



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO

DE DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA –

CEDIF TUMBES, 2018

TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTORA:

KAREN DIAHAMN MARTINEZ LÓPEZ

ORCID: 0000-0003-0311-687X

ASESOR:

GUILLERMO ZETA RODRÍGUEZ

ORCID: 0000-0002-4031-5061

TUMBES – PERÚ

2020

EQUIPO DE TRABAJO

AUTORA

Martínez López, Karen Diahamn

ORCID: 0000-0003-0311-687X

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Estudiante de pregrado,
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

JURADO

Bravo Barreto, Elizabeth Edelmira

ORCID: 0000-0002-4246-6867

Coronado Zapata, Carlos Alberto

ORCID: 0000-0003-3526-8069

Reto Otero de Arredondo, Narcisa Elizabeth

ORCID: 0000-0002-8107-1657

HOJA DE FIRMA DEL JURADO Y ASESOR

MGTR. ELIZABETH EDELMIRA BRAVO BARRETO
PRESIDENTE

MGTR. CARLOS ALBERTO CORONADO ZAPATA
MIEMBRO

MGTR. NARCISA ELIZABETH RETO OTERO DE ARREDONDO
MIEMBRO

MGTR. GUILLERMO ZETA RODRÍGUEZ
ASESOR

DEDICATORIA

A Dios por la vida.

A mi madre por brindarme
todo su apoyo incondicional y así
llegar hacer una gran profesional.

A mis hermanos por darme
la fortaleza y el apoyo moral para
seguir adelante a pesar de
adversidades.

Karen M. L.

AGRADECIMIENTO

Al docente del curso de tesis por su dedicación, paciencia y su apoyo en esta investigación.

A mis compañeros por su apoyo, personal y humana.

De una manera infinita agradezco, a mi familia, a mi novio por su paciencia, comprensión, y solidaridad con este proyecto, por el tiempo que me han concedido.

Karen M. L.

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el propósito de identificar: ¿Cuál es el nivel de depresión en el adulto mayor del Centro del Desarrollo Integral de la Familia-CEDIF Tumbes, 2018? La investigación es de tipo descriptivo de nivel cuantitativo y de un diseño no experimental, transversal. La población muestral estuvo conformado por 82 adultos mayores; para la recolección de datos se aplicó el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) donde para el análisis de los datos se utilizó el programa Microsoft Excel 2016 y el programa estadístico SPSS versión 24 obteniendo medidas de estadísticas descriptivas, como tablas de distribución de frecuencia y porcentuales donde los resultados demuestran que un 40.24%(33) de los evaluados, se ubicó en un nivel de depresión moderada. Por otra parte, se encontró que en relación al género femenino un 21.95%(18) se encuentran en un nivel de depresión moderada, mientras que en relación al grado de instrucción el nivel de primaria incompleta se encuentra en un 19.51%(16) nivel de depresión moderada y según el estado civil los casados se ubican en un 19.51%(16) un nivel de depresión moderada. Concluyendo que el nivel de depresión de los adultos mayores se ubica en un nivel moderado.

Palabras claves: adultos, depresión, familia, mayores, rehabilitación, salud.

ABSTRACT

This research was carried out with the purpose of identifying: What is the level of depression in the elderly of the Center for the Integral Development of the Family-CEDIF Tumbes, 2018? The research is of a descriptive type of quantitative level and of a non-experimental, transversal design. The sample population was made up of 82 older adults; For data collection, the Beck II Depression Inventory (BDI-II) was applied, where the Microsoft Excel 2016 program and the SPSS version 24 statistical program were used for data analysis, obtaining descriptive statistics measures, such as distribution tables of frequency and percentage where the results show that 40.24% (33) of those evaluated were located in a level of moderate depression. On the other hand, it was found that in relation to the female gender, 21.95% (18) are in a level of moderate depression, while in relation to the level of instruction the incomplete primary level is at 19.51% (16) level of moderate depression and according to the marital status the married are located in a 19.51% (16) a level of moderate depression. Concluding that the level of depression in older adults is at a moderate level.

Keywords: adults, depression, family, elderly, rehabilitation, health.

CONTENIDO

	Pág.
EQUIPO DE TRABAJO	ii
HOJA DE FIRMA DEL JURADO Y ASESOR	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT.....	vii
CONTENIDO	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xii
ÍNDICE DE FIGURAS	xiii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	4
2.1. Antecedentes	4
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	4
2.1.2. Antecedentes nacionales	5
2.1.3. Antecedentes locales.....	7
2.2. Bases teóricas de la investigación.....	9
2.2.1. CEDIF Tumbes	9
2.2.1.1. Reseña histórica	9
2.2.1.2. Servicios.....	10
2.2.2. Depresión	11
2.2.2.1. Historia.....	11
2.2.2.2. Definición	14

2.2.2.3. Aproximaciones teóricas sobre depresión	19
2.2.2.4. Clasificación de la depresión	21
2.2.2.5. Dimensiones de la depresión	24
2.2.2.6. Agentes de riesgo	28
2.2.2.7. Síntomas de la depresión	29
2.2.2.8. Adulto mayor	30
2.2.2.10.2. Cambios sociales del envejecimiento	33
2.2.2.11. Depresión en el adulto mayor	33
2.2.2.12. Depresión en los Adultos Mayores Según Dimensiones:	35
2.2.2.12.1. Satisfacción con la vida	35
2.2.2.13. Causas de la depresión en el adulto mayor	37
2.2.2.13.1. Componente biológico como causa de la depresión en adultos mayores	37
2.2.2.13.2. Componente psicológico como principio de la depresión en adultos mayores	37
2.2.2.13.3. Componente social como causa de la depresión en adultos mayores	38
2.2.2.14. Formas clínicas	39
2.2.2.14.1. Depresión de inicio tardío:.....	39
2.2.2.15. Componentes de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor	40
2.2.2.16. Indicios de la depresión en el adulto mayor	49
2.2.2.17. Como apoyar al adulto mayor con depresión	51
2.2.2.18. Las consecuencias de la depresión en el adulto mayor	52
2.2.2.19. Clasificación de la población adulta mayor	53
2.2.2.20. Situación actual del adulto mayor en el Perú.....	54
2.2.2.21. Tratamiento de la depresión.....	55

2.2.2.22. Señales de la depresión en el adulto mayor	56
2.2.2.23. Actitud del anciano ante la depresión	59
2.2.2.24. Factores de enmascaramiento de la depresión en el paciente anciano.....	61
2.2.2.25. Cómo ayudar a un anciano con depresión	62
2.2.2.26. Envejecimiento y depresión	63
2.2.2.27. Cómo prevenir la depresión en adultos mayores	64
III. METODOLOGÍA	72
3.1. El tipo de investigación.....	72
3.2. Nivel de investigación de las tesis	72
3.3. Diseño de la investigación.	72
3.3.1. Esquema del diseño no experimental.....	72
3.3.2. Población y muestra.....	73
3.3.3. Población	73
3.3.4. Muestra	73
3.4. Definición y operacionalización de variables	74
3.4.1. Definición conceptual (DC).....	74
3.4.2. Definición operacional (DO)	74
3.5. Técnicas de instrumentos de recolección de datos	76
3.5.1. Técnica.....	76
3.5.2. Instrumento	76
3.6. Plan de análisis.....	79
3.7. Matriz de consistencia	80
IV. RESULTADOS	82
4.1. Resultados.....	82

4.2. Análisis de resultados	90
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	93
5.1. Conclusiones.....	93
5.2. Recomendaciones	94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95
ANEXOS.....	102
Anexo 1: Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)	102
Anexo 2: Consentimiento informado.....	105

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 3:	Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel de Depresión en el Adulto Mayor Del Centro de Desarrollo Integral de la Familia – CEDIF Tumbes, 2018.....	82
Tabla 4:	Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel de Depresión según el género en el Adulto Mayor Del Centro de Desarrollo Integral de la Familia – CEDIF Tumbes, 2018.....	84
Tabla 5:	Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel de Depresión según el grado de instrucción en el Adulto Mayor Del Centro de Desarrollo Integral de la Familia – CEDIF Tumbes, 2018.....	86
Tabla 6:	Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel de Depresión según el grado de instrucción en el Adulto Mayor Del Centro de Desarrollo Integral de la Familia – CEDIF Tumbes, 2018.....	88

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1:	Diagrama circular de la distribución porcentual de la Depresión en el Adulto Mayor Del Centro de Desarrollo Integral de la Familia – CEDIF Tumbes, 2018.....	82
Figura 2:	Diagrama circular de la distribución porcentual de la Depresión según el género en el Adulto Mayor Del Centro de Desarrollo Integral de la Familia – CEDIF Tumbes, 2018.	84
Figura 3:	Diagrama circular de la distribución porcentual de la Depresión según el grado de instrucción en el Adulto Mayor Del Centro de Desarrollo Integral de la Familia – CEDIF Tumbes, 2018.....	86
Figura 4:	Diagrama circular de la distribución porcentual de la Depresión según el estado civil en el Adulto Mayor Del Centro de Desarrollo Integral de la Familia – CEDIF Tumbes, 2018.....	88

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se deriva de la línea de investigación problemas de salud mental. Para la OMS (2013) la depresión es una alteración intelectual recurrente, que se distingue por la existencia de pena, desinterés, alteraciones del sueño o del apetito, sensación de culpa, escasez de concentración y percepción de cansancio. De tal modo que la depresión causa un daño total del ser humano, es decir, el raciocinio, estado de ánimo, el organismo, el intelecto, sus emociones, la conducta, la manera en que realizamos actividades como el de comer o dormir, lo que pensamos de nuestra vida, entre otros. Según Moreno (2016) en los últimos años 340 millones de seres humanos padecen de depresión en el orbe (se computa que entre el 2% y el 4% de los habitantes en general sufren esta clase de trastorno. A medida general la circunstancia de esta afección es hasta 2 veces más elevada en las féminas que los varones. La organización mundial de la salud coloca el acontecimiento de la depresión, entre los habitantes de las regiones más alto en un 15%. Su crecimiento y acontecimientos son de gran número y abarca en diferentes grupos de edad, sobre todo en los más jóvenes y ancianos. Cabe resaltar que la investigación se manifiesta debido a la preocupación sobre los tipos de vida que llevan las personas de la tercera edad, pues se puede observar en estos el desconsuelo que llevan producto por el desamparo de sus familiares, pérdida de algún familiar entre otras causas ampliando así la posibilidad de padecer depresión. La tercera edad es perjudicada en un origen con un desamparo social familiar, es decir, se quiebra el dialogo en el conjunto familiar, las conmociones traspasan al abandono en acoplamiento con el encierro del ser humano dejando a este en el olvido dándole un valor como si este fuese algo material. En este drama se puede decir que el conjunto poblacional está creciendo y adoptando obligaciones superiores innatas de la edad como el encierro, la mayoría de los sujetos de esta edad perciben jubilaciones y rentas bastante bajas que su sueldo normal, por tal razón suele surgir una declinación en su modelo de vida, excepto excepciones, la aflicción de sus familiares cercanos como no cercanos que perjudica a los seres humanos de edad avanzada, ya que todas las personas de esa edad empiezan a marcharse, se sienten cada vez más solitarios. Debido a la coyuntura descrita anteriormente se proyectó la siguiente pregunta: ¿Cuál es el nivel de depresión en el adulto mayor del Centro del Desarrollo Integral de la Familia-CEDIF Tumbes, 2018? En base a lo descrito el objetivo general es dar respuesta al

enunciado del problema que se plantea es por ello que se presenta el siguiente objetivo general: Determinar el nivel de depresión en el adulto mayor del Centro del Desarrollo Integral de la Familia-CEDIF Tumbes, 2018. Para lograr el objetivo general se hace necesario trabajar con los objetivos Específicos 1. Identificar el nivel de depresión según género en el adulto mayor del Centro del Desarrollo Integral de la Familia-CEDIF Tumbes, 2018; así mismo 2. Identificar el nivel de depresión según el grado de instrucción en el adulto mayor del Centro del Desarrollo Integral de la Familia-CEDIF Tumbes, 2018. Y como último objetivo 3. Identificar el nivel de depresión según estado civil en el adulto mayor del Centro del Desarrollo Integral de la Familia-CEDIF Tumbes, 2018. La realización de esta investigación es importante porque, no solo ayudará a identificar el nivel de depresión en el adulto mayor del Centro del Desarrollo Integral de la Familia-CEDIF sino también porque es un punto de salida para ejecutar acciones de prevención en grupos de riesgo identificados, en este entorno el experto de psicología que trabaja en un primer nivel de atención consume un papel protagonista, pues otorga una atención holística a las personas como un todo. Esta tesis de investigación se justifica desde tres puntos de vista: teórico, práctico y metodológico ya que ante el incuestionable aumento de los habitantes mayores de 60 años y el agrandamiento de la seguridad de vida al aflorar en nuestra patria y a nivel internacional, esta problemática ha traído consigo un singular disposición y atención a este conjunto de personas debido a las peculiaridades particulares y obligaciones determinadas, volviendo una población sensible a cualquier modificación de clase familiar, emocional, social, económica. Se utilizó un diseño no experimental, descriptivo; teniendo como población muestral 82 adultos mayores de ambos sexos La técnica de recolección de datos fue la encuesta; especialmente a través de la aplicación de la escala de depresión de Beck. El análisis y procesamiento de los datos se realizará en el Microsoft Excel 2016 y en el programa estadístico SPSS versión 24. La población estuvo conformada por 82 adultos mayores del Centro del Desarrollo Integral de la Familia-CEDIF Tumbes, 2018. Cuyos resultados obtenidos fueron los siguientes: Al procesarlos los resultados se encontró que en un 40.24%(33) de los evaluados, se ubicó en un nivel de depresión moderada, el 23.17%(19) se ubican en un nivel de depresión leve, el 20.73%(17) se ubica en un nivel de depresión severa y el 15.85%(13) se ubica en un nivel de depresión normal. Por otra parte, se encontró que, en relación al género

masculino, un 18.29% (15) en un nivel de depresión moderada, 14.63% (12) con un nivel de depresión severa, un 13.41% (11) con un nivel de depresión leve y un 9.76% (8) de los adultos mayores, sin depresión. Por otro lado, en el género femenino, se ubica un 21.95% (18) en un nivel de depresión moderada, un 9.76% (8) con un nivel de depresión leve, un 6.10% (5) de los adultos mayores, sin depresión, y otro 6.10% (5) con un nivel de depresión severa. En relación al grado de instrucción en el nivel primario completa un 6.10% (5) se encuentra en un nivel de depresión moderada, un 4.88% (4) con un nivel de depresión severa, un 3.66% (3) con un nivel de depresión leve y otro 1.22% (1) de los adultos mayores, sin depresión. Así mismo, en cuanto a los que no terminaron la primaria, se ubica un 19.51% (16) en un nivel de depresión moderada, un 10.98% (9) con un nivel de depresión leve, un 9.76% (8) de los adultos mayores, sin depresión y otro 7.32% (6) con un nivel de depresión severa. Por otro lado, en cuanto a los que culminaron la secundaria, encontramos a un 3.66% (3) con un nivel de depresión severa y otro 3.66% (3) de los adultos mayores, sin depresión, un 2.44% (2) en un nivel de depresión moderada, a su vez, ninguno de ellos se ubicó en un nivel de depresión leve. Finalmente, en cuanto a los que no culminaron la secundaria, se halló un 12.20% (10) en un nivel de depresión moderada, un 8.54% (7) con un nivel de depresión leve, un 4.88% (4) con un nivel de depresión severa y un 1.22% (1) de los adultos mayores, sin depresión y según su estado civil, los que están solteros, se encuentra un 8.54% (7) en un nivel de depresión moderada, un 3.66% (3) de los adultos mayores, sin depresión; otro 3.66% (3) con un nivel de depresión severa y un 1.22% (1) con un nivel de depresión leve. Así mismo, en cuanto a los que están casados, se encuentra un 19.51% (16) en un nivel de depresión moderada, un 12.20% (10) con un nivel de depresión leve, otro 12.20% (10) con un nivel de depresión severa y un 9.76% (8) de los adultos mayores, sin depresión. Finalmente, respecto a los que son viudos, se encuentra un 12.20% (10) en un nivel de depresión moderada, un 9.76% (8) con un nivel de depresión leve, un 4.88% (4) con un nivel de depresión severa y un 2.44% (2) de los adultos mayores, sin depresión. Concluyendo que el nivel de depresión de los adultos mayores se ubica en un nivel moderado; la presente investigación se estructurara de la siguiente manera: I. Título, resumen, índice, introducción, revisión de la literatura, metodología, resultados, referencias bibliográficas y anexos.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Crespo (2011) en su investigación sobre “Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Dégleg de la provincia del Cañar”, cuyo objetivo fue determinar la Prevalencia de la Depresión en Adultos Mayores, en Asilos de la Provincia del Cañar. Siendo una investigación descriptiva con una población conformada por 84 adultos mayores residentes en casas de reposo. El instrumento fue la escala de depresión de Yesavage, obteniéndose que: “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. 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.

