, a su vez, este capítulo nos presenta el análisis de dichos resultados, para luego contrastarlos con las Hipótesis.

Las Conclusiones, exponen en este capítulo como aquellos datos relevantes de la misma.

Aspectos Complementarios, el aporte que se brinda como alternativa de mejora de la problemática evidenciada previamente.

Las Referencias bibliográficas, contienen aquellas fuentes de información que se consultaron para realizar esta investigación.

Finalmente, en los Anexos, encontraremos el instrumento utilizado para el proceso de investigación, el permiso y/o solicitud correspondiente y la matriz de consistencia.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES

Internacionales

Lara, H., Carrillo, M. y Silva, C. (2018) realizaron una investigación titulada, perfil Psicosocial de adultos mayores asilados y no asilados de Veracruz-Boca del Río, cuyo objetivo principal de esta investigación fue determinar si existen diferencias entre los perfiles psicosociales de 70 adultos mayores (35 de ellos asilados y 35 no asilados) de la conurbación Veracruz-Boca del río en el estado de Veracruz. Para este trabajo se utilizó un tipo de estudio de encuesta comparativa con un diseño Prospectivo, Transversal, Comparativo, Observacional. Con un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia. Los instrumentos utilizados fueron la escala de Ansiedad de Hamilton (1959), el test de depresión geriátrica versión abreviada de Yesavage (1986), la escala de autoestima de Rosemberg (1965), el Apgar familiar diseñado por Smilkstein (1978) que mide el funcionamiento de la unidad familiar, el Mini mental state examination de Folstein, Folstein y McHugh (1975), para valorar el estado cognitivo y para valorar el nivel socioeconómico, se usó el cuestionario de “situación del adulto mayor” elaborado por Leija y Andrade (2009), encontrándose así diferencias significativas entre el grupo asilado y el no asilado, como; mayor depresión en el grupo asilado, baja autoestima, bajas habilidades cognitivas y obviamente

índices nulos de funcionamiento en la unidad familiar diferencia del grupo de adultos mayores no asilados, que evidencian índices normales en las mismas áreas.

Toribio, C. y Franco, S. (2017) realizaron una investigación para describir la percepción de los adultos mayores acerca de sus vivencias en una casa de reposo. Utilizó para ello, el diseño cualitativo fenomenológico, mediante entrevista a profundidad a 21 adultos mayores entre 60 y 86 años de edad. Los discursos fueron grabados, transcritos y analizados con la técnica de Klaus Krippendorff. Entre sus conclusiones expresan que la estancia en el asilo de su muestra va de 1 a 12 años, dentro de los cuales, dos adultos mayores han intentado suicidarse y tres de ellos tienen una pierna amputada. en los adultos mayores se identificó un rango de edad entre 60 y 86 años, su estancia en el asilo va de 1 a 12 años, dos adultos mayores han intentado suicidarse y tres de ellos tienen una pierna amputada. Sugiriendo así, seis categorías con las que se puede determinar el estado de un adulto mayor en un asilo, entre ellas la depresión, encontrando que los adultos mayores evaluados en esta categoría, perciben desesperanza, soledad, tristeza, pérdida de interés y hasta baja autoestima.

Rodríguez, A. (2016) realizó una investigación cuyo objetivo era analizar el abandono a los adultos mayores en la fundación Clemencia y asilo de ancianos Sofia Ratinoff, Guayaquil, 2015. Es así que se centró específicamente en las causas y consecuencias del abandono

hacia los adultos mayores y el análisis de los mismos. Para ello se siguió una metodología de tipo bibliográfico, de campo, descriptivo la obtención de la información se realizó mediante la técnica de encuestas realizadas a 120 personas, de las cuales se tomó una muestra de 100 personas, se logró entrevistar a una autoridad de la Fundación, quien fue objeto de estudio para el análisis de este trabajo. Teniendo entre sus conclusiones que las causas de abandono son, problemas de salud del adulto mayor, por poca disponibilidad de tiempo o paciencia de sus familiares, falta de amor. Esto hace denotar que la sociedad los discrimina y tacha de inútiles, creando ideologías ajenas a la realidad de ellos.

Llanes et al (2015), Realizaron una investigación que llega como título: Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor “Felipe Poey Aloy” del área de salud de Nueva Paz, provincia Mayabeque república de Cuba en el año 2015. Con el objetivo de describir los factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayores de 60 años, en el Policlínico Docente “Felipe Poey Aloy” del área de salud de Nueva Paz, provincia Mayabeque república de Cuba en el año 2015. Métodos: estudio exploratorio, descriptivo, de corte transversal de enero a diciembre del 2012, en el Policlínico Docente “Felipe Poey”, área de salud de Nueva Paz, la muestra estuvo conformada por 146 ancianos, seleccionados por criterio opinático con criterios de inclusión determinados, se le aplicó un cuestionario,

explorando variables edad, sexo, factores psicológicos, sociales, y la depresión; con una Escala de Depresión Geriátrica para conocer el comportamiento de la enfermedad. Resultados: predominó el sexo femenino en un 64.38 %, siendo el grupo de 75 a 79 años el de mayor incidencia, para el 26,04 %, el factor psicológico que más influyó en la depresión fue el temor a la muerte, con un 78, 08 %, el factor social, la necesidad de comunicación social, para un 56, 85 %, entre los síntomas psicósomáticos se encontró la desesperanza, para 86.98 %, predominando la depresión establecida, en un 50.69 %.

Nacionales

Jara, Y. (2018) realizó una investigación cuyos objetivos eran determinar los niveles de depresión e identificar estos niveles según sexo y estado civil en adultos mayores de una asociación de vivienda de Chiclayo, de agosto a diciembre de 2016. El diseño y tipo de investigación fue descriptiva no experimental, el instrumento utilizado fue el Inventario de Depresión de Beck. Según los resultados se encontró que el 20% de los adultos mayores no presenta depresión; el 38.75% de los evaluados presentó depresión leve; a su vez el 32.5% obtuvo depresión moderada y 8.75% registró depresión grave. En cuanto al sexo, se encontró que las mujeres presentaron un mayor grado de depresión, el 42.86% de ellas presentó depresión leve y 14.29% depresión grave. Los varones solo las superaron en el nivel

moderado con 34.62%. Con respecto al estado civil, se halló que el mayor porcentaje correspondió a los adultos mayores solteros con 62.5% en el nivel de depresión leve; por otra parte, el 45.83% de las personas viudas se ubicaron en el nivel moderado; y finalmente con depresión grave, se encontró un 25% en los convivientes.

Reyes, J. (2017) realizó una investigación cuyo objetivo principal era determinar el Nivel de depresión en el adulto mayor institucionalizado en el Centro Residencial Geriátrico Dios es Amor – San Miguel, diciembre 2016. Para ello la metodología de investigación fue en base a un tipo de estudio cuantitativo, nivel descriptivo, de corte transversal. La población estuvo conformada por adultos mayores, hombres y mujeres institucionalizados, para la selección se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia quedando establecida por 50 adultos mayores. Para la recolección de datos se aplicó una encuesta teniendo como instrumento la Escala de Yesavage. Obteniendo como resultados que del 100% de la población adulto mayor, el 54%, presenta depresión leve; 40% depresión severa y normal en el 6%. Por lo que se concluyó que la depresión del adulto mayor institucionalizado es leve, ligeramente superior a una depresión severa.

Arévalo, L. (2015) realizó una investigación con la finalidad de determinar la Prevalencia de depresión en los adultos mayores del

asilo de ancianos “San Francisco de Asís” de la ciudad de Iquitos 2015. Para ello, el estudio fue de tipo cuantitativo de diseño descriptivo transversal prospectivo y correlacional, se evaluó a 44 adultos mayores de ambos sexos sin impedimento mental, que se encuentran en el Asilo de ancianos “San Francisco de Asís” de la ciudad de Iquitos, se les aplicó el test de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Encontrándose así que el 34.1% presentan entre 65 a 69 años de edad; el 81.8% son del sexo masculino, el 43.2% proceden de la zona urbana y el 63.6% tienen un nivel de instrucción primaria. El 77.3% de los adultos mayores tienen un abandono familiar. El 38.3% de los adultos mayores tienen un tiempo de alojamiento en el asilo entre 1 a 2 años, y el 20.5% < 6 meses. Las principales co-morbilidades fueron: la hipertensión arterial (59.1%), artrosis (31.8%), accidente cerebrovascular (31.8%), enfermedad renal (22.7%), diabetes mellitus (20.5%) y osteoporosis (18.2%). El 40.9% tienen un grado de depresión severa; el 34.1% tienen depresión leve y el 6.8% depresión moderada. La depresión del adulto mayor alojado en el asilo se asoció a la presencia de co-morbilidad ($p=0.042$) y con los que tienen mayor abandono familiar ($p=0.023$).

Licas, M. (2015) realizó una investigación con el firme propósito de determinar el Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.T 2014. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. Así mismo la muestra estuvo constituida por 73 adultos mayores,

siendo la técnica de muestreo el aleatorio simple. La técnica empleada fue la entrevista y como instrumento se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica - El Test de Yesavage para adultos mayores. Se concluyó que los adultos mayores que acuden al centro de atención “TaytaWasi” presentan un nivel de depresión leve.

Local y/o Regional

Ibañez, M. (2015) realizó una investigación con la finalidad de determinar la relación entre el clima Social Familiar y la Depresión en el adulto mayor del hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados de la Provincia de Piura. El estudio fue de tipo Descriptivo-Correlacional. La muestra estuvo conformada por 100 Adultos mayores. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia intencional, utilizando el criterio de inclusión y exclusión. Se utilizó la escala del clima social familiar de Moos y la Escala de Depresión de Zung. Los datos fueron analizados mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Entre los resultados se encontró que si existe relación estadísticamente significativa entre las variables en mención. Asimismo, se encuentra correlación significativa entre la dimensión de estabilidad de clima social familiar y la depresión, Sin embargo, al realizar el análisis entre la dimensión de relación y la dimensión de desarrollo con la depresión no se evidencia que existe relación estadísticamente significativa. Llegando a la conclusión de que el clima social familiar influye en la depresión.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. DEPRESIÓN

La existencia de esta problemática de salud mental existe desde que el ser humano en su necesidad de conseguir o cubrir alguna necesidad, ha concebido la depresión de no conseguirlo. Así, el primero en hacer mención de la depresión en la época antigua es Hipócrates, Citado por López (2016), quien fue el primero en dar un aporte significativo, descubriéndola y llamándola en aquel entonces melancolía y describiéndola clínicamente en cuatro humores corporales como son el sanguíneo, flemático, melancólico y colérico.

Posteriormente a Hipócrates e interés ha sido mucho, como muchos los que la han definido de diversas formas relacionadas entre sí.

Así, Seguin (1962, citado en Rodriguez, 2013) menciona que la depresión es una forma de reaccionar frente una posición biológica que está en función ante vivencias importantes y decisiva para el sujeto.

Por otra parte, Zung (1965, citado en Ibañez, 2015), la define como un trastorno mental cuya característica principal son los sentimientos de inutilidad, de culpa, tristeza, desamparo y desesperanza profunda. En ese sentido menciona que, a diferencia de la tristeza que es común, como la del duelo, cuyo

yacer es por la pérdida de un pariente o persona significativa, la depresión viene a ser patológica.

