

**UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ÁNGELES DE
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DEL PUESTO
DE SALUD DEL CENTRO POBLADO CABUYAL –
TUMBES, 2018.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

AUTORA

PALACIOS CÉSPEDES, VERÓNICA DEL SOCORRO

ORCID: 0000 – 0002 – 8380 - 4754

ASESOR

ZETA RODRIGUEZ, GUILLERMO

ORCID 0000-0002-4031-5061

TUMBES – PERÚ

2020

EQUIPO DE TRABAJO

AUTORA

Palacios Céspedes, Verónica del Socorro

ORCID: 0000 – 0002 – 8380 - 4754

Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de la Salud,

Escuela Profesional de Psicología - Tumbes, Perú.

ASESOR

Zeta Rodríguez, Guillermo

ORCID 0000-0002-4031-5061

Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de la Salud,

Escuela Profesional de Psicología - Tumbes, Perú.

JURADOS

Bravo Barreto, Elizabeth Edelmira

ORCID 0000 – 0004 – 2466 – 6867

Zapata Coronado, Carlos Alberto

ORCID 0000 – 0003 – 3526 – 8069

Reto Otero de Arredondo, Narcisa Elizabeth

ORCID 0000 – 0002 – 8107 - 1657

FIRMA DEL JURADO Y ASESOR

Mg. Elizabeth Edelmira Bravo Barreto

PRESIDENTA

Mg. Carlos Alberto Coronado Zapata

MIEMBRO

Mg. Narcisa Reto Otero De Arredondo

MIEMBRO

Mg. Guillermo Zeta Rodríguez

ASESOR

AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios que ilumina mi camino para llevar adelante este trabajo de investigación, donde se ha puesto en práctica los conocimientos adquiridos de esta carrera profesional en la que he puesto todo el amor, la dedicación y el interés por brindar en el futuro un servicio eficaz, eficiente y sobre todo de calidad.

A mi amado esposo y mis hijos, quienes con su amor y dedicación me dan la fortaleza necesaria para seguir adelante en este largo trajinar, hasta llegar a ser una profesional exitosa.

DEDICATORIA

A la Universidad quien me ha brindado la oportunidad de seguir la carrera profesional de psicología y que los nuevos conocimientos de esta investigación sirvan para otras investigaciones futuras

A mi amado esposo, mis hijos y mi madre que aun la tengo viva, les dedico esta investigación, puesto que me han brindado su amor y comprensión, eh podido demostrándole.

RESUMEN

La presente investigación se ejecutó con la finalidad de conocer ¿Cuál es el nivel de depresión en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018? El tipo de diseño fue de tipo descriptiva, del nivel cuantitativo y un diseño no experimental donde se trabajó una población de 124 adultos mayores del puesto de Salud. La técnica de recolección de datos fue la encuesta; especialmente a través de la aplicación de la Escala de Depresión (EAMD) del Dr. William Zung, donde para el análisis y procesamiento de los datos se utilizó el programa de Microsoft Excel 2013, donde se obtuvo que el 70.96% (88) de los adultos mayores se encuentran en un nivel de depresión leve, el 16.93% (21) se ubican dentro de lo normal, el 8.87% (11) se ubica en un nivel de dentro de lo normal y 3.22% (4) tiene depresión intensa en los adultos mayores. Se concluye que los adultos mayores que asisten al puesto de salud del centro poblado de Cabuyal, presentan diferentes niveles de depresión, siendo predominante el nivel de depresión leve, seguido de un nivel dentro de lo normal y con menor porcentaje tiene depresión moderada e intensa.

Palabra clave: Adultos, Salud, Depresión, Leve, Moderada, e intensa.

ABSTRACT

The present investigation was carried out with the purpose of knowing what is the level of depression in the elderly of the Health Post of the Centro Poblado Cabuyal - Tumbes, 2018? The type of design was descriptive, of the quantitative level and a non-experimental design where a population of 124 older adults from the Health post was worked. The data collection technique was the survey; especially through the application of the Depression Scale (EAMDD) of Dr. William Zung, where for the analysis and processing of the data the Microsoft Excel 2013 program was used, where it was obtained that 70.96% (88) of the older adults are at a level of mild depression, 16.93% (21) are within the normal range, 8.87% (11) are within the normal level and 3.22% (4) have severe depression in older adults. It is concluded that older adults who attend the health post in the Cabuyal population center have different levels of depression, with the level of mild depression being predominant, followed by a level that is normal and with a lower percentage, has moderate and intense depression.

Keyword: Adults, Health, Depression, level, moderate, and intense.

CONTENIDO

	Pág.
TITULO DE LA TESIS	i
EQUIPO DE TRABAJO	ii
FIRMA DEL JURADO Y ASESOR	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
CONTENIDO	viii
INDICE DE TABLAS	xiv
INDICE DE FIGURAS	xv
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISION DE LA LITERATURA	5
2.1. Antecedentes	5
2.1.1. Antecedentes Internacionales	5
2.1.2. Antecedentes Nacionales	7
2.1.3. Antecedentes Locales	12
2.2. Bases teóricas	15

2.2.1. Depresión	15
2.2.1.1. Clasificación de la depresión	16
2.2.1.1.1. Depresión leve:	17
2.2.1.1.2. Depresión moderada:	17
2.2.1.1.3. Depresión severa:.....	17
2.2.1.2. Tipos de depresión	17
2.2.1.3. Episodio depresivo.....	18
2.2.1.3.1. Trastorno depresivo recurrente	19
2.2.1.3.2. Distimia.....	19
2.2.1.3.3. Depresión Bipolar Tipo I	20
2.2.1.3.4. Depresión Bipolar Tipo II:.....	20
2.2.1.3.5. Cuadro ansioso depresivo	21
2.2.1.3.6. Episodio depresivo con síntomas psicóticos.....	21
2.2.1.3.7. Depresión atípica	21
2.2.1.3.8. Trastorno Depresivo Patrón Estacional	22
2.2.1.3.9. Manía	22
2.2.1.4. Síntomas de la depresión	22
2.2.1.5. Causas de la depresión	23
2.2.1.5.1. Causas hereditarias	23

2.2.1.5.2. Causas fisiológicas.....	24
2.2.1.5.3. Causas sociales	24
2.2.1.5.4. Causas físicas.....	24
2.2.1.5.5. Causas bioquímicas.....	24
2.2.1.6. Consecuencias de la depresión	25
2.2.1.7. Tipos de trastornos depresivos.....	25
2.2.1.7.1. El trastorno depresivo grave	25
2.2.1.7.2. El trastorno bipolar	26
2.2.1.7.3. El trastorno distímico.....	26
2.2.1.7.4. Depresión psicótica.....	27
2.2.1.7.5. El trastorno afectivo estacional.....	28
2.2.1.7.6. Depresión mayor.....	28
2.2.1.8. Características de la Depresión.....	29
2.2.1.8.1. Características conductuales	29
2.2.1.8.2. Características cognitivas	30
2.2.1.8.3. Características psicofisiológico	31
2.2.1.9. Prevención y tratamiento de la depresión	32
2.2.1.9.1. Prevención sobre la depresión	32
2.2.1.9.2. Tratamiento de la depresión.....	33

2.2.2. Adulto mayor	36
2.2.2.1. Depresión y Entorno Familiar.....	38
2.2.2.2. Síntomas de depresión en el adulto mayor	38
2.2.2.3. Déficit neuropsicológicos provocados por la depresión en el adulto mayor:....	39
2.2.2.3.1. Retos en viento largo	39
2.2.2.3.2. Falta de memoria de trabajo.....	39
2.2.2.3.3. Reducción en la velocidad de manejo de datos	39
2.2.2.4. Depresión en la tercera edad.....	41
2.2.2.5. Causa de depresión en mayores	42
2.2.2.6. Estado Civil y Depresión en adultos mayores	43
2.2.2.7. Género y Depresión en adultos mayores	44
2.2.2.8. Grado de Instrucción y Depresión en adultos mayores	44
2.2.2.9. Nivel de depresión	45
2.2.2.10. Prevenir la depresión en la tercera edad	45
2.2.2.11. Adulto mayor en depresión.....	46
2.2.2.12. La importancia de familia en la vejez.....	47
III. METODOLOGÍA	48
3.1. Tipo de investigación	48
3.2. Nivel de investigación.....	48

3.3. Diseño de la investigación	48
3.3.1. Esquema del diseño no experimental de la investigación	48
3.4. Población y muestra	49
3.4.1. Población.....	49
3.4.2. Muestra.....	49
3.5. Definición y operacionalización de variables	50
3.5.1. Definición conceptual - DC	50
3.5.2. Definición operacional - DO.....	50
3.5.3. Cuadro de operacionalización de variables.....	50
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	51
3.6.1. Técnica.....	51
3.6.2. Instrumento	51
3.6.2.1. Escala de autoevaluación de depresión (EAMD) de William Zung	51
3.7. Plan de análisis.....	54
3.8. Matriz de consistencia	54
3.9. Principios éticos.....	56
IV. RESULTADOS	57
4.1. Resultados.....	57
4.2. Análisis de resultados	65

V. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES	67
5.1. Conclusión	67
5.2. Recomendaciones	68
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	69
ANEXOS	76
Anexo 1: Escala de autoevaluación de Depresion del Dr. William Zung	76
Anexo 2: Consentimiento informado.....	78
Anexo 3: Matriz de Consistencia.....	79

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1	49
Distribución poblacional según lugar, edad, género y grado de instrucción de los adultos mayores del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.	
Tabla 2	57
Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel de depresión en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.	
Tabla 3.....	59
Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel de depresión según edad en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.	
Tabla 4.....	61
Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel de depresión según género en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.	
Tabla 5.....	63
Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel de depresión según grado de instrucción en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.	

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama circular de la distribución porcentual de la escala de depresión en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.....	57
Figura 2. Gráfico de barras de la distribución porcentual del nivel de depresión según edad en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.....	57
Figura 3. Gráfico de barras de la distribución porcentual del nivel de depresión según género en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.	61
Figura 4. Gráfico de barras de la distribución porcentual del nivel de depresión según grado de instrucción en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.....	63

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio se derivó de la línea de investigación “Problemas de salud mental”. En el Perú, la vejez es una etapa de vida, que ha generado dificultades en algunos individuos entre 60 a 80 de edad, cabe resaltar que estas personas han realizado contribuciones preciosas a la sociedad como miembros trabajadores de la familia en la fuerza de trabajo. No obstante, la mayoría de los individuos mayores tienen una buena salud mental, aunque muchos corren el riesgo de presentar conflictos emocionales, puesto que la jubilación, la pérdida de puesto que, la jubilación, la pérdida de amigos y familiares, el despegue de los jóvenes, la cercanía de la muerte y sentimientos negativos como positivos, la carencia de recursos económicos para satisfacer las necesidades básicas, aunado a ello, enfermedades neurológicas o degenerativas, conjuntamente de otras afecciones, como la diabetes, la hipoacusia o la artrosis. Por ello, es habitual observar el acrecentamiento desmedido de la depresión en el adulto mayor, la misma que se evidenciado en las diversas reacciones emocionales de estos. Por eso, Zung (citado por Duque, 2017, p.34) refiere que la depresión es un problema psicológico representado por sentimientos de inutilidad, culpa, miseria, debilidad y profunda tristeza. Los adultos mayores de los Puestos de Salud de la Región Tumbes y especialmente los adultos mayores del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal, no son ajenos a esta problemática, puesto que, un significativo número de adultos mayores han manifestado fuertes dolores de cabeza, pérdida del interés en el quehacer diario, sentimientos inutilidad, una gran proporción de toma algún medicamento, con o sin receta médica, las limitaciones físicas que puedan tener, la ausencia de recursos económicos, han ocasionado

en ellos, que algunos adultos mayores experimenten depresión, la cual se ha manifestado a través de cambios fisiológicos como sudoración, tensión muscular, palpitations, taquicardia, molestias gástricas, dificultades respiratorias, dolores de cabeza, mareo, náuseas; así como también cambios fisiológicos que acarrear desórdenes emocionales como preocupación, temor, inseguridad, dificultad para decidir, miedo, pensamientos negativos sobre uno mismo y el actuar ante otros; a causa de esto, las familias, vecinos y profesionales que laboran en el puesto de salud han manifestado intranquilidad, dado que los pobladores se están viendo perjudicados no solo emocionalmente sino físicamente. Teniendo en cuenta lo referido anteriormente, se consideró pertinente realizar la siguiente pregunta: ¿Cuál es el nivel de depresión en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018? Para dar respuesta al enunciado del problema se planteó el siguiente objetivo general: Determinar el nivel de depresión en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018. Para lograr el objetivo general se hizo necesario plantear los objetivos específicos: 1: Identificar el nivel de depresión según edad en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.; 2. Identificar el nivel de depresión según género en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.; 3. Identificar el nivel de depresión según el grado de instrucción en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018. La presente investigación es significativa y valiosa porque ayuda a identificar los niveles de depresión según las características sociodemográficas como edad, género y grado de instrucción del adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal, así mismo se justifica desde tres puntos de vista: el primero es teórico, puesto que se recopiló y sistematizó los sustentos teóricos que guiaran