Arboleda (2015) en su investigación denominada “Nivel De Depresión En Adultos Mayores Del Asilo De Ancianos Esposos Bishara De La Ciudad De Esmeraldas”, cuyo objetivo fue determinar el nivel de depresión en adultos mayores del asilo de anciano “Esposos Bishara” de la ciudad de Esmeraldas con una metodología de tipo descriptivo aplicada a una población conformada por 36 adultos mayores, utilizando la escala Depresiva Geriátrica de Yesague se obtuvo que el 45% de adultos mayores presentaban depresión establecida, un 41% problemas depresivos y el restante 14% no

presentaba depresión, llegando a la conclusión que los sentimientos de tristeza, abandono y soledad son los que los conlleva a un cuadro depresivo, a partir de estos conocimientos ayudar a que el adulto mayor no presenten cuadros depresivos, realizando terapias ocupacionales con la finalidad de que puedan mejorar su calidad de vida.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Montenegro y Santiesteban (2016), en su investigación titulada “Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del centro poblado los coronados Mochumi – Lambayeque- 2016”, que tuvo como objetivo determinar los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del centro poblado los coronados Mochumi – Lambayeque- 2016. La investigación es cuantitativa, descriptivo correlacional. La muestra estuvo conformada por 36 adultos mayores, teniendo como resultado que en el centro poblado “Los Coronados” Mochumi, se evidencia un alto porcentaje de adultos mayores, con estado de salud mental deteriorado, del cual el 45.8% presenta un estado depresivo severo y 37.5% estado depresivo moderado. Llegando a la conclusión que se rechaza la hipótesis de estudio “Los factores sociales tiene un alto grado de asociación con la depresión de adultos mayores, del centro poblado los coronados Mochumi – Lambayeque- 2016”, comprobándose que tanto el factor social como el psicológico tienen asociación significativa con la depresión ($p < 0.05$) en esta población.

Arévalo (2015) en su investigación denominada “Prevalencia de depresión en los adultos mayores del asilo de ancianos “San Francisco De Asís” de la ciudad de Iquitos 2015”, que tuvo como objetivo determinar la prevalencia de depresión en los adultos mayores de Asilo de ancianos “San Francisco de Asis” de la ciudad de Iquitos, 2015.

Siendo la investigación de tipo cuantitativo de diseño descriptivo transversal prospectivo y correlacional. La población estuvo conformada por 44 adultos mayores, teniendo como resultado según en la escala de Depresión Geriátrica (GDS) – Yesavage, que el 59.1% de los adultos mayores del Asilo de ancianos “San Francisco de Asís” de la ciudad de Iquitos no están deprimidos; y el 40.9% tienen un grado de depresión.

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

Álvarez Y Begazo (2015) en su tesis denominada “Repercusión De La Depresión En La Calidad De Vida De Los Adultos Mayores Del Albergue Buen Jesús, Arequipa 2015”, que tuvo como objetivo: Determinar la repercusión de depresión en los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús a través de los indicadores

sociodemográficos. La investigación se ubica en el campo de Ciencias de la Salud en un nivel Descriptivo y Explicativo. La población estuvo conformada por 40 adultos mayores del Albergue Buen Jesús, teniendo las siguientes conclusiones:

Los resultados muestran el grupo etéreo que predomina es de 78 años a más y de sexo Masculino, la mayoría proceden de los departamentos de Arequipa y Puno, son solteros y viudos, y no tienen familiares responsables, y los niveles de Depresión encontrados en la población de estudio son Moderada y Severa. Segunda: Se encontró una Mala Calidad de Vida en los Adultos Mayores. Tercera: Los Niveles de Depresión encontrados influyen en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores.

Licas (2015) en su investigación titulada “Nivel de Depresión del Adulto Mayor en un Centro de Atención Integral S.J.M - V.M.T 2014”, que tuvo como objetivo determinar el nivel de depresión de los adultos mayores que acuden al centro de atención integral del adulto mayor. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra poblacional estuvo constituida por 73 adultos mayores concluyó que los adultos mayores, llegando a la conclusión que los adultos mayores que acuden al centro de atención “TaytaWasi” presentan un nivel de depresión leve.

2.1.3. Antecedentes locales

Duque (2017) en su investigación llamada “Relación Entre El Clima Social Familiar y La Depresión En El Adulto Mayor Del Club Mi Esperanza, Corrales - Tumbes, 2017.”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del club mi Esperanza, Corrales - Tumbes, 2017. La población estuvo conformada por 30 adultos mayores entre las edades de 65 a 80 años del sexo masculino y femenino. Para la medición de las variables se utilizó como

instrumentos la Escala de Clima Social Familiar (FES), y Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung. Para determinar la relación entre las variables se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman. Como resultado se obtuvo que no existe relación significativa entre el clima social familiar y la depresión. Se llega a la conclusión que no existe relación significativa entre el clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del club Mi Esperanza, Corrales - Tumbes, 2017.

Celestino (2016) en su investigación denominada “Depresión Y Satisfacción Familiar En El Adulto Mayor Del Distrito De Zorritos – Tumbes, Periodo 2016” tuvo una investigación de diseño no experimental transversal, de tipo descriptivo - correlacional, tuvo una muestra de 60 adultos mayores. Se empleó el cuestionario de nivel de satisfacción del adulto mayor y La escala de depresión geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS). Logrando obtener como resultados, en función al objetivo general, que existe un 0,75 de Correlación Significativa de intensidad Medio Alta entre las variables Depresión y Satisfacción Familiar en los Adultos Mayores del distrito de Zorritos.

2.2. Bases teóricas de la investigación

2.2.1. CEDIF Tumbes

2.2.1.1. Reseña histórica

Como lo manifiesta Castaño (2015), se inicia con el Gobierno Militar de Juan Velasco Alvarado y perteneció al Junta de Asistencia Nacional a través de éste organismo se construye en Tumbes el Complejo Deportivo ubicado en la zona rural de Pampa Grande, en cuyas instalaciones también funcionaba un Taller de Modistería.

Hasta la década del 90 continuó funcionando como un centro deportivo abierto a la comunidad tumbesina, en el año de 1994 inicia sus actividades como un Centro de Cuidado Comunal a cargo del entonces Instituto Nacional de Bienestar Familiar (INABIF) Organismo Público Descentralizado del Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano (PROMUDEH), dependiendo de manera directa de la Gerencia de Promoción Familiar, en donde se diseñó la metodología de intervención para la atención de las niñas, niños, adolescentes, Adultos y Adultos Mayores en situación de pobreza, extrema pobreza y riesgo social, se empezó atendiendo a una pequeña población objetivo de 50 personas entre Niños, Niñas, Adolescentes, Madres y Adultos Mayores quienes recibían apoyo alimentario y participaban en los talleres socio formativos y actividades recreativas y deportivas

En 1997 se amplían las metas y los servicios asignándose un mayor presupuesto y un Equipo Técnico conformado por una Gerente, un Administrador y una Trabajadora Social.

En el año 2000 pasa hacer un Centro de Promoción Familiar, cuya metodología de intervención fue actualizada y el sistema de monitoreo fortalecido, a la vez que se amplió la meta de atención.

En noviembre del 2002 se crea el CCC “Centro de Cuidado Comunal en el Distrito de Papayal – Uña de Gato ampliando más su cobertura.

En el año 2005 pasa a ser un Centro de Desarrollo Integral Familiar (CEDIF-TUMBES), el cual atiende a 231 beneficiarios, y en el Centro de Cuidado Familiar “Jesús de la Buena Esperanza” ubicado en la zona rural y fronteriza de Uña de Gato (Zarumilla) se atiende a 100 beneficiarios.

En la actualidad el Centro de Desarrollo Integral Familiar – CEDIF “TUMBES” perteneciente al ex INABIF-MIMDES, es un programa social transferido a la Municipalidad Provincial de Tumbes, el 01 agosto del 2011 en cumplimiento al DS N° 044 de la PCM de fecha 17 mayo del 2011 por el cual en un término de 45 días se decide trasladar o transferir todos los programas sociales.

2.2.1.2. Servicios

- Servicio de Cuidado Diurno dirigido a las niñas y niños usuarios de 6 a 11 años y Servicio de Promoción del Adolescente de 12 a 17 a 17 años el cual incluye Taller de Refuerzo Escolar, Taller de Danzas, actividades deportivas y recreativas, Talleres socio formativos.
- Escuela de Padres: “Fortaleciendo Familias”
- Servicio de Comedor Transitorio en el cual se atiende de manera temporal casos sociales.
- Club del Adulto Mayor.
- Talleres Socio formativos dirigido a todos los beneficiarios de acuerdo a los servicios a donde pertenecen por edades, alimentación balanceada.
- Laborterapia: Mantenimiento del Biohuerto a cargo Adultos Mayores, Adolescentes y Niños beneficiarios.

2.2.2. Depresión

2.2.2.1. Historia

La depresión ha estado presente desde el comienzo de la humanidad. La Biblia cuenta como el rey Saúl padecía depresión y se suicidó. En el libro de Samuel podemos leer:

“Entonces tomó Saúl su propia espada y se echó sobre ella”.

En las antiguas culturas de Egipto y de Mesopotamia se describen casos de depresión, que originaban profundos sufrimientos y que trataban de explicar por la acción de fuerzas naturales. No obstante, si no encontraban alguna explicación natural, no dudaban en achacar la enfermedad a fuerzas sobrenaturales o al designio de los dioses.

Existen manifestaciones artísticas que recogen el estado depresivo con más de 5.000 años de antigüedad. El Dios Melancólico o Pensador de Hamangia es una figurita de un hombre con los brazos apoyados en las piernas (semejante a la escultura del Pensador de Rodin) que sostiene su cabeza con las manos. Tanto la actitud como la expresión de la cara evocan una profunda tristeza. Al parecer representa a un dios de las culturas neolíticas, el dios de la vegetación.

En la época griega

En la civilización griega los médicos trataron de explicar las enfermedades basándose en la teoría del paralelismo de los elementos básicos y los fluidos corporales:

Cuatro elementos básicos: fuego, tierra, agua y aire.

Cuatro fluidos corporales: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra.

Para los griegos cualquier enfermedad era explicada por su teoría de los humores, que, dicho sea de paso, gozó de una gran aceptación hasta el siglo XVII. El precursor fue Empédocles (490-430 a.C.) que estableció el término de “eutimia” o humor normal que equivalía a la salud en estado pleno.

Más tarde, Hipócrates (460-377 a.C.) clasificó las enfermedades según el tipo de humor que se alteraba, dando esto lugar a distintos temperamentos:

- Colérico.
- Flemático
- Sanguíneo.
- Melancólico.

Para Hipócrates la melancolía (término usado para hablar de depresión) era una alteración de la bilis negra. Es muy posible que la asociación de la depresión con la bilis negra tuviera que ver con la observación de los vómitos de algunos enfermos. En aquella época el uso de eméticos y purgantes era muy común.

Una de las más graves complicaciones que se pueden derivar de una depresión es el suicidio, bastante frecuente en la época griega, sin embargo, este hecho no fue vinculado con la depresión hasta el siglo XVII.

Junto al término de melancolía acuñado por Hipócrates, apareció en el siglo V el término “Acedía”. Aparece por primera vez en el siglo V, en el libro “Sobre el espíritu de la Tristeza” escrito por un monje italiano llamado Juan Cassien. Para este monje la acedía era un estado de angustia del corazón de los hombres virtuosos, que sufrían el doloroso vicio de la tristeza.

La palabra acedia proviene del vocablo griego “akedia” que se puede traducir como tristeza y angustia. Cassien consideró que este estado era provocado por la soledad y la pérdida de la fe en Dios.

La palabra acedia fue muy usada en círculos religiosos y populares, pero nunca llegó a contar con la aceptación de los “médicos” de la época.

La medicina renacentista

El renacimiento supone un cambio radical en la forma de entender al hombre. El concepto grecolatino es ampliado y el hombre entra a formar parte de un todo con el universo. Los renacentistas desarrollan el concepto de enfermedad como el resultado de la interacción de la teoría de los humores de Hipócrates con la pasión por los movimientos estelares y el estudio del firmamento.

Las enfermedades vendrán determinadas por los segmentos celestes y la influencia de los planetas. Los médicos renacentistas llegaron a realizar complejas combinaciones con los siguientes elementos:

- Principios fisiológicos (sangre, bilis, bilis negra y flema).
- Rasgos del temperamento (sanguíneo, flemático, colérico y melancólico).
- Posición en el segmento celeste (Saturno, Urano, Neptuno y Plutón).

Para los médicos renacentistas el “Melancholicus” corresponde al segmento celeste influido por el planeta Saturno. Para ellos, los términos saturnino y melancólico eran una misma cosa.

En su obra “De Melancolía” (1558) el catedrático granadino, Pedro de Mercado, presenta una marcada influencia de la religión en sus ideas. Considera que el diagnóstico de la melancolía corresponde al teólogo, aunque luego sean los físicos (médicos) los que se encarguen de su tratamiento. En esa época, tan influida por el temor al diablo, era célebre la frase:

“El demonio se alegra con el humor melancólico de una persona”.

En 1599, el médico renacentista André du Laurens consideró que la depresión melancólica era provocada por una alteración visceral.

La influencia astral y planetaria de la época todavía se observa en autores del siglo XVI y XVII:

Timothy Bright: “A Traitise of melancolía”, 1586.

Robert Barton: “Anatomy of melancholy”, 1621.

Y en el siglo XIX de la mano del psiquiatra francés, Jean Etienne D. Esquirol (1772-1840), la melancolía y la manía, pasan a formar parte del campo de la medicina y ser consideradas como enfermedades mentales independientes de otras alteraciones mentales con las que frecuentemente se mezclaban.

El abuso del término melancolía por los poetas y escritores románticos, influyó decisivamente en su pérdida de valor clínico. De esta forma el término “depresión” empezó a ganar popularidad entre los psiquiatras de la época. Castaño (2019)

2.2.2.2. Definición

Para la OMS (2013) la depresión es una alteración intelectual recurrente, que se distingue por la existencia de pena, desinterés, alteraciones del sueño o del apetito, sensación de culpa, escasez de concentración y percepción de cansancio. De tal modo que la depresión causa un daño total del ser humano, es decir, el raciocinio, estadio de

ánimo, el organismo, el intelecto, sus emociones, la conducta, la manera en que realizamos actividades como el de comer o dormir, lo que pensamos de nuestra vida, entre otros.