De acuerdo con los autores del instrumento a utilizar en la presente investigación, la depresión se conceptualiza desde toda aquella sintomatología cognitiva, afectiva y somática que muestra la gente adulta, como sentimientos de tristeza, falta de energía, adversidades en las relaciones sociales, sentimientos de inutilidad, desesperación, etc., de acuerdo con los criterios del DSM-IV-TR (Yesavage et al., 1982).

Para Beck (1983, citado en Duque, 2017), la depresión la conforman varios síntomas y conductas particulares, que conlleva pensamientos negativos y percepciones impropias de sí mismo, del entorno o ambiente y del porvenir, lo que resulta en sentimientos negativos y la pasividad conductual.

Ya para los 90, las definiciones, aunque empiezan de forma más sencilla, como es el caso de Márquez (1990, citado en Ibañez, 2015), el cual la concibe sencillamente como la falta o el déficit de energía psíquica.

Para otros como Sánchez (1993, citado en Becerra, 2013), es un desajuste emocional que se caracteriza por un estado de disposición psíquica, de humor triste y por lo general sobrio; con mucha carencia para pensar, cierto retardo psicomotor,

agitación, angustia inherente y diversos trastornos somáticos, resaltando el del sueño y el apetito.

Siendo más específico en sus palabras, Breton (1998, Becerra, 2013) al definirle o entenderle como una forma de trastorno anímico o afectivo, por lo que este se refiere a un cambio del estado ánimo.

Ya para el siglo XXI, algunas definiciones significativas son las que hacen Caballo (2002), quien expresa que es un trastorno cuyo surgimiento es en la adolescencia, evidenciando características como sentimientos constantes de tristeza, cierto desaliento, mencionando aquí también la pérdida de la estima personal, como de actividades del diario común.

Y la de Ceccilia (2002, citado en Ibañez, 2015), quien menciona que es un trastorno afectivo cuya variabilidad se da desde estado de ánimo bajos transitoriamente que es relativo a la vida misma, hasta el síndrome clínico, el cual aparte de ser más grave y de mayor duración, evidencia importantes signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a lo normal.

A estas definiciones se une la Clasificación Internacional de Enfermedades, CEI-10; la que define a la depresión como un caos afectivo en el cual habla de depresión suave o leve, moderada y grave. El episodio depresivo leve se destaca por indicios como tristeza, pérdida de interés y de la aptitud de

gozar, incremento de fatigabilidad. En el episodio depresivo moderado se aprecia adversidades para desarrollar ocupaciones sociales, laborales y en el episodio depresivo grave se acostumbra a evidenciar angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de culpa (OMS, 2012).

Finalmente, y considerando a los autores del instrumento a aplicar, estos conceptualizan la depresión a partir de toda aquella sintomatología cognitiva, afectiva y somática que evidencian los adultos mayores, como sentimientos de tristeza, falta de energía, dificultades en las relaciones sociales, sentimientos de inutilidad, desesperación, entre otros, considerando evidentemente así, los criterios del DSM-IV-TR (Yesavage et al., 1982, citado en Blanco y Salazar, 2014).

Por otra parte, la Depresión se puede clasificar considerando a Strange (1992), de la siguiente manera:

Depresión moderada

Donde las manifestaciones típicas que reportan los que la padecen son: Bajo afecto y auto afecto. pensamiento negativo o pesimista, ansiedad, variaciones en la actividad motora, manifestaciones fisiológicas, entre otras.

Depresión severa

en esta clase de depresión, los síntomas son los mismos, pero si, con mayor intensidad, incluso pueden presenciarse algunas manifestaciones que son más habituales en psicosis. Es más, algunos individuos, pierden contacto con la realidad. Y en cuyos casos exagerados, las personas con depresión severa pueden huírle al trabajo o a cuidar de sí mismas (Gasto, Vallejo y Menchón, 1993).

Depresión leve

Que al igual que en el caso de la depresión severa, los síntomas son los mismos, pero con menor ímpetu. Cuyas manifestaciones son, la ansiedad, síntomas obsesivos y fobias.

Manía

En esta clase, los síntomas serían lo contrario a la depresión. Encontrándose así, con pensamientos rápidos, ideas excesivamente optimistas, el incremento del apetito y actividad sexual.

Aquí también se puede considerar sintomatología considerada en las 25 páginas que el DSM V, dispone para el diagnóstico de Depresión en sus diversas manifestaciones, según la Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Para abreviar dicha información, podemos tomar lo descrito por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (2015), en cuyo informe sobre lo que se debe saber de depresión, menciona los siguientes tipos de depresión, basándose en muchos, en el DSM V.

Depresión grave

En donde según el DSM V, hay presencia de síntomas graves que obstruyen la capacidad de trabajar, de descanso o de dormir, de comer, de estudiar y disfrutar de la sola existente vida. Así, alude que es probable que un individuo tenga un solo incidente de depresión grave en su vida, pero que por lo general serán varios episodios.

Trastorno depresivo persistente

Cuya duración es por lo menos de 2 años. Un individuo cuyo diagnóstico es de este tipo, puede apalejar episodios de depresión grave de la mano de períodos de síntomas menos graves. Como sea el caso, los síntomas estarán por lo menos presentes alrededor de los dos años.

Por otra parte, algunas formas de depresión que establece el DSM V, son sutilmente diferentes, o se pueden dar bajo circunstancias muy únicas, así se puede incluir los siguientes tipos:

Depresión psicótica

La cual se concibe cuando una persona evidencia depresión grave y algún tipo de psicosis anexa, por ejemplo; creencias irracionales que le perturban, alucinaciones, que se da cuando oyen o ven cosas desagradables que el resto no puede ni ver ni oír, o delirios, que se da cuando hay una ruptura con la realidad.

El trastorno distímico

Es un trastorno también conocido como distimia, cuya duración de sus síntomas es bastante largo (dos años o más), aunque de gravedad menor, es decir no le incapacitarán a quien lo padezca, pero sí evitará que se sienta bien y se desarrolle normalmente. Así mismo, las personas que padecen este tipo de depresión pueden sufrir uno o más episodios de depresión grave en lo que va de su vida.

Depresión posparto

cuya gravedad es más que la tristeza posparto o también llamada “baby blues”, la cual experimentan muchas mujeres después del parto, cuando la presencia de los cambios tanto físicos como hormonales, así como la nueva

responsabilidad de hacerse cargo de un recién nacido, pueden ser angustiosos y abrumadores. En la actualidad conforme este mismo informe, aproximadamente entre el 10% y el 15% de las mujeres, experimentan este tipo de depresión, justo al momento de dar a luz. Entre otros.

Para poder determinar y entender a la depresión como lo es, una enfermedad. Es importante mencionar que la tristeza solo es una pequeña fracción de lo que engloba la depresión. Es más, incluso muchas personas que padecen de depresión, quizás no se sienten tristes en absoluto. Algunas señales y síntomas que se presentan en la depresión según el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (2015) son:

Sentimientos de inutilidad, culpa o impotencia

Sentimientos de desesperanza

Sentimientos persistentes de vacío o tristeza

Falta de energía

Perdida de interés en pasatiempos que antes disfrutaba

Comer excesivamente o por el contrario perder el apetito

Dificultad para concentrarse

Ideas o pensamientos suicidas

Entre otros.

A menester de que conocemos sus síntomas, la causa de la depresión es aún desconocida, sin embargo, se sabe que existen algunos factores que pueden promover la aparición de esta, como la muerte de un ser querido, alguna enfermedad medica incapacitante y uno de esos factores en relación al adulto mayor es según la Organización panamericana de la salud (2017) un cambio de domicilio habitual o el ingreso a una institución (Centro de reposo o asilo) Así entendemos que el desapego o la ausencia de personas significativas en un entorno conocido y la inquietud de no poder cambiar ello pueden contribuir a la aparición de trastornos de depresión.

2.2.2. ADULTO MAYOR

Según la Organización mundial de la salud (OMS, 2017) la población total de adultos mayores entre el 2015 y 2050, aumentará incluso hasta cerca del triple, pasando de 12 millones de adultos mayores a 22 millones, mientras que para la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017) esta se cuadruplicará. Por otra parte, menciona a su vez, que a aproximadamente un 15 por ciento de esta población actual, padece de alguna enfermedad mental (OMS, 2017).

En nuestro país hasta el 2017, el 37,1% de los hogares, tiene al menos 1 miembro de 60 años a más, esto según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2018) además de

entre el total de adultos mayores en nuestro país, según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH, 2017) el 45,6% forma parte de la población económicamente inactiva, siendo así, 0,03% más que el año 2016. Es decir, hasta la fecha por cada 100 adultos mayores solo 66 son económicamente activos.

Y si bien, sabemos que la adultez mayor tiene relación con la vejez, existen ciertos datos que nos ayudan a entenderle mejor.

Así, según la ley 28803, Ley de la persona adulta mayor, en su artículo 2 la define como toda aquella persona que tenga 60 o más años de edad, coincidiendo así con la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2015) quien menciona en su informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, que se le considera adulto mayor o de la tercera edad a los mayores o iguales a 60 años.

Cabe mencionar que en otras concepciones también se le considera adulto mayor a aquellas personas que tienen 65 años o más (OPS, 2017); o como Corbera (2007) manifiesta, el último periodo de aquella vida ordinaria del hombre.

Pero esto es en relación a la edad cronológica, la cual, en esa misma línea, Hernández (2006), menciona que uno de los sinónimos que definitivamente describen muy bien la edad cronológica del adulto mayor es la Senectud, la cual se divide en, Senectud joven (va desde los 60 a los 69 años), que engloba los cambios físicos y sociales, los cuales son sustanciales, pues

en esta etapa generalmente se da la jubilación y la inactividad. Luego tenemos, la Senectud Intermedia (va desde los 70 a 79 años), etapa en la que empiezan a perderse ciertas capacidades físico-motoras, además de volverse más susceptible a enfermedades con mucha más frecuencia. Así mismo, en esta etapa disminuye la actividad sexual, el grado de socialización es menor, ya que no hay iguales autosuficientes más cerca.

A partir de aquí, encontraremos los que Donoso (2007) determina como la edad funcional en la que el ser humano ya no es capaz de mantener los roles personales y sociales dentro de su entorno y la sociedad misma. Así, aquí encontramos según Hernandez (2006) a los Senectos viejos (va desde los 80 a los 89 años), que son los que comienzan a vivir de los recuerdos y de la ayuda de la familia más joven que ellos, empieza un mayor grado de dependencia. Para finalmente pasar a los Senectos ancianos (va desde los 90 a 99 años), que según el autor la concepción individual de esta etapa es difícil pues pocos llegan o pasan esa edad, pero definitivamente tendrá las características antes mencionadas, pero con mayor decadencia.

Si consideramos esto, debemos entender que la edad cronológica mencionada anteriormente se mide en relación al estado de los órganos y sistemas corporales del ser vivo, pues esto varía según cada ser vivo, por ejemplo, el proceso corporal de un adulto mayor de 65 años, se supone es igual al de sus

semejantes con la misma edad. Pero es posible que para un adulto mayor de 65 años que es activo físicamente, es decir, es deportista, su proceso corporal sea el de una persona más joven (Montalvo, 1997). Si entendemos esto, podemos decir entonces que la edad cronológica es concebible a partir de la edad biológica.

Ahora bien, al hablar de edad biológica, nos referimos a aquellos cambios físicos y biológicos que son normales durante el envejecimiento, lo que para Montalvo (1997), es la longevidad, aspecto que varía de un ser vivo a otro. Para entender mejor esto, podemos fijarnos en las moscas cuya longevidad se mide en días o en los perros que se mide en 15 a 20 años, mientras que para un ser humano la longevidad se mide en 100 años aproximadamente. Entendamos en ese sentido también que existe mucha diferencia entre vejez y envejecimiento, pues vejez es el estado de la vida, mientras que el envejecimiento es un proceso que definitivamente se dará a lo largo del ciclo vital (Fernández, 2005).