a investigaciones futuras, proporcionándoles información precisa y veras que amplíe y aclare sus resultados y recomendaciones; el segundo es el práctico, donde la ejecución del estudio pretendió que esta información sea útil para que las organizaciones competentes tengan aproximación clara sobre la depresión en los adultos mayores e implementen programas que promuevan intervenciones efectivas como detección, prevención y/o tratamiento de casos y el tercero es el metodológico, porque se argumentó y demostró que la depresión se puede detectar a través de la aplicación del inventario de depresión del Dr. William Zung. Se utilizó una investigación descriptiva, de diseño no experimental, transversal; teniendo como población muestral de 124 adultos mayores de ambos sexos del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal, en donde la técnica de la recaudación de datos será la encuesta, específicamente a través de la aplicación del inventario de depresión del Dr. William Zung. El análisis y procesamiento de los datos se realizó en el Microsoft Excel 2016 y el programa estadístico SPSS versión 22. Así mismo se utilizó la estadística descriptiva, cuyos resultados se ilustraron mediante tablas de frecuencia y porcentuales de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación, obteniéndose los siguientes resultados: el 70.96% (88) de los adultos mayores del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal se encuentran en un nivel de depresión leve, sin embargo, en las características sociodemográficas como edad, los adultos mayores de 60 a 62 años el 10.48% (13) se ubican con depresión leve, los adultos mayores de 63 a 66 años el 23.38% (29) se ubica con depresión leve, los adultos mayores de 67 a 74 años el 28.22% (31) hay depresión leve y los adultos mayores de 75 a más años el 12.09% (15) se ubica con depresión leve, con respecto al género se observó que en el género masculino el 41.93% (52) se ubican con depresión leve y el 29.03% (36) del género femenino se ubica con

depresión leve, y por último, los adultos mayores con grado de instrucción primario el 8.87% (11) se ubica con depresión leve, los de secundaria completa el 11.29% (14) se ubica con depresión leve, los de grado técnico el 40.32% (50) se ubican con depresión leve y por el grado superior el 10.48% (13) se ubica con depresión leve. Se concluye que los adultos mayores del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal presentan depresión en depresión leve y en las características sociodemográficas presentan depresión leve, depresión moderada, dentro de los límites, y depresión intensa. A continuación, se ha considerado estructurar la investigación de la siguiente manera: título de la investigación, dedicatoria, agradecimiento, contenido, resumen, índice de tablas, índice de figuras, introducción, revisión de la literatura, metodología, resultados, análisis de resultados, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Crespo (2011) realizó un estudio titulado “Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar - Ecuador” el objetivo fue determinar la Prevalencia de la Depresión en Adultos Mayores, la población estuvo conformada por 84 adultos mayores, se obtuvieron como resultado el 70% de los adultos mayores obtuvo un puntaje mayor a 4, que según esta escala corresponde a depresión, el restante 30% obtuvo un puntaje igual o menor a 4 que corresponde a normal. De los 33 varones a los que se aplicó el test el 69,70% presentan depresión, y de las 51 mujeres el 70,59% presentan depresión. En conclusión, el Asilo, que más casos de depresión presenta, es el asilo rosa Elvira de León, con 20 casos que representan el 33,90%. El rango de edad que más casos de depresión presenta, tanto para el sexo masculino como para el femenino, es el comprendido entre los 80 – 89 años, representando el 47.83% para el sexo masculino y el 36.11% para el femenino.

Borda (2012) realizó un estudio de investigación “Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia), el objetivo fue Establecer la prevalencia y factores de riesgo para depresión en adultos, la población estuvo constituida por 66 adultos Mayores, en los resultados se obtuvo los adultos con primaria incompleta y algún trastorno neurológico o psiquiátrico. Asimismo, los hombres, los solteros, los que tienen ingresos muy bajos, que provienen de las familias con ingresos menores a 1 salario

mínimo, que tienen hipotensión arterial y viven en hogares geriátricos públicos. En conclusión, estos estudios presentados se relacionan con el problema a investigar, por lo que ayudaran y aportaran a un mayor conocimiento del objeto de investigación, así como el proceso de análisis y discusión de los resultados.

Silva (2014) en su investigación denominada “depresión en adultos mayores y su efecto en el estado nutricional en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital provincial docente Ambato de julio a noviembre 2012”, tuvo como objetivo general conocer los niveles de depresión en los Adultos Mayores, y su impacto en el Estado nutricional. Se encuestó a 148 Adultos Mayores hospitalizados en el servicio de Medicina interna del Hospital Regional Docente Ambato. La metodología incluyó la Mini Nutritional Assessment (MNA), que evalúan parámetros antropométricos, estilos de vida, evaluación dietética, autopercepción del estado de salud y nutrición, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para el nivel de depresión, y el test de IDERE estableciendo la Depresión como Estado y Rasgo. Cuyos resultados mostraron que los niveles de depresión tienen relación directamente proporcional con el estado nutricional, a mayor estado nutricional el nivel de depresión es menor. De los Adultos Mayores intervenidos en la investigación el 85,5% tuvieron Riego de Desnutrición y Desnutrición asociada a Depresión, de los cuales el 80% presentan un nivel de depresión de leve a moderada, concurriendo una prevalencia de Depresión como Estado sobre la Depresión como Rasgo, permitiendo comprender como la presencia de rasgos depresivos aumenta la probabilidad de vulnerabilidad a episodios depresivos. Recomendándose realizar un

Manual o Guía de Alimentación para la población de Adultos Mayores, con el fin de proporcionar una longevidad adecuada.

Castillo (2018) en su investigación denominada “Depresión y su relación con la atención en adultos mayores atendidos en el IESS”, tuvo como objetivo general determinar la relación entre depresión y atención en los adultos mayores atendidos en el IESS de la ciudad de Ambato, dicho estudio contó con la participación de 90 personas, 81 mujeres y 9 hombres, con edades comprendidas entre los 60 a 87 años. Los reactivos aplicados en estas personas fueron la escala de depresión de Yesavage y la subescala de atención del NEUROPSI. Posterior a la aplicación de las pruebas psicológicas, se aplicó la prueba estadística chi cuadrado con el programa el programa SPSS, determinando que no existe relación entre la depresión y la atención en los adultos mayores atendidos en el IESS. Los resultados obtenidos permitieron establecer que el 76.7% de la población no presenta depresión, el 21,1% mostró depresión leve, mientras que el 2,2% de la población refiere depresión moderada. Mientras que en atención se observa que el 31,1% tiene un nivel normal de atención, seguido del 24,4% con un nivel moderado, el nivel de afectación severo se presenta en el 23,3%, y el 21,1% presenta un nivel de afectación leve.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Francia y Yemira (2010) realizó un estudio acerca de “Factores Biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. materno infantil tablada de Lurín”. El objetivo fue determinar los factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores, la población estuvo constituida por 44

adultos mayores. En conclusión, se obtuvo que los factores biopsicosociales influyen mayoritariamente en el nivel de depresión leve, donde el factor biológico indica un 38,6%, el factor psicológico un 50% y el factor social un 34,1%. El factor biológico más relevante indica la disminución de la libido con un 59,1%, seguido por el factor psicológico, donde el sentimiento de soledad y autoestima evidenciaron un 50% cada uno y en el factor social, las dificultades económicas influyen con un 59,1%, entre los más principales. En conclusión, la mayoría de adultos mayores presentó un nivel de depresión leve, seguidos por un nivel normal y en su minoría un nivel de depresión severa.

González y Robles (2011) realizó un estudio acerca de Riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro, el objetivo fue determinar el riesgo de depresión del adulto mayor en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro, la población total está constituida por 353 adultos mayores, en los resultados se obtuvo del 100 % de los adultos mayores encuestados, el 22,2 % son hombres y tienen riesgo de depresión moderada; y el 28,1% son mujeres y tienen riesgo de depresión moderada, el 54,2 % son mujeres y el 45,8 %, hombres. En conclusión, presentan un riesgo moderado de depresión, según cifras porcentuales, los adultos mayores del grupo etario de 60 a 80 años tienen mayor riesgo de depresión que los adultos de mayor edad.

Vaelentin (2018) realizó una investigación denominada Indicadores de depresión y violencia familiar en mujeres del Programa Vaso de Leche de Sapallanga, 2017, tuvo como objetivo general determinar los indicadores de depresión que presentan dichas mujeres. El método empleado fue el científico y descriptivo. La población accesible fue

de 90 mujeres que asisten al Programa Vaso de Leche y tienen índices de violencia familiar en cualquiera de sus tres facetas y que, además, conviven con su pareja, esta población se obtuvo mediante el método no probabilístico por conveniencia. Se recolectó datos a través del Inventario de Depresión de Beck y la Ficha de Tamizaje de Violencia Familiar y maltrato infantil, VIF. Según Beck, el BDI – II evalúa niveles de depresión en personas con antecedentes psiquiátricos e indicadores en personas normales sin ellos, por eso, se tomaron en cuenta solo los indicadores moderados y severos, pues a diferencia de los indicadores mínimos y leves, los primeros representan la sintomatología depresiva que causa sufrimiento y alteraciones en actividades de la vida cotidiana. Se concluye señalando diciendo, que se el 74,5% de mujeres evaluadas tienen sintomatología depresiva, además este es más recurrente en mujeres adultas y convivientes, que sufren en su mayoría tanto de violencia física como psicológica, y también existe mayor prevalencia del nivel somático de la depresión. Palabras claves: Depresión, dimensiones de la depresión, indicadores de depresión, mujeres víctimas de violencia, violencia familiar.

Ruiz (2016) en su investigación titulada Factores Sociodemográficos Asociados al Nivel de Depresión del Adulto Mayor. Hospital Clínica Geriátrica San Isidro Labrador, 2016, tuvo como objetivo general determinar los factores sociodemográficos asociados al nivel de depresión en los adultos mayores. Hospital Clínica Geriátrica San Isidro Labrador, 2016. Tipo de estudio: Descriptivo, Correlacional y de corte transversal. Población: 60 adultos mayores del Hospital Clínica Geriátrica San Isidro Labrador, Essalud. Muestra: no se utilizó. Instrumento: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y ficha de datos personales. Resultados: El 50% de adultos mayores presenta algún nivel de depresión

(moderada: 41.7% y severa: 8.3%). En relación a los factores sociales y la depresión; según la vivencia, se encontró que 25% de las personas que viven con su pareja y 13% de aquellos que viven con sus hijos presentan depresión moderada; según la actividad personal; los jubilados presentan 18.3% depresión moderada, y 3% depresión severa, las personas que realizan labores del hogar el 11.7% presentan depresión moderada. En relación a los factores demográficos y el nivel de depresión, se encontró que según la edad: las personas entre 60 a 74 años presentan 28.3% depresión moderada y 5% depresión severa. Según el sexo; los varones presentan el 6.7% depresión severa, mientras la mujer presenta 23.3% depresión moderada. Según el estado civil; las personas casadas son los que más presentan depresión moderada 28.3% y depresión severa 5%. Los viudos representan el 10% depresión moderada. Sin embargo, no se obtuvo asociación entre los factores sociodemográficos y la depresión obteniendo un $p > 0.05$. Se recomienda capacitar al profesional de enfermería en reconocer, programar y realizar los cuidados necesarios dirigidos a prevenir la depresión en el anciano, así mismo la participación de la familia y de las instituciones públicas y privadas en este digno proceder. De igual manera continuar con la investigación enfocada al adulto mayor.

Juárez, León y Linares (2010) realizó un estudio acerca de “Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA. HH “Viña alta” el objetivo fue determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores, la población estuvo conformada por 112 adultos mayores, en los resultados se obtuvo el 9,8% para la población adulta mayor de Lima metropolitana, que no tuvo asociación significativa con

ninguna de las variables en estudio. En conclusión, la población estudiada mostró una alta prevalencia de depresión en algún grado.

Quinto (2018) en su investigación denominada Nivel de Depresión de la Población Adulta Mayor Hospitalizada el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo, tuvo como objetivo general Determinar el nivel de depresión de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del hospital nacional Dos de Mayo durante el 2017. Materiales y método: Estudio descriptivo y transversal. El instrumento fue la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el análisis estadístico fue a través del software estadístico SPSS.18.0. Resultados: Se obtuvo una muestra de 43 pacientes, el 28 % de los pacientes encuestados tuvo un nivel de depresión leve y 28% tuvo un nivel de depresión severo. El 19% de los pacientes con edades de 60 a 69 presento depresión leve y el 25% depresión severa. El 33 % de los pacientes con edades de 70 a 79 presentó depresión leve y el 29% depresión severa. El 33.3% de los pacientes mayores de 80 presentó depresión leve y el 33.3% presentó depresión severa. El 33% y el 27% de los pacientes con grado de instrucción primaria presentan depresión leve y severa respectivamente. El 29% y el 33% de los pacientes con grado de instrucción secundaria presentan depresión leve y severa respectivamente. El 16.7% y el 16.7% con grado de instrucción superior presentan depresión leve y severa respectivamente. El 45.83% de los pacientes con depresión tiene diabetes mellitus II, el 29,17% tiene hipertensión arterial, el 20,83% tiene insuficiencia cardiaca, el 12.5% tiene alguna enfermedad infecciosa, el 12.5% tiene enfermedad renal crónica, el 8.33% tiene alguna neoplasia y el 29,17% tiene diferentes patologías a las mencionadas. Conclusiones: El 28% de la población adulta mayor hospitalizada tiene

depresión leve y el 28% tiene depresión severa. El grupo etario con mayor nivel de depresión fue en los que tenía más de 80 años. El grado de instrucción con mayor nivel de depresión fue el Primario y Secundario. Las patologías más frecuentes en los pacientes con depresión fueron la diabetes mellitus II, la hipertensión arterial y la insuficiencia cardiaca.