Según Beck citado en Torrejón (2015) con el pasar del tiempo muchos autores han tratado de fijar esta emoción mediante la cual nos sentimos muy tristes, nostálgicos, vacíos, melancólicos, sin ganas de existir. La manifestación de este sentimiento será distinta en cada ser humano que lo experimente, pero la aflicción, el gimoteo frágil, el decaimiento, la angustia serán comúnmente vivenciados. Beck lo expresaba como el estado anómalo del ser que se hace presente, mediante signos y síntomas, como un estado de ánimo parcial bajo, actitudes pesimistas, una pérdida de espontaneidad.

Según Delgadillo (2014) la depresión es un síntoma o conjunto de signos que perjudican principalmente el área afectiva: la pena patológica, irritabilidad, el agotamiento o un desorden del estado de ánimo que puede mermar en la productividad laboral o acotar la tarea vital usual, indistintamente de que su origen sea entendido o no. El abatimiento además puede manifestarse mediante el padecimiento cognitivo, volitivo o corporal. El ser humano afectado por la depresión puede no tener episodios de pena, sino extravió de disposición e ineptitud para gozar las tareas lúdicas cotidianas, así como una vivencia baja en motivación y más lenta del transcurso del venidero. El abatimiento puede causar resultados no positivos en la sociedad y en lo personal, desde la incapacidad laboral hasta la muerte.

Rojas (2016) manifiesta que “las depresiones son un grupo de enfermedades psiquiátricas hereditarias o adquirida, con una sintomatología definida a la que se

afilian cambios negativos de tipo orgánico, psicológico, conductual, cognitivo y afectivo”

De acuerdo a Katz (2013), el abatimiento viene hacer un grupo de expresiones hospitalarias que se usan para destinar a una a un proceso de variaciones cognitivas comportamentales (circunstancial o diaria, leves o moderadas o críticas). Mediante estas estas manifestaciones el ser humano ya no posee cabida al fortalecimiento social o m as bien estos dejan de ser coherentes a sus contestaciones o pierden afecto.

Según el Ministerio de salud de Chile (2013), es descrita sistemáticamente como una variación enfermiza del estado de ánimo, personificada por un descendimiento del humor que culmina en pena, seguida de muchos indicios que se mantienen por lo menos dos semanas. Con recurrencia tiende a expresarse en cualquier periodo de las etapas de vida y con muchos incidentes consiguiendo un curso repetido, con inclinación a la recuperación entre episodios.

Para Beck citado en Castillo (2015) el sujeto con depresión tiene una idea no positiva de sí mismo el ser humano depresivo posee una representación negativa de sí misma, de su venidero y del mundo (triada cognitiva) su raciocinio sobre la existencia es no positiva y continua y se caracteriza por el uso de inclinación cognitivas. Entre estas inclinaciones y la suposición repentina o suceso por el cual el ser humano acelera una terminación no positiva por falta de pruebas contrarias, con el raciocinio dicotómico inclinación a opinar toda practica en niveles opuestos, la idealización selectiva o inclinación a darse cuenta de una circunstancia como no positiva sobre la ayuda de un factor del mismo al venidero que se desconoce los demás factores que la distinguen, las fallas en la revaluación en el grado de la magnitud de un suceso y la personalización y generalización o generalizadas sobre acontecimientos de fuera.

Hall (2013) menciona que la depresión es una afección de muchos factores, quiere decir en la que participan muchos sucesos que implica el carácter y los aspectos de identidad como predisponentes, la exhibición a circunstancias de vida estresores. Perjudica el modo en que el ser humano come y duerme. Perjudica la manera como uno hace una valoración a sí mismo (autoestima) y el modo en que uno piensa. Un abatimiento no es igual que una condición de desconsuelo, no señala debilidad personal, no es un requisito de la cual uno se puede liberar por voluntad propia. Sucede entre adultos jóvenes, y las tasas bajas suceden entre individuos de 5 años de edad a más.

Pérez & García (citado por Ramírez E. 2017, pág. 28), refiere que depresión se usa no solo en el ámbito clínico, como popular. Estos dos contextos, señala la cierta vivencia de la fuerza que se podría detallar como pesadumbre y encogimiento, aunque, en todo caso, tiene un procedimiento demasiado maleable como para concertar a una aclaración breve

Bautista A y Rodríguez R (2001) La depresión se ha definido como un estado de tristeza y del ánimo, el cual se acompaña de una disminución de la actividad intelectual, física, social y ocupacional. De acuerdo con el DSM-IV, la depresión tiene como característica al poco interés y del satisfacer en casi todas las actividades que venía realizando el individuo, y que toma en cuenta que estas manifestaciones estén presentes por al menos dos semanas para que se pueda establecer el diagnóstico. La afección ocurre entonces en la esfera psíquica, somática y conductual, y se refleja en lo social, donde se pierde el interés de interactuar con el grupo social al que pertenece la persona y donde se pueden presentar datos principalmente de abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo y la pérdida de interés.

La depresión llega a ser las indisposiciones mentales que impide, por la vitola la pena, desvaloración del rendimiento o satisfacción, de almas con falta o baja de autoestima, estropicios de ensueño o anhelo, impresión de abatimiento y la inexactitud de aglomeración.

Según Porras (citado por Ramírez, 2017. Pág. 27) menciona que depresión significa desplome; es decir el sujeto tiende a sentirse derrotado, tiene una desvalorización de sí mismo y todo esto le causa problemas tanto en el aspecto cognitivo, emocional, psicológico y es allí donde el sujeto no tendrá motivación ni ganas de superación y estará expuesto a tener un fracaso escolar y lo estancará académicamente.

De esta manera Porras (citado por Ramírez, 2017. Pág. 28) ostenta que la depresión es cuando el individuo suele sentirse jaboneado que pueden ir desde el retraimiento psicomotor, generándole problemas en su aprendizaje ya que no tendrá ganas de nada y por ello tendrá una insatisfacción de todas las actividades que realice.

Con relación al comportamiento de las veintisiete manifestaciones pueden partir del aislamiento psicomotor incluso la exaltación que sobreviene del mecanismo ansioso. Asimismo, el deprimido se lamenta de no lograr crear nada, y esto es el producto del retraimiento, asimismo como también de no lograr complacerse en nada.

Es forzoso insistir en las ocasiones, existe una unión en las varias actividades se mantienen de las excelentes experiencias y al sentir se mezcla el estado afectivo incrementado el placer y su estado anímico es depresivo provocando insatisfacción que se aumenta y más así tenemos la impresión de que no hay salida y de abandono.

De Medicina Unidad Revista Editorial, S.L.U (2015). Se manifiesta que melancolía o tristeza forman parte de los sentimientos que están en aquellos instantes

de nuestras vidas en todos los individuos, así como el placer y felicidad. Los primeros mencionados no son patológicos, pero si pueden llegar a convertirse en patológicos en algunas personas cuando su estado de ánimo se encuentra en sufrimiento y sufre sentimientos extensos y graves de tristeza u otro síntoma que llega a perturbar la cualidad de poderse relacionar de manera social como lo puede ser en el lugar donde labora, donde pueda enfrentar el día, y es allí donde se empieza a transformar en una enfermedad conocida por depresión. (p.1).

2.2.2.3. Aproximaciones teóricas sobre depresión

Winokur (citado por Ramírez, 2018) ha propuesto que la depresión unipolar desde la perspectiva clínica, es un trastorno homogéneo, pero etiológicamente heterogéneo. La depresión es un problema de múltiples facetas caracterizado por un amplio número de síntomas que pueden, o no, estar presentes en cada paciente en particular. No todas las depresiones obedecen a las mismas causas. Por ello, en la actualidad hay un amplio número de teorías que intentan explicar la etiología de la depresión.

Para Lewinsohn y colaboradores las teorías conductuales y cognitivas de la depresión habían sido hasta entonces demasiado limitadas y simples. Ellos proponen un modelo en el que se plantea que la ocurrencia de la depresión se considera como un producto de factores tanto ambientales como disposiciones; la depresión se conceptualiza como el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones (Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 1997). En la reformulación de la teoría de la reducción del refuerzo positivo se incluye el fenómeno de la secuenciación de conexiones causales, que comienza cuando surge un acontecimiento potencialmente evocador de depresión, el cual interrumpe los patrones

de conducta automáticos del sujeto, produciendo todo ello una disminución de la tasa de refuerzo positivo y/o un número elevado de experiencias aversivas. Como consecuencia de todo ello, se produce un aumento de la conciencia de uno mismo (estado en el que la atención se dirige a uno mismo), la autocrítica y las expectativas negativas, traduciéndose todo ello en un aumento de la disforia con consecuencias de todo tipo conductuales, cognitivas, interpersonales.

Entrenamiento en autocontrol Rehm (citado por Ramírez, 2018) propuso un modelo de autocontrol para la depresión en el que intentó integrar los aspectos cognitivos y conductuales del trastorno. El entrenamiento en autocontrol para manejar la depresión hace énfasis en una combinación de la consecución progresiva de la meta, autorrefuerzo, manejo de contingencias y rendimiento conductual. En el entrenamiento de autocontrol, tal como lo desarrolló Rehm (citado por Ramirez), se entiende que la depresión es el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos. La teoría del autocontrol se centra en la contribución del individuo a esta relación negativa a través de las respuestas conductuales y cognitivas. Se teoriza que los individuos deprimidos tienen una tendencia perfeccionista, pretenden metas inalcanzables, se centran en los aspectos negativos de su entorno y se aplican pocos refuerzos mientras que la tasa de autocastigo es elevada. Esta teoría no intenta minimizar el papel de los factores ambientales, sino que considera que los acontecimientos positivos ocurren con una baja frecuencia a causa de sesgos cognitivos disfuncionales y déficit de estrategias de autocontrol. A través de una regulación errónea de las expectativas y de las estrategias de autoevaluación, por su codificación selectiva y procesamiento y recuperación de los acontecimientos negativos, la persona deprimida tiene un mayor riesgo de autocastigarse.

2.2.2.4. Clasificación de la depresión

Según Gonzales (2013) la depresión se puede dividir de acuerdo a sus signos y síntomas como depresión leve, depresión moderada, depresión severa.

Depresión leve. Es la impresión de notarse melancólico, desanimado emocionalmente decaído emocionalmente, y el extravió de interés en las tareas que anteriormente uno disfrutaba. La depresión no es una falta del ser humano que lo sufre como tampoco es una fragilidad de la personalidad. La depresión leve es una afección común que en ocasiones el propio paciente ignora o niega. El riesgo que implican las depresiones leves es que las personas que la padecen no se determinan como seres humanos depresivos. Los seres humanos con depresión leve suelen pensar que todo el mundo se siente como ellas, que es normal su tristeza. La depresión leve es una afección que empieza con leves indicaciones que de no ser correctamente tratadas derivan en un estado de padecimiento crónico y recurrente.

La depresión moderada. Puede causar dificultades con trabajo o con tareas diarias. Más de los signos son presentes que se encuentran en la manera suave de la depresión y son generalmente más obvios. Es un suceso mesurado de la depresión, las propiedades centrales son gracia baja, la carencia del disfrute, el pensamiento de la negativa y la energía reducida, que conducen al funcionamiento social y ocupacional disminuido.

La depresión severa. Es en estado en el cual las personas siempre se encuentran de mal humor, realizan movimientos lentos, presentan sensación de cansancio, en cuantiosas oportunidades los seres humanos que presentan depresión severa se encierran en un cuarto y rompen en llanto, ya que siempre se sienten con carencia de cariño y con intenciones de acabar con su vida.

Los métodos mundiales de diagnóstico más empleados son: el de la asociación psiquiátrica americana (DSM IV) y la décima revisión de la clasificación mundial de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE 10) de la organización mundial de la salud.

Ahora se enumerarán los métodos para la depresión, según los métodos de separación diagnóstica CIE 10 y DSM IV:

F32.0 Episodio depresivo leve CIE-10

A. Deben cumplirse los criterios generales del episodio depresivo.

B. Presencia de, por lo menos, 2 de los 3 síntomas siguientes

(1) Genio depresivo hasta un nivel notoriamente no normal para el ser humano, concurrente la gran mayor parte del día y aproximadamente cada día, difícilmente influido por las causas externas y permanente en al menos dos septenarios.

(2) Extravió de afecto o de la capacidad de gozar de tareas que generalmente eran re confortables.

(3) Descenso del vigor o incremento de la fatiga. Reducción de la energía o aumento de la fatigabilidad

C. Asimismo deben de estar presente uno o más manifestaciones de la posterior línea para que la suma total del cuatro:

(1) Extravió de la seguridad o reducción de la valía personal

(2) Sensación de no raciocinio de auto reproche o de error extremo e inapropiado.

(3) Lamento o demostraciones de la reducción en la capacidad de raciocinio o concentración, como por ejemplo la indecisión o incertidumbre.

(4) Permuta en la tarea psicomotriz, con alteración o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).

(5) Cualquier modificación de la somnolencia.

(6) Permuta en el aumento o disminución del apetito con su adecuada permuta en el peso.

F32.1 Episodio depresivo moderado CIE-10

A. Deben cumplirse los criterios generales del episodio depresivo

B. Presencia de, por lo menos, 2 de los 3 descritos en el criterio B de F32.0

(1) Genio depresivo incluso hasta un nivel notoriamente no normal para el ser humano, concurrente la gran mayor parte del día y aproximadamente cada día, difícilmente influido por las causas externas y permanente en al menos dos septenarios.

(2) Extravió de afecto o de la cabida de gozar de tareas que generalmente eran re Doctores en psiquiatría como Rubén Alvarado, Macarena Moral manifiestan que los ancianos en su episodio de depresión pueden transformar en dirección al desperfecto cognitivo inclusive hasta la demencia senil a pocos años de empezar la enfermedad depresiva.

Así mismo que el desencadenante de una crisis depresiva contribuye a una circunstancia de peligro para que se desarrolle el alzheimer.

En la ancianidad asiste una sucesión de circunstancias de variadas naturalezas que pueden ayudar a al surgimiento de esta patología entre los que se hallan:

- Extravió de la salubridad que surge en el ciclo vital. Muchas veces este extravió de salubridad limita el desperfecto utilitario con inclinación a la subordinación somática y extravió de libertad.

- Aparición de afecciones endémicas, extravió de familiares, amistades, individuos muy queridos en oportunidades seguidas de oposición de duelo patológicos.

- Mengua de la amplitud salarial.

- Extravió de papeles en regazo familiar con la salida de los vástagos y un rol mínimo del senil dentro de la familia.

- Permutas con la aparición del retiro que supedita una permuta tosa en las tareas y relaciones con la sociedad.

- Agentes biológicos presentes.

Muy a pesar de esto la etapa senil no es semejante a la depresión. No se debe desorientar el envejecimiento adecuado con una patología por más que en muchas circunstancias estén ahí una mayor introversión, reiteración y asistencia del ayer en determinados seniles. Esto quiere decir que no todos los adultos mayores se encuentran con depresión cuando surge en un senil son adecuados para su edad.

El abatimiento compone uno de los signos más recurrentes e inhabilitante de los individuos adultos mayores, siendo su recurrencia cambiante según el área cierto es que en ellos constituye un considerable dilema de la salud.

Según Espinoza (2016 pag.46) el abatimiento y la vejez han son vinculadas de distintas formas, antes se estimaba los signos de abatimiento cotidianos como una causa irreparable de la vejez, hoy en día no se estima así sino como producto de distintos elementos de peligro somáticos y psicosociales dignos de este ciclo de vida.

2.2.2.5. Dimensiones de la depresión

Fernández citado en Torrejón (2015) afirma que la depresión crea un derrumbamiento del plano vital en tres dimensiones: gracia depresiva, anergia o vaciamiento de impulsos (falta de impulsos), y por último la incomunicación.

Estado de ánimo depresivo: Sobresale inicialmente el pesimismo o amargura, la desesperanza, la melancolía, el aburrimiento de la vida o carencia de placer, los Desasosiegos morales y económicos, la hipocondría, las cefaleas, la opresión precordial y diferentes sensaciones de malestar corporal.