Dichos cambios en la vejez, se dan en diversos ritmos, que va a variar según la persona, el entorno en donde vive esta persona, la economía que lo sustenta, su cultura, su sana o no alimentación, su diaria actividad y por supuesto sus emociones. Un patrón relevante a considerar en esta etapa de la vida, es el

conseguir y mantener la funcionalidad y autonomía, a pesar de la edad o de las dificultades.

Por otra parte, encontramos la edad psicológica del adulto mayor, en donde según Ibáñez (2015) podemos evidenciar que aquel significado que cada persona le da a su vejez, puede ser muy diverso y dependiendo de ese significado puede generarse cambios tanto en sus emociones, como sus sentimientos y pensamientos conforme pasa el tiempo. Así, menciona que la importancia radica entonces, en considerar siempre; que ningún cambio que se dé repentinamente en la personalidad del adulto mayor será normal. Pues muchas veces caemos en el error de pensar que llegar a la vejez acarrea el sentirse más triste, volver colérico o con apatía, sin embargo, ninguno de estas características se debe a la edad, pues en ello puede haber injerencia de otros factores, como, por ejemplo; la pérdida de personas significativas, pérdida del trabajo, el cambio en el rol que se ejercía en la familia, entre otros.

Con respecto, entonces; a los procesos psicológicos del adulto mayor; como la memoria o la capacidad de aprender, Ibáñez (2015) menciona que estas irán modificándose y degradándose de manera gradual.

Pero para poder retrasar dicha degradación, en el caso de la pérdida de memoria, es muy recomendable estar constantemente activo, relacionarse con otras personas, hablar con otras

personas, ser partícipe de actividades que sean placenteras (Castiblanco y Fajardo, 2016), entre otros.

Mientras que, para retrasar la degradación de la capacidad de aprender, es importante entender que un adulto mayor, aún puede aprender muchas nuevas cosas, que definitivamente podrían requerir mayor tiempo o estrategias específicas, pero que, si se dan apertura, se comprobará que el potencial está presente como cuando se era más joven.

Cuando hablamos de adultos mayores y su vejez, es imposible no percibir los significados que tiene dicha condición para cada ser humano, ya sea por su cultura, su historia o su organización social. Pues es en base a esos significados que las personas actúan con respecto a los adultos mayores.

Así, para Montalvo (1997) la vejez se concibe como una categoría social, que, en otras palabras, conlleva que se agrupe a las personas en relación a sus valores y aquellas características que socialmente se consideran adecuadas, las que muchas veces pueden ser erróneas y hasta injustas. Si ponemos un ejemplo, para muchos grupos sociales en el mundo, los adultos mayores no deben enamorarse, o simplemente ya no pueden participar en las decisiones familiares o sociales, deben quedarse en casa pues son mucha carga y ralentizan el paso, entre otras.

Contrario a ello, existen también grupos sociales, donde el adulto mayor ocupa un lugar muy importante en la sociedad, por ejemplo; los países asiáticos, en donde los adultos mayores son un signo de respeto, sabiduría y poder, siendo importantes tanto en la familia como en la sociedad para las decisiones importantes que tomar.

Como hemos podido describir anteriormente, los adultos mayores son concebidos de diferentes maneras, en relación a las diversas tipologías y autores que hablan sobre ello. Pero también existen algunos procesos y problemas que un adulto mayor debe pasar y que Ardila (1993) esquematiza haciendo una relación entre ecología, cultura y comportamiento. Dicho esquema está compuesto de la siguiente manera: Ecología -> Sistema Cultural -> Sistemas de Producción -> Pautas de Crianza -> Individuo -> Sistema Interindividual.

Así, para Ardila (1993), la ecología hace referencia al ambiente físico, a aquella geografía visible, al clima cambiante, el agua misma, a los recursos naturales que tenemos, entre otros. Si enfatizamos la postura gerontológica, es el ambiente físico y sus afectaciones en la población de adultos mayores. Así, Rogers (1986) menciona, que un obstáculo que enfrentan los adultos mayores y que se ha pasado por alto y que Huerta (2006) desde el fondo del Congreso de la República del Perú, en su informe

de Discapacidad y accesibilidad, coincide mencionándolo como un derecho negado; es el ambiente físico el cual ha sido construido en casi su totalidad por y para personas jóvenes. Lo que, definitivamente, genera una serie de frustraciones y obstáculos, que los más jóvenes no sufren. Así, ejemplificando, podemos ver los escalones altos de los medios de transporte, los semáforos, cuyas luces cambian rápido, apurando a un adulto mayor a cruzar las calles, las letras pequeñas en los platos de metal de los botones de los ascensores y que, para colmo, no tienen contraste de colores para distinguirse y muchos otros obstáculos que nuestro ambiente puede acarrear para un adulto mayor según el nivel de impedimento que este pueda presentar (Ardila, 1993).

Coincidiendo con los datos mencionados anteriormente. Los estudios recientes señalan que el avance de las habilidades visuales y auditivas decrecen en el avance de la edad, desde los 40 años (Fozard y Gordon, 2001). Las permutaciones causadas por el avance en la edad, en la anatomía y fisiología del sistema auditivo; repercuten de forma directa en la aptitud auditiva del individuo. La presbiacusia (pérdida de la audición en la región de las altas frecuencias) es la torpeza auditiva que se aprecia mucho más en las personas de mayor de edad, en tanto que las frecuencias bajas se perciben subjetivamente bien.

A edades destacadamente mayores, además, acostumbra a aparecer el zumbido. Este acostumbra revelarse a lado de la presbiacusia ocasionada por la exposición a un ruido La reducción de la aptitud visual acontece, generalmente, en bastante más de la mitad de aquellos, por encima de los 75 años. Tienen la posibilidad de acaecer cambios en la sensibilidad para los contrastes (cerca de un 6% de reducción anual, desde los 65 años), en proceso de acomodación a la oscuridad, en el potencial de percibir colores o en las habilidades y aptitudes de acomodación. Con el envejecimiento, el cristalino consigue espesor, perdiendo elasticidad y aptitudes de acomodación (presbiopía). Comúnmente, no puede acomodarse a los elementos que están muy lejos o muy cerca. Además, se produce una reducción del tamaño de la pupila (miosis), y esta responde más lentamente, disminuyendo la aptitud del ojo para ajustarse a los cambios inesperados de luz. Anexando a esto la repercusión en el incremento de la continuidad de las cataratas, glaucoma y degeneración macular. Sus maneras de proceder, hablando en efecto del proceder motor, se vuelven más lentos, aunque hay enormes variantes. En la exploración sobre tiempos simples de oposición, se consigna un 25% bastante más de lentitud en la gente que supera los 65 años, frente a personas menores jóvenes (Ketcham y Stelmach, 2001). La aptitud cognitiva se encuentra dentro de los elementos centrales y a lo

mejor, mejor investigados en aquellos adultos mayores. Los elementos cognitivos se dividen en una sucesión de subprocesos y únicamente una observación bien desigualada puede aclarar los fenómenos de su avance. En el tema del intelecto, hay enormes diferencias interindividuales. Un estudio pionero en el avance del intelecto adulto que sigue ofreciendo nuevos datos es el “el estudio longitudinal de Seattle” (Schaie, 1996). Este estudio inspecciona el avance cognitivo, por medio de diferentes dimensiones intelectuales. Schaie ha podido demostrar con sus mediciones los cambios debidos a la edad en las cinco habilidades primarias del intelecto (pensamiento inductivo, orientación espacial, capacidad numérica, aptitud verbal y fluidez verbal). Aquella variación y diferencia que se evidencian en las extensiones intelectuales llevan consigo el pase a controversias, de, si existe algún tema en las habilidades que logre conseguir un prominente desempeño en la edad adulta y específicamente la vejez. Ello condujo a investigar otras características del intelecto, como la “sabiduría” o la “inteligencia habilidosa”. La inteligencia habilidosa tiene relación a las tareas primordiales para una vida autónoma, entre otras cosas, la interpretación de mapas, proyectos de viaje, seguimiento de las normas de las recetas farmacéuticas o declaraciones de renta. Acertadamente, en estos puntos hace aparición una enorme seguridad estable en la edad adulta.

Aquellas personas mayores son comparables en esto a las personas menores o jóvenes. A lo mejor la causa de esto se encuentre en que hablamos de tareas subjetivamente sencillas que no requieren de la integridad de los elementos intelectuales. Por otro lado, los valores medios en el declive y restricción de la inteligencia práctica corresponden sin lugar a duda al más grande número de personas dementes que incrementa con la edad. En ese sentido, Staudinger y Baltes (1996) definen la inteligencia sabia como el saber profesional en las cuestiones vitales. Un individuo sería sabio, según esta definición, cuando tiene un conocimiento más grande de los hechos al dirimir ocasiones conflictivas, cuando domina superiores tácticas frente a las secuelas de una toma de decisiones, cuando considera todos los puntos del ámbito, estableciendo preferencias o cuando reconoce las inseguridades de la vida para lograr salvarlas. Además, en esto pudo demostrarse que en los conjuntos que oscilan entre los 20 y los 89 años no hay evidencia de ningún efecto atribuible a la edad.

De esta manera, la exploración de la memoria tiene una extendida tradición similar a la del intelecto. Nuestra memoria constituye una propuesta central para formarse la identidad y la soberanía, convirtiéndose de esta forma, durante todas sus dimensiones, en algo definitivo para los mayores. Desde el criterio psicológico general, tienen la posibilidad de distinguirse

en ella distintos puntos que acostumbran resumirse en asimilar, guardar y recordar material informativo y vivencias. La memoria procedimental se enfoca en estudiar y recordar capacidades cognitivas o motoras, como manejar un coche, contar, deletrear o leer. Así, las ya mencionadas capacidades tienen un fuerte ingrediente de automatismos y no requiere recordar rotundamente el instante en que fueron adquiridas. Es por ello, que se habla además de procesos implícitos de memoria, en rechazo a los procesos explícitos (recordar y reconocer) tan necesarios para acordarse de la información. Curiosamente, en menester del desempeño de los procesos implícitos, no emergen cambios con la edad (Park y Schwarz, 2000). La memoria principal intenta acordarse del material informativo presentados de una vez. En tal sentido, la razón de su limitada aptitud nos daría a entender el por qué se recuerdan mejor las últimas expresiones escuchadas de una terna y no las primeras. En esta clase de memoria hay diferencias mínimas debidas a la edad. Contrario a ello, la diferencia de edad protagoniza un enorme papel en la memoria de trabajo que se requiere para acordarse y realizar de forma simultánea, las aclaraciones. En la costumbre, esto significa que no existiría ningún inconveniente con el incremento de la edad para acordarse un número de teléfono; pero si se refiriese a tener

presente ese número y simultáneamente realizar otras aclaraciones, la edad tiene posibilidad de ser determinante.