2.1.3. Antecedentes Locales

García (2015) en su investigación titulada “Relación entre el clima social familiar y la depresión de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital “José Alfredo Mendoza Olavarría” – tumbes, 2014”, tuvo como objetivo general determinar la relación entre el clima social familiar y la depresión de los pacientes, la población estuvo conformado por 38 pacientes, según los resultados se obtuvo el 58% de los pacientes se ubica en el nivel muy bajo del clima social familiar; asimismo se evidencia que un 39% de los pacientes están severamente deprimidos y existe correlación significativa positiva alta de 0,8 entre depresión y el Clima Social Familiar ; se evidencio que existe relación significativa entre la dimensión Desarrollo de 0,75, Estabilidad 0,95, Relaciones 0,39 del clima social familiar y la depresión.. En conclusión, el Clima Social Familiar se correlaciona con la depresión en pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital "José Alfredo Mendoza Olavarría".

Duque (2017) en su estudio denominado “Relación entre el clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del club mi esperanza, corrales - tumbes, 2017”, tuvo como

objetivo general determinar la relación entre el clima social familiar y la depresión en el adulto mayor, la población estuvo conformado por 30 adultos mayores, según los resultados se obtuvo que no existe relación significativa entre el clima social familiar y la depresión. En conclusión, no existe relación significativa entre el clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del club Mi Esperanza.

Sánchez (2018) en su investigación denominada Depresión y clima social familiar en los adolescentes del nivel secundario de la Institución Educativa 058 Sifredo Zúñiga Quintos Tumbes 2014, tuvo como objetivo general identificar presencia de depresión, en qué nivel, así mismo, conocer el clima social familiar que se perciben en los hogares de los adolescentes utilizando como instrumentos la escala de clima social familiar (FES) de R.H. Moos y E.J. Trickeet y Escala de depresión Zung. Se describió el clima social familiar general, sus dimensiones: relaciones, desarrollo y estabilidad y en la escala de depresión, dentro de los límites normales, depresión leve, depresión moderada, depresión intensa. Usando el estadístico SPSS 21, se halló que si existe una relación significativa entre clima social familiar y depresión obtenida en los adolescentes de la Institución Educativa 058 Sifredo Zúñiga Quintos. El 56.1 % de adolescentes se ubica en la categoría alto de clima social familiar y un 40.9 % de adolescentes presentan depresión leve. Respecto a la dimensión relaciones, la mayoría de los estudiantes (52.4, %) se ubica en un nivel promedio, En desarrollo el mayor porcentaje (48,6%) se ubica en un nivel alto, mientras que en la dimensión estabilidad el (75,2%) presenta un nivel muy alto.

Ramírez (2016) en su estudio denominado “Relación entre autoestima y la depresión en los padres que asisten a la asociación ayúdanos a ayudar a familiares y personas con

discapacidad del distrito de corrales - tumbes, 2015”, tuvo como objetivo general la población estuvo conformado por 100 padres, se obtuvo como resultado que el 35% de los padres que asisten a la Asociación Ayúdanos a Ayudar a Familiares y Personas con Discapacidad están ubicados en un nivel alta de autoestima, el 37% se ubican en un nivel alta en la dimensión sí mismo, el 61% de la dimensión social y el 65% de la dimensión familiar se ubican en el nivel medio baja de autoestima; finalmente la mayoría de padres 93% se ubican en un nivel de rango normal de depresión. En conclusión, i existe relación significativa entre autoestima y la depresión de los padres que asisten a la "Asociación Ayúdanos a Ayudar a Familiares y Personas con Discapacidad” del Distrito de Corrales.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Depresión

Según Parra (citado por Ramírez, 2016, p.41) se origina en el hundimiento de la depresión latina, puesto que el ser humano, en muchas ocasiones se ha sentido desfallecer lo cual progresivamente le impide vivir completamente sin tener nada que ver con la edad del sujeto. Cabe mencionar que la descripción clínica sobre depresión fue hecha por Hipócrates. Es crítico enfatizar que, de vez en cuando, se mantiene la conexión con los diversos ejercicios, pero no la satisfacción que estos pueden brindar.

Para la organización mundial de la salud - OMS (2018, p.1) refiere que la depresión es un trastorno mental frecuente que se ha caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Es decir, la depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria.

Como Canto y Castro (2014, p.259) los estados depresivos son los grandes causantes de reacciones suicidas ya que en todo deprimido existe un suicida en potencia. Se dice que hay depresión siempre que aparezca un fallo en el tono neuropsíquico, ya sea, pasajero o perdurable. Se trata de un estado sintomático y no de una situación inherente. Es decir, la depresión puede variar desde un ligero abatimiento hasta el estupor; en su forma más ligera, el anciano infeliz tiene un sentimiento de incapacidad, desaliento, inutilidad y pérdida de interés por las actividades habituales.

De acuerdo a Martínez (citado por Canto y Castro, 2014, p.24) las dolencias corporales, tales como cefalea, tensión cefálica, fatiga, falta de apetito, constipación y otras, son muy comunes, así como insomnio, ideas de culpa y autoacusación, y aparece la idea del suicidio, donde la expresión facial característica es de decepción, desesperanza y temor; las comisuras bucales se inclinan hacia abajo y la mirada permanece fija.

Acorde a Ramírez (2016, p.43) la melancolía se usa adicionalmente para caracterizar circunstancias, condiciones o situaciones e inesperadamente, la mentalidad que estimulan, cuando se afirma, por ejemplo, que dicho sitio, tal escena, ese momento o lugar, es desalentador o desalentador. Por lo tanto, también se anotaría la utilización concebible de la miseria como conducta de la enfermedad, dado su reconocimiento social y clínico. por lo tanto, el desánimo puede tener, como una cuestión de primera importancia, un trabajo de control en contra o en contra de alguien y salario. De esta manera, la utilización sería vivida o aludida, así como también resuelta. Utilización especializada del término desaliento.

Por ultimo Navarro (citado por Duque, 2017, p.41) señala que la depresión interfiere en gran medida con la creatividad y hace que disminuya el gusto por el trabajo, el estudio, las rutinas diarias y las actividades que antes disfrutaban. Igualmente, la depresión, dificulta las relaciones con los demás.

2.2.1.1. Clasificación de la depresión

De acuerdo Strange (citado por Duque, 2017, p.41) la depresión se clasifica en:

2.2.1.1.1. Depresión leve

En este tipo de depresión, las manifestaciones son las mismas, pero con las intensidades más bajas. Entre estas manifestaciones se encuentran, la ansiedad. Los síntomas obsesivos y las fobias.

2.2.1.1.2. Depresión moderada

Las manifestaciones típicas reportadas por los pacientes son: Afecto deprimido, Pensamiento pesimista, Cambios en la actividad motora, Ansiedad, Manifestaciones fisiológicas.

2.2.1.1.3. Depresión severa

En este tipo de depresión, los síntomas son los mismos, pero más intensos, además pueden presentarse algunas manifestaciones que son más típicas de la psicosis. También algunos pacientes pierden contacto con la realidad. Es una seria enfermedad cuyos síntomas incluyen humor deprimido, disminución en el nivel de energía y en el interés por la vida, molestias físicas, cambios en los patrones de alimentación y sueño, y pensamiento y movimientos ya sea lento o agitado.

2.2.1.2. Tipos de depresión

Según Acosta (2015) los signos y manifestaciones del dolor como regla cambian en relación con los parámetros, por ejemplo, cantidad, término, seriedad e ingenio. Dado que varios tipos de desaliento requieren diversos medicamentos, es esencial realizar una

evaluación para reconocer qué tipo de desdicha te influye. Además, existen algunos contrastes en relación con la forma en que cada individuo se encuentra con el desaliento según lo indicado por su edad, sexo y cultura. Los especialistas utilizan regularmente varios nombres o nombres para aludir a los tipos de pesimismo. Unos pocos médicos hablan de hipocondríaco, receptivo o desaliento suave para aludir a melancolías de tipo mental que generalmente se tratan con psicoterapia.

Por otra parte, Barba (2011) el bienestar emocional también habla de melancolías sustanciales o maníacas para aludir a aquellas tablas en las que hay una irregularidad de cocción y que, de esta manera, requieren la organización de la prescripción. Cada tanto, de vez en cuando, los individuos con desaliento cambiarán de un lado a otro entre las fases del estado de ánimo mental y los períodos de desdicha. De vez en cuando sucede que, a diferencia de experimentar etapas engorrosas, el individuo experimenta un momento de éxtasis (un estado mental exagerado y positivo), de mal humor e inquietud que se conoce como la etapa "híper" o "hipomaníaca". En aquellos casos en los que no hay períodos de locura o hipomanía, hablamos de melancolía unipolar, aunque si hay un fondo marcado por estas etapas, discutiremos la tristeza bipolar.

2.2.1.3. Episodio depresivo

Para Borda (2012) el episodio depresivo puede tener una duración de un mínimo de dos semanas, hasta años, y los síntomas pueden variar a lo largo del tiempo. Un tercio de las personas afectadas por depresión, experimentará un único episodio depresivo durante toda su vida.

2.2.1.3.1. Trastorno depresivo recurrente

De acuerdo Campoverde (2015) este problema se describe por la presencia de algunas escenas de desaliento repetidas y, como regla general, se inicia durante la juventud o la adultez juvenil. Las personas que experimentan este tipo de tristeza experimentan períodos de disposición ordinaria entre etapas pesadas que pueden durar bastante tiempo o años. Este tipo de desaliento causa numerosos problemas en la utilidad del paciente y además se ordena dentro de las escenas unipolares, ya que no hay períodos de locura o hipomanía. (p.15)

2.2.1.3.2. Distimia

Por Cárdenas y Suarez (2015) Los efectos secundarios de la distimia son más leves y menos característicos que las manifestaciones de una escena onerosa o un problema oneroso intermitente. Independientemente de esto, las manifestaciones son típicamente implacables y, en general, ocurrirán durante períodos prolongados de tiempo, lo que requerirá, por lo menos, dos años para analizar este problema.

Este tipo de dolor también se llama "pesimismo sin fin". Es un tipo unipolar y, a pesar del hecho de que ajusta la utilidad del paciente, no es tan debilitante. Comúnmente, los individuos que experimentan distimia cumplen en ocasiones específicas criterios para encontrar una escena pesada: a causa de aceptar los dos análisis, hablamos de un doble desaliento.

2.2.1.3.3. Depresión Bipolar Tipo I

Crespo (2011) este tipo de miseria ocurre en el transcurso de un trastorno bipolar, anteriormente llamado problema maniicodepresivo y es menos visita que el desánimo unipolar. El curso se retrata cambiando de un lado a otro entre etapas pesadas, etapas de estado mental típica o eutímicas e etapas hiper. Los últimos están representados por una sobreabundancia de efectos positivos, hiperactividad y una disminución en la necesidad de descansar. La locura influye en el pensamiento, el juicio y la conducta social causando problemas importantes.

Por lo general, durante una hiper escena, el individuo participa en prácticas sexuales peligrosas o compras impulsivas y que después de estas escenas ocurre una etapa onerosa. Las personas que experimentan los efectos nocivos de este problema generalmente lo representan como “pasar de estar en la cima del mundo, a ser el más desafortunado y desgraciado de un momento a otro”. Cuando hay un diagnóstico de trastorno bipolar, suele ser más difícil distinguir una depresión bipolar de una unipolar.

2.2.1.3.4. Depresión Bipolar Tipo II:

Este problema está representado por escenas o períodos de hipomanía entre una escena onerosa y otra. Por eso, Francia (2011) durante una escena hipomaniáca, el individuo se siente eufórico (a pesar del hecho de que en menor grado que durante una escena hiper) y esa es la razón por la cual los familiares y el individuo pueden confundir estas escenas con la mentalidad ordinaria o un estado alegre.

2.2.1.3.5. Cuadro ansioso depresivo

A veces, a pesar del hecho de que la crisis es el análisis fundamental, las indicaciones de nerviosismo o incluso el problema de la tensión también pueden coincidir. En la situación de tensión, hay una mezcla de indicaciones onerosas y efectos secundarios incómodos.

2.2.1.3.6. Episodio depresivo con síntomas psicóticos

García (2015) un tipo extraordinario de miseria es el supuesto desánimo maníaco o fantasioso. Las manifestaciones insanas incorporan ver o escuchar cosas o personas que están ausentes (fantasías) y / o que tienen pensamientos o consideraciones falsas (ensueños). Las personas influenciadas por este tipo de tristeza pueden tener alucinaciones de varias sustancias. Como regla general, este hallazgo requiere que el paciente ingrese a una unidad de psiquiatría. Las escenas locas también pueden ser unipolares o bipolares.