La anergia o vaciamiento de impulsos: Suele surgir reiteradas veces desde el inicio del desinterés o el abandono (falta de ganas), las preocupaciones obsesivas la incertidumbre el descenso de los quehaceres diarias en los trabajos o diversiones, la abstemia o dinamia (fatiga corporal), y el apagamiento de la libido sexual.

Las facciones más recurrentes al inicio son la pena ante cualquier circunstancia, la timidez social, las impresiones de soledad o aislamiento la irritabilidad, el abandono de las lecturas, radio o T.V. y el abandono en el aspecto personal y en el vestuario.

La organización Mundial de la Salud Explica (OMS). La depresión produce un hundimiento del plano vital en cuatro dimensiones: humor depresivo, anergia (falta de impulsos), discomunicación y, por último, alteración de los ritmos vitales de sueño-vigilia y alimentación.

Las dimensiones que establece Beck, son cinco dimensiones: afectiva, motivacional, cognitiva, conductual y física.

2.2.2.5.1. Depresión en la dimensión afectiva

El trastorno afectivo-emocional es un tipo de depresión que se ve afectada por los cambios de luminosidad provocadas por cada estación o por eventos que se suscitan en el ámbito personal de cada persona. Es un cambio de emociones según las investigaciones se cree que la melatonina y la serotonina (dos hormonas que ayudan a regular el ciclo del sueño, la energía y el estado de ánimo) pueden ser las responsables que la persona se sienta decaída presentando el trastorno afectivo emocional, sintiendo

que no valen nada, tienen sentimientos de desesperanza, todo en consecuencia de su estado emocional que se encuentra más irritable y sensible, asimismo se pierde el interés por todo aquello se disfrutaba, sintiéndose insatisfecho con muchas cosas y situaciones, pudiendo llegar a tener sentimientos de culpabilidad. (Rodríguez, citado por Ramírez, 2018).

2.2.2.5.2. Depresión en la dimensión motivacional

Los síntomas más conocidos de la depresión es la falta de motivación, sintiéndose incapaz de hacer algunas de las tareas que se solía hacer, por lo general se sufre una pérdida de energía que a su vez lo deja menos motivado para hacer alguna actividad, en el caso de los adolescentes tienen que cumplir con los trabajos académicos, siendo para ellos una gran dificultad ya que la persona no entiende porque tiene que hacerlas debido a que no tiene metas en su vida, ya que se siente indefenso e incapaz de dar soluciones tanto a tareas académicas como afrontar problemas en su vida cotidiana. (Catalán, citado por Ramírez, 2018).

2.2.2.5.3. Depresión en la dimensión cognitiva

Presentan dificultades en la concentración, pérdida de interés, pensamientos negativos, culpa, indecisión e ideas suicidas. Desde la perspectiva cognitiva (Aaron Beck, 1967) la depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. A este esquema se le conoce como la triada cognitiva, la persona se ve a sí mismo incapaz e inútil, quizás despreciable o defectuoso. Con relación a su entorno, interpreta en términos de daños y pérdidas la mayor parte de sus experiencias vitales al tiempo que cree que el futuro vendrá acompañado de fracasos y frustraciones. Otros enfoques plantean que el impacto de sucesos vitales estresantes

25 predispone a la depresión cuando la persona no posee habilidades específicas para enfrentarlos y resolverlos. (Dahab y Rivadeneira, citado por Ramírez, 2018).

2.2.2.5.4. Depresión en la dimensión conductual

Se produce un retraso o agitación psicomotriz, aislamiento, relación de dependencia, llanto y suicidio. Se ha encontrado en la teoría de aprendizaje una vía capaz de compatibilizar conocimientos procedentes de la investigación biológica y de clínica en psiquiatría. La elaboración de esquemas teóricos que explican la adquisición y mantenimiento de conductas como diseño de estrategias de intervención. (Dahab J. y Rivadeneira C. citado por Ramírez, 2018).

2.2.2.5.5. Depresión en la dimensión física

Se produce un insomnio o hipersomnias, fatiga, aumento o disminución de apetito, pérdida o incremento de peso, molestias gástricas y falta de deseo sexual. Está relacionada con el desequilibrio químico de los neurotransmisores y requiere un acompañamiento psiquiátrico adecuado, desde el diagnóstico hasta el tratamiento en sí. Sin estas medidas, la depresión tiende a agravarse. Las sensaciones físicas, pueden indicar la enfermedad como: El cansancio o fatiga (la universidad de Sao Paulo, explica que la falta de producción adecuada de los neurotransmisores serotonina, noradrenalina y dopamina genera una postración muy grande en los pacientes) provoca debilidad, cansancio, desánimo y falta de iniciativa para realizar cualquier actividad. El trastorno de sueño, el resultado de un sueño de mala calidad haciéndolo incapaz de desvincularse de los problemas. Los problemas digestivos, los cambios de apetito es posible que se presente un cuadro de anorexia o bulimia; dolores de cabeza con mayor frecuencia. (Aleteia, citado por Ramírez, 2018).

2.2.2.6. Agentes de riesgo

Klimstra, citado en Torrejón, (2015) hace referencia teniendo en cuenta los factores bio-psico-social, espirituales y culturales que se relacionan activamente en el ser humano comprenderemos especialmente el abatimiento en los adultos mayores. Durante la ancianidad suceden extravíos difíciles: esposo, amigos, laboral, papel en la parentela y en la humanidad, etc. Esto sitúa en ejecución aparatos de aclimatación que mientras no actúan, implican a una paupérrima figura y emociones de subordinación. El nivel de aclimatación ante estos extravíos, no solo será en relación de demandas mentales, sino que también obedecerá de los demás económicos, sociales y parentales con los que disponga el adulto mayor. La especie es un agente de riesgo fidedigno para desorden de abatimiento, con un peligro en féminas de 1.5 - 2 veces mayor que en hombres

Huenchuan, citado en Torrejón, (2015) considera que se ha aplacado una correlación rectamente proporcionada entre la edad y la pobreza. Las féminas exponen una incidencia mayor de pobreza, ya sea por sus requisitos de la especie como por sus alternativas generacionales y el acuerdo sociocultural. El retiro, la carencia de oportunidades, para seguir en un clima favorable y fructífero, beneficiaran en algunas, circunstancias creadoras de fracaso y signos deprimentes. Tanto así que es normal que, frente a estos fenómenos, el resultado del individuo se dirige hacia el retraimiento, instituyendo una paupérrima coacción con los familiares y amistades. Dichas pérdidas no son consecuencia o resultado de la depresión, si existe una correlación gradual entre ellas y el comienzo de los signos. Por lo consiguiente, la mayor parte de autores concuerdan en que la consecuencia simbolizada por estas mermas, no es apto para manifestar la aparición de un cuadro depresivo.

Castelli (2013) menciona que hoy en día, la neurotransmisión serotoninérgica se ha convertido en un inicio de interés al estudiar la depresión, y se ha identificado una disminución en la reuptake de 5 hidroxitriptamina en edades avanzadas.

2.2.2.7. Síntomas de la depresión

Para Torrejón (2015) el desorden de abatimiento es un requisito que aparece de diferentes modos. La manera más usual se conoce como desorden de abatimiento mayor, además conocida como abatimiento crónico. Otro muy usual es la depresión crónica, que toma el nombre de distimia. Dentro de los modelos de depresión están considerados el trastorno bipolar, depresión activa, estacional, atípica, depresión menor y depresión postparto.

El abatimiento usualmente mayor hace presente al menos 5 de los nueve indicios mencionados, uno de ellos es la melancolía o la extravió de interés en las tareas diarias.

La depresión mayor generalmente muestra mínimo 5 de los 9 síntomas detallados a continuación, tanto así que el primero de ellos es el desconsuelo o la merma de interés en actividades diarias.

- 1- melancolía durante todo el día, generalmente por las mañanas.
- 2- falta de interés en las tareas diarias.
- 3- permutas significativas en el apetito o del peso (puede ser aumento o disminución).
- 4- desvelo o modorra excesiva.
- 5- inquietud o aturdimiento.
- 6- cansancio o carencia de fuerzas
- 7- emociones de ineficacia o culpa.

8- insuficiente capacidad de concentración e indecisión.

9 Raciocinio constante sobre fallecimiento o suicidio.

Para ser apreciado como un principio para desorden de abatimiento mayor, los signos nombrados deben ser cotidianos y deben ser concurrentes durante más de dos semanas seguidas.

2.2.2.8. Adulto mayor

Según la Organización Mundial de la salud (2013) los individuos de 60 a 74 años son estimados de edad delantera; de 75 a 90 ancianos y las que exceden los 90 se estima como grandes seniles. De tal manera que a todo ser humano que sobre pasa los 60 años se les conoce de manera indistinto individuo de la tercera edad.

Para el MINSA (2005) las personas comprendidas como adultas mayores están comprendidas los de más de 60 años y es la última etapa de vida, considerados en el tipo de abordaje de promoción de la salud para realizar diferentes tareas en beneficio de este grupo etario.

Para Orosco (2015) la vejes es un periodo en la existencia y el envejecimiento un curso que ocurre a lo largo de nuestra vida. Tanto así que la vejes como el envejecimiento natural son elementos de saberes distintos en forma que el sujeto es un ser bio-psico-social. Por tal motivo el ser humano envejece o viejo es sujeto de conocimiento psicológico.

La ancianidad es un ciclo complejo de la existencia en que se afronta a una secuencia de sucesos individuales, jornaleras, parentales y culturales que permutan la visión del sí mismo y perjudican la propia personalidad. La figura que uno posee de sí mismo abarca elementos cognoscitivos y emocionales, y estos consecuentes estarían

correlacionados con la misma estimación, esta influye generalmente sobre la forma de actuar ante la existencia.

Por otra parte, para Orozco (2015), la entrada a asilo sospecha una manera de reubicación principalmente muy dura y complicado de elaborar. Es por ello que cuando el veterano abandona su hogar para ir a subsistir con algún pariente, estas personas siguen obteniendo a su distancia a individuos conocidos y que les lleva al recuerdo cada gesto de quién es, cómo es y quién fue.

2.2.2.9. Asilo para ancianos

Los adultos mayores ocupan un espacio importante en la sociedad. Actualmente representan el 11.7% de la población del país, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI, (2018). Es importante en este apartado, hablar sobre el abandono mismo, de la que son víctimas injustas, los miembros adultos más grandes del núcleo familiar, nuestros abuelitos o adultos.

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

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

se puede observar condicionado por su más grande longevidad; y visto que se acostumbran casar con hombres de más grande edad.

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

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

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

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

2.2.2.10. Cambios en el Envejecimiento

Según Reyes (2018) Son los cambios que se produce en lo mental, biológico, psicológico y social, siendo de gran importancia porque son los factores para la autopercepción, relaciones interpersonales y en las actividades diarias que puedan realizar. Estos cambios son:

2.2.2.10.1. Cambios físicos y psicológicos

La salud es importante en las personas adultas mayores debido a que influye en su vida ayudándolo a relacionarse con otras personas, si esto se ve afectado, obtendrá limitaciones en sus actividades diarias. Existen cambios que afectan a los

adultos mayores, tales como el ámbito: sensorial, perceptual, enfermedades de articulaciones, imagen corporal, pérdida de la termorregulación, pérdida de fuerza, endurecimiento de paredes arteriales, canas, etc.

En el ámbito psicológico, la persona adulta mayor se auto percibe de acuerdo a la dependencia que presenta, ya sea en el conocimiento, su actitud, motivación, y aprendizaje. Esta autopercepción tiende a cambiar de acuerdo a los años, lo cual puede generar: aislamiento, incapacidad de retención, necesidad de que personas la escuchen, miedo a la soledad, depresión, etc.

2.2.2.10.2. Cambios sociales del envejecimiento

En el proceso del envejecimiento la persona se adapta a estos cambios de su organismo el cual se va afectando su entorno social. Estos cambios interfieren en su rol en la sociedad, dificultando su adaptación e integración. Un adulto mayor con buen nivel de bienestar puede enfrentar cambios en su organismo y en la sociedad, aceptándose y adaptándose. Existen factores que condicionan para comportarse con los adultos los cuales son: la familia, el trabajo, la relación con otras personas.

2.2.2.11. Depresión en el adulto mayor

Según Gallo y Rabines (2013) refiere que la depresión no viene hacer algo normal en el transcurso y proceso de envejecimiento, de tal modo que hay una gran parte que los adultos mayores se sienten orgullosos con su vida, así sea por el incremento de dolencias físicas. Mientras tanto cuando se hace presente la depresión en personas de la tercera edad en muchos de los casos suele pasarse por alto, debido a que en la ancianidad se muestran signos menos claros porque están proclives a padecer o reconocer, emociones de melancolía o de pena.

Para Tanner, (2015) define a la depresión normalmente como conflicto de salud mental en los adultos mayores, un quince por ciento (15%) de los ancianos que tienen más de 65 años padecen de tipo de trastorno y en varias circunstancias no está diagnosticado o están siendo tratados como debería. Tanto así que a solo el 15% de los ancianos con depresión se les brinda un tratamiento acertado. Los ancianos que están condicionados a sus hogares entre el 26% y 44% poseen este problema de depresión y se considera que del 30% a 50% del total de los individuos adultos mayores poseerán una fase de depresión durante todo el tiempo de vida.

Así mismo Gallo y Coyne (2013) suponen que las personas de la tercera edad suelen poseer limitaciones medicas tales como enfermedades del corazón, algún tipo de cáncer que puede causar señales de depresión o derrames cerebrales. Oh quizá pueden estar ingiriendo medicamentos cuyas causas secundarias influyen a la depresión, más del 15% de personas de la tercera edad con una afección crónica de salud pueden sufrir este trastorno de depresión. Es usual que un adulto mayor se encuentre ingiriendo varios medicamentos, medicados por diferentes médicos o lo que es peor, auto medicado.

(Conwell, 2014) hace mención que ciertos fármacos o mezclas de ellos causan cambios físicos o mentales, al igual que variaciones en el cambio de ánimo. Por lo que el peligro de muerte es más considerable en ancianos hombres que en féminas. Hoy en día se conoce que varios de ellos padecen de afección depresiva que los doctores no estuvieron capaces de descubrir, por tanto, hay un número estimado de estas víctimas ya que muy poco visitaron a sus médicos en el mes anterior a su fallecimiento.

Asís mismo, es común que los adultos mayores se encuentren tomando varios medicamentos, recetados por distintos médicos o, lo que es peor, auto recetados.

Algunos medicamentos o combinaciones de ellos ocasionan alteraciones físicas o mentales, al igual que alteraciones en el estado de ánimo.

El riesgo de suicidio es más grande en adultos mayores hombres que en mujeres. Se sabe que muchos de ellos sufren de alguna enfermedad depresiva que los médicos no fueron capaces de detectar, ya que un porcentaje relevante de estas víctimas de suicidio a menudo visitaron a sus médicos en el mes anterior a su muerte.

2.2.2.12. Depresión en los Adultos Mayores Según Dimensiones:

2.2.2.12.1. Satisfacción con la vida

Diaz (2018) La persona tiende a añorar los años de su juventud, donde podría realizar sus actividades con toda normalidad y sin limitaciones; estos sentimientos se pueden contrarrestar con el apoyo familiar. Estas personas a esta edad son personas con una gran sabiduría, por ende, se debe evitar tomar decisiones por ellos. La satisfacción de la vida es algo subjetivo de la persona, el cual es el sentimiento que tiene en el momento de cómo está satisfecho con su existencia.