Con respecto a la memoria episódica, esta concierne a la aptitud de acordarse de los hechos autobiográficos recientes. Esto se estudia a través de la libre reproducción de un listado de términos, oraciones, historietas o imágenes. Acertadamente, los resultados tienen una correlación con los cambios de edad. Estos cambios son superiores frente a otros test de memoria, por ejemplo, los de memoria semántica. Así, diferencias de edades incrementan con las adversidades para realizar la información. Si se da un acompañamiento para esa preparación, las personas mayores obtienen un beneficio en superior nivel que los jóvenes. La memoria semántica tiene relación con la aptitud de poder acordarse de un conocimiento objetivo. En clara concordancia, entre otras cosas, entre los conocimientos generales y un sub-test de un amplio test de inteligencia para adultos. Encontrándose que solamente se denotan diferencias, en relación con la edad o, en el mismo hilo, se ponderan en pos de las personas mayores. En el caso que sea, las adversidades para acordarse nombres de personas, son características de las personas mayores que las empalman como un problema habitual de la edad. Lo que posiblemente se deba al hecho de que, tomando nuevamente los conocimientos generales, si se es imposible acordarse de un término, siempre puede ser

reemplazado por otro; algo irrealizable, al tratarse de los nombres de la gente que le rodea. Por otro lado, la memoria espacial muestra además diferencias, cuando se refiere a ámbitos que resultan familiares. Los adultos mayores, en su mayoría, se orientan bien en un ambiente, aunque no puedan describirlo verbalmente.

Así mismo, cuando nos referimos a la memoria autobiográfica, esta concierne a los recuerdos de aquellos hechos vividos. Es habitual que los adultos mayores recuerden con precisión las situaciones de su infancia que para ellas están intactas. Por lo general, tienden a ser hechos muy concretos y marcados. Impresiona mucho que los recuerdos más recurrentes oscilen entre los 10 y los 30 años. El autor menciona que a lo mejor estos recuerdos están unidos a contenidos basados en emociones. Pues, si se toman en consideración hechos sin ninguna importancia personal, tanto jóvenes como adultos mayores recuerdan menos las cosas, ya que la distancia es más en el tiempo.

Tomando de referencia lo anterior, es necesario mencionar que dichas características en el adulto mayor, son la razón de acomodarlo en algunas leyes inicialmente para discapacitados. Así, en nuestro país, en el año 2000 fue aprobada la ley 27050, Ley general de la persona con discapacidad y su reglamento, la cual alcanza hasta el adulto mayor, pues tiene como fondo, la

adecuación progresiva del diseño urbano para mayor accesibilidad de aquellos con discapacidad, repito, alcanzando lógicamente a los adultos mayores (Huerta, 2006). Así mismo, el reglamento de la misma ley, en su capítulo 8, con respecto a la accesibilidad, específicamente en los art. 61 al 66, especifica y amplía lo dispuesto, mencionando cuales son aquellas condiciones que las ciudades deben cumplir para considerarse accesibles, esto hablando en términos de fácil movilidad y/o desplazamiento y servicios. Así mismo, en su norma técnica vigente en su capítulo III específicamente en los artículos del 18° al 25°, menciona cuáles son aquellos locales que están sujetos a la adecuación, refiriéndose así, a todos los locales tanto públicos como privados, siendo incoherente con el artículo 44°, inciso 44.1 de la misma ley, que refiere que dicha adecuación debe darse a toda infraestructura de uso comunitario, de uso público o privado. He aquí la premisa de los hogares o asilos de ancianos, en dónde la preocupación por espacios físicos o construcciones adecuadas para los adultos mayores considerados dentro de esta escala de discapacidad, haya su completa desolación, cabe resaltar considerando a aquellos que se hayan en zonas rurales como es el caso de la ciudad de Huancabamba.

2.2.3. ADULTO MAYOR Y DEPRESIÓN

Así como el adulto mayor puede presentar enfermedades físicas crónicas, puede también exponer trastornos psicológicos como la depresión, según la cual, Lewis (1981, citado en Hernández, 2003) afirma que el funcionamiento afectivo en la vejez muestra como problema emocional más concurrente la depresión llegando a afectar las diferentes dimensiones de la vida en el adulto mayor.

Como anteriormente se había especificado, la adultez mayor, no acarrear consigo la depresión, esto no es normal ni común (Ibáñez, 2015). Sin embargo, en esta etapa, existen muchos más factores reales que pueden llevar a ese estado a un adulto mayor. Así, para el Instituto Nacional de salud mental de los Estados Unidos (NIMH, 2017) Una persona deprimida por mucho tiempo, definitivamente no es algo normal del envejecimiento. Pues por lo general los adultos mayores se sienten contentos y conformes con sus vidas, ellos, aunque tengan más enfermedades o problemas físicos. Pero a menester de ello, la depresión en adultos mayores muchas veces es difícil de reconocer, puesto que ellos pueden presentar síntomas diferentes y no muy evidentes.

Un claro ejemplo que este Instituto menciona, es que a veces las personas mayores con depresión, evidencian sentirse cansadas,

dificultades para dormir, o suelen estar de mal humor e irritables. Dichos síntomas pueden confundirse en extremos, debido a la falta de atención, así, mientras que para algunos es algo normal en la adultez mayor, para otros pueden confundirle con problemas de la enfermedad de Alzheimer o de otros trastornos cerebrales. Cabe destacar que los adultos mayores adicionalmente a ellos, pueden tener problemas médicos, ya sea enfermedades del corazón, problemas cerebrales o cáncer, que obviamente al ser conscientes o no de ellos pueden causar síntomas depresivos. A su vez muchos de ellos, pueden estar teniendo efectos secundarios de depresión a causa de los medicamentos que toman para otras enfermedades (NIMH, 2017).

Hay un tipo de depresión que los médicos llaman depresión vascular o también concebida como depresión arterioesclerótica o depresión isquémica subcortical.

Este tipo de depresión puede generarse cuando con el paso de los años, adultez mayor, los vasos sanguíneos pierden su flexibilidad, se endurecen y se vuelven más angostos. Esto conlleva a que el flujo normal de la sangre a los órganos del cuerpo se vea afectado, incluyendo el cerebro (NIMH, 2017).

Para el NIMH (2017) hay más probabilidades que los adultos mayores que sufrían depresión en su juventud, tenga depresión

en la vejez, ello en comparación con los que no tuvieron depresión en su juventud.

2.2.3.1. Estado Civil y Depresión en adultos mayores

Po otra parte es importante mencionar la influencia o no del estado civil en la depresión del adulto mayor. Así para Peral (2006) quien habla sobre un estudio tradicional en relación a este tema de los distintos estados civiles y su relación con la depresión. Menciona que los estudios exhiben una curiosa organización en la continuidad del trastorno depresivo. Manifiesta que, de menos depresión a más depresión, la ordenación es la siguiente: casados, casadas, solteras, viudas, solteros, viudos, separados y separadas. Así, argumenta que los que menos se deprimen son los que están casados o casadas, mientras que, aquellos que están separados, tienden a deprimirse más. Según Peral (2006) llama exquisitamente la atención que, aunque la depresión es tres veces más recurrente en la mujer que en el hombre, se evidencia que las solteras y las viudas no se depriman tanto como los solteros y los viudos. Por lo que Peral (2006) expresa, parece indudable que la mujer sabe asimilar mejor la soledad y a no vivir en pareja, de forma superior y mejor que el hombre. Pero que sin lugar a duda el sentimiento de soledad y desesperanza se hace

más fuerte al verse soltero y sin un compañero o compañera de vida.

2.2.3.2. Género y Depresión en adultos mayores

Sabemos que definitivamente hombres y mujeres poseemos diferencias marcadas y en relación a la vivencia de depresión es igual. En tal sentido para Vásquez (2013) hombres y mujeres tienen la posibilidad de desarrollar síntomas e indicios de depresión. Sin embargo, menciona que la experimentan de diferentes formas y evidencian diferencias a al momento de expresar indicios depresivos. En tal sentido asegura que las mujeres buscan más asistencia médica y manifiestan de forma más recurrente y fácil sus síntomas emocionales; mientras a los hombres les resulta complicado expresar lo que emocionalmente sienten, tendiendo más a la somatización; por lo cual prefieren realizar consultas a médicos generales, teniendo a su vez como frecuencia el inconveniente de abuso de sustancias que en ocasiones enmascara el cuadro depresivo que llevan consigo. Como resultado a su vez, en muchas oportunidades no se ejecuta el diagnóstico de depresión y se acumula por años, incluso hasta llegar a una adultez

mayor con mayores repercusiones o por el contrario a el aprendizaje de enfrentarles y hacerles cara mucho mejor

2.2.3.3. Grado de Instrucción y Depresión en adultos mayores

Al hablar de grado de instrucción nos referimos a la escolaridad del adulto mayor y como ésta influye en la depresión que pueda tener. Así Giacomani et al (2011) en un estudio realizado en México, mencionan que la depresión y escolaridad en aquellos adultos mayores de 60 años, se ve golpeada por la evidente presencia de analfabetismo, sobre todo en zonas rurales. Así mismo, Licas, (2015) coincide menciona que después de una investigación sobre el tema en poblaciones de adultos de Lima, encontró que en aquellos adultos mayores con instrucción primaria y sin instrucción alguna, es decir analfabetos, evidenciaban mayores índices de depresión que en aquellos que tenían instrucción secundaria y superior.

2.2.4. ASILOS DE ANCIANOS

Es importante en este apartado, hablar sobre el abandono mismo, de la que son víctimas injustas, los miembros adultos más grandes del núcleo familiar, nuestros abuelitos o adultos

mayores. Así, para Hernández, (2003) el abandono es una falta de compromiso parental y lamentablemente popular, que ocasiona una omisión frente a las pretensiones para su supervivencia y que no son cumplidas temporal o por siempre por los familiares.

Comprende una supervisión deficiente, abandono, privación de comestibles, incumplimiento de régimen médico, por ejemplo, omisiones graves (Hernández, 2003).

Existen varios componentes que tienen la posibilidad de causar el abandono del adulto más grande o mayor. Para Ibañez (2015) las situaciones de miseria o de hacinamiento, relaciones afectivas y la misma forma de percibirlo, son evidentemente causas a considerar. Así, las que presentamos son probables causas y condiciones que tienen la posibilidad de aumentar el alarmante abandono del adulto mayor, más no son determinantes.

La edad, la patología, la soledad y las condiciones de capital condicionan que varios ancianos abandonen la vida en su domicilio que muchas veces les pertenece. Esta circunstancia se otorga menos entre las mujeres que viven solas más tiempo, aunque precisen asistencia ocasional para tareas pesadas. La cifra de adultas de más de 60 años que viven solas es proporcionalmente muy superior, aspecto que, además, se puede observar condicionado por su más grande longevidad; y visto

que se acostumbran casar con hombres de más grande edad (Ibáñez, 2015).

A medida que la red familiar es más débil, el peligro de institucionalización incrementa, principalmente con la edad y la patología que pueda surgir en la salud del anciano. En la sociedad de la cual formamos parte, el porcentaje de ancianos habitantes en instituciones se ha minimizado (alrededor del 10%), sin lugar a duda, condicionado por la fortaleza de las relaciones familiares (Ibáñez, 2015).

Algunas características que Ibáñez (2015) menciona que se evidencian en los adultos mayores institucionalizados en un Asilo de ancianos son:

Deterioro cognitivo (pérdida de memoria, aptitud para tomar elecciones, aptitud de cuidarse por sí solo) de la persona adulta más grande o mayor.

Dependencia servible (física y para caminar) en ocupaciones de vida día tras día, simples e instrumentales (baño, vestido, nutrición, citas médicas, tomarse medicamentos, arreglo personal, viajar en autobús, conducir). Viéndose así, desde el contexto actual, pasado y futuro (Yesavage et al, 1982)

Sentimientos de soledad, aislamiento que suele ser popular en estos casos (no tiene comunicación con familiares, amigos, vecinos, siente tristeza, está solo).