2.2.1.3.7. Depresión atípica

Este tipo de desánimo para Gonzales y Robles (2013) es representado por un estado mental excesivamente sensible y en evolución, el hambre expandida, el descanso y las emergencias nerviosas son visitadas. Es una especie de pena moderada y puede ser bipolar.

2.2.1.3.8. Trastorno Depresivo Patrón Estacional

Según Canto Pech, Hugo Guadalupe, & Castro Rena, Eira Karla (2004) este tipo de tristeza ocurre durante el clima o cambios ocasionales, por ejemplo, hacia el comienzo del invierno o el otoño. En el momento en que las gravosas etapas, parte del arreglo vuelve a su disposición y a su trabajo ordinario.

2.2.1.3.9. Manía

Hernández (2014) hace referencia que “son las manifestaciones serian contrarias a las de la depresión. Entre ellas se encuentran: los pensamientos rápidos, las ideas excesivamente optimistas, el incremento del apetito y la actividad sexual. (p.34)

2.2.1.4. Síntomas de la depresión

Duque (2017, p.44) es una condición que puede manifestarse de diferentes maneras. El marco más ampliamente reconocido se llama problema depresivo significativo, también llamado desaliento. Otra muy regular es la tristeza interminable, que se llama distimia. Los diferentes tipos de tristeza que pueden ocurrir son la agitación bipolar, la miseria ocasional, el abatimiento receptivo, el desaliento atípico, la ansiedad posterior al nacimiento y la melancolía menor. El abatimiento real típicamente introduce no menos de cinco de las nueve indicaciones registradas debajo, una de las cuales es la amargura o la pérdida de entusiasmo por los ejercicios diarios.

- Tristeza durante la mayor parte del día
- Pérdida de interés en actividades diarias.

- Cambios significativos en el apetito y/o del peso.
- Insomnio o sueño excesivo.
- Intranquilidad o letargo.
- Fatiga o falta de energía, persistente.
- Sentimientos de inutilidad o culpa.
- Incapacidad para concentrarse e indecisión.
- Pensamientos recurrentes sobre muerte o suicidio.

2.2.1.5. Causas de la depresión

Según García (2015, p.46) refieren que las causas no son claras, a pesar de los expertos, sino que hay algunos factores que pueden influir en el predominio de esta dolencia.

2.2.1.5.1. Causas hereditarias

Para García (2015) existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica. Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad. Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad. Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales.

2.2.1.5.2. Causas fisiológicas

Para García (2015) el abatimiento se debe a modificaciones específicas del sistema sensorial identificadas con una inadecuación en la ejecución de neurotransmisores. De esta manera, las recetas usadas para tratarlo son frecuentemente estimuladores del sistema sensorial.

2.2.1.5.3. Causas sociales

Para García (2015) la baja calidad de las asociaciones con nuestros compañeros puede generar un sentimiento de abatimiento que progresa hacia la tristeza.

2.2.1.5.4. Causas físicas

Para García (2015) la penetración de los incrementos de la miseria en aquellas naciones que obtienen luz orientada al sol mínima.

2.2.1.5.5. Causas bioquímicas

Para García (2015) se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores. Además, los patrones de sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos. La depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo. Lo que aún no

se sabe es si el "desequilibrio bioquímico" de la depresión tienen un origen genético o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otra condición ambiental.

2.2.1.6. Consecuencias de la depresión

Acorde a Escalona (citado por García, 2015, p.46) afirma que las consecuencias son:

- Mala apariencia y descuido personal.
- Alteración del sistema inmunológico, con lo que hay una mayor disposición a contraer enfermedades.
- Retiro social.
- Problemas en la escuela o trabajo.
- Abuso de alcohol, drogas, chocolates, comida.

2.2.1.7. Tipos de trastornos depresivos

El Instituto Nacional de la salud Mental (Citado por García, 2015, p.44) refiere que existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico.

2.2.1.7.1. El trastorno depresivo grave

Juárez, León y Linares (2012) se describe mediante una combinación de manifestaciones que se mezclan con la capacidad de trabajar, descansar, pensar, comer y apreciar ejercicios que antes eran placenteros. La melancolía extrema debilita al individuo

y evita que funcionen normalmente. Una escena de desaliento extremo puede ocurrir solo una vez en el curso de la vida de un hombre, pero en general, él recurre por el resto de su vida.

2.2.1.7.2. El trastorno bipolar

Licas (2015) no es tan común como la depresión grave o la distimia. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo que van desde estados de ánimo muy elevado (por ejemplo, manía) a estados de ánimo muy bajo.

2.2.1.7.3. El trastorno distímico

Se describe por sus efectos secundarios de larga duración (dos años o más), aunque menos genuinos, que pueden no debilitar a un hombre, sino que podrían impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Por ello, Monterroso (2012) las personas con distimia también pueden soportar al menos una escena de miseria extrema durante la duración de sus vidas. Algunos tipos de problemas depresivos indican cualidades que marginalmente no son las mismas que las representadas anteriormente o pueden crearse bajo condiciones únicas. Sea como fuere, no todos los investigadores reconocen cómo retratar y caracterizar este tipo de abatimiento.

Campoverde (2016, p.28) se trata de un tipo de abatimiento moderado y tardío que se describe desde un punto de vista diligentemente solemne, y que perdura de la misma manera por no menos de dos años, y algunas veces más de cinco. La distimia puede interferir con el trabajo y la vida social; a decir verdad, numerosas personas con este

problema se separan socialmente y son menos beneficiosas. Existe un peligro más serio de crear una miseria significativa en caso de que experimente los efectos nocivos de la distimia.

Los signos e indicaciones de distimia se asemejan a los de la tristeza real, pero no tan extraordinarios, y el individuo puede no presentar muchos de ellos. Estos pueden incorporar:

- Dificultad para concentrarse o tomar decisiones.
- Aislamiento social.
- Irritabilidad.
- Inquietud o lentitud.
- Problemas de sueño.
- Pérdida o aumento de peso.

Para ello, Montenegro y Santiesteban (2016) algunas personas con distimia recuerdan haber tenido sentimientos de depresión en la infancia o adolescencia. Algunas desarrollan distimia después de los 50 años de edad, muchas veces después de una enfermedad. Por lo menos 75% de los individuos con distimia tienen otros problemas de salud.

2.2.1.7.4. Depresión psicótica

¿Qué sucede cuando una enfermedad depresiva extrema se une a algún tipo de psicosis, por ejemplo, una ruptura con el mundo real, los viajes mentales y los sueños

diurnos? Ansiedad posterior al embarazo, que se analiza si una mujer que ha concebido una descendencia tardía soporta una escena de abatimiento extremo dentro del mes principal después del traslado. Se evalúa que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen ansiedad después del nacimiento a raíz de concebir una descendencia. El problema emocional habitual se refleja en la presencia de una enfermedad depresiva en los meses de invierno, cuando las largas horas de luz diurna disminuyen. La melancolía generalmente se va en medio

2.2.1.7.5. El trastorno afectivo estacional

Orosco (2015) puede tratarse adecuadamente con tratamiento ligero, sin embargo, alrededor de la mitad de las personas con problemas ocasionales llenos de sentimientos no reaccionan solo al tratamiento con luz. Las medicinas superiores y la psicoterapia pueden disminuir los efectos secundarios del problema regular de sensación de plenitud, ya sea libremente o en combinación con un tratamiento ligero.

2.2.1.7.6. Depresión mayor

Campoverde (2016, p.36) la miseria real es el tipo más conocido de melancolía. Se describe por un ajuste de temperamento que dura más de dos semanas e incorpora una de las indicaciones esenciales de desaliento:

- Abrumadores sentimientos de amargura o lamento.
- Pérdida de intriga o alegría por los ejercicios que generalmente aprecias.

- Las personas que tienen miseria real también aparecen con al menos cuatro de los signos y efectos secundarios acompañantes con frecuencia, o consistentemente:
- Pérdida o recuperación de peso crítico.
- Alteraciones de la fantasía.
- Desarrollos lentos o entusiasmo.
- Fatiga o ausencia de vitalidad.
- Baja confianza o sentimientos erróneos de culpa.
- Sentimientos de inutilidad o culpa.
- Sentimientos de vulnerabilidad o tristeza.
- Dificultad para pensar o pensar.
- Pérdida de deseo sexual.
- Consideraciones recurrentes de muerte o suicidio.

2.2.1.8. Características de la Depresión

Para Osorio (2015) la depresión tiene varias características donde el desencadenante será un estímulo externo al sujeto; y puede ser una depresión endógena donde no hay una causa clara de su aparición y se hipotetiza que su origen puede estar vinculado a factores biológicos, neurofisiológicos y/o genéticos.

2.2.1.8.1. Características conductuales

- Agitación o retardo psicomotor

- falta de autocuidado y aseo personal,
- agresividad verbal y/o física,
- llanto,
- Conductas de evitación ante tareas cotidianas y/o interacciones sociales,
- Conductas autolíticas y/o suicidas
- en el lenguaje hay verbalizaciones constantes sobre sus dificultades, problemas, y síntomas;
- ausencia o disminución marcada de conductas de comunicación;
- postura decaída, abatida, voz apagada, hombros caídos, rostro inexpresivo,
- soledad,
- aislamiento,
- pasividad,
- búsqueda de validación externa del propio valor
- conductas sumisas en las relaciones con los demás, conflicto
- deterioro de las relaciones interpersonales,
- actividades de ocio reducidas o inexistentes.

2.2.1.8.2. Características cognitivas

- Pensamientos negativos acerca de sí mismo, de los demás, del futuro
- Creencias disfuncionales
- Estilo atribucional disfuncionales
- Percepción del grado de responsabilidad en los acontecimientos alterada

- Culpa
- Sesgos atencionales y de memoria
- rumiaciones constantes sobre sus síntomas, sus causas o sus consecuencias;
alto nivel de focalización atencional en uno mismo
- Ideación suicida
- Dificultades para tomar decisiones
- Dificultades de concentración
- Problemas de memoria
- Déficit en habilidades de solución de problemas.

2.2.1.8.3. Características psicofisiológico

- Alteraciones en el sueño (insomnio o hipersomnias);
- alteraciones en el apetito (excesivo o reducido);
- Disminución del deseo sexual
- Molestias físicas.

2.2.1.8.4. Características emocionales y motivacionales

- Tristeza
- Desesperanza
- Desamparo
- Autodesprecio
- Rencor

- Frustración
- Culpa al fracaso
- Vacío
- Irritación
- Vergüenza
- Aburrimiento
- Afecto Aplanado
- Anhedonia
- Ausencia de reactividad ante recompensas/refuerzos
- Abulia
- Fatiga

2.2.1.9. Prevención y tratamiento de la depresión

Organismo Mundial de la Salud (citado por Rojas, 2017, p.48) manifiesta la prevención y el tratamiento de la depresión.

2.2.1.9.1. Prevención sobre la depresión

Entre los procedimientos de red exitosos para evitarlo según Quiroz y Toledo (2016) están los proyectos escolares para promover un modelo de intuición positiva entre niños y jóvenes. Las mediaciones coordinadas en los tutores de niños con problemas sociales pueden disminuir los efectos secundarios onerosos de los tutores y mejorar los resultados

de sus jóvenes. Los programas de ejercicios para los ancianos también pueden ser convincentes para anticipar la tristeza.

El desaliento es la consecuencia de conexiones complejas entre los componentes sociales, mentales y orgánicos. Los individuos que han experimentado condiciones de vida desfavorables (desempleo, duelo, lesiones mentales) están obligados a experimentar los efectos nocivos de la miseria. De este modo, la miseria puede crear más presión y quebrantamiento, y agravar la circunstancia de existencia del individuo influenciado y, posteriormente, de la propia recesión. Hay conexiones entre la tristeza y el bienestar físico; De esta manera, por ejemplo, las infecciones cardiovasculares pueden crear desgracia, y al revés. Se demuestra que los proyectos de evitación disminuyen la oscuridad.

2.2.1.9.2. Tratamiento de la depresión

Ramírez (2016) Entre los medicamentos mentales distintivos a considerar se encuentran los medicamentos mentales visuales, individuales o de reunión, administrados por expertos o asesores legos regulados. Las medicinas psicosociales también son exitosas en casos de miseria. Los antidepresivos pueden ser viables directamente al abatimiento extremo, pero no son el tratamiento de la decisión en casos leves, y no deben utilizarse para considerar el desaliento en los jóvenes o como tratamiento de primera línea en los jóvenes, donde deberían ser utilizados. con alerta Hay medicamentos convincentes para el desaliento directo y extremo.

Los expertos en bienestar pueden ofrecer medicamentos mentales, por ejemplo, actuación conductual, tratamiento psicológico social y psicoterapia relacional, o

soluciones energizantes, por ejemplo, inhibidores específicos de la receptación de serotonina y antidepresivos tricíclicos. Los expertos en bienestar deben recordar los posibles impactos hostiles de los antidepresivos, los posibles resultados de completar cualquier tipo de intercesión (debido al acceso al aprendizaje especializado o al tratamiento al que se hace referencia) y las inclinaciones singulares.