2.2.2.12.2. Actividades y pasa tiempo

En la edad adulta muchas de las funciones tienden a disminuir o a atrofiarse, siéndoles más imposible realizar actividades que antes realizaban con normalidad. Durante el envejecimiento, el cuerpo está expuesto a ciertas modificaciones tanto como la fuerza y se puede evidenciar una hipotonía muscular. Las actividades físicas son importantes para las personas adultas mayores, porque les sirve de ayuda emocional como físicamente. Entro los beneficios se encuentran:

- Bajo índice de caídas y fracturas.
- Disminuye la depresión.
- Previene la arterioesclerosis.

- mejora el patrón del sueño.

2.2.2.12.3. Estado de animo

Son actitudes de acuerdo al momento de presentarse. Entre ellos se clasifica en:

Sensación de abandono y soledad: Es muy típico en personas que han sufrido una pérdida, a ello se le suma la sensación de soledad debido a que sus hijos han hecho su vida lejos de sus 30 padres teniendo el sentimiento de abandono por ellos, o por el contrario, si viven con ellos se sienten una carga para sus hijos.

Culpabilidad: Son los sentimientos que se presentan cuando las personas adultas mayores cometen errores sin posibilidad a ser solucionado por ellos mismos, lo cual genera inseguridad en ellos mismos.

Cercanía de la muerte: A medida una persona envejece se ve más cercano a la muerte, lo cual es sinónimo de miedo en ellos.

Sensación de tiempo perdido: Durante la juventud muchas personas añoran planes, ilusiones que no logran realizar y cuando envejecen se arrepienten, y anhelan regresar el tiempo para poder realizarlo, en estos casos se debe remarcar en ellos todas las cosas buenas que han realizado y por lo cual sentirse orgullosos.

2.2.2.12.4. Fallas de cognición

Pérdida de autoridad y prestigio: Cuando una persona envejece pierde autoridades y son relegados a los más jóvenes, olvidando así la gran sabiduría que tienen y el conocimiento del cual las personas jóvenes carecen. Estas personas adultas mayores pierden la autoridad de opinar sobre situaciones importantes, siendo relegados de muchas de las funciones.

2.2.2.12.5. Situación socioeconómica

Jubilación: Cuando una persona está dedicada a su trabajo y lo ve como parte de su vida se le hace difícil el momento de la jubilación porque ya no tendrá actividades que realizar, teniendo tiempo libre para muchas cosas, pero al mismo tiempo sin actividades que hacer, a la hora de recibir su pensión lo ven insuficiente para cubrir sus necesidades y añoran el tiempo donde eran más productivos y podían ganar más dinero.

2.2.2.13. Causas de la depresión en el adulto mayor

Para Campagne (2016) el inicio de una crisis depresiva es indeterminada. Debido a ello a continuación, se manifiestan las tres dimensiones que de una u otra manera generan el trastorno, esto se puede dar de una manera individual o combinada.

2.2.2.13.1. Componente biológico como causa de la depresión en adultos mayores

Según Campagne (2016) los síntomas que revela la depresión pueden deberse a un ciclo de afectaciones de índole orgánica.

- Cambios bioquímicos en la zona cerebral, la cual actúan en la regulación de ciertos neurotransmisores (noradrenalina dopamina, serotonina).
- Carencia de minerales y vitaminas relacionales a la dieta.
- Afecciones crónicas: de condición metabólica (déficit de vitamina B12), de tipo autoinmune (lupus), provocadas por infecciones virales: hepatitis, cáncer
- Afecciones de la tiroides y paratiroides

2.2.2.13.2. Componente psicológico como principio de la depresión en adultos mayores

Así mismo Campagne (2016) manifiesta que mientras el envejecimiento puede salir en el adulto mayor un ciclo de pensamientos y sentimientos o emociones una serie de carácter negativo:

- Descenso de la autoestima.
- Incremento de la incertidumbre
- Impresión de inutilidad.
- Desorientación de control sobre su entorno.
- Ausencia o escasez de motivación vital
- Impresión de bajada.
- Vivencias de inutilidad
- Temor a eventualidades de la existencia no deseada y desagradable, por ejemplo, apariciones de enfermedades graves o abandono.

2.2.2.13.3. Componente social como causa de la depresión en adultos mayores

Es usual que para Campagne (2016), mientras este ciclo vital, las personas de la tercera edad escarminante varias casualidades reconocidas como acontecimientos estresantes. Éstos episodios hacen referencia a aquellos sucesos relevantes en la vida de un individuo, por lo que esto provoca tensión y, casi en la mayor parte de ocasiones, necesidad de readaptarse: pérdida de seres deseados (amigos, familiares, cónyuge), carencia del soporte social, laceración o afección personal, jubilación. Dichos sucesos vitales agobiantes que más repetidamente traen consigo la depresión en las personas de la tercera edad, son aquellos que ocurren de forma tosca, aquellos que no son manejables, otros que resultan manejables, los sucesos que acontecen de forma repetitiva y los que surgen de forma conjunta o en racimo.

En definitiva, Campagne (2016), considera que la fase de envejecimiento se nota influenciada irreparablemente por los sucesos de mermas y duelos seguidos. Pero esto no consiste solo de la decaída de seres deseados, sino que también por la pérdida de desplazamientos, de ocupación e incluso la pérdida de uno mismo al momento de hacer frente a la propia expiración.

2.2.2.14. Formas clínicas

2.2.2.14.1. Depresión de inicio tardío:

Es importante diferenciar la Depresión cuyo inicio se ha producido en la edad tardía de los episodios depresivos que comenzaron en la edad adulta y cuyas recurrencias aparecen también en épocas tardías. Esta forma de depresión se ha venido a denominar depresión vascular y es más frecuente de lo que se pensaba en un principio. La enfermedad cerebrovascular puede incrementar la vulnerabilidad en personas mayores para el desarrollo de Depresión a través de una variedad de mecanismos neurobiológicos. La Depresión puede desarrollarse tras un accidente cerebrovascular agudo o bien asociado a cambios isquémicos crónicos en el cerebro, habiendo sido estos últimos todavía reconocidos recientemente. Pacientes con lesiones en el hemisferio izquierdo, especialmente en el córtex prefrontal izquierdo, tienden a tener incremento de la frecuencia y severidad de la Depresión. El período de mayor riesgo son los primeros dos años desde aparición de ictus, con pico de prevalencia en los primeros 3-6 meses. Alberdi, Fernández, Iglesias (citado por Quinto, 2018).

2.2.2.14.2. Depresión sin criterios de Depresión Mayor, clínicamente significativa o “subsíndrome”:

El número de personas con síntomas depresivos que no cumplen los criterios de Depresión Mayor excede claramente al que sí los cumple. Son pacientes con

síntomas afectivos de menor intensidad o duración de lo requerido para el diagnóstico de Depresión Mayor pero que inciden de manera significativa en su rendimiento personal y relacional. Esta situación clínica no encuentra un claro acomodo en las clasificaciones actuales y podría estar situada dentro de las siguientes: remisión parcial o pródromos de depresión mayor, trastornos debidos a enfermedad somática, depresión menor, trastorno depresivo breve recurrente, distimia, o antiguos diagnósticos de CIE9 como personalidad depresiva o depresión neurótica. Todos estos diagnósticos se diferencian mal entre sí, pero suelen poder diferenciarse relativamente bien de la depresión mayor, cuyo concepto es el que resulta más claro, sobre todo si se acompaña de síntomas melancólicos. Las formas menores de depresión causan un considerable sufrimiento e impacto en la calidad de vida al paciente anciano, que puede ser similar a la depresión mayor, por lo que presentan un riesgo importante para desarrollar una depresión mayor e ideación suicida. Alberdi, Fernández, Iglesias (citado por Quinto, 2018).

2.2.2.14.3. Depresión secundaria:

El proceso de envejecimiento y la mayor prevalencia de enfermedades orgánicas en este grupo poblacional, dan lugar a una mayor vulnerabilidad para desarrollar Síndromes Depresivos que frecuentemente presentan un curso crónico e incapacitante. Algunas de las causas médicas y farmacológicas de Depresión geriátrica. Alberdi, Fernández, Iglesias (citado por Quinto, 2018).

2.2.2.15. Componentes de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor

Para Campagne (2016) constan de algunas particularidades de carácter psicológico, biológico y social, que pueden posibilitar la primicia de un trastorno depresivo en las personas de la tercera edad, así como a colaborar a que se atormente:

- Género: Es uno de los agentes de peligro que están concernientes con la depresión durante la ancianidad es ser fémina: Las féminas sufren de depresión con más inclinación que los hombres.
- Haber padecido una peripecia cerebrovascular (depresión post-ictus).
- Sufrir afecciones neurodegenerativas.
- La ingesta de fármacos a diario.
- Tener un tipo de temperamento inseguro que conllevan a unos escasos de recursos de afrontamiento y/o autoestima baja
- Sufrir afecciones hospitalarias dolorosas.
- Albergar un hogar que sea para individuos mayores.
- Padecer trastorno del sueño.
- Se necesita contar con poco o nada de soporte social.
- •Encontrarse triste y sentir soledad
- Exceso del uso de alcohol
- Insuficientes recursos económicos
- •Hallarse en un proceso de duelo.

Percibir de un procedimiento antidepresivo es escaso solo el quince por ciento (15%) de las personas de la tercera edad con depresión es favorecido con un tratamiento apropiado.

Según Sinchire (2017 pag. 19) dentro de los factores de riesgo asociados a la depresión se localizan los: factores, biológicos, sociales y psicológicos.

2.2.2.15.1. Factores Biológicos.

(Cuadros, citado en Sinchire 2017 pag. 20). manifiesta que la depresión posee un resultado sistémico y los ancianos deprimidos consideran poseer mayor

susceptibilidad para las enfermedades, parte que esta patología origina cambios hormonales, inmunológicos y neurológicos. Se ha confirmado que la bioquímica del cerebro cumple un papel significativo en los trastornos depresivos. Por ejemplo, los individuos con depresión crítica típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, destacadas como neurotransmisores, así, el movimiento de la serotonina y su unión a ciertos receptores reduce con el envejecimiento, coadyuvando para la fisiopatología de la depresión.

(Cuadros, 2011) resalta que el déficit de la salud física y las limitaciones funcionales. De tal manera que la salud física viene a ser una de las preocupaciones básicas de diversas personas mayores de edad y que se encuentra frecuentemente relacionada con el estado de salud mental. Si bien es cierto el aumento de dos terceras partes de los individuos que tienen más de 55 años han sufrido, por lo menos, un mal crónico que fue diagnosticado durante el transcurso de su existencia, y en torno a un 40 % han obtenido dos o más enfermedades de esta clase

Asimismo, es comprobado que hay una comorbilidad trascendental de aquellos trastornos de salud mental y de aquellos males crónicos, que incluyen las lesiones recurrentes, ejemplo, los accidentes cardiovasculares las caídas, y el dolor crónico. Si bien es cierto las crisis mentales obtienen un impacto en la discapacidad, en el progreso de la enfermedad, cumplimiento terapéutico y riesgo de mortalidad prematura. De igual modo, que una determinada cantidad de personas mayores perciben también limitaciones funcionales y esto se debe a los problemas relacionados con la salud. Por ejemplo, se da a conocer que un tercio de la población de adultos mayores experimentan limitaciones del movimiento y discapacidad en la visión y audición.

De tal manera que las actividades funcionales se coligaron con la presencia de depresión siendo las personas de la tercera edad con una carencia funcional, es por eso que ellos son los que poseen mayor prevalencia de síntomas severos, depresivos moderados, en paralelo con los de una apropiada funcionalidad.

2.2.2.15.2. Factores Psicológicos.

(Ferreira, citado en Sinchire 2017 pag.21) Los segmentos mentales más sobrenaturales que asumen un trabajo en la mejora de la miseria incorporan las desgracias innatas en la madurez, por ejemplo, las de bienestar o personas dignas de mención, al igual que la desolación experimentada por los ancianos en los enfoques geriátricos.

(Sinchire, 2017 p.21) Los individuos institucionalizados más experimentados tienen problemas mentales más genuinos que los individuos que permanecen con sus familias, debido a la proximidad de las variables individuales e institucionales que afectan su temperamento. De manera similar, las indicaciones identificadas con un estado mental engorroso y la gravedad de la enfermedad (por ejemplo, deseando estar muerto, el futuro más sombrío) y algunos efectos secundarios no explícitos son cada vez más básicos en personas que viven en hogares de ancianos en contraste con personas más establecidas. Con las personas que viven en la colectividad.

Cuadros, citado en Sinchire, 2017 pag. 21) Nos habla sobre la personalidad. Diversos estudios en personas de la tercera edad señalan que los individuos con esquemas mentales contradictorios, falta de control sobre las circunstancias de la vida, baja autoestima y tendencia a la preocupación excesiva son más proclives a sufrir de depresión (Cuadros, 2011). En cuanto a estos atributos pueden resaltar el efecto de las distintas situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o

reponerse de las mismas. Aparentemente, aquellos patrones de pensamiento negativo típicamente se van construyendo en la niñez o adolescencia y van accediendo a lo largo del tiempo un patrón de pensamiento depresivo. (Ruiz, citado en Sinchire, 2017 pag. 21)

La depresión, como lo indican numerosos creadores, es uno más de los sentimientos de inquietud en esta fase de mejora, ya que su impresión se basa en el grupo alentador social de personas accesibles para el individuo y sus propios activos mentales, en ese punto, no debe relacionarse como Un legado de madurez, sin embargo, está sujeto al sistema de impactos sociales y sociales que se unen a la vida de los mayores (Cuadros, 2011). Por lo tanto, la depresión en los adultos mayores está relacionada con su reconocimiento, su actitud, la capacidad de adaptación y el mejor enfoque para determinar sus problemas.

(Ruiz, 2008) "Esa es la razón por la que hablamos de dos tipos de depresión: el resumen, cuyo estado no se busca, que desconcierta y hace que el individuo se sienta solo. El objetivo alude a la ausencia de organización duradera o transitoria, a pesar del hecho de que esto no es constantemente indeseable y puede convertirse en un conocimiento ideal y remunerador.

Desilusión individual Según Sinchire (2017 página 21), el cumplimiento de la vida se caracteriza por ser una proporción psicológica del cambio entre los destinos ideales y las secuelas continuas de la vida, y habla de una combinación de la evaluación de los logros y objetivos que abarca el curso de la vida. completo Para que la medida dependa en gran medida de la ecualización individual de cada sujeto, las personas más experimentadas deberían intentar cargar con sustancia, querer e intentar establecer nuevas conexiones y ejercicios que ofrezcan importancia a su realidad.

Inga y Vara, referidos en Sinchire, (2017 p.22). Las desgracias y el dolor. La vida llena de sentimientos de los adultos más experimentados se distingue por una expansión de desgracias, llamándolos, al igual que los encuentros en los que piensa que nunca más tiene algo que sea digno de mención para él en un nivel abstracto y genuino. Lo que, es más, como una característica de estos alude a la pérdida del autogobierno (lo que le gustaría luchar por usted mismo) y las desgracias que generalmente se identifican con la muerte de amigos y familiares, y la jubilación, que influyen en la condición entusiasta de La población general de la tercera edad.

La Muerte del Cónyuge e Hijos. Según Sinchire (2017 pag.22) La fase de viudez es típicamente el desencadenante primordial del sentimiento de desolación en las eras propulsadas. Hasta tal punto que el adulto más experimentado termina abruptamente sin la organización y la amistad que tenía con su cómplice, y esto comienza a presentar problemas individuales de adaptación a la viudez de un reflexivo que no puede ser exclusivamente apasionado, igualmente material y Aludiendo a la administración del tiempo de las empresas del hogar y de la actividad local y pública. Cuanto más cerca haya estado la pareja, más prominente será el efecto apasionante de la desaparición de uno de ellos, ni la cercanía de diferentes personas aligerará los sentimientos de depresión y miseria. La manera en que los mayores viven la organización de la pareja hasta la última fase de sus días es uno de los factores significativos para la posterior elaboración de la aflicción y la depresión.