Así mismo, menciona que, dentro de las anomalías de salud neurológicas o mentales a las que se ven expuestos los adultos mayores abandonados dentro de un asilo de ancianos están el alzhéimer y la demencia senil. Que, además añade, hallan su origen en anomalías de salud sociales como:

- 1.- Aislamiento social.
- 2.- Escasa o nula ocasión de trabajo.
- 3.- Poco o nulo ingreso a parques donde logre hallar juegos apropiados a su edad para la ejecución de ocupaciones físicas.
- 4.- Discriminación familiar, si no contribuye económicamente con su pensión de jubilado.

III. HIPÓTESIS

GENERAL

El nivel de depresión de los adultos mayores de la casa asilo de ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Es severa

ESPECÍFICAS

El Nivel de Depresión según Género, de los adultos mayores de la casa asilo de ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Es severa

El Nivel de Depresión según edad, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Es severa

El Nivel de Depresión según Estado Civil, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Es severo en todos.

El Nivel de Depresión según Grado de Instrucción, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Es moderado en todos.

IV. METODOLOGÍA

4.1. Diseño de la Investigación

La presente se ha trabajado con un diseño no experimental, de corte transversal. En ese sentido, Hernández, et al (2010), manifiesta que los estudios que se realizan con este diseño, son aquellos en los que, no se manipula deliberadamente las variables y en los que no se pretende averiguar la relación causa-efecto entre las variables estudiadas, pues solo se pretende observar los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. Además, anexa el autor antes indicado, que el diseño, de corte transversal, es aquel donde se “recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único” (p.151). Nuestra investigación se encuentra estructurada bajo una metodología de tipo cuantitativo, que de acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2010) este tipo de investigación “usa la recolección de datos para probar hipótesis, cuyo eje es la medición numérica y análisis estadístico, para así, determinar patrones de comportamientos y probar teorías”.

Del mismo modo, esta investigación es de nivel descriptivo, que, en palabras de Hernández, et al (2010) este tipo de estudio tiene como propósito, conocer el grado de categorías o variables en un contexto en particular y describirlas.

M \longrightarrow O

Donde:

M = Muestra, que en este caso son los adultos mayores de la casa asilo de ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018.

O = Depresión

4.2.Población y Muestra

Población

La población estuvo conformada por todos los adultos mayores de la casa asilo de ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018.

Muestra

En el presente estudio se contó con una muestra de 25 adultos mayores de la casa asilo de ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Distribuidos de la siguiente manera:

| SEGÚN | Distribución | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|---------------------|-------------------|-------------------|
| Género | Femenino | 10 | 40% |
| | Masculino | 15 | 60% |
| Edad | 65 a 69 años | 6 | 24% |
| | 70 a 74 años | 6 | 24% |
| | 75 a 79 años | 3 | 12% |
| | 80 a más | 10 | 40% |
| | Soltero | 13 | 52% |
| | Casado | 2 | 8% |

| | | | |
|-----------------------------|-----------------------|----|-----|
| Estado Civil | Viudo | 7 | 28% |
| | Divorciado | 3 | 12% |
| Grado de Instrucción | Sin instrucción | 6 | 24% |
| | Primaria Incompleta | 10 | 40% |
| | Primaria Completa | 5 | 20% |
| | Secundaria Incompleta | 2 | 8% |
| | Secundaria Completa | 1 | 4% |
| | Superior | 1 | 4% |

La muestra está constituida por las unidades muestrales que se puedan evaluar, que sean accesibles o que sean favorables; la muestra ha sido seleccionada bajo el criterio no probabilístico por conveniencia donde se ha considerado 25 adultos mayores, tomando como base los siguientes criterios:

Inclusión:

- Adultos mayores de 65 años a más de sexo masculino y femenino
- Adultos mayores orientados en tiempo, espacio y persona.
- Adultos mayores que aceptaron participar voluntariamente en la investigación.

Exclusión:

- Adultos mayores con incapacidad auditiva o verbal severa

4.3. Definición y Operacionalización de la Variable

3.4.1 Depresión

Definición Conceptual (D.C.):

La depresión se conceptualiza desde toda aquella sintomatología cognitiva, afectiva y somática que muestra la gente adulta, como sentimientos de tristeza, falta de energía, adversidades en las relaciones sociales, sentimientos de inutilidad, desesperación, etc., de acuerdo con los criterios del DSM-IV-TR (Yesavage et al., 1982).

Definición Operacional (D.O.):

La variable se desarrollará operacionalmente de la siguiente manera:

Para cada ítem cuya respuesta coincida con la respuesta que indica depresión, se puntuará con 1, en caso contrario será 0.

| ITEM | Respuesta que indica depresión | ITEM | Respuesta que indica depresión |
|-------------|---------------------------------------|-------------|---------------------------------------|
| 1 | NO | 16 | SI |
| 2 | SI | 17 | SI |
| 3 | SI | 18 | SI |
| 4 | SI | 19 | NO |
| 5 | NO | 20 | SI |
| 6 | SI | 21 | NO |
| 7 | NO | 22 | SI |
| 8 | SI | 23 | SI |
| 9 | NO | 24 | SI |
| 10 | SI | 25 | SI |
| 11 | SI | 26 | SI |

| | | | |
|----|----|----|----|
| 12 | SI | 27 | NO |
| 13 | SI | 28 | SI |
| 14 | SI | 29 | NO |
| 15 | NO | 30 | NO |

Puntuaciones

| CATERGORÍA | CENTILES | TOTAL |
|-------------------|-----------------|--------------|
| NORMAL | 0 – 35 | 0 -9 |
| LEVE | 36 – 50 | 10 – 11 |
| MODERADO | 51 – 75 | 12 – 19 |
| SEVERO | 76 - 100 | 20 - 30 |

4.4. Técnica e Instrumento

Técnica: La técnica utilizada es la encuesta

Instrumento: El instrumento utilizado fue la Escala de Depresión geriátrica (GDA) de Yesavage (1982)

Ficha Técnica

NOMBRE ORIGINAL : Escala de Depresión Geriátrica (GDA)

TRADUCCIÓN : Escala de Depresión Geriátrica (GDA)

AUTOR : Yesavage y colaboradores (1982)

ADAPTACIÓN : Delgado Delaunde Aida J.

PROCEDENCIA : Universidad Ricardo Palma – Facultad de
Psicología

ADMINISTRACIÓN : Individual

DURACIÓN : 15 a 20 min. Aprox.

SIGNIFICACIÓN : Mide el nivel de depresión presente en el anciano.

TIPIFICACIÓN : Baremos para Adultos Mayores
AÑO : 1993

DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA

Para la construcción de la escala los autores generaron 100 ítems que expresan 7 manifestaciones comunes de la depresión en la vejez:

- Manifestaciones somáticas.
- Disminución del afecto.
- Alteraciones cognitivas.
- Sentimientos de discriminación.
- Alteraciones de la motivación.
- Ausencia de orientación al futuro.
- Pérdida de autoestima.

Los 100 ítems se presentaron en forma de SI/NO a 46 ancianos, siendo las puntuaciones de 0 (ausencia de depresión) y 1 (presencia de depresión). Obteniendo así, puntuaciones de un total de 100.

Una vez realizada la aplicación, procedieron a realizar un análisis ítem-total para seleccionar los ítems adecuados y definitivos.

Finalmente, la Escala de Depresión Geriátrica se presentó comprendida por 30 preguntas, en la misma forma de SI/NO y la misma forma de puntuación de 0 y 1 punto. Cuya puntuación es de 0 a 30.

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ:

La autora que realizó la adaptación llevó a cabo un proceso de confianza y validación de la prueba de 30 ítems, obteniendo así. Que la prueba presenta alta validez y confiabilidad de 0.81 (Spearman-Brown – Dos mitades) y 0.86 (Kuder Richardson – Consistencia Interna). Asimismo, se encontró una correlación entre la GDS y la Escala de Depresión de Beck de 0.67.

Validez:

Se ordenó las escalas desde los puntajes más altos a los puntajes más bajos, se eligió el 25% de las pruebas que obtuvieron las calificaciones altas y el 25% de las pruebas que obtuvieron las puntuaciones más bajas (cuartil superior y cuartil más bajo). Se realizó el análisis de ítems por el método de discriminación de escalas de Edwards y Kilpatrick. Se utilizó la T de Student, encontrando que los ítems son válidos.

Confiabilidad:

La confiabilidad fue hallada a través del método por mitades (Split-half Reliability) se calculó el coeficiente de Spearman-Brown. La correlación entre mitades fue de 0.6831, el coeficiente de Spearman fue de 0.8117. Asimismo, se calculó el índice Kuder Richardson, el cual fue de 0.8613. La correlación de Pearson fue de 0.6724 por lo tanto la correlación positiva y alta indica la validez de la prueba.

4.5. Plan de Análisis

De acuerdo a la naturaleza de la investigación para el análisis de los datos se utilizará las técnicas de análisis estadístico descriptivo, como son uso de tablas de distribución de frecuencias porcentuales y gráficos; así como el uso de pruebas estadísticas paramétricas y no paramétricas con su respectiva prueba de significancia, dependiendo el comportamiento de la(s) variable(s) en estudio. El procesamiento de la información se realizará utilizando el software estadístico SPSS versión 19 para Windows.

4.6. Matriz de Consistencia

| PROBLEMA | VARIABLE | INDICADORES | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | METODOLOGÍA | TECNICA |
|--|--------------------|--|--|---|--|----------|
| “NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS ADULTO MAYOR DE LA CASA ASILO DE ANCIANOS CRISTO EL BUEN AMIGO DE LA CIUDAD DE HUANCABAMBA, PIURA 2018” | DEPRESIÓN | | General | General | Tipo y Nivel | |
| | | Categoría | Determinar el nivel de depresión de los adultos mayores de la casa asilo de ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. | El nivel de depresión de los adultos mayores de la casa asilo de ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Es severa | Cuantitativo - Descriptivo | Encuesta |
| | | Género | | | | |
| | | Edad | | | | |
| | | Estado civil | | | | |
| Grado de Instrucción | Específicos | Específicos | Diseño | Instrumento | | |
| | | Identificar el Nivel de Depresión según Género, de los adultos mayores de la casa asilo de | El Nivel de Depresión según Género, de los adultos mayores de la casa asilo de | No experimental | Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage | |
| | | | | | Población | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|------------------------|--|
| | | | <p>ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018.</p> <p>Describir el Nivel de Depresión según edad, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018.</p> | <p>ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Es severa.</p> <p>El Nivel de Depresión según edad, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Es severa</p> | de corte transeccional | <p>La Población estuvo conformada por todos los adultos mayores de la casa asilo de ancianos Cristo el buen amigo de la ciudad de Huancabamba, Piura 2018.</p> |
| | | | <p>Definir el Nivel de Depresión según Estado Civil, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018.</p> | <p>El Nivel de Depresión según Estado Civil, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Es severa</p> | | <p>Muestra</p> <p>La muestra estuvo conformada por 25 adultos mayores. Selecciona dos bajo criterios de Inclusión y exclusión</p> |
| | | | <p>Establecer el Nivel de Depresión según Grado de Instrucción, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018.</p> | <p>El Nivel de Depresión según Grado de Instrucción, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Es severa</p> | | |

4.7. Principios Éticos

En el Código de Ética del Psicólogo (1981) se establece que se debe salvaguardar el principio de confidencialidad de datos de los evaluados, así como informar sobre los fines de la aplicación de instrumentos a los evaluados. Por lo mismo se contó con la previa autorización de las autoridades de la institución. Así mismo, se contó el consentimiento y participación voluntaria de los evaluados.