Así mismo el modelo de Aaron Beck es un destacado entre los más poderosos en cuanto a tratamiento. Su viabilidad se demostró más de una vez, provocando ciertos casos incluso mejores que los medicamentos con medicamentos psicotrópicos. A pesar del hecho de que el tratamiento con terapia cognitiva para la depresión piensa en una amplia disposición de puntos de vista, su pivote gira alrededor del ajuste en los componentes propuestos por la hipótesis y referenciados, en otras palabras, los planes, mutilaciones y reflexiones programadas. Por lo tanto, el componente atómico y más inequívoco del tratamiento es la supuesta "Divulgación psicológica".

El procedimiento comprende un direccionamiento de tipo socrático, con una premisa lógica y juiciosa, para identificar primero y luego examinar los pensamientos del paciente. Comienza con las contemplaciones programadas, ya que establecen el borde inconfundible del marco, al final del día, con un esfuerzo consciente de autopercepción, el paciente puede controlarlas.

Mientras transcurre la conversación, el paciente y el especialista representan las implicaciones habituales de las contemplaciones programadas, lo que conduce normalmente a lidiar con mutilaciones subjetivas, por último, a estructuras menos obvias,

a patrones psicológicos. Hoy en día, la terapia cognitiva emerge como un destacado entre las formas más ilimitadas de lidiar con la depresión, el mérito obtenido de manera auténtica a través de largos períodos de ayuda exacta para su adecuación. En cualquier caso, nunca está absolutamente conectado. A pesar de lo que podría esperarse, su metodología se ha coordinado en el modelo de metodología que hoy conocemos como comportamiento cognitivo.

2.2.2. Adulto mayor

La tercera edad es un momento básico de la vida en el que uno debe enfrentar una progresión de las condiciones individuales, laborales, familiares y sociales que cambian la impresión de uno mismo e influyen en la personalidad. La imagen que cada uno tiene de sí mismo incorpora perspectivas intelectuales y emocionales, y la última se identificaría con su propia consideración; aplica un impacto general en el tránsito de la actuación y el estado de ánimo hacia la vida. Entonces, nuevamente, el pasaje a un arreglo de vida geriátrica adivina un tipo de movimiento particularmente difícil y difícil de expandir.

Duque (2017) la tercera edad es un tiempo de vida básico en el que uno debe enfrentar una progresión de las condiciones individuales, laborales, familiares y sociales que alteran la visión de uno mismo e influyen en el carácter de uno. La imagen que cada uno tiene de sí mismo incorpora ángulos intelectuales y llenos de sentimientos, y los últimos se identificarían con su particular consideración; aplica un impacto global en el tránsito de la actuación y la mentalidad hacia la vida.

La madurez es un estado a lo largo de la vida cotidiana y la maduración de un procedimiento que se produce durante la duración del ciclo de existencia. Tanto la antigüedad como la madurez humana son objetos de información multidisciplinaria ya que en el individuo humano es un elemento biopsicosocial. Por lo tanto, el individuo viejo o que está madurando es un sujeto de información mental. Por otra parte, el paso a una disposición de vida geriátrica asume un tipo de movimiento particularmente difícil y difícil de expandir.

En el momento en que el anciano sale a correr en vivo con un familiar, independientemente de que tenga personas que lo conozcan y lo ayuden a recordar su identidad, su identidad y su identidad. La información que los parientes inmediatos y los acompañantes tienen sobre diversas partes de su cuenta fortalece el reconocimiento de sí mismo, por lo tanto, concediendo una congruencia consciente a su propio carácter.

Chawla (citado por Duque, 2017, p.46) confiesa que los ancianos "generalmente no están subordinados como resultado de su deprivación física, sino tan a menudo como sea posible debido a la forma en que están clasificados socialmente y los pesos que se les aplican".

Aunque sin lugar a dudas la maduración sugiere un debilitamiento natural, son los estados sociales de ausencia de administraciones y los pensamientos contenidos en el modelo medicinal habitual los que disminuyen las puertas abiertas para que los "viejos" permanezcan dinámicos y autosostenibles. La ausencia de un entorno sociocultural significado de la disposición de ejercicios que serían particulares para los ancianos.

La ausencia de recados particulares implica el problema de darse cuenta de en qué enfocar los esfuerzos y qué balancear para tener en cuenta el objetivo final de actualizar sus propias potencialidades particulares. Cada individuo en maduración debe hacer un personaje y ejecutar su ejecución: el problema de esto infiere que solo algunos lo logran y otros deben dejarse al mundo apretado o de los cuatro divisores de la casa.

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).

2.2.2.1. Depresión y Entorno Familiar

A pesar de todos los cambios sociales de los últimos tiempos, para Rojas (2017) la familia sigue siendo el lugar al que recurrimos los individuos para satisfacer nuestras necesidades de seguridad física y emocional, salud y bienestar. es frecuente que nosotros e incluso los médicos que nos atiende demos poco valor al papel que el entorno familiar juega en los procesos de enfermar. recordemos algunas de las influencias de la familia sobre la salud: la familia es la fuente principal de nuestras creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud las tensiones que sufre la familia en el esfuerzo.

2.2.2.2. Síntomas de depresión en el adulto mayor

De acuerdo a Sotelo (2012) la tristeza es una cuestión de mentalidad. sea como fuere, a lo largo de todo esto, los adultos más experimentados pueden también introducir algunas carencias neuropsicológicas. Durante la maduración, es típico que los adultos más experimentados presenten ciertas progresiones a nivel del cerebro, por lo que su velocidad de preparación disminuye, al igual que su límite de atención y memoria. no obstante, no todos los individuos serán influenciados en este sentido, no es extraño que los individuos más establecidos que experimentan los efectos negativos de la miseria también presenten los problemas neuropsicológicos a los que se hace referencia más abajo, por lo que es

prudente que los adultos más establecidos realicen incitación ejercicios que fortalecen sus habilidades.

2.2.2.3. Déficit neuropsicológicos provocados por la depresión en el adulto mayor

2.2.2.3.1. Retos en viento largo

Debilidad en la memoria momentánea y la memoria verbal, debido al impacto de las contemplaciones negativas.

2.2.2.3.2. Falta de memoria de trabajo

Problemas para cuidar la consideración (consideración continua), al igual que para realizar diferentes tareas mientras tanto (consideración aislada)

2.2.2.3.3. Reducción en la velocidad de manejo de datos

Modificación en la capacidad oficial (problemas en la organización y liderazgo básico, en la capacidad para abordar problemas y en la adaptabilidad psicológica) Un informe continuo afirmó que hay cambios neurocognitivos entre pacientes y controles onerosos. Los contrastes más grandes se ven en las capacidades intelectuales, por ejemplo, el impedimento, la memoria de trabajo, la consideración dividida y, cuando todo está dicho, las capacidades oficiales.

El programa de incitación psicológica para personas con desaliento, se conectó a dos reuniones (controles onerosos) durante aproximadamente dos meses. Después de este período, se confirmó la adecuación de esta preparación subjetiva personalizada. Se

observó una enorme disminución de indicaciones onerosas en la reunión de personas con miseria. Lograr una mejora del control oficial y permitir que el paciente elabore mejores metodologías para manejar los efectos secundarios onerosos (rumia y determinación).

La ausencia de una agrupación legítima de desaliento disminuye la capacidad de unir nueva información, de esta manera, los adultos más experimentados con pesimismo son cada vez más estupefactos y "ausentes". Esta es la motivación detrás de por qué la desgracia de la memoria debido al desaliento (pseudodementia pesada) puede confundirse con la que se compara con la demencia, en particular con el tipo de Alzheimer. Es fundamental atender consultas específicas que nos permitan separar una de la otra:

- La pérdida de memoria a causa de la desdicha comienza inesperadamente, mientras que lo que ocurre en la demencia aparece de manera sabia y gradual.
- Los adultos más experimentados con melancolía son atacados regularmente por consideraciones negativas repetitivas, que causan problemas para enfocar y, de esta manera, arreglar los datos. Mientras que, al comienzo de una demencia, el individuo legitima su ausencia de memoria sin controlar el error.
- Durante la recesión, el descuido cambia con la perspectiva, debido a la demencia, la negligencia es constante.
- Los adultos más experimentados con tristeza muestran preocupación por sus problemas de memoria, mientras que el que padece demencia no los conoce.

2.2.2.4. Depresión en la tercera edad

Tanner (citado por Duque, 2.17, p.47) regularmente un problema de bienestar emocional en los adultos más establecidos. Alrededor del 15% de los adultos mayores de 65 años experimentan los efectos negativos de este problema y, en general, no se analiza ni se trata como debería. Solo el 15% de los adultos con tristeza más establecidos reciben un tratamiento satisfactorio para los adultos más experimentados que están confinados en sus hogares, en un rango del 26% y el 44% tiene miseria y se estima que del 30% a la mitad de cada uno.

Los adultos más experimentados tendrán una escena de melancolía. Miseria en el transcurso de sus vidas Los adultos mayores, en su mayoría, experimentan los efectos nocivos de las enfermedades, por ejemplo, enfermedades coronarias, accidentes cerebrovasculares o algún tipo de enfermedad, que puede causar efectos secundarios de pesimismo. De manera similar, podrían tomar prescripciones cuyos síntomas se suman a la miseria; más del 15% de los adultos mayores con un problema médico interminable experimentan los efectos nocivos del desaliento, es habitual que los adultos más establecidos tomen algunos medicamentos, avalados por varios especialistas o, lo que es más lamentable, se recomiendan por sí mismos. Algunos medicamentos o mezclas de ellos causan modificaciones físicas o mentales, al igual que ajustes en el temperamento.

Antón, Jiménez y Esteban (citado por Cárdenas y Suarez, 2015, p.36) la depresión es el trastorno afectivo más frecuente en el anciano y una de las principales consultas médicas, aun cuando su presencia puede pasar desapercibida; el ánimo triste no forma

parte del envejecimiento normal y no es un acompañamiento natural e inevitable del declive de la actitud social.

La depresión disminuye de forma sustancial la calidad de vida del anciano y puede derivar en discapacidad. Parece claro que un deterioro en la salud abogue hacia un ánimo deprimido, pero no se admite tanto que los síntomas depresivos compliquen el tratamiento de las enfermedades físicas y aumentan el riesgo de presentar nuevas enfermedades. Por todo esto, el diagnóstico y el tratamiento de la depresión es de vital importancia en el anciano.

2.2.2.5. Causa de depresión en mayores

Los síntomas que forman parte de la depresión pueden deberse a una serie de afectaciones de índole orgánica causas orgánicas y comórbidas de la depresión.

- Alteraciones bioquímicas a nivel cerebral, las cuales van a influir en la regulación de ciertos neurotransmisores.
- Déficit vitamínico y de minerales asociado a la dieta
- Enfermedades crónicas: de condición metabólica (déficit de vitamina B12), de tipo autoinmune (lupus), provocadas por infección viral (hepatitis), cáncer enfermedad de las glándulas tiroides y paratiroides”
- Disminución de la autoestima
- Aumento de la inseguridad
- Sensación de impotencia
- Pérdida de control sobre su entorno

- Ausencia o escasez de motivación vital
- Sensación de declive
- Vivencias de inutilidad
- Temor a circunstancias vitales no deseadas y desagradables, como, por ejemplo, aparición de una enfermedad grave o abandono.

2.2.2.6. Estado civil y depresión en adultos mayores

Por 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. Así mismo, este autor expresa que 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.

2.2.2.7. 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 40 mayor con mayores repercusiones o por el contrario a el aprendizaje de enfrentarles y hacerles cara mucho mejor

2.2.2.8. 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 Giacoman 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.

2.2.2.9. Nivel de depresión

Montenegro y Santiesteban (2016, p.33) el entorno social de las personas mayores, hay cambios imperativos que influyen en las conexiones matrimoniales, las relaciones entre los tutores y los niños y las conexiones sociales en general. Los problemas de adaptación a estas progresiones que ocurren en la madurez, causan una tristeza mental y pueden causar una enfermedad depresiva. La cercanía de la muerte tiene implicaciones mentales imperativas y su solidificación individual se reconoce con problemas y, en general, con amargura e inquietud. Estas especificidades de antigüedad, apoyan la presencia de desalientos que recientemente comenzaron o descompensaron enfermedades depresivas, jóvenes experimentadas o del desarrollo. En esta línea, el predominio de la miseria en la antigüedad es alto. De vez en cuando, la madurez y la miseria tienden a confundirse y vincularse.

2.2.2.10. Prevenir la depresión en la tercera edad

De la misma manera, existen factores que protegen al adulto mayor de desarrollar depresión o promueven una mejor y más rápida recuperación.

- Vivir acompañado

- Acudir a psicoterapia
- Disponer de recursos económicos
- Medicarse con antidepresivos
- Realizar actividad física regular
- No padecer deterioro cognitivo
- Ser menor a ochenta años
- No haber sufrido episodios de depresión con anterioridad
- Apreciar un adecuado apoyo social
- Percibir su propio estado de salud como apropiado
- Sentirse productivo
- Encontrar sentido a su vida

2.2.2.11. Adulto mayor en depresión

Vivir o mantener una asociación acogedora con un individuo que experimenta desaliento se ve envuelto por la insatisfacción y la indefensión que se ve por su falta de atención, su propio abandono, su baja perspectiva y su impotencia para apreciar. En cualquier caso, en el caso de que tengamos que intentar mejorar su estado mental, deberíamos dejar de lado el sentimiento de resentimiento que incita a esta insatisfacción e intentar identificarnos con los mayores de una manera alternativa.