(Chávez, citado en Sinchire, 2017 p.22). Diferentes pérdidas. Es debido a la edad, a la cantidad de fallecimientos de cualquiera de sus seres queridos, al número creciente de desgracias en un breve período, que puede hacer que el sujeto se inunda y no detalla los duelos. Esa es la razón separada de estas desgracias, hay otras varias

que los individuos más establecidos pueden entender, ya que la pérdida de su condición, la pérdida de la ocupación, el poder físico, los grupos familiares, incluidas las inconcebabilidades físicas, la disminución de las sensaciones de poseer y, para unos pocos, la pérdida de cerebro funciona.

2.2.2.15.3. Factores Sociales.

(Sinchire, 2017 pag. 23) Las causas que llevan a un sujeto a terminar desanimado son diferentes, sin un acuerdo con respecto a los científicos todavía; Dentro de estas variables se encuentran la viudez, las relaciones sociales, el respaldo familiar y las condiciones estadísticas.

En un examen con adultos más experimentados que sesenta años, se eliminó el impacto de los segmentos biosociales en su etapa de carga, con un total de ciento cuarenta y nueve personas de los antiguos "que se desanimaron, fue descubrió que la Depresión ganó en la edad madura sesenta a sesenta y nueve, femenina, resignada, afligida y con un bajo grado de instrucción. El 90.6% se clasificó como responsable de su recesión en ciertas ocasiones de la vida; como el apoyo socio-familiar deficiente obviamente ayudó a su pesimismo actual (Pérez y Arcia, 2010). La disminución en el estado monetario, la jubilación y la falta de oportunidades para permanecer en un dominio "rentable", apoyará en ciertas circunstancias la creación de decepciones y una carga onerosa. indicaciones

(Portada, 2013) Falta de apoyo social y familiar. El motivo de la producción de los focos geriátricos es brindar a la familia una ayuda de gran alcance para aquellas personas mayores que no pueden obtener la consideración solicitada en sus hogares, debido a la naturaleza multifacética de sus patologías, al igual que la falta de tiempo de las personas. de la reunión familiar, en cualquier caso, esta "expectativa" de las

habitaciones es algo del pasado, o que incluye un número reducido de casos. (Portada, 2013). La copia de seguridad de la familia se percibe como una cara de significado provechoso para estas personas con un problema oneroso, donde en una condición familiar constructiva, que muestra solidaridad familiar, congruencia, respeto, exposiciones de amistad y un intercambio apropiado unido por una "auténtica actitud de sentimientos entre individuos en cualquier punto pertinente, si en realidad, en algún lugar la familia se rompe, los ancianos generalmente son progresivamente indefensos contra las manifestaciones pesadas.

(Ayala, 2011) Cambios en el papel social de los ancianos. Los cambios bruscos estándar en el estilo de vida, la ruptura de las capacidades llevadas a cabo por el antiguo da el fundamento de un estado oneroso en esta población. El peligro más sorprendente surge cuando el individuo renuncia a la vieja realidad o el trabajo y aún no se ha incorporado a las nuevas o nuevas capacidades (Ayala, 2011). Mientras tanto, la disminución en los elementos de individuos más establecidos (trabajo del abuelo, cónyuge, compañero, trabajo, etc.) ha confundido la pérdida de regiones de tener un lugar y de alguna manera ha producido algún nivel de debilidad. personas mayores en la mayoría de las ocasiones de desaliento y desmoralización, sobre la base de que su "compromiso" social y familiar no se estima, estableciendo un peso para la sociedad y la familia.

(Cardona, et al., 2010) Falta de Actividades de Ocio. La ejecución de diversas actividades lúdicas alcanza ser la oposición al vacío que puede dejar la extensión del tiempo libre provocado, por ejemplo, por una destitución. El uso de actividades cotidianas cumple un papel transcendental en el estado emocional de los adultos mayores. Así los adultos mayores institucionalizados pueden tener una excelente salud

mental, cada vez que ejecuten diferentes actividades, por ejemplo, juegos, ejercicios rítmicos, actividades deportivas, paseos ya que esto conlleva a un repertorio de comportamientos saludables de esta población. Así mismo la ejecución de las actividades lúdicas adentro de los establecimientos geriátricos, socializan y realzan en los adultos mayores su estado de adulto mayor institucionalizado.

2.2.2.15.4. Factores Institucionales y Trato del Personal de Cuidado Diario.

(Cardona, et al., 2010) Entre de los principios institucionales se abordará, tanto los tipos de las residencias geriátricas ya sea el trato que brinda el profesional de cuidado cotidiano asociados a la depresión en los individuos de tercera edad.

(Rubio, 2007) manifiesta que la depresión está relacionada con componentes institucionales y con el trato que brinda el profesional sanitario, a fin de que tenemos que tener en cuenta que en algunos establecimientos geriátricos se muestran escenas de maltrato físico y psicológico y esto conlleva a la aparición de indicios depresivos, sentimientos de ineficacia, aislamiento, vergüenza, , temor, ansiedad, negación, mayor pérdida de autonomía, baja autoestima y abatimiento lo cual esto puede conllevar a un aumento de riesgos de muerte.

2.2.2.15.5. Factores de Protección.

(Chávez,2011) refiere que muchas personas adultas mayores que han padecido mermas transcendentales se deprimen, pero la gran mayoría, en ocasiones similares, no lo hacen, se podría decir que, el temperamento de los adultos mayores a ciertos recursos, tales como la resiliencia, que otorga al adulto la capacidad humana para afrontar, y salir fortificado o transformado por situaciones de peligro.

Entendemos que es muy significativo abarcar el tema del temperamento en la ancianidad y su dominio en el estado de ánimo depresivo, por lo tanto, se ejecutará

una aproximación conceptual a los términos resiliencia, conceptos que ayudan elocuentemente a estar al tanto de la realidad de los individuos en la ancianidad.

(Rodríguez, 2009) En la ancianidad, la definición de resiliencia cobra preeminencia, puesto a que en esta etapa se muestran diferentes sucesos críticos y altamente estresantes y, cabe resaltar que, a pesar de ello, muchos individuos mayores se adecuan a tales situaciones sin exponer un decremento en su comodidad o en la satisfacción con la vida.

(Jiménez, 2011). Resiliencia es la capacidad que posee un individuo para prosperar y vivir positivamente en la sociedad aun habiendo experimentado circunstancias adversas con el riesgo a un desenlace negativo.

2.2.2.16. Indicios de la depresión en el adulto mayor

Para Duque (2016) el abatimiento es un trastorno del estado del humor. No obstante, mientras el curso de este, el anciano puede mostrar ciertas carencias neuropsicológicas. Mediante la edad adulta es habitual que el veterano presente algunas permutas en el área cerebral, mediante el cual se observa minimizada su ligereza de almacenamiento, así como su profundidad de recuerdo. No todos los sujetos se ven perjudicados en este modo, mientras tanto no es raro que aquellos veteranos que sufren de abatimiento tengan además algunos problemas neuropsicológicos referidas posteriormente, lo que recomendable que el anciano ejecute tareas de incitación que fortalezcan sus intelectos.

a) Carencias neuropsicológicas ocasionados por la depresión

- Problemas en evocación episódica (recuerdo de sucesos antiguos):
- Desperfecto en el recuerdo transitorio y el recuerdo verbal a raíz de la influencia de raciocinios negativos.

- Carencia del recuerdo laboral de memoria de trabajo
- Problemas para sostener la atención (atención sostenida), así como para realizar diversas tareas al mismo tiempo (atención dividida)
- Reducción de la aceleración del procesamiento de la investigación.
- Modificación en la fijación ejecutiva (problemas en el proyecto y ejecución de decisiones, a la resolución de dificultades y en la ductilidad mental)

El análisis nuevo afirma que hay distorsiones neurocognitivas entre individuos con abatimiento y manejos. Las desigualdades más especiales se ven en las destrezas mentales como la cohibición, recuerdo laboral, interés compartido y en genérico el marchar ejecutivo. El proyecto de incitación mental para individuos con abatimiento cognitiva fue elaborado a dos conjuntos, (abatimiento-manejo) por ocho periodos. Mediante esta fase se corrobora la eficiencia de este ejercicio cognitivo personal. Se observó una significativa rebaja de indicios del abatimiento en el conjunto de individuos con abatimiento. Consiguiendo una mejoría del manejo laboral y autorizando al enfermo inventar superiores técnicos para hacerle frente a los signos de abatimiento (rumia y perseverancia).

La carencia de concentración particular del abatimiento abrevia la cavida para llevar a cabo reciente información, de esta forma el anciano con abatimiento se ve más desorientado y desmemoriado. Por esta razón se llega a la desorientación de la pérdida de recuerdo a causa del abatimiento (pseudodemencia depresiva) por aquella que afecta la locura, sobre todo al modelo alzheimer. Es considerable prestar atención a algunas circunstancias que acceden diferenciar una de la otra:

El extravió de recuerdo debido al abatimiento inicia de forma violenta, mientras que la que se hace presente en la demencia surge de forma insidiosa y pausada.

2.2.2.17. Como apoyar al adulto mayor con depresión

Según Duque (2016) coexistir o alimentar una correlación muy de cerca con un individuo que sufre de depresión suele ser complejo por el estrés y la imposibilidad que sospecha observar su molestia, su dejadez individual, su bajo momento de ánimo, se debe dejar de lado la emoción de enojo que nos genera el estrés y prevenir al correlacionarnos con el adulto mayor modo distinto.

Como número, las circunstancias de seguridad ante el abatimiento en el anciano es estar resguardado y sobre todo advertir la ayuda social, es decir no es igual hallarse resguardado que deplorar de ese modo. Por lo tanto, el periodo que estemos con el adulto mayor con abatimiento corresponde a un periodo de calidad, debe ser un periodo mediante el cual demos nuestro interés completo, tratar que fluya la comunicación y se exprese libremente con el resto. Los reproches, peleas e intransigencias son adversos en esta situación, a causa de que su humor y su raciocinio negativos causaran que las perciba como embestida y se aleje más del resto.

En correlación fundamentada en la empatía y cuidado que se determine con el adulto mayor una unión afectiva, mediante al cual tenga fe en nosotros y se halle dispuesto a aceptar nuestras ideas:

1. Discutir de modo delicado su raciocinio negativo.
2. Causar en él, emociones auténticas, por ejemplo, acordarse de acontecimientos que le traigan satisfacción.

3. Fomentar en la emoción de ser útil, acceder que ejecute cualquier actividad con la que se sienta a gusto por ejemplo que cocine para el resto.

4. Pretender imaginar con las tareas que le gusten llegar a realizar. Es confuso a causa de la molestia y la anhedonia que juegan un rol importante en su estado de ánimo, por lo tanto, es posible que pueda redescubrir una tarea que le guste por más mínima que esta sea.

5. Determinar un hábito de tareas. En este contexto se debe poseer una conducta flexible para alcanzar tratos con el adulto mayor. Es complejo lograr tratos de este nivel a causa que para cualquier tarea requiere de energía, además su dureza cognitiva le complica modificar el raciocinio entre las distintas alternativas. Por tal se deben ir agregando tareas de modo adecuado al mismo periodo que se premia por realizarlos.

2.2.2.18. Las consecuencias de la depresión en el adulto mayor

Aguilar y Ávila, citados en Sinchire (2017 pag.27). Según, la American Psychological Association, la depresión puede llevar a contraer secuelas físicas y mentales que complican a una dificultad de salud existente de un individuo de la tercera edad y así desenfrenar nuevas preocupaciones. Independientemente del origen, la depresión produce efectos físicos que alarman los individuos de edad avanzada. cuyo nivel de mortalidad tanto en hombres y mujeres de edad avanzada que tienen depresión y sentimientos de soledad es mayor que el de aquellos que encuentran están orgullosos de existir.

(Aguilar, citado en Sinchire, 2017 pag. 27) Los proyectos que ayudan en el tratamiento de pacientes mayores desanimados que tienen infecciones cardiovasculares y diferentes dolencias, a menudo tardan más de lo normal y su resultado es menos sabroso. En general, incrementarán los sentimientos de tristeza y

segregación, que, como regla general, impulsan pensamientos autodestructivos, son cada vez más visitados entre los mayores, en particular aquellos con discapacidades o que están obligados a vivir en hogares geriátricos.

(Aguilar y Ávila, 2006) De acuerdo con la Asociación Estadounidense de Psicología (American Psychological Association), el desaliento también puede tener otros impactos posiblemente dañinos en la fortaleza de una persona mayor. La desdicha en general puede provocar patrones dietéticos que terminan provocando peso, causando igualmente una pérdida extensa de ansia y disminución de los niveles de vitalidad, de vez en cuando provocada por una afección conocida como anorexia geriátrica. Las personas mayores desanimadas también experimentan altas tasas de trastornos del sueño y desgracias en la memoria

"(Aguilar, citado en Sicnhire, 2017 p.27) Por otra parte, Aguilar sostiene que la disminución de la capacidad intelectual, a pesar del hecho de que por el momento se considera un desaliento como un cambio que puede ir antes de la demencia, la mezcla de desaliento real y obstáculo subjetivo se había visto años atrás como un componente del peligro para la infección de Alzheimer, de manera similar, las personas mayores desanimadas tienen tiempos de respuesta más largos que los típicos, lo que genera amenazas relacionadas con la cocción autocurado y diferentes tareas que requieren consideración total.

2.2.2.19. Clasificación de la población adulta mayor

La caracterización de la solidez de las personas que no envejecen con respecto a las deficiencias, pero que apoyan el límite práctico, es imperativa para desarrollar una metodología de consideración satisfactoria, al igual que las reglas para cada una

de las administraciones de bienestar concebibles planeadas para los individuos adultos más establecidos.

Por lo tanto, es valioso organizarlos en tres reuniones enormes:

Valente individual adulto Valente: es el individuo de al menos 60 años preparado para realizar los ejercicios fundamentales de la vida cotidiana que son ejercicios prácticos básicos para el cuidado personal (comer, vestirse, moverse, prepararse, lavarse y moderar) e instrumental. ejercicios de la vida cotidiana (cocinar, limpiar, hacer recados o trabajar fuera del hogar o salir de la ciudad). Se considera que el 65% de los adultos más experimentados tienen esta condición.

Individuo antiguo y delicado: se caracteriza por tener una especie de disminución en la condición de retención fisiológica y / o componentes sociales relacionados con la debilidad expandida a la incapacidad y más desolación y mortalidad más notables. Se considera que el 30% de las personas mayores que viven en la red tienen esta condición.

Individuo con necesidad o postrado: un individuo que tiene una pérdida significativa del estado de ahorro fisiológico, relacionado con una limitación o falta de asistencia física o práctica que limita o bloquea la presentación de los ejercicios de la vida cotidiana, se considera entre el 3% y el 5%. De los adultos más experimentados que viven en la red están en esta condición.

2.2.2.20. Situación actual del adulto mayor en el Perú

Según Licas (2015) en 2013, la edad media de la población peruana se mantiene en 25,5 años. Lo que fue hace dieciocho años fue de 20.5 años, lo que demuestra que hay más población en edades más establecidas. El número de habitantes en 65 y más en la nación habla al 6.3% de la población completa. Las tasas más sorprendentes se

muestran en las divisiones de Arequipa (7.3%), Lima (7.2%), Moquegua (7.1%), Ancash y la Provincia Constitucional del Callao (7.0% para cada situación). Además, Ica y Lambayeque (6,8% para cada situación). Por otra parte, los individuos octogenarios superan la cifra de 334 mil y la mayor parte son damas (58,4%). En cualquier caso, la realización del procedimiento es progresivamente única en la recopilación de los más longevos. La tasa de desarrollo de la población de 80 años o más es aproximadamente el doble que la de la población peruana en general. De los 114 mil 445 ocupantes que se inscribieron en el Censo de 1972, ha ingresado a 388 mil 388 individuos en esta última enumeración. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) señala en su "Perfil sociodemográfico del Perú", informe de la autoridad principal de la evaluación de 2007., llama la atención a que la población adulta más experimentada de nuestra nación, es decir, la formada por individuos de 60 años o más, habla con el 9,1% de la población total, y se supone que asciende a 2,496,866 ocupantes, mientras que toda la población es de 27,419,294 ocupantes. La Encuesta Nacional de Hogares (2013) muestra que: "En Lima Metropolitana, la cantidad de habitantes en adultos más experimentados es 10.4%, mayor que en el Área Rural (9.8%) y en el Área Urbana (8.5%). Al contrastar estos resultados y el trimestre de abril-mayo-junio del año anterior por territorio topográfico, se observó que la población de 60 a 79 años de edad se expandió en Lima Metropolitana (0,4 puntos), mientras tanto, se redujo en El área urbana (0,2 punto de velocidad)".