V. RESULTADOS

5.1. Resultados

TABLA I

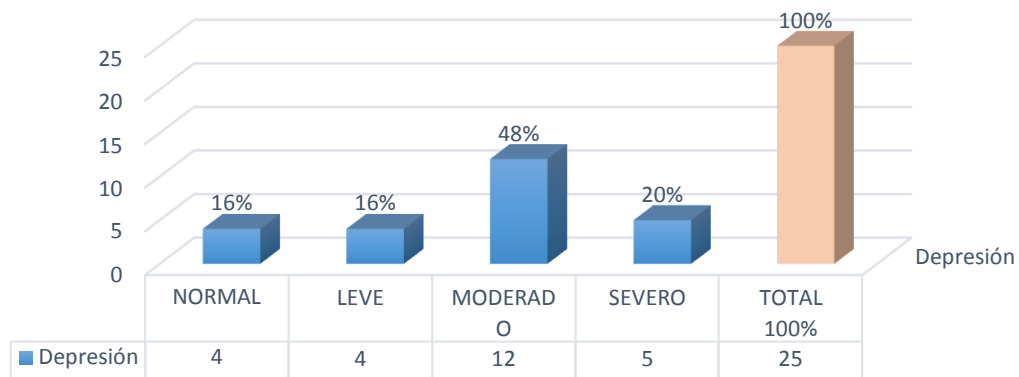
Nivel de depresión de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018

| NIVEL | NORMAL | LEVE | MODERADO | SEVERO | TOTAL |
|----------------------|--------|------|----------|--------|-------|
| Frecuencia | 4 | 4 | 12 | 5 | 25 |
| Frecuencia Acumulada | 4 | 8 | 20 | 25 | |
| Porcentaje | 16% | 16% | 48% | 20% | 100% |
| Porcentaje Acumulado | 16% | 32% | 80% | 100% | |

Fuente: Escala de Depresión Geriátrica de YESAVAGE

FIGURA 01

Nivel de Depresión según edad, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018.



Fuente: Escala de Depresión Geriátrica de YESAVAGE

Descripción

En la Tabla I y gráfico 01, podemos ver que de los adultos mayores evaluados el 48% se encuentra en el nivel de Depresión Moderada, seguido de un 20% en el nivel de Depresión Severa. Así mismo, encontramos que un 16% se encuentra en el nivel de Depresión Leve y el 16% restante en el nivel de Depresión Normal.

TABLA II

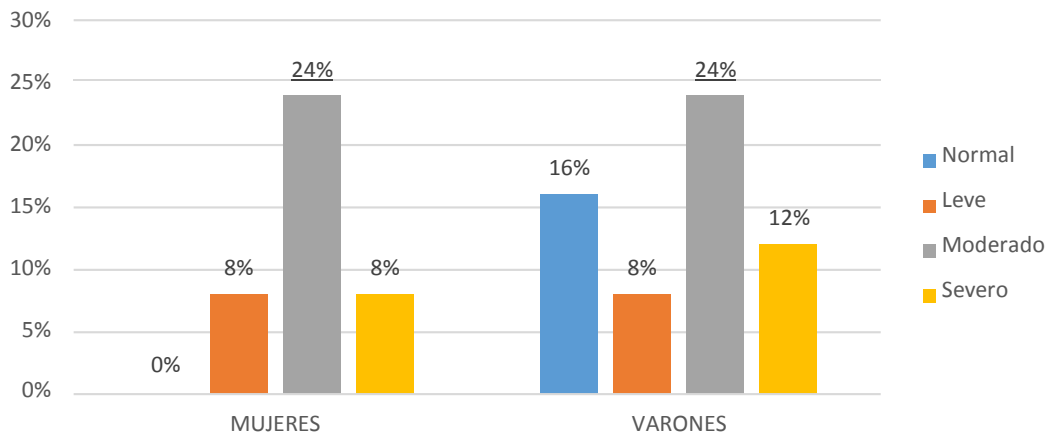
Nivel de Depresión según Género, de los adultos mayores de la casa asilo de ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018.

| NIVEL DE DEPRESIÓN | GÉNERO | | | | | |
|--------------------|----------|-----|-----------|-----|-------|-----|
| | FEMENINO | | MASCULINO | | TOTAL | |
| | f | % | f | % | f | % |
| NORMAL | 0 | 0% | 4 | 16% | 4 | 16% |
| LEVE | 2 | 8% | 2 | 8% | 4 | 16% |
| MODERADA | 6 | 24% | 6 | 24% | 12 | 48% |
| SEVERA | 2 | 8% | 3 | 12% | 5 | 20% |
| TOTAL | 10 | 40% | 15 | 60% | 100 | |

Fuente: Escala de Depresión Geriátrica de YESAVAGE

FIGURA 02

Nivel de Depresión según Género, de los adultos mayores de la casa asilo de ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018.



Descripción

En la Tabla II y gráfico 02, podemos ver que, del 100% de los adultos mayores evaluados, en el caso de las mujeres, 24% evidencia el nivel de depresión Moderado, un 8% el nivel leve y otro 8% en el nivel severo. Así mismo, en el caso de los varones, un 24% se ubica en el nivel de depresión moderada, un 16% en el nivel normal, un 12% en el nivel severo y el 8% restante en el nivel leve.

TABLA III

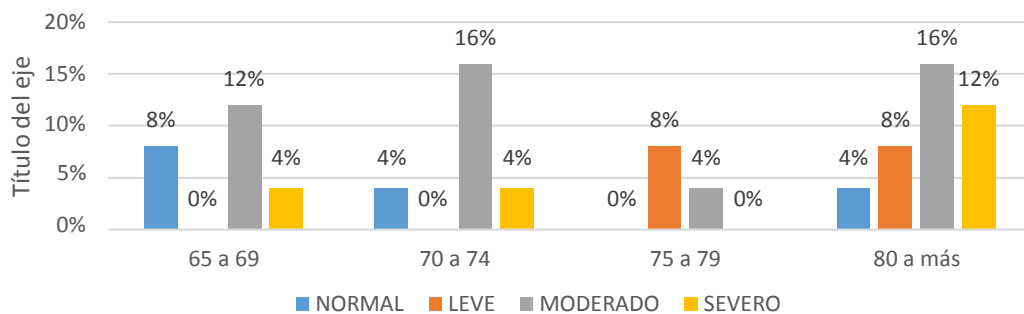
Nivel de Depresión según edad, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018.

| NIVEL DE DEPRESIÓN | EDAD | | | | | | | | | |
|--------------------|-------|----|-------|----|-------|----|------|----|-------|-----|
| | 65-69 | | 70-74 | | 75-79 | | 80 + | | TOTAL | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % |
| NORMAL | 2 | 8 | 1 | 4 | 0 | 0 | 1 | 4 | 4 | 16 |
| LEVE | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 8 | 2 | 8 | 4 | 16 |
| MODERADA | 3 | 12 | 4 | 16 | 1 | 4 | 4 | 16 | 12 | 48 |
| SEVERA | 1 | 4 | 1 | 4 | 0 | 0 | 3 | 12 | 5 | 20 |
| TOTAL | 6 | 24 | 6 | 24 | 3 | 12 | 10 | 40 | 25 | 100 |

Fuente: Escala de Depresión Geriátrica de YESAVAGE

FIGURA 03

Nivel de Depresión según edad, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018.



Escala de Depresión Geriátrica de YESAVAGE

Descripción

En la Tabla III y gráfico 03, podemos ver que, del 100% de los adultos mayores evaluados en relación al nivel de Depresión según Edad, entre 65 y 69 años el nivel que predomina es el nivel Moderado con 12%, entre 70 y 74 años también es el nivel Moderado con 16%, entre 75 y 79 años es el nivel Leve con 8% y de 80 años a más, es el nivel Moderado con 16%.

TABLA IV

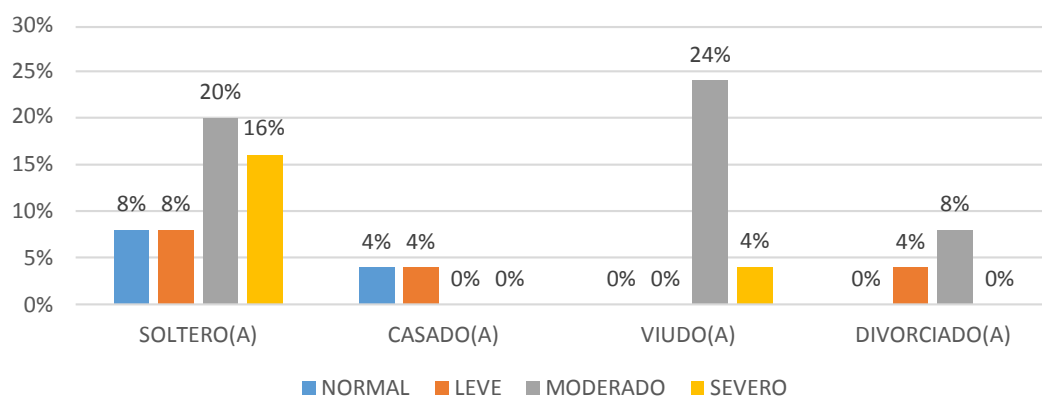
Nivel de Depresión según Estado Civil, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018.

| NIVEL DE DEPRESIÓN | ESTADO CIVIL | | | | | | | | | |
|--------------------|--------------|----|--------|---|-------|----|------------|----|-------|-----|
| | SOLTERO | | CASADO | | VIUDO | | DIVORCIADO | | TOTAL | |
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % |
| NORMAL | 2 | 8 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 12 |
| LEVE | 2 | 8 | 1 | 4 | 0 | 0 | 1 | 4 | 4 | 16 |
| MODERADA | 5 | 20 | 0 | 0 | 6 | 24 | 2 | 8 | 13 | 52 |
| SEVERA | 4 | 16 | 0 | 0 | 1 | 4 | 0 | 0 | 5 | 20 |
| TOTAL | 13 | 52 | 2 | 8 | 7 | 28 | 3 | 12 | 25 | 100 |

Fuente: Escala de Depresión Geriátrica de YESAVAGE

FIGURA 04

Nivel de Depresión según Estado Civil, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018.



Fuente: Escala de Depresión Geriátrica de YESAVAGE

Descripción

En la Tabla IV y gráfico 04, podemos ver que, del 100% de los adultos mayores evaluados en relación al nivel de Depresión según Estado Civil, es en el de Soltero(a), dónde se evidencia mayores índices de Depresión con 20% en nivel Moderado y 16% en nivel Severo, seguido del estado de Viudo(a) con 24% en nivel moderado y 4% Severo.