Inicial, uno de los componentes defensivos contra la miseria en la antigüedad es ir acompañado y, lo más importante, obtener ayuda social. En otras palabras, no es simplemente equivalente a descubrir que a sentirse de esa manera. Por lo tanto, el tiempo

que pasamos con el adulto más establecido con desaliento debe ser el tiempo de "calidad". Debería ser el momento durante el cual comprometemos nuestra consideración completa, debemos intentar transmitir lo que se necesita y discutir directamente con nosotros. Las recriminaciones, los intercambios y los inconvenientes son contraproducentes para esta situación, ya que su estado de ánimo y sus reflexiones negativas los harán verlos como asaltos y separaciones más de nosotros mismos.

2.2.2.12. La importancia de familia en la vejez

Como todos sabemos, la familia asume un importante trabajo en el proceso de maduración y en la vida adulta, ya que los niños son la fuente principal de asistencia. Para el adulto más establecido, la asistencia de su familia es la más significativa, y mucho más que la asistencia de sus hijos. El trabajo familiar es un destacado entre los activos más significativos de la antigua población, ya que está a cargo de la consideración directa de la mayoría de los adultos más establecidos que experimentan los efectos negativos de los problemas fisiológicos o mentales.

Para los ancianos, lo más importante es el potencial de asociación con familiares y ayuda, atención plena y darse cuenta de lo que un individuo es en quién confiar e importante a quién acudir en caso de necesidad o problema. Además, se dice que la familia es el activo más importante, ya que también tiene un lugar en el círculo de conexiones socioemocionales, ya que es el más apropiado para dar sentimientos de conexión y seguridad, ya que ofrece sentimientos de capacidad, Valor, confianza, seguridad y ayuda social.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación

El presente estudio fue una investigación de tipo descriptivo, porque, según Hernández, Fernández y Baptista (2014) busca identificar y describir propiedades específicas, características y rasgos importantes del fenómeno en estudio.

3.2. Nivel de investigación

Así mismo el nivel de investigación fue cuantitativo. De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2014) el nivel cuantitativo permite examinar los datos de manera científica, o más específicamente en forma numérica, generalmente con ayuda de herramientas del campo estadístico.

3.3. Diseño de la investigación

Se utilizó un diseño no experimental, transversal. Fernández, Hernández y Baptista (2014) refieren que es no experimental porque la investigación se realizará sin manipular deliberadamente la variable y transversal porque se recolectaran los datos en un solo momento y en un tiempo único.

3.3.1. Esquema del diseño no experimental de la investigación



Dónde:

M = Muestra

Xi = Variable de estudio

O1 = Resultados de la medición de la variable

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

La población estuvo conformada por 124 adultos mayores del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.

Tabla 1

Distribución poblacional según lugar, edad, género y grado de instrucción de los adultos mayores del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.

LUGAR	EDAD	GENERO	GRADO DE INSTRUCCIÓN
Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal	58 a 62 años		Primaria
	63 a 66 años	Masculino	Secundaria
	67 a 74 años	Femenino	Técnico
	75 a mas		Superior

Fuente: Padrón de Inscripción del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal - Tumbes, 2018.

3.4.2. Muestra

Se trabajó con la totalidad de la población, donde se convierte en una población muestral de 124 adultos mayores del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal.

Criterios de inclusión

- Adultos mayores que asisten al puesto de salud permanentemente
- Adultos mayores que se encuentran registrados en el padrón de inscritos
- Adultos mayores que asistieron el día de la evaluación
- Adultos mayores que respondieron a la totalidad de los ítems.

Criterio de exclusión

- Adultos mayores que no asisten al puesto de salud permanentemente
- Adultos mayores que no se encuentran registrados en el padrón de inscritos
- Adultos mayores que no asistieron el día de la evaluación
- Adultos mayores que no respondieron a la totalidad de los ítems.

3.5. Definición y operacionalización de variables

3.5.1. Definición conceptual - DC

La depresión es un trastorno en el estado de ánimo donde aparecen sentimientos de dolor profundo, ira, frustración y soledad e impiden que la persona continúe con su vida ordinaria de forma normal durante un tiempo prolongado.

3.5.2. Definición operacional - DO

Para Zung (1965) la depresión que es una afección mental que genera diversos sentimientos que se describen como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado, además sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa, Cambio en el apetito, donde tiene un periodo de tiempo. Por ello, el nivel de depresión de los adultos mayores del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal fue a través de la puntuación total obtenida a través de la aplicación de la Escala de depresión de Zung, ya que, la escala de Zung en adultos evalúa tres grupos de síntomas o dominios, a saber, síntomas del estado de ánimo, somáticos y cognoscitivos.

3.5.3. Cuadro de operacionalización de variables

Variable	Dimensiones /áreas	Indicadores	Niveles o Categorías	Tipo de Variable	Escala de Medición
Depresión	Estados Afectivos Trastorno Fisiológico Trastorno Psicomotores Trastornos Psíquicos	Suma de los puntajes directos	Menos de 50 dentro de lo normal 51 a 59 Depresión leve 60 a 69 Depresión moderada 70 a más Depresión intensa	Categórica	Ordinal
Características Sociodemográficas	Edad	Edad	Edad	Categórica	Ordinal
	Genero	Femenino Masculino	Femenino Masculino	Categórica	Nominal
	Grado de instrucción	Grado de instrucción	Primaria Secundaria Técnico Superior	Categórica	Ordinal

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1. Técnica

En el presente estudio se utilizó la técnica de encuesta.

3.6.2. Instrumento

Para el recojo de la información se aplicó la escala de autoevaluación de depresión de William Zung.; la cual que se describe a continuación:

3.6.2.1. Escala de autoevaluación de depresión (EAMD) de William Zung

Ficha técnica

Autor: Dr. William Zung.

Administración: Individual y colectivas.

Duración: 10 minutos aproximadamente.

Año: 1965

Forma de Evaluación: Para su aplicación se le pide al sujeto que ponga una marca en el recuadro que el considere más adecuado a como se ha sentido en la última semana.

Calificación del Instrumento: Para obtener la calificación del instrumento, se coloca la hoja de respuestas bajo la guía de puntuación y se escribe el valor de cada respuesta en la columna de la derecha y la suma de todas ellas al pie de la página. Para obtener el grado de depresión se compara la Escala obtenida con la escala clave para efectuar el recuento, con un valor de 1, 2, 3, 4 en orden variable según si la pregunta está formulada en sentido positivo o negativo. Luego se suman todos los valores parciales. A continuación, se convierte la puntuación total en un índice basado en 100. En este sentido, con la Escala EAMD, se intenta estimar el estado de depresión presente en términos de medición cuantitativa de niveles de depresión, al margen de la causa. Por otro lado, esta Escala nos permite relacionar los síntomas depresivos y las frases de la EAMD. Aunque estas

frases están escritas en el lenguaje común del paciente con depresión. Cada una de ellas identifica un síntoma reconocido de la depresión.

Validez y Confiabilidad: Zung (1965) valida las escalas (EAA y EAMD) aplicándola, en primer lugar, a un grupo de pacientes de Consultorio Externo en el DUKE PSYCRHIASTYK HOSPITAL, con diagnóstico de depresión, ansiedad y otros desórdenes de la personalidad. Los diagnósticos fueron establecidos separadamente por otros clínicos, obteniendo puntuaciones con escalas psicométricas standard, antes de la aplicación de ambas escalas. En todos los pacientes se encontró una alta correlación entre las puntuaciones obtenidas, y las recogidas con otras pruebas, se encontró así mismo diferencias significativas en relación con la edad, nivel educativo e ingresos económicos. En 1968 se realizó la validación de tipo transcultural, aplicando las escalas en Japón, Inglaterra, Checoslovaquia, Australia y Alemania. La autoevaluación en dichos países era comparable, encontrando que existen diferencias significativas en un grupo de pacientes con diagnóstico de Depresión Aparente y Pacientes deprimidos. Se obtuvo un índice promedio de 74 pacientes con Diagnóstico de Depresión y en sujetos normales, un promedio de 33. En este mismo trabajo Zung delimitó sus

niveles de cuantificación de la Ansiedad y la Depresión. Utilizando la Escala de Síntomas Depresivos de Zung (1975) va a encontrar en Estados Unidos, que el 13% de los sujetos de su muestra van a presentar muchos síntomas depresivos. Al igual que en Zaragoza (1983). Se encuentra un 6.8% de sujetos con fuertes síntomas. La prevalencia de síntomas depresivos oscila entre 13 y 20% de la población, según BOYD Y NEISSMAN (1982). Así mismo en España con la Escala de Síntomas de Zung, se encontró una prevalencia del 7%. Esto equivale a una cifra de dos millones de adultos.

INDICE EAMD	IMPRESIÓN GLOBAL DE EQUIVALENCIA CLÍNICA (Diagnóstico).
Debajo de 50	Dentro de lo normal
51-59	Depresión leve.
60-69	Depresión moderada
De 70 a mas	Depresión intensa.

3.7. Plan de análisis

Los datos recogidos fueron tabulados en una matriz utilizando el programa informático Microsoft Excel 2016 y posteriormente se ingresaron en el programa estadístico SPSS versión 22 para ser procesados y presentados. Se obtuvieron medidas de estadísticas descriptivas: como tablas de distribución de frecuencia y porcentuales.

3.8. Matriz de consistencia

Problema	Variable	Dimensiones	Objetivos	Metodología	Técnica
-----------------	-----------------	--------------------	------------------	--------------------	----------------

¿Cuál es el nivel de depresión en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018?	Depresión	Estados Afectivos Trastorno Fisiológico Trastorno Psicomotores Trastornos Psíquicos	Objetivo general	Tipo de investigación	Encuesta
			Determinar el nivel de depresión en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.	Descriptiva de nivel cuantitativo	Instrumento
			Objetivos específicos	Diseño	La Escala de Autoevaluación de depresión. Por eso, Zung (1965) refiere que es una afección mental que genera diversos sentimientos que se describen como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado, además Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa, Cambio en el apetito, donde tiene un periodo de tiempo.
	Identificar el nivel de depresión según edad en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.	No experimental, transversal	Población y Muestra		
		Identificar el nivel de depresión según género en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.	La población muestral está constituida por 124 adultos mayores		
	Características sociodemográficas	Genero Edad Grado de instrucción	Identificar el nivel de depresión según el grado de instrucción en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.		

3.9. Principios éticos

Los procedimientos que se siguieron en la investigación no atentarán contra la dignidad y confidencialidad de los adultos mayores. Sus objetivos y resultados son transparentes, en todo momento de la investigación se tuvo en cuenta la práctica de los siguientes principios éticos:

Respeto a la autonomía

El respeto a la autonomía considera que los participantes tienen derecho a decidir voluntariamente (Consentimiento Informado) si participan o no en el estudio sin el riesgo de exponerse a represalias o un trato precipitado, además tiene derecho a ser informado y tomar voluntariamente la decisión de participar en dicho estudio lo cual implica que la investigadora describa detalladamente la naturaleza del mismo.

Privacidad

Toda la información recibida en el presente estudio se mantuvo en secreto y se evitó ser expuesto respetando la intimidad de los adultos mayores, siendo útil solo para fines de la investigación.

Anonimato

Se aplicaron las encuestas e indicándoles a los adultos mayores que la investigación fue anónima y que la información obtenida es solo para fines de la investigación.

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

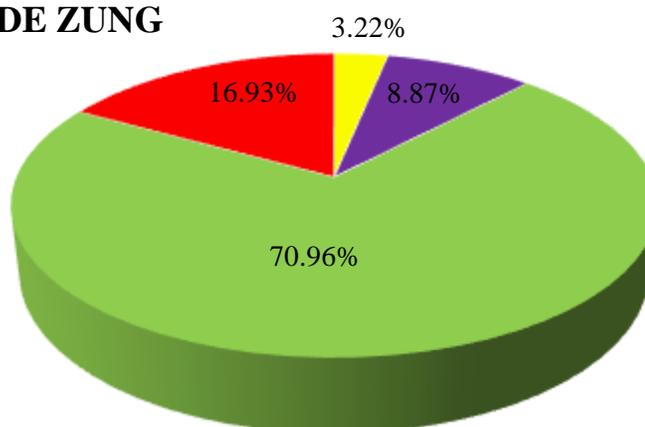
Tabla 2

Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel de depresión en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.

ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG			
Niveles	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Depresión intensa	4	4	3.22%
Depresión moderada	3	11	8.87%
Depresión leve	2	88	70.96%
Dentro de lo normal	1	21	16.93%
Total		124	100%

Fuente: Palacios, V. Depresión en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.

DEPRESIÓN DE ZUNG



■ Depresión intensa. ■ Depresión moderada ■ Depresión leve. ■ Dentro de lo normal

Figura 1. Diagrama circular de la distribución porcentual de la escala de depresión en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.