2.2.2.21. Tratamiento de la depresión

El tratamiento más eficaz es la asociación de fármaco antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina con los diferentes enfoques psicoterapéuticos: Cognitiva, conductual e interpersonal. Además, la psicodinámica.

Formas individual o grupal. La depresión mayor funciona mejor con psicofármacos y la distimia con la psicoterapia, pero si hay un ánimo deprimido debemos darle psicofármacos. Terapia cognitiva: Enseña nuevas formas de pensar y comportarse, reemplaza las conductas negativas defectuosas que tienen sobre ellos mismos, el mundo y el futuro. Terapia conductual: Supone un refuerzo positivo como consecuencia de una separación, una muerte de un ser querido o un cambio brusco con el ambiente. Refuerzo positivo: ser querido, acariciar, engreír, proteger. Terapia interpersonal: Proporciona alivio sintomático mediante la resolución de problemas interpersonales actuales, mejora la comunicación y reduce el estrés. Psicoanálisis: Intenta relacionar el desarrollo de la personalidad y los síntomas depresivos con los síntomas de mala adaptación a la personalidad a los conflictos no resueltos de la infancia. Los objetivos del tratamiento son los siguientes: atenuar la sintomatología depresiva, disminuir el riesgo a caídas, mejorar su calidad de vida y salud física, disminuir la mortalidad y a la vez los precios de atención sanitaria.

2.2.2.22. Señales de la depresión en el adulto mayor

En algunas personas mayores, la depresión puede pasar sin diagnosticarse o puede diagnosticarse erróneamente porque la tristeza no es su síntoma principal. Tal vez tengan otros síntomas de depresión menos obvios o no quieran hablar de sus sentimientos. Es importante saber cuáles son las señales y buscar ayuda si la posibilidad de tener depresión le preocupa. La depresión tiene muchos síntomas, incluso físicos. Si usted tiene varios de los síntomas y le han durado al menos dos semanas, es posible que tenga depresión.

- Estado de ánimo constantemente triste o ansioso
- Sentirse “vacío” gran parte del tiempo

- Pérdida de interés o de placer en los pasatiempos y las actividades
- Pesimismo o falta de esperanza
- Sentimientos de culpa, falta de auto-estima e impotencia
- Fatiga o tener menos energía, sentir que se mueve o habla más lentamente
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles o tomar decisiones.
- Problemas para dormir, incluyendo despertarse muy temprano o dormir demasiado.
- Cambios en el apetito o el peso, sin proponérselos.
- Pensamientos sobre la muerte o el suicidio o intentos de suicidio.
- Sentirse inquieto o irritable.
- Dolores y molestias físicas, como dolor de cabeza, calambres o trastornos digestivos sin ninguna causa física aparente y que no se alivian ni siquiera con tratamiento.

Por otro lado, (Martinez, 2007) nos indica que al igual que con otros síndromes psiquiátricos geriátricos, las claves para efectuar el diagnóstico de depresión en la vejez son la historia del paciente y la historia colateral que aporta un miembro de la familia. La depresión puede desarrollarse por primera vez en la tercera edad o ser una recurrencia de un trastorno afectivo previo. Suele ser menos evidente y franca que en otras etapas de la vida. Puede presentarse clínicamente como en la edad media de la vida y cumplir los Criterios del Trastorno Depresivo Mayor que a continuación se exponen:

A) Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de éstos debe de ser estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o la capacidad para el

placer:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o

en casi todas las actividades.

- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (5 % del peso total en un mes).

- Insomnio o hipersomnias casi cada día.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor. Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un Plan

específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ejemplo una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (ejemplo hipotiroidismo).

E) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (ejemplo, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. En los pacientes de edad avanzada, si se cumplen los criterios diagnósticos de episodio depresivo, es extremadamente importante especificar si éste tiene algún subtipo

diagnóstico, como por ejemplo atípico, melancólico o depresión delirante. El subtipo de depresión tiene implicaciones para el tratamiento farmacológico, ya que se ha encontrado que algunas formas de tratamiento son más efectivas en ciertos tipos que en otros y sugiere que instrumentos de evaluación pueden ser más útiles.

2.2.2.23. Actitud del anciano ante la depresión

Stanley (citado por Monterroso, 201 p.38) Expresa que un niño es el retrato del maravilloso recuerdo de lo que hemos sido y la duración de la vida, es la visión de futuro, amargura y desesperación, cargada de encuentros, que merece la amistad y la consideración de los individuos que pueden tener la alegría del mañana. ser aparentemente perpetuo Tradicionalmente en nuestras ocasiones la vida ha sido el centro defensivo del centro familiar; hasta tal punto que desde hace unos veinte años atrás se ha observado una maravilla sociológica y es que la vida en el centro familiar, previene, molesta, arruina el día a día.

La duración de la vida que ha pasado por la gran mayoría de los días sin tener a alguien con quien conversar, ver a sus parientes mucho tiempo para cambiar de pensamiento, declarar y dar rienda suelta a todo ese conflicto de no tener a alguien con quien conversar durante el día, sin embargo, pequeña niña que está agotada y que cuando llega necesita enfrentarse a lo que debe hacer en el hogar, la nuera llega agotada para conversar y charlar con su hijo y sus jóvenes, y los nietos que esperan conversar Con sus amigos y con su trabajo escolar, no vamos a considerar a la persona anciana pobre, que cada día que pasa se considerará cada vez más despedido, de modo que en la familia en dos palabras se puede conceptualizar: que su cercanía física y mental para todos. a su alrededor no existe. En la vida útil regular en el plano existencial

observamos una reducción en el entusiasmo por las cosas que lo abarcan y en el plan relacional, debido a sus desafíos de ajuste, tendrá problemas en un ángulo agradable.

"A partir de esa pista y en la perspicacia de la Psicología de la Longevidad que está dada por: egocentrismo, despersonalización, cinismo, dependencia.

El desarrollo de un individuo adulto es la capacidad de la persona para continuar incluso con los problemas, la fuerza de no caer en el pesimismo antes de tiempo, tener la opción de consolarnos, darnos un nuevo aliento al reunir las razones y las cosas que Ofreció importancia a los planes, rejuveneció, ordenó las inspiraciones que se han debilitado o pasado por alto en el trabajo diario (podríamos considerar esta tarea como la especialidad de la auto inspiración). Estos límites son cruciales para luchar contra el agotamiento, las preguntas, la mentalidad ausente y el aplazamiento perturbador que producen los obstáculos.

El desaliento es regularmente retratado por no tener la solidaridad para proceder. Parece que se ha convertido en algo malicioso que reduce, la capacidad de buscar la disposición de los objetivos de que la ausencia de vitalidad es solo una inspiración negativa, que se convierte en algo contrario a lo que se describe como el límite con respecto a la auto inspiración triunfal., siempre como lo haría un enemigo para descorazonarlo: ¿por qué razón no lo abandonas? ¿No sería más inteligente repudiar todo y descansar? Sin duda, todo se deteriorará y los esfuerzos serán inútiles. Del mismo modo, ya que existe la especialidad de empoderamiento creado por un grupo, también existe la artesanía que es menos valiosa, sin duda para vaciarla, desalentarla y debilitarla.

2.2.2.24. Factores de enmascaramiento de la depresión en el paciente anciano

Muchos tienen dificultad para reconocer que están deprimidos y quejarse. No es infrecuente que los síntomas centrales de la depresión, como la pérdida de interés, la astenia, la pérdida de energía, la disminución del apetito, las alteraciones del sueño, el enlentecimiento psicomotor o los problemas de concentración sean atribuidos erróneamente al envejecimiento.

El humor depresivo pasa desapercibido, en ocasiones, por el aplanamiento afectivo de algunos ancianos, que se interpreta como serenidad.

La mayor parte de los ancianos se presentan con problemas de índole orgánica, trastornos de la memoria y concentración y falta de impulso vital, distrayendo la atención del médico sobre la depresión y dirigiéndola hacia síndromes cerebrales orgánicos y afecciones somáticas.

La ansiedad puede enmascarar un cuadro depresivo y conducir a la prescripción aislada de ansiolíticos con el riesgo de cronificar el trastorno y desarrollar dependencia. Más de dos tercios de los casos presentan quejas somáticas predominantes y hasta en el 30 % la somatización es el síntoma inicial de la enfermedad.

Se quejan de problemas de memoria, gastrointestinales, malestar general, dolores osteomusculares, junto a una negación de los sentimientos de depresión y una ausencia de tristeza.

La sintomatología hipocondríaca es frecuente. Son quejas cardiovasculares, urinarias y gastrointestinales. A menudo se da la presencia concomitante de una enfermedad somática, que dificulta aún más. Casi un tercio de los ancianos con una enfermedad física sufre asimismo depresión.

La sintomatología delirante no es rara en el anciano deprimido, por lo que se corre el riesgo de tratarle sólo con neurolépticos. Es frecuente encontrar ideas de persecución, de celos o de perjuicio.

2.2.2.25. Cómo ayudar a un anciano con depresión

Comprender y mantener una asociación acogedora con un individuo que experimenta desánimo termina siendo molesto debido a la decepción y la ineptitud de ver su falta de atención, su propio abandono, su baja perspectiva. "Sin embargo, poco a poco, en la remota posibilidad de que tratemos de abordar su disposición, debemos dejar de lado el sentimiento de indignación de que esta decepción nos incita e intentar identificarnos con lo viejo de una manera alternativa.

"En cualquier caso, uno de los segmentos de seguridad contra la miseria en el viejo es ir con y, lo más importante, obtener ayuda social. En otras palabras, no es simplemente el equivalente a descubrir que ir con sentir que manera. "En consecuencia, el tiempo que estamos con la vida útil que tiene la miseria debe ser el tiempo de" calidad ". Debe ser el momento durante el cual ofrezcamos nuestra consideración completa, ¿qué tal si intentamos transmitir lo que se necesita y discutimos claramente con nosotros? Las censuras, las preguntas y los compromisos son contraproducentes para esta situación, a la luz del hecho de que su temperamento y sus contemplaciones negativas los harán verlos como hostilidades y se alejarán de nosotros.

"Esta relación que depende de la compasión y el cuidado se considerará un vínculo amistoso que se configurará con el superior, debido a lo que él confía en nosotros y está aún más ansioso por recibir nuestra recomendación:

- Delibere de manera cuestionable sus consideraciones negativas: ¿Por qué cree que no es muy probable ...? ¿Qué pasó cuando lo intentaste? ¿Cómo crees que podríamos transformarlo?

- Crear sentimientos positivos en él. Por ejemplo, recordar ocasiones pasadas que animan la realización.

- Originarse en él una utilidad de inclinación. Permítale ejecutar una tarea con la que se sienta satisfecho. Por ejemplo, para preparar algo en la cocina para nosotros.

- Pensar con él en actividades gratificantes que pueda llevar a cabo. Es dificultoso, debido a la apatía y la anhedonia que forman parte de su estado de ánimo. No obstante, es factible que se pueda descubrir alguna actividad que le resulte gratificante, por pequeña que sea.

Instaurar una rutina de actividades. En estos temas se debe tener una actitud paciente y flexible para lograr acuerdos con el anciano. Es difícil alcanzar pactos de este tipo debido a que para él cualquier actividad presume de esfuerzo, además, su rigidez cognitiva le entorpece cambiar de pensamiento entre las diferentes opciones posibles. Por ello, se deben ir aumentando actividades de manera progresiva, al mismo tiempo que se le condecere por llevarlas a cabo.

2.2.2.26. Envejecimiento y depresión

Los cambios que trae el envejecimiento (físicos, emocionales, sociales, etc.), pueden ser una causa de depresión que, si ya se padece, pueden hacer que ésta empeore. Por esto, es muy importante prestar atención a los síntomas y manifestaciones que se relacionen con esta enfermedad ya que, en los adultos mayores, son más difíciles de detectar y se confunden con los cambios habituales que acarrea esta etapa de la vida, como la fatiga, el trastorno en el sueño y la falta de apetito.

En esta edad, se asocia el padecer depresión a causas o acontecimientos vitales como los cambios en la rutina, la pérdida de la pareja, pérdida de las capacidades físicas y también, a enfermedades como cardiopatías, diabetes, hipertensión, entre otras.

Algunas de las recomendaciones que nos da la Organización Mundial de la Salud en el caso de sentir que se tiene depresión son:

- Hablar con una persona de confianza o familiar sobre lo que se siente y sobre lo que se piensa.

- Acudir a un profesional.

- Evitar el consumo de bebidas alcohólicas.

- Sustituir los pensamientos negativos por positivos, felicitarse a sí mismo por los méritos logrados.

- No aislarse, intentar mantenerse unido a los seres más cercanos.

- Regularizar Regular las horas para dormir.

- Comer en horario regulares.

- No dejar de hacer las actividades cotidianas y tampoco dejar los pasatiempos.

- Hacer ejercicio o algún tipo de actividad física que nos active, como caminar.

- Si se tienen pensamientos suicidad, pedir ayuda de inmediato.

2.2.2.27. Cómo prevenir la depresión en adultos mayores

- **Con ayuda y soporte de la familia**

Los familiares son el secreto para que el anciano en este ciclo de su vitalidad en la que normalmente se siente sensible, circunscrito y subordinado, préstale atención, bríndale amor y muchísimo respeto.

Demasiados sujetos ancianos nos enseñan irritabilidad y mal genio, pero tiene la idea que es su forma que le presten atención. Es decir que está pidiendo amor.

Si se convive con un anciano debería de pasar mucho más tiempo con él y que se dé cuenta que para nosotros es muy significativo, lograr que se sienta entusiasmado e impulsado es esencial para que conviva en su ancianidad con normalidad y buen genio.

Si es que se posee horarios laborales no posibles y brindarles en esa oportunidad a al anciano no es simple ¿Por qué no recurrir a cuidados profesionales? Ellos poseen una extensa experiencia y conocen como brindar un adecuado cuidado de salud en la ancianidad.

- **Equilibrando el contacto con otros sujetos ancianos.**

Lamentablemente muchos ancianos alcanzan en soledad la ancianidad, ya sea por la muerte de su esposo (a) y posiblemente familiares muy cercanos. Tienen a sus hijos, pero ellos ya tienen su propia familia y obligaciones. Se sienten solos, ¿y quién no se sentiría solo?

Está demostrado que relacionarse con otros adultos mayores es altamente beneficioso para su salud emocional. Se hacen compañía mutuamente y, además, se dan cuenta de que comparten inquietudes, sentimientos y problemas. No están solos.

En el caso de una persona que no pueda salir de casa, siempre puede recurrir a servicios de compañía a domicilio, con cuidadores que saben cómo estimular sus sentidos y prevenir la depresión en los ancianos.

¡La soledad es muy peligrosa!

- **Realizando actividades lúdicas**

Para combatir los síntomas de la depresión, es muy aconsejable que el anciano participe en actividades de ocio, como pueden ser talleres de jardinería, costura, manualidades, pasatiempos, ejercicios de memoria... Cualquier actividad que favorezca su estimulación sensorial, emocional y mental.