TABLA V

Nivel de Depresión según Grado de Instrucción, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018.

| | | GRADO DE INSTRUCCIÓN | | | | |
|------------------------------|------------------------|----------------------|------|----------|--------|-------|
| G. I | NIVELES | NORMAL | LEVE | MODERADO | SEVERO | TOTAL |
| | Sin Instrucción | f | 0 | 1 | 3 | 2 |
| % | | 0% | 4% | 12% | 8% | 24% |
| Primaria Incompleta | f | 4 | 2 | 2 | 2 | 10 |
| | % | 16% | 8% | 8% | 8% | 40% |
| Primaria Completa | f | 0 | 0 | 4 | 1 | 5 |
| | % | 0% | 0% | 16% | 4% | 20% |
| Secundaria Incompleta | f | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| | % | 0% | 4% | 4% | 0% | 8% |
| Secundaria Completa | f | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | % | 0% | 0% | 4% | 0% | 4% |
| Superior | f | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | % | 0% | 0% | 4% | 0% | 4% |
| Total | f | 4 | 4 | 12 | 5 | 25 |
| | % | 16% | 16% | 48% | 20% | 100% |

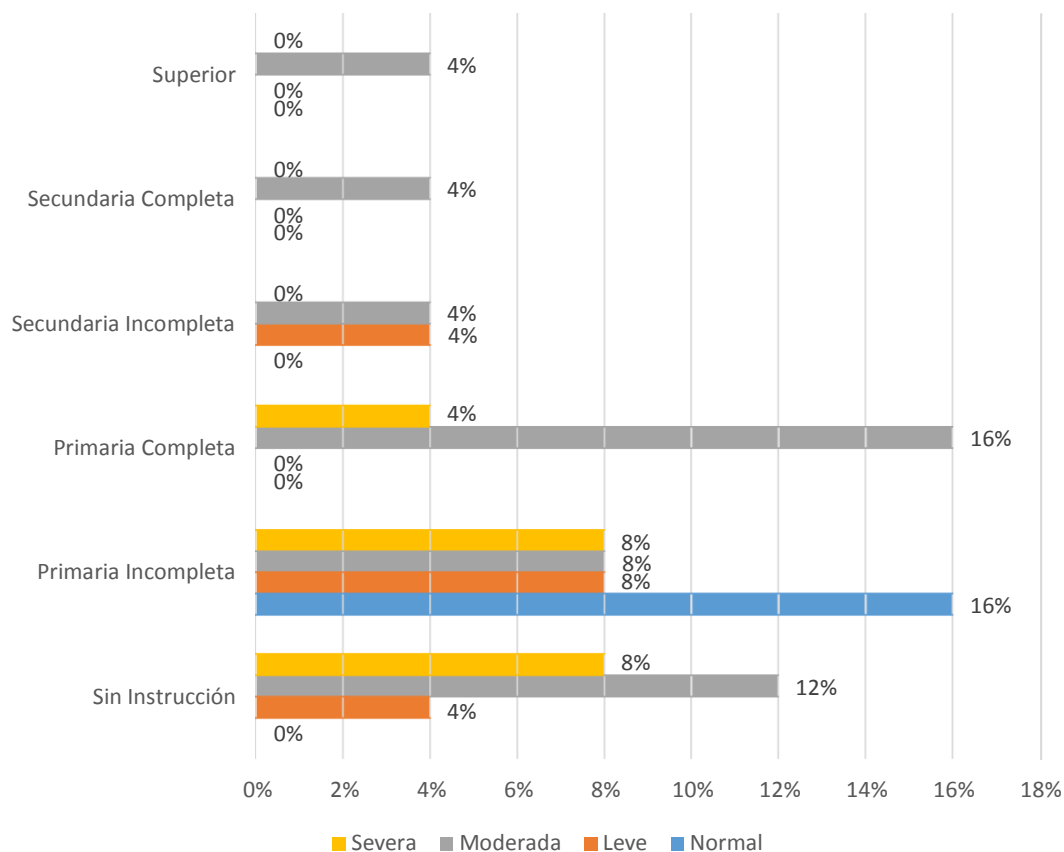
Fuente: Escala de Depresión Geriátrica de YESAVAGE

Descripción

En la Tabla V, podemos ver que, del 100% de los adultos mayores evaluados en relación al nivel de Depresión según Grado de Instrucción, es en los que solo tienen Primaria Completa donde se ve mayor índice de Depresión con un 16% en el nivel Moderado, seguido de los que no tienen Instrucción con un 12% en el nivel Moderado. Por otra parte, la mayoría de los que tienen Primaria Incompleta 16%, evidencian nivel Normal de Depresión.

FIGURA 05

Nivel de Depresión según Grado de Instrucción, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018.



Fuente: Escala de Depresión Geriátrica de YESAVAGE

Descripción

En el siguiente gráfico 05, podemos ver que, del 100% de los adultos mayores evaluados en relación al nivel de Depresión según Grado de Instrucción, es en los que solo tienen Primaria Completa donde se ve mayor índice de Depresión con un 16% en el nivel Moderado, seguido de los que no tienen Instrucción con un 12% en el nivel Moderado. Por otra parte, la mayoría de los que tienen Primaria Incompleta 16%, evidencian nivel Normal de Depresión.

5.2. Análisis de Resultados

Después de un proceso de investigación en el que se han consultado fuentes de diversos autores con relación lineal a nuestra investigación y a partir de los resultados obtenidos al recoger los datos estadísticos de nuestra muestra. Pasaremos a concretar el análisis de resultados de los mismos. En tal sentido se ha considerado los resultados de mayor relevancia que nos abrirán el paso a esclarecer los objetivos que orientaron la presente.

Así, nuestro objetivo principal (Tabla I) fue Determinar el nivel de depresión de los adultos mayores de la casa asilo de ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018, encontrándose que la mayoría de los adultos mayores evaluados se encuentra fluctuando entre el nivel moderado y el nivel severo de depresión con 20 y 25% respectivamente del total de los evaluados. Dichos resultados coinciden con los obtenidos por Reyes (2017) quien realizó una investigación para determinar el nivel de depresión en el adulto mayor institucionalizado en San Miguel, cuyos resultados dieron en su mayoría índices de depresión severa. Así mismo, encontramos coincidencia con la investigación de Arevalo (2015) quien evaluó a adultos mayores en un hogar de ancianos en Iquitos, los cuales evidenciaban presencia de Depresión severa en la mayoría de sus evaluados. Así, podemos entender a través de dichos resultados y su coincidencia con otras investigaciones similares. Que la depresión presente se puede deber al abandono familiar del que son víctimas (Arevalo, 2015), al desapego o la ausencia de personas significativas en un entorno conocido y la inquietud de no poder cambiar ello (OPS, 2017), ya que

como se había mencionado antes la depresión no es característico o común de los adultos mayores (Ibañez, 2015), ni es parte de un proceso de envejecimiento (NIMH, 2017). A su vez estos resultados nos podrían estar diciendo que los adultos mayores evaluados pueden estar presentados síntomas como Sentimientos de inutilidad, culpa o impotencia; sentimientos de vacío y desesperanza, falta de energía, pérdida de interés en pasatiempos, ideas o pensamientos suicidas que deben empezar a ser considerados para una pronta intervención (NIMH, 2017)

En relación a nuestro primer objetivo específico (Tabla II), Identificar el Nivel de Depresión según Género, de los adultos mayores de la casa asilo de ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Encontramos que tanto en varones como en mujeres la presencia de depresión es de nivel moderado, Sin embargo, se puede apreciar en los resultados que mientras que en los varones existe un 16% que se encuentra en un estado o nivel normal, en las mujeres el otro porcentaje fluctúa entre leve y severa depresión. Por lo que también identificar al género femenino como más propenso a la depresión que los varones. Así, coincidimos con lo expuesto por Jara (2018) quien realizó una investigación para determinar el nivel de depresión e identificar estos niveles según sexo y estado civil en adultos mayores de una asociación de vivienda, que vale resaltar hacía el papel de asilo, encontrando que las mujeres presentaban mayor grado de depresión que los varones. Podemos en ese sentido suponer que es en el género femenino con respecto a adultos mayores en el que se haya mayor preponderancia a la

depresión dentro de un contexto de abandono. Aunque la posibilidad de desarrollar síntomas depresivos es relativamente igual (Vásquez, 2013), al experimentar los conflictos externos, en este caso de abandono, son los hombres los que pueden hacerle cara mucho mejor.

Con respecto al segundo objetivo específico (Tabla III) cuyo propósito fue Describir el Nivel de Depresión según edad, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Los resultados obtenidos indican que a más edad mayor índice de depresión, así se encontró que de 65 a 69, 70 a 74 años, 75 a 79 años y 80 a más años, el nivel preponderante de depresión es el nivel moderado, siendo a partir de los 80 años a más, dónde se empieza a evidenciar mayores porcentajes en el nivel severo, cabe resaltar que estos resultados van de la mano con el estado de abandono que presentan los adultos mayores al estar en un asilo de ancianos y no con sus familiares, los que, como menciona Hernandez (2006), son los que conforme avanza la edad del adulto mayor, deben ayudarlo en su condición de ser más jóvenes, manteniendo en este los recuerdos en este último periodo de aquella vida ordinaria (Corbera, 2007), de tal forma que su nivel de socialización y actividad se mantenga. Por lo que podemos concluir que, aunque la edad adulta mayor no es determinante de depresión la forma y las condiciones en las que este proceso vital se dé, si lo son.

También, en relación a nuestro tercer objetivo específico (Tabla IV) cuyo propósito fue Definir el Nivel de Depresión según Estado Civil, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de

Huancabamba, Piura 2018. Los resultados obtenidos arrojaron que aunque el mayor porcentaje en el nivel de depresión moderada, se encuentra en los viudos, es en los solteros donde se evidencian mayores índices de depresión con tendencia al nivel severo, mientras que los casados son los que evidencian menor porcentaje de depresión estando en los niveles normal y leve. Seguido de los divorciados fluctuando entre los niveles leve y moderado. Dichos resultados coinciden con lo encontrado por Jara (2018), quien evidencio mayor porcentaje de depresión en solteros en su investigación con poblaciones de adultos mayores y menor en casados. En tal sentido podríamos afirmar que el estado civil también es un factor relevante en la depresión de los adultos mayores de la casa de asilo Cristo el Buen amigo de la ciudad de Huancabamba, posiblemente por el sentimiento de soledad y desesperanza que se hace más fuerte al verse soltero, solo y sin un compañero o compañero de vida, como lo menciona Peral (2006).

Finalmente, con respecto al cuarto objetivo específico (Tabla V) el cual tuvo el firme propósito de Establecer el Nivel de Depresión según Grado de Instrucción, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Los resultados obtenidos evidencian que los adultos mayores sin instrucción, se encuentran en su mayoría en el nivel moderado con una tendencia al nivel severo, en el caso de los adultos mayores con primaria incompleta el nivel moderado de depresión está en su mayoría, con respecto a los adultos mayores con primaria completa vemos nuevamente un nivel de depresión moderada, para luego los que tiene secundaria incompleta, completa y superior presentar respectivamente un

nivel moderado. Encontrando así que con respecto al grado de instrucción no hay índices relevantes que marquen alguna relación directa de la edad con el intelecto y depresión (Staudinger y Baltes, 1996). Sin embargo, es importante mencionar que si existen estudios como el de Licas (2015) quien encontró resultados similares en su investigación con respecto a los niveles moderados con tendencia severa en los adultos mayores sin instrucción y solo primaria; pudiéndose deber dichos resultados a lo que Yesavage et al (1982) entendían como sentimientos de inutilidad y desesperación con respecto al contexto actual, pasado y futuro, y su inactividad cognitiva (Ibáñez, 2015), golpeada por el evidente analfabetismo (Giacoman et al, 2011).

5.3. Contrastación de Hipótesis

Se rechaza

El nivel de depresión de los adultos mayores de la casa asilo de ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Es severa

El Nivel de Depresión según Género, de los adultos mayores de la casa asilo de ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Es severa

El Nivel de Depresión según edad, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Es severa

El Nivel de Depresión según Estado Civil, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Es severo en todos.