Fuente: Tabla 2

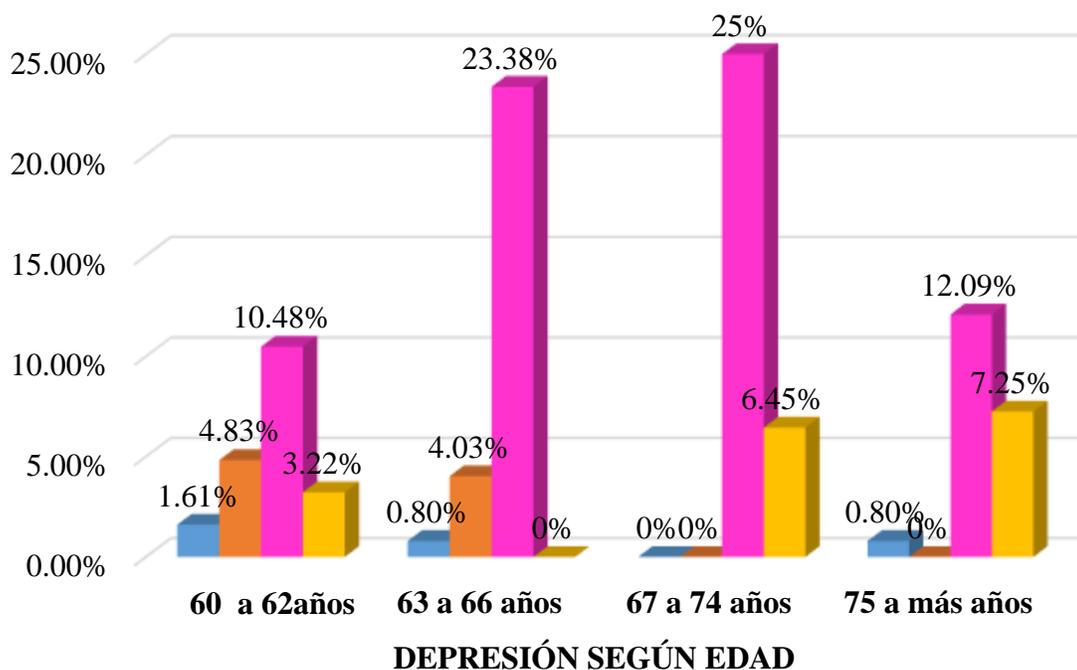
Se observa que el 70.96% (88) de los adultos mayores se encuentran en un nivel de depresión leve, el 16.93% (21) se ubican dentro de lo normal, el 8.87% (11) se ubica en un nivel de dentro de lo normal y 3.22% (4) tiene depresión intensa en los adultos mayores.

Tabla 3

Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel de depresión según edad en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.

NIVELES	DEPRESIÓN SEGÚN EDAD							
	60 a 62 años		63 a 66 años		67 a 74 años		75 a más años	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Depresión intensa.	2	1.61%	1	0.80%	0	0%	1	0.80%
Depresión moderada	6	4.83%	5	4.03%	0	0%	0	0%
Depresión leve.	13	10.48%	29	23.38%	31	25%	15	12.09%
Dentro de lo normal	4	3.22%	0	0%	8	6.45%	9	7.25%
Total	25	20.14%	35	28.21%	39	31.45%	25	20.14%

Fuente: Palacios, V. Depresión en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.



■ Depresión intensa. ■ Depresión moderada ■ Depresión leve. ■ Dentro de lo normal

Figura 2. Gráfico de barras de la distribución porcentual del nivel de depresión según edad en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.

Fuente: Tabla 3

Los adultos mayores de 60 a 62 años el 10.48% (13) se ubican con depresión leve, el 4.83% (6) se ubican con depresión moderada, el 3.22% (4) dentro de lo normal y el 1.61% (2) presenta depresión intensa; los adultos mayores de 63 a 66 años el 23.38% (29) se ubica con depresión leve, el 4.03% (5) se ubican con depresión moderada, el 0.80% (1) depresión intensa y el 0% dentro de lo normal; los adultos mayores de 67 a 74 años el 28.22% (31) hay depresión leve, el 6.45% (8) dentro de lo normal y el 0% en depresión intensa y depresión moderada y los adultos mayores de 75 a más años el 12.09% (15) se ubica con depresión leve, el 7.25% (9) dentro de lo normal, el 0.8% (1) tiene depresión intensa y 0% en depresión moderada.

Tabla 4

Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel de depresión según género en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.

Niveles	DEPRESIÓN SEGÚN GÉNERO			
	Masculino		Femenino	
	F	%	F	%
Depresión intensa.	2	1.61%	2	1.61%
Depresión moderada	11	8.87%	0	0%
Depresión leve	52	41.93%	36	29.03%
Dentro de lo normal	4	3.22%	17	13.70%
Total	69	55.63%	55	44.34%

Fuente: Palacios, V. Depresión en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.

DEPRESIÓN SEGÚN GÉNERO

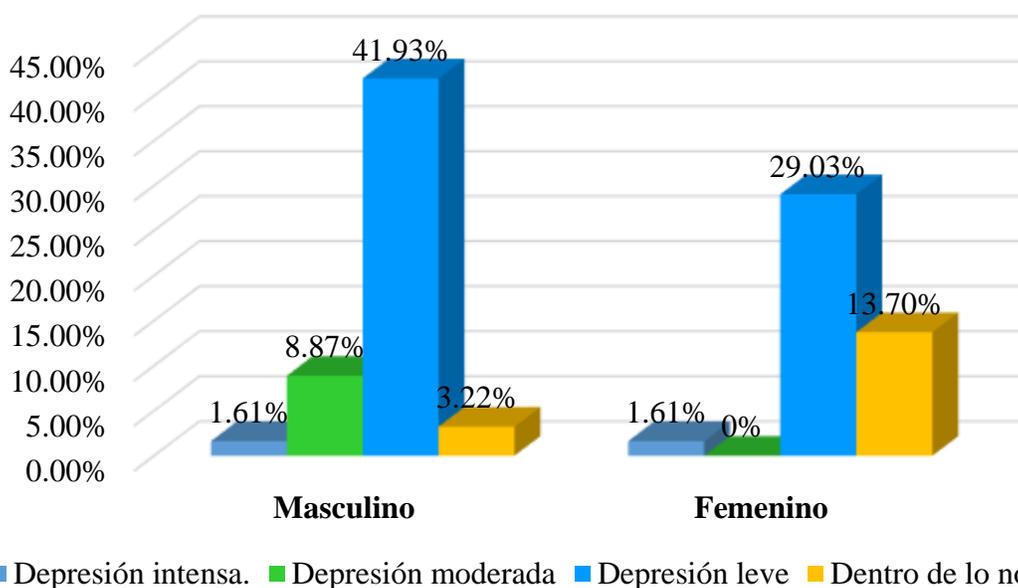


Figura 3. Gráfico de barras de la distribución porcentual del nivel de depresión según género en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.

Fuente: Tabla 4

Se observa que, en el género masculino el 41.93% (52) se ubican con depresión leve, el 8.87% (11) se ubica con depresión moderada, el 3.22% (4) dentro de lo normal y el 1.61% (2) presenta depresión intensa; sin embargo, el 29.03% (36) del género femenino se ubica con depresión leve, el 13.70% (17) dentro de lo normal y el 1.61% (2) presentan depresión intensa y el 0% tiene depresión moderada.

Tabla 5

Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel de depresión según grado de instrucción en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.

DEPRESIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN									
Niveles	Primaria		Secundaria		Técnico		Superior		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Depresión intensa.	0	0%	0	0%	4	3.22%	0	0%	
Depresión moderada	1	0.80%	5	4.03%	5	4.03%	0	0%	
Depresión leve	11	8.87%	14	11.29%	50	40.32%	13	10.48%	
Dentro de lo normal	3	2.41%	0	0%	16	12.90%	2	1.61%	
Total	15	12.09%	19	15.32%	75	60.48%	15	12.09%	

Fuente: Palacios, V. Depresión en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.

DEPRESIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN

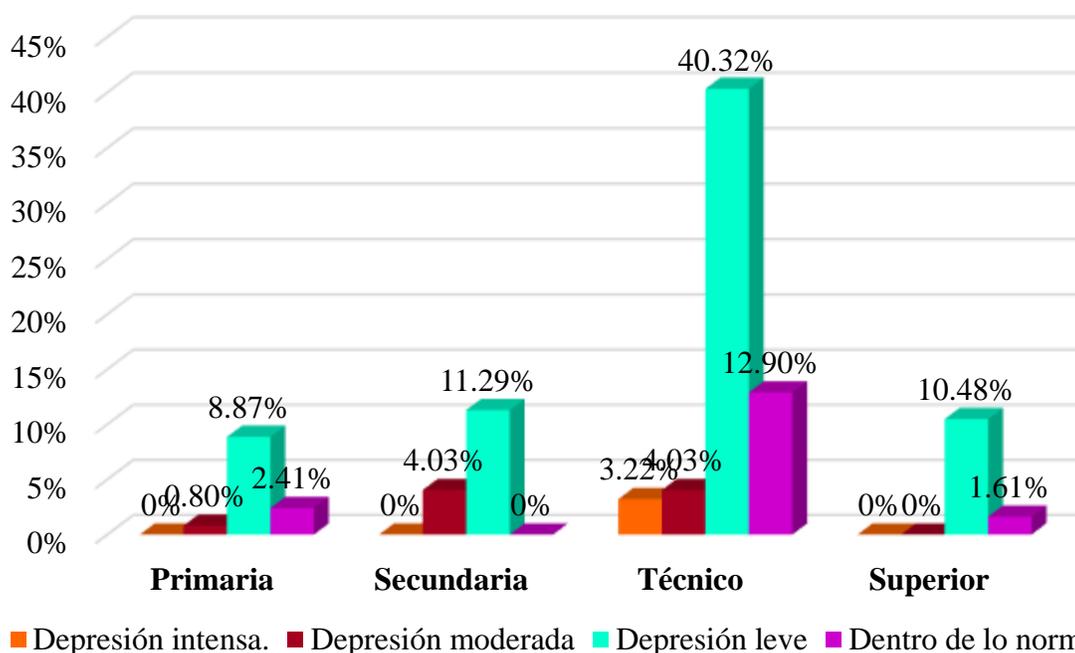


Figura 4. Gráfico de barras de la distribución porcentual del nivel de depresión según grado de instrucción en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.

Fuente: Tabla 5

Se manifiesta que, los adultos mayores con grado de instrucción primario el 8.87% (11) se ubica con depresión leve, el 2.41% (3) dentro de lo normal, el 0.80% (1) depresión moderada y 0% en depresión intensa, los de secundaria completa el 11.29% (14) se ubica con depresión leve, el 4.03% (5) se ubican con depresión moderada y el 0% dentro de lo normal y depresión intensa, el grado técnico el 40.32% (50) se ubican con depresión leve, el 12.90% (16) dentro de lo normal, el 4.03% (5) presenta depresión moderada y 3.22% (4) depresión intensa y por último el grado superior el 10.48% (13) se ubica con depresión leve, el 1.61% (2) dentro de lo normal, el 0% tiene depresión ambulante y depresión moderada.

4.2. Análisis de resultados

Una vez interpretado cada resultado de la investigación, se procedió a realizar el análisis de los resultados anteriormente presentados en las tablas y figuras.

El estudio de investigación adquirió como I objetivos específicos: Identificar el nivel de depresión según edad en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal se encontró que los adultos mayores de 60 a 62 años el 10.48% (13) se ubican con depresión leve, los adultos mayores de 63 a 66 años el 23.38% (29) se ubica con depresión leve, los adultos mayores de 67 a 74 años el 28.22% (31) hay depresión leve y los adultos mayores de 75 a más años el 12.09% (15) se ubica con depresión leve, estos resultados difieren a los encontrados por Juárez, León y Linares (2010) realizó un estudio acerca de “Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH “Viña alta” comprobó que un promedio de 9.8% de los adultos mayores indican que muestran una alta prevalencia de depresión.

Tenemos el siguiente II objetivo específico: Identificar el nivel de depresión según género en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal, se observa que, en el género masculino el 41.93% (52) se ubican con depresión leve y el 29.03% (36) del género femenino se ubica con depresión leve. Este hallazgo tiene relación con lo que sostiene Tanner (citado por Duque, 2.17, p.47) es más notable el peligro de suicidio en hombres que en mujeres, asimismo vemos el estudio de Morales (2014), quien en su estudio sobre “bullying y su relación con la depresión en adolescentes - México” comprobó que 57,69% padecen depresión moderada; resultado que estaría indicando que en su mayoría de los estudiantes tienden a la falta de interés en actividades, tristeza,

perdida de interés en otras personas, sentido de fracaso, episodios de llanto, disgusto consigo mismo, pérdida de apetito y autoacusación.

Continuamos con el III objetivo específico: Identificar el nivel de depresión según el grado de instrucción en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal se encontró que los adultos mayores con grado de instrucción primario el 8.87% (11) se ubica con depresión leve, los de secundaria completa el 11.29% (14) se ubica con depresión leve, el grado técnico el 40.32% (50) se ubican con depresión leve, y por último el grado superior el 10.48% (13) se ubica con depresión leve. este hallazgo se relaciona con lo que sostiene Navarro (Citado por Duque, 2017, p.41) sosteniendo que la depresión afecta en gran medida con la creatividad y hace que disminuya el gusto por el trabajo y el estudio por otro lado tiene diferencia al encontrado por Francia y Yemira (2014), quien en su estudio Factores Biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. materno infantil tablada de Lurín, comprobó que nivel de depresión leve, donde el factor biológico indica un 38,6%.