La música los emociona, estimula la memoria, la creatividad, es relajante, ayuda a coordinar los movimientos y mejora el estado de ánimo.

- **Practicando ejercicio físico**

Aparte de los talleres y actividades para estimular la mente, está demostrado que practicar ejercicio físico dos o tres veces a la semana ayuda a levantar el ánimo, además de mejorar el flujo sanguíneo. Mientras hacemos deporte se liberan endorfinas y nos sentimos relajados y con una agradable sensación de bienestar.

2.2.2.28. Teorías cognitivas de la Depresión

Estas hipótesis de enfoques psicológicos cognitivos hacen énfasis en la percepción equivocada de uno mismo, de los otros y de los sucesos que pueden dar lugar a un trastorno depresivo. los sujetos depresivos tienen una tendencia a evaluar negativamente, afectando a un amplio rango de procesos cognitivos, por ejemplo, auto concepto, atribuciones. Este estilo cognitivo tiene una relación recíproca con las respuestas motivacionales y afectivas que se asocian con la depresión.

Así tenemos la Teoría cognitiva de Beck citado por (Chero, 2015) refiere que es una de las teorías cognitivas con el mayor apoyo empírico entre los modelos contemporáneos de depresión.

a. Teoría Cognitiva de Beck

Beck citado por (Chero, 2015) manifiesta que actualmente la mayoría de los trabajos empíricos sobre la depresión se basan en la teoría cognitiva, según la cual la depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto.

Postula conceptos específicos para explicar los substratos psicológicos de la Depresión.

- La triada cognitiva
- Los esquemas
- Los errores cognitivos

La triada cognitiva

Consiste en tres patrones de pensamientos típicos que inducen a la persona con depresión a considerarse a sí mismo, su entorno y su futuro de una forma negativa y pesimista.

Este concepto propone que son tres los patrones de procesamiento automático que estructuran la realidad durante un episodio depresivo. El primer componente de la triada cognitiva se centra en los Pensamientos negativos sobre uno mismo; afirma Beck que el individuo con depresión se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos, es un inútil y carece de valor. Tiende a subestimarse y a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y la felicidad. El segundo componente habla sobre los Pensamientos sobre el entorno; este segundo componente de la tríada se

centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración, y esto se hace visible cuando tergiversa los hechos para que se ajusten a conclusiones negativas formadas de antemano. El tercer componente habla sobre los Pensamientos sobre su futuro; se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, suele anticipar que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso. Puede afirmarse que este tercer componente constituye lo que se denomina desesperanza, cuya presencia se vincula estrechamente a la ideación suicida o “pocas ganas de vivir” que muchas veces caracteriza al cuadro depresivo.

La terapia cognitiva ha logrado desarrollar protocolos de tratamiento que prueban un alto grado de eficacia para ayudar a las personas que se ven afectadas por la depresión, asesorándolas en forma gradual sobre el aprendizaje de técnicas orientadas a modificar los tres elementos de la tríada cognitiva negativa, valiéndose de procedimientos como la generación de alternativas y la evaluación de las evidencias para modificar los pensamientos distorsionados.

Los Esquemas

Siguiendo con el mismo autor, menciona que hay algunos patrones de pensamientos relativamente estables que producen la regularidad de las

interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El término “esquema” da significado a estos patrones de pensamientos estables.

Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia, el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones, definidas como cualquier idea con un contenido verbal o gráfico. Estos esquemas determinan la manera en que responden la persona ante las situaciones que vive.

En la depresión, los conceptos que tienen los pacientes acerca de determinadas situaciones, se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados que son muy potentes. El paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamientos y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.

Los errores cognitivos

Con respecto a los errores sistemáticos, Aaron Beck refiere que se dan en el pensamiento del depresivo, el paciente mantiene la creencia en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria. Estos errores se denominan Distorsiones cognitivas y consiste en una forma de interpretar las cosas distorsionada y sistemáticos.

Beck afirma que los pensamientos automáticos serían los contenidos de esas distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y los Supuestos personales. Las características generales de los pensamientos automáticos son

- 1-Son mensajes específicos.
- 2-Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente.
- 3-Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar.
- 4-Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia.

5-Suelen conllevar una visión de túnel: tienden a producir una determinada percepción y valoración de los eventos. Así tenemos:

Los individuos ansiosos se preocupan por la anticipación de peligros.

Los individuos deprimidos se obsesionan con sus pérdidas.

La gente crónicamente irritada se centra en la injusta e inaceptable conducta de otros.

2.2.2.29. Factores de riesgo

Según Diaz (2018) Estos factores tienen que ser identificados por los clínicos, pues se puede actuar con el fin de prevenir complicaciones que provoquen un efecto muy significativo, por lo que una intervención con anterioridad denota un tema importante.

Cinco variables se identificaron como un riesgo de depresión en el adulto mayor:

- Se presenta en mujeres.
- episodios depresivos con anterioridad.
- El duelo por un ser querido.
- Los trastornos del sueño.
- Desinterés por realizar un tratamiento.
- Trastornos de la personalidad.
- Hipocondría y otros trastornos somatomorfos.
- Enfermedades somáticas.
- Trastornos de ansiedad.

2.2.2.30. Teoría del autocuidado de dorotea orem

Según Diaz (2018) El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Los requisitos de autocuidado universal son los mismos para todos los individuos y consideran la preservación del aire, agua, ejercicios y descanso, soledad e interacción social, prevención de peligros.

Teoría de la carencia de autocuidado: las personas supeditados a restricciones debido a salud deficiente no pueden responsabilizarse del autocuidado o el cuidado dependiente. Define la necesidad y razón de la intervención de la enfermería.

Teoría de los sistemas de enfermería: Básicamente describe la atención de la enfermera hacia sus pacientes.

III. METODOLOGÍA

3.1. El tipo de investigación

El actual estudio fue una investigación de tipo descriptivo. Según (Sierra Guzmán, 2012) menciona que una investigación de tipo descriptivo es aquella en donde se destacan las características o rasgos de la situación, fenómeno u objeto de estudio, su función principal es seleccionar las características fundamentales del objeto de estudio.

3.2. Nivel de investigación de las tesis

El nivel de la investigación fue cuantitativo. Como menciona SIS International Research (2018), la investigación cuantitativa es una forma estructurada de recopilar y analizar datos obtenidos de distintas fuentes. La investigación cuantitativa implica el uso de herramientas informáticas, estadísticas, y matemáticas para obtener resultados.

3.3. Diseño de la investigación.

Se utilizó un diseño no experimental, transeccional, descriptivo. Según Hernández, Fernández, y Baptista (2010) no experimental porque la investigación se realiza sin manipular deliberadamente la variable, transeccional porque que se recolectaron los datos en un solo momento y en un tiempo único y descriptivo porque se desea conocer las características socio-demográficas, describiendo el sexo, el grado de instrucción y el estado civil en el adulto mayor del Centro del Desarrollo Integral de la Familia -CEDIF Tumbes, 2018.

3.3.1. Esquema del diseño no experimental

$$M \rightarrow X_i \rightarrow O_2$$

Donde:

M = Muestra

Xi = Variable de estudio

O1= Resultados de la medición de la variable.

3.3.2. Población y muestra

3.3.3. Población

La población estuvo conformada por 82 adultos mayores del Centro del Desarrollo Integral de la Familia-CEDIF Tumbes, 2018.

Tabla 1: Distribución poblacional del adulto mayor según sexo y el grado de instrucción del Centro del Desarrollo Integral de la Familia-CEDIF Tumbes, 2018– I

Genero	Grado de instrucción				Total
	Primaria	Secundaria	Estudios incompletos	Estudios superiores	
M	11	7	4	2	53
F	14	6	6	3	29
				Total	82

Fuente: Martínez, K., Tumbes 2018

Tabla 2: Distribución poblacional del adulto mayor según sexo y estado civil del Centro del Desarrollo Integral de la Familia-CEDIF Tumbes, 2018– I

Genero	Estado civil			Total
	Soltero	Casado	Viudo	
M	11	15	9	35
F	7	24	16	47
			Total	82

Fuente: Martínez, K., Tumbes 2018

3.3.4. Muestra

Se trabajó con la totalidad de la población de 82 adultos mayores del Centro del Desarrollo Integral de la Familia-CEDIF Tumbes, 2018, convirtiéndose en una población muestral.

Criterios de inclusión

- Adultos mayores del Centro del Desarrollo Integral de la Familia- CEDIF Tumbes, 2018 ubicado en el departamento de Tumbes –Pampa Grande – Perú.
- Adultos mayores que demuestran facultades físicas y mentales para ofrecer información.
- Adultos mayores que accedieron a colaborar en la investigación.

Criterios de exclusión

- Adultos mayores que no respondieron con totalidad todos los ítems
- Adultos mayores que demostraron tener dificultades físicas.

3.4. Definición y operacionalización de variables

3.4.1. Definición conceptual (DC)

Según (Mental Health America, 2018) La depresión clínica, es una enfermedad grave y común que nos afecta física y mentalmente en nuestro modo de sentir y de pensar. La depresión nos puede provocar deseos de alejarnos de nuestra familia, amigos, trabajo, y escuela. Puede además causarnos ansiedad, pérdida del sueño, del apetito, y falta de interés o placer en realizar diferentes actividades

3.4.2. Definición operacional (DO)

Beck (1976) sustenta que la depresión es un trastorno emocional que causa en el ser humano alteraciones en diferentes componentes como son la parte afectiva, cognitiva, motivacional y somático.

De tal manera Beck creó y publicó el inventario de depresión de Beck II(BDI-II) con el propósito de medir la intensidad de la depresión y su aproximación al juicio clínico. Teóricamente se fundamenta en el modelo cognitivo de la depresión.

3.4.3. Cuadro de operacionalización de la variable

Tabla 3: Definición y operacionalización de variables

Variable	Niveles	Valores o Categorías	Tipo de variable	Escala de medición
Depresión	Sin depresión	0 a 13	Cualitativa	Ordinal
	Depresión leve	14 a 19		
	Depresión moderada	20 a 28		
	Depresión severa	29 a 63		
Características sociodemográficas	Sexo	Varón	Cualitativa	Nominal
		Mujer		
	Estado civil.	Soltero	Cualitativa	Nominal
		Casado		
		Viudo		
	Grado de instrucción.	Primaria	Cualitativa	Ordinal
Secundaria				
Estudios incompletos				
		Estudios superiores		

Fuente: Martínez, K., Tumbes 2018

3.5. Técnicas de instrumentos de recolección de datos

3.5.1. Técnica

La técnica que se utilizó es la encuesta que es un procedimiento de investigación, que permite obtener y elaborar datos de modo rápido y eficaz (Campos, Labrador, & Anguita, 2002), permitirá explorar características socio-demográficos de los adultos mayores a través de la base de CEDIF y que será de apoyo para ejecutar cada uno de los objetivos de la investigación.

En las bases de la investigación se comienza haciendo uso de aquellos datos recopilados para contar con la información que nos servirá de soporte para que después se desarrolle de una forma completa y con éxito el trabajo de investigación.

3.5.2. Instrumento

El instrumento que se empleó fue la encuesta, según Fachelli y López (2015) la encuesta es una de las técnicas de investigación social de más extendido uso en el campo de la Sociología que ha trascendido el ámbito estricto de la investigación científica, para convertirse en una actividad cotidiana de la que todos participamos tarde o temprano, a través de este instrumento permitirá recopilar toda la información pertinente de la investigación a través del *Test de Depresión de Beck*.

A. Ficha técnica.

Nombre:	Test Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)
Autores y año:	Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. BDI-II (1996)
Procedencia:	Estados Unidos de América
Número de ítems:	21
Puntaje:	0-63
Tiempo:	10-15 minutos.
Significación:	Instrumento específico para medir la depresión.

B. Descripción del instrumento.

El BDI -II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distinta (en concreto, todos los del DSM-IV y el 75% del CIE-10). Consiste en un inventario de autoinforme confiable que sirve para evaluar los síntomas de la depresión, es una escala de 21. Emplea una herramienta de calificación en la que cada pregunta está calificada en una escala de cuatro puntos que va de 0 a 3, donde 0 significa que no experimentas síntomas, mientras que 3 significa que experimentas una forma severa de los síntomas.

C. Validez y confiabilidad.

i. **Confiabilidad:** Sanz, Gutiérrez, Gesteira, y García obtuvieron en el LED los grupos de pacientes con diferentes niveles de gravedad de su depresión definidos por las puntuaciones de corte del BDI-II. Tal y como se esperaba, un ANCOVA realizado sobre las puntuaciones del LED con los niveles de gravedad del BDI-II como factor intersujetos y con el sexo y la edad como covariables, reveló que existían diferencias estadísticamente significativas en el LED entre los grupos con distintos niveles de gravedad del BDI-II, $F(3, 208) = 59,30, p < 0,001$. Posteriores pruebas t de comparación de pares de grupos, con

el nivel de significación corregido según el procedimiento de Bonferroni, indicaron que, como media, el grupo de pacientes con depresión mínima puntuó significativamente más bajo en el LED que el de depresión leve (0,54 frente a 1,22), éste, a su vez, puntuó más bajo que el de depresión moderada (1,22 frente a 1,54), aunque esta diferencia no alcanzó la significación estadística, y, a su vez, el de depresión moderada puntuó significativamente más bajo que el de depresión grave (1,54 frente a 2,15)

ii. **Validez:** Vázquez y Sanz (2000) con una muestra de 338 pacientes no hospitalizados con diversos diagnósticos psicopatológicos según el DSM-III-R (APA ,1987/1988). El coeficiente alfa de fiabilidad fue alto (0,90). Los índices de validez de criterio fueron aceptables: los pacientes con trastornos depresivos puntuaban significativamente más alto que los pacientes con trastornos de ansiedad o esquizofrenia, y el análisis discriminante de los ítems del BDI reveló que el grupo de ítems de Tristeza, Insatisfacción y Fatiga clasificaba correctamente al 88 % de los pacientes como depresivos o no depresivos.

D. Calificación

Las puntuaciones directas obtenidas en cada una de las escalas pueden ser transformadas a niveles utilizando el siguiente rango de calificación que indican la categoría particular de depresión que una persona tiene.

Tabla 4: Rango de calificación que indican la categoría particular de depresión.

Nivel	Puntaje
Sin depresión	0 a 13
Depresión leve	14 a 19
Depresión moderada	20 a 28
Depresión severa	29 a 63

Fuente: [WikiHow](#)

3.6. Plan de análisis

Los datos recolectados fueron procesados en una hoja de cálculo con el programa de ofimática Microsoft Excel 2016 y SPSS versión 24, se utilizó la estadística descriptiva, haciendo uso del software Excel donde se obtuvieron tablas de distribución de frecuencia y porcentuales.

3.7. Matriz de consistencia

Tabla 5: Matriz de consistencia.

Problema	Variable	Niveles	Objetivo general	Metodología	Técnica	
¿Cuál es el nivel de depresión en el adulto mayor del Centro del Desarrollo Integral de la Familia-CEDIF Tumbes, 2018?	Depresión	Sin depresión 0 a 13 Depresión leve 14 a 19 Depresión moderada 20 a 28 Depresión severa 29 a 63	Determinar el nivel de depresión en el adulto mayor del centro de desarrollo integral de la familia – CEDIF Tumbes, 2018.	El actual estudio es una investigación de tipo descriptivo. El nivel de la investigación es cuantitativo.	Encuesta	
			Objetivo específicos		Instrumento	
	Variabes sociodemográficas		Sexo Estado civil. Grado de instrucción.	<ul style="list-style-type: none"> Identificar el nivel de depresión según género en el adulto mayor del Centro del Desarrollo Integral de la Familia-CEDIF