Se acepta

El Nivel de Depresión según Grado de Instrucción, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Es moderado en todos.

VI. CONCLUSIONES

El nivel de depresión de los adultos mayores de la casa asilo de ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Es moderado

El Nivel de Depresión según Género, de los adultos mayores de la casa asilo de ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Es moderado, pero con mayor tendencia a aumentar en las mujeres.

El Nivel de Depresión según edad, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Es moderado

El Nivel de Depresión según Estado Civil, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Es moderado en general, pero con menores índices en casados y mayores índices en solteros.

El Nivel de Depresión según Grado de Instrucción, de los adultos mayores de la casa asilo de Ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Es moderado en todos.

ASPECTOS COMPLEMENTARIOS

Recomendaciones

En base a los resultados obtenidos y conscientes de la necesidad de intervención para reducir los niveles de depresión en los adultos mayores de la casa asilo de ancianos Cristo el Buen amigo de la ciudad de Huancabamba, recomendamos lo siguiente:

Al ser, el ser humano un ente comunicativo, recomendamos solicitar el apoyo de voluntarios, para llevar a cabo actividades recreativas, donde impere el dialogo y la expresión de los adultos mayores. Y tomando en cuenta a Castiblanco y Fajardo (2016) dichas actividades es importante que sean filtradas para saber si son de su agrado.

Así mismo, recomendamos realizar programas que consoliden una red de sistemas de apoyo familiar, en los que se conecte a los adultos mayores con parientes cercanos o lejanos, que le haga sentirse menos solos, que le den autonomía de comunicación y que a su vez concientice al resto de la comunidad en las consecuencias de la ruptura de lazos familiares con un adulto mayor. Dichos sistemas de apoyo familiar se pueden generar a través de un directorio telefónico, fruto de una exhaustiva investigación sobre parientes y amigos lejanos de estos y posteriormente en la realización de campañas de visitas abiertas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón J. (2010). *Morbilidad y mortalidad del adulto mayor en un servicio de medicina de un hospital general del Perú*. Revista Peruana de Epidemiología, Recuperado de:
http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2010_V14_N02/RPE%202010%2014%202%20NUMERO%20COMPLETO.pdf
- Andrade, C. (2011) *Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción*. Cantón Girón. Azuay. Recuperado de: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/1467>
- Arévalo, L. (2015) *Prevalencia de depresión en los adultos mayores del asilo de ancianos "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos 2015*. Tesis para optar el grado de médico cirujano. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Iquitos, Perú. Recuperado de:
http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3980/Linder_Tesis_Titulo_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013) *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación AP (2000) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición: DSM-IV-TR®*. American Psychiatric Pub.
- Becerra M. (2013). *Depresión en el adulto mayor*. Recuperado de:
http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%202%20anciano/2parte2013/VIII_depre_am.pdf
- Beekman et al (2002) *The natural history of late-life depression: a 6-year prospective study in the community* [La historia natural de la depresión tardía: un estudio prospectivo de 6 años en la comunidad]. Trad. Dipson Paz. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12090813>
- Bilotta et al (2012, citado en Rivera, León y Pazzi, 2015) *La depresión en la Vejez. Un importante problema de salud en México*. Recuperado de:
<http://docplayer.es/79605474-La-depresion-en-la-vejez-un-importante->

problema-de-salud-en-mexico-depression-in-the-aging-an-important-health-problem-in-mexico.html

Caballo, V. (2002) *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos-Segunda edición*. Madrid, España. Ed. Siglo XXI de España editores S.A.

Castiblanco y Fajardo (2016) *Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor del programa Centro día/vida, Bagué, Colombia*. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v33n1/2011-7531-sun-33-01-00058.pdf>

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (2015) *Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto*. México: Secretaría de Salud. Recuperado de:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

Crespo (2011) *Prevalencia de la Depresión en Adultos Mayores, en Asilos de la Provincia del Cañar (Rosa Elvira De León, Fundación de Protección al Anciano, Casa de Reposo Padre Nello Storoni y San Bartolomé)*. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3497/1/MED68.pdf>

Duque, T. (2017) *Relación entre el Clima Social Familiar y la Depresión en el Adulto Mayor del Club Mi Esperanza, Corrales - Tumbes, 2017*. Tesis para optar el grado de licenciada en Psicología. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote.

Giacoman, C. et al (2011) *Depresión y escolaridad en adultos mayores*. México. Recuperado de:

<http://148.202.5.220/revistadiálogos/sites/default/files/depresionyescolaridad.pdf>

Instituto Nacional de Salud Mental de los EE.UU (2015). *La depresión: Lo que usted debe saber*. Bethesda, MD: Oficina de impresión del gobierno de EE. UU. Recuperado de: <https://infocenter.nimh.nih.gov/pubstatic/SP%2015-3561/SP%2015-3561.pdf>

Ibañez, M. (2015) *Clima social Familiar y Depresión en el Hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados-Piura 2014*. Tesis para optar el grado de licenciada en Psicología. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Piura, Perú.

- Jara, Y. (2018) *Depresión en adultos mayores de una asociación de vivienda de Chiclayo*. Tesis para optar el grado de licenciado en Psicología. Universidad Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo, Perú. Recuperado de:
http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/1170/1/TL_JaraCastilloYngridGuisel.pdf.pdf
- Lara, H., Carrillo, M. y Silva, C. (2018) *Perfil Psicosocial de adultos mayores asilados y no asilados de Veracruz-Boca del Río*. PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica. Recuperado de:
<http://www.psiencia.org/10/1/23>
- Licas, M. (2015) *Nivel de depresión en el adulto mayor de un Centro de atención integral en San Juan de Miraflores, Lima 2014*. Tesis para optar el grado de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima Perú.
- López, N. (17/10/2016) *La Teoría Hipocrática de los Humores*. Gómeres: salud, historia, cultura y pensamiento [blog]. Disponible en <http://index-f.com/gómeres/?p=1990>
- Organización Mundial de la Salud (2003) *Clasificación Internacional de Enfermedades décima revisión (CIE-10) Volumen 2*. Recuperado de:
<http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Día mundial de la salud mental: La depresión es el trastorno mental más frecuente*. Recuperado de:
http://www.paho.org/arg/index2.php?option=com_content&task=emaorm&id=1047
- Peral, B. (31 de marzo del 2006) La depresión y el estado civil [Artículo de Psicología]. Recuperado:
<http://www.elmundo.es/yodonablogs/2006/03/31/miscircunstancias/1143790809.html>
- Reyes, J. (2017) *Depresión en el adulto mayor institucionalizado en el Centro Residencial Geriátrico Dios es Amor – San Miguel, Diciembre 2016*. Tesis para optar el grado de Licenciado en Enfermería. Universidad Privada San Juan Bautista. Lima, Perú. Recuperado de:
<http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1420/T-TPLE->

%20Jenifer%20Rosario%20Reyes%20Cisneros.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Rodríguez, A. (2016) *Análisis del abandono a los adultos mayores en la fundación Clemencia y asilo de ancianos Sofia Ratinoff, Guayaquil, 2015*. Tesis para optar el título de licenciado en Comunicación Social. Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador. Recuperado de:

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9023/1/TESIS%20ALEJANDRA%20RODR%C3%8DGUEZ%20RODR%C3%8DGUEZ%20ABST..pdf>

Rodríguez V. (09/10/2013). *La vejez en Colombia*. [blog]. Recuperado de:
<http://lapsicologiadelavejez.blogspot.pe/>

Vásquez, A. (2013) *Depresión: Diferencias de género*. Recuperado de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2013/mul133p.pdf>

ANEXOS

ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE

La presente encuesta, es totalmente confidencial, por lo que le pedimos responda cada uno de los ítems con total sinceridad.

| DATOS GENERALES | | | |
|---------------------------------|--|----------------------------|-----------|
| CÓDIGO | | EDAD | |
| GRADO DE INSTRUCCIÓN | | ESTADO CIVIL (X) | |
| | | S | C |
| | | V | D |
| PADECE ALGUNA ENFERMEDAD | | ESTÁ EN TRATAMIENTO | |
| | | SI | NO |

| ÍTEM | PREGUNTA A REALIZAR | SI | NO |
|-------------|--|-----------|-----------|
| 1 | ¿Está básicamente satisfecho con su vida? | | |
| 2 | ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses? | | |
| 3 | ¿Siente que su vida está vacía? | | |
| 4 | ¿Se encuentra a menudo aburrido? | | |
| 5 | ¿Tiene esperanza en el futuro? | | |
| 6 | ¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza? | | |
| 7 | ¿Tiene a menudo buen ánimo? | | |
| 8 | ¿Tiene miedo de que algo le esté pasando? | | |
| 9 | ¿Se siente feliz muchas veces? | | |
| 10 | ¿Se siente a menudo abandonado? | | |
| 11 | ¿Está a menudo intranquilo e inquieto? | | |
| 12 | ¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas? | | |
| 13 | ¿Frecuentemente está preocupado por el futuro? | | |
| 14 | ¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente? | | |
| 15 | ¿Piensa que es maravilloso vivir? | | |
| 16 | ¿Se siente a menudo desanimado y melancólico? | | |
| 17 | ¿Se siente bastante inútil en el medio en que está? | | |
| 18 | ¿Está muy preocupado por el pasado? | | |
| 19 | ¿Encuentra la vida muy estimulante? | | |
| 20 | ¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos? | | |
| 21 | ¿Se siente lleno de energía? | | |
| 22 | ¿Siente que su situación es desesperada? | | |
| 23 | ¿Cree que mucha gente está mejor que usted? | | |
| 24 | ¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas? | | |
| 25 | ¿Frecuentemente siente ganas de llorar? | | |
| 26 | ¿Tiene problemas para concentrarse? | | |

| | | | |
|----------------------|--|--|--|
| 27 | ¿Se siente mejor por la mañana al levantarse? | | |
| 28 | ¿Prefiere evitar reuniones sociales? | | |
| 29 | ¿Es fácil para usted tomar decisiones? | | |
| 30 | ¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar? | | |
| Puntaje total | | | |

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

SOLICITUD: Permiso para aplicación de Prueba
Psicológica para Proyecto de Investigación

LUIS ACOSTA TOCTO
Director de la casa asilo de ancianos "Cristo el Buen Amigo"

Yo, María Laban García identificada con DNI N° 47508520, Bachiller en Psicología. Me presento ante usted con el debido respeto y expongo lo siguiente.

A través del sistema de investigación, que la Universidad Católica los ángeles de Chimbote propone a cada estudiante y cuyo propósito es generar el carácter de investigador en torno a nuestra profesión. Se establecen líneas de investigación, que, en concordancia con nuestras propias variables nos permite elaborar una tesis con aporte valioso a la sociedad y/o población beneficiada. Es por eso que solicito su permiso para la aplicación de una prueba psicológica a los adultos mayores de la casa de Asilo que usted dirige, prueba que es un instrumento de investigación para lo que será mi Tesis titulada "Nivel de Depresión de los adultos mayores de la casa asilo de ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018", la cual es requisito indispensable para mi licenciatura.

Seguro de contar con su apoyo y consideración de la misma. Me despido

CASA ASILO DE ANCIANOS
CRISTO EL BUEN AMIGO
Ino. Luis Acosta Tocto
FUNDADOR PRESIDENTE

Atte. María Laban García
Bachiller en Psicología
DNI 47508520