V. Conclusión y recomendaciones

5.1. Conclusión

Después de haber realizado el análisis de los resultados correspondiente arribamos a las conclusiones siguientes:

Se concluye que en la escala de depresión el 70.96% (88) de los adultos mayores del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal se encuentran en un nivel de depresión leve

Concluí que el nivel de depresión según edad los adultos mayores de 60 a 62 años el 10.48% (13) se ubican con depresión leve, los adultos mayores de 63 a 66 años el 23.38% (29) se ubica con depresión leve, los adultos mayores de 67 a 74 años el 28.22% (31) hay depresión leve y los adultos mayores de 75 a más años el 12.09% (15) se ubica con depresión leve.

Concluyo que en el nivel de depresión según genero se encontró que en el género masculino el 41.93% (52) se ubican con depresión leve, sin embargo, el 29.03% (36) del género femenino se ubica con depresión leve.

Y, por último, el nivel de depresión según el grado de instrucción en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal con grado de instrucción primario el 8.87% (11) se ubica con se ubica con depresión leve, de secundaria completa el 11.29% (14) se ubica con depresión leve, el grado técnico el 40.32% (50) se ubican con depresión leve y por último el grado superior el 10.48% (13) se ubica con depresión leve.

5.2. Recomendaciones

Después de los datos obtenidos y las conclusiones a las que he arribado, propongo las siguientes recomendaciones:

- Recomendar al jefe del Puesto de Salud del Centro Poblado de Cabuyal que desarrolle un plan de implementación al responsable del área de salud mental sobre estrategias en habilidades sociales que motiven en el adulto mayor su interacción social y revierta el alto índice de depresión leve en el adulto mayor.
- Otra recomendación al jefe del Puesto de Salud del centro poblado de Cabuyal incluir dentro de su plan de trabajo actividades socio culturales como paseos y visitas a lugares turísticos con el adulto mayor tanto hombres como mujeres y este sea un espacio de distracción, de compartir, de convivir y de estar en armonía.
- Asimismo recomendar al jefe del puesto de salud del centro poblado de Cabuyal crear estrategias para desarrollar talleres de arte, pintura, juegos lúdicos con el adulto mayor ya que el 70.96% presentan depresión leve, para establecer una buena calidad de vida
- Se le recomienda al jefe del puesto de salud del centro poblado de Cabuyal, que debería de gestionar especialista de la salud mental para mejorar la calidad de vida en el adulto mayor que se encuentra con depresión leve.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Acosta, A. (2015). *Prevalencia de depresión en el adulto mayor en los centros de vida en Cartagena*. Tesis de posgrado. Universidad de Cartagena. Recuperado de: https://www.academia.edu/33317205/PREVALENCIA_DE_DEPRESI%C3%93N_EN_EL_ADULTO_MAYOR_EN_LOS_CENTROS_DE_VIDA_EN_CARTAGENA

Barba, S. (2011). *Factores asociados a la depresión en el adulto mayor que acude al servicio de psiquiatría del HGZ N° 1 del IMSS de Aguascalientes, AGS*. Tesis de posgrado. Universidad Autónoma de Aguascalientes. Recuperado de: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/11317/870/354317.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Borda, M. (2012). *Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia)*. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 29 (1): 64-73. recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/3397>

Campoverde, M. (2015). *Relación entre clima social familiar y depresión en adultos mayores. CAM – Piura, 2015*. Tesis de Licenciatura. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Recuperado de:

[http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/95/CAMPOVER
DE_RIOS_MARIA_ELIZABETH_CLIMA_SOCIAL_FAMILIAR_DEPRESI
ON.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/95/CAMPOVER_DE_RIOS_MARIA_ELIZABETH_CLIMA_SOCIAL_FAMILIAR_DEPRESION.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Cárdenas, L. y Suarez, Z. (2015). *Adulto mayor y síntomas depresivos: Características sociodemográficas y la depresión en el adulto mayor a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010*. Tesis de maestría. Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de: [https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/16712/CardenasMos
queraLuzKarina2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/16712/CardenasMosqueraLuzKarina2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Crespo. J. (2011). *Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azoguez, cañar, tambo y deleg de la provincia del cañar, en el año 2011*. Tesis de posgrado. Universidad De Cuenca. 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 de Licenciatura. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Recuperado de: [http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2195/CLIMA_S
OCIAL_FAMILIAR_DEPRESION_DUQUE_MONASTERIO_TATIANA_M
ARILIN.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2195/CLIMA_SOCIAL_FAMILIAR_DEPRESION_DUQUE_MONASTERIO_TATIANA_MARILIN.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Francia, K. (2011). *Factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Recuperado de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1035>

García, M. (2015). *Relación entre el clima social familiar y la depresión de los pacientes que asisten a la estrategia sanitaria nacional del programa de control de tuberculosis del hospital “José Alfredo Mendoza Olavarría” – Tumbes, 2014*. Tesis de Licenciatura. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Recuperado de: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/4517/CLIMA_SOCIAL_FAMILIAR_DEPRESION_GARCIA_ORDINOLA_MELANIE_STEISY.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Gonzales, M. y Robles, J. (2013). *Riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro, diciembre de 2011*. Tesis de Licenciatura. Universidad Wiener. Recuperado de: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/67/029%20EAP%20ENFERMER%c3%8dA%20GONZ%c3%81LES_NAVARRO%20%26%20ROBLES_VARGAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Canto Pech, Hugo Guadalupe, & Castro Rena, Eira Karla (2004). *Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo*. Enseñanza e

Investigación en Psicología, 9(2),257-270. [fecha de Consulta 22 de Febrero de 2020]. ISSN: 0185-1594. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=292/29290204>

Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. Quinta edición. Recuperado de:
https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20a%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf

Hernández, S. (2014). *Factores de riesgos que influyen en la depresión del adulto mayor del Barrio Galilea, 2014*. Tesis de posgrado. Universidad de Córdoba. Recuperado de:
<http://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/123456789/885/DEPRESION%20EN%20EL%20ADULTO%20MAYOR%20revisado.doc%20ULTIMO.pdf?sequence=1>

Juárez, J., León, A. y Linares, V. (2012). *Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA. HH “Viña alta” – La Molina, Lima - Perú*. Rev Horiz. Med. Volumen 12(2), Abril – Junio. Universidad de San Martín de Porres. Recuperado de:
<http://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/101>

Licas, M. (2015). *Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral s.j.m - v.m.t 2014*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4159/Licas_tm.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Monterroso, K. (2012). *Tipos de depresión en personas de la tercera edad” (estudio realizado en la asociación del adulto mayor de la cabecera departamental de Quetzaltenango)*. Tesis de Licenciatura. Universidad Rafael Landívar. Recuperado de: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/22/Monterroso-Karim.pdf>

Montenegro, J. y Santiesteban Y. (2016). *Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Centro Poblado Los Coronados Mochumí – Lambayeque -2016*. Tesis de Licenciatura. Universidad Señor De Sipan. Recuperado de: <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/760/MONTENEGRO%20VALDIVIA%20JESSICA%20DEL%20MILAGRO%20y%20SANTISTEBAN%20BALDERA%20YESSICA%20MEDALY.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Orosco, C. (2015). *Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima*. Persona, (18), 91-104. [fecha de Consulta 22 de Febrero de 2020]. ISSN: 1560-6139. Recuperado de: www.redalyc.org/articulo.oa?id=147143428004

Organización Mundial de la Salud (OSM), (2018). *La depresión una salud mental*.

Recuperado de: <https://www.who.int/topics/depression/es/>

Osorio, G. (2015). *Abandono del adulto mayor en la casa de la tercera edad dependiente del sistema hidalgo*. Tesis de posgrado. Universidad Autónoma Del Estado De

Hidalgo. Recuperado de:

<http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/230/Abandono%20del%20adulto%20mayor%20en%20la%20casa.pdf?sequence=1>

Quiroz, A. y Toledo, B. (2016). *Esperanza y depresión en pacientes adultos mayores de una clínica geriátrica de Lima este, 2016*. Tesis de posgrado. Universidad

Peruana Unión. Recuperado de:

https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/127/Anita_Tesis_bachiller_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ramírez, E. (2016). *Relación entre autoestima y la depresión En los padres que asisten a la asociación Ayúdanos a ayudar a familiares y personas Con discapacidad del distrito de corrales - Tumbes, 2015*. Tesis de Posgrado. Universidad Católica

Los Ángeles de Chimbote. Recuperado de:

http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1488/AUTOESTIMA_DEPRESION_RAMIREZ_CAMPANA_EMILY_LIZETH.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Rojas, A. (2017). *Niveles de depresión en pacientes adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ventanilla – Alta*. Tesis de Licenciatura. Universidad Inca Garcilaso De La Vega. Recuperado de: <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1537/TRAB.SU.F.PROF.%20CASAS%20ROJAS%20ADRIAN%20FRANCISCO%20ANTONIO.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Sotelo, A. (2012). *La depresión en el adulto mayor una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención*. Archivos en Medicina Archivos en Medicina Familiar, 14(1), 5-13. [fecha de Consulta 22 de Febrero de 2020]. ISSN: 1405-9657. Recuperado de: www.redalyc.org/articulo.oa?id=50730962002
- Toapante, M. (2015). *Programa de recreación para disminuir la escala de depresión de los adultos mayores en el hogar de ancianos del instituto estupiñan*. Recuperado de: <https://scinapse.io/papers/2247231965>
- Torrejón, R. (2015). *Nivel de depresión en adultos mayores, asentamiento humano. Señor de los milagros. Chachapoyas - 2015*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Toribio Rodríguez De Mendoza De Amazonas. Recuperado de: <http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/143/Nivel%20de%20depre%20si%20en%20adultos%20mayores%20asentamiento%20humano.%20Se%20or%20de%20los%20Milagros.%20Chachapoyas-%202015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS

Anexo 1: Escala de autoevaluación de Depresión del Dr. William Zung

N°	Preguntas	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Total
1	Me siento triste y deprimido.	1	2	3	4	
2	Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.	4	3	2	1	
3	Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.	1	2	3	4	
4	Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches.	1	2	3	4	
5	Ahora tengo tanto apetito como antes.	4	3	2	1	
6	Todavía me siento atraído por el sexo opuesto.	4	3	2	1	
7	Creo que estoy adelgazando.	1	2	3	4	
8	Estoy estreñado.	1	2	3	4	
9	Tengo palpitaciones.	1	2	3	4	
10	Me canso por cualquier cosa.	1	2	3	4	
11	Mi cabeza está tan despejada como antes.	4	3	2	1	
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	4	3	2	1	
13	Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto.	1	2	3	4	
14	Tengo esperanza y confío en el futuro.	4	3	2	1	
15	Me siento más irritable que habitualmente.	1	2	3	4	
16	Encuentro fácil tomar decisiones.	4	3	2	1	
17	Me creo útil y necesario para la gente.	4	3	2	1	
18	Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.	4	3	2	1	

19	Creo que sería mejor para los demás si me muriera.	1	2	3	4	
20	Me gustan las mismas cosas que solían agradarme.	4	3	2	1	
Total						

Anexo 2: Consentimiento informado

Yo,....., identificado con DNI. N°....., de.....años de edad, autorizo mi consentimiento pleno a la Sra. Verónica Palacios Céspedes, con el único fin de que me practique las encuestas, para facilitar la realización de estudio, materia de investigación denominado DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DEL PUESTO DE SALUD DEL CENTRO POBLADO CABUYAL – TUMBES, 2018.

Habiendo sido informado (a) sobre el propósito del estudio y que ninguno de los procedimientos a utilizarse en la investigación pondrá en riesgo mi salud y bienestar, es que firmo el documento como prueba de mi aceptación.

Nombres y Apellidos:.....

Firma:..... DNI:.....

Tumbes.....de.....201.....

Anexo 3: Matriz de Consistencia

Problema	Variable	Dimensiones	Objetivos	Metodología	Técnica
¿Cuál es el nivel de depresión en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018?	Depresión	Estados Afectivos Trastorno Fisiológico Trastorno Psicomotores Trastornos Psíquicos	Objetivo general	Tipo de investigación	Encuesta
			Determinar el nivel de depresión en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.	Descriptiva de nivel cuantitativo	Instrumento
			Objetivos específicos	Diseño	La Escala de Autoevaluación de depresión. Por eso, Zung (1965) refiere que es una afección mental que genera diversos sentimientos que se describen como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado, además Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa, Cambio en el apetito, donde tiene un periodo de tiempo.
	Identificar el nivel de depresión según edad en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.	No experimental, transversal	Población y Muestra		
		Identificar el nivel de depresión según género en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.		La población muestral está constituida por 124 adultos mayores	
	Identificar el nivel de depresión según el grado de instrucción en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.	Características sociodemográficas	Genero Edad Grado de instrucción	Identificar el nivel de depresión según el grado de instrucción en el adulto mayor del Puesto de Salud del Centro Poblado Cabuyal – Tumbes, 2018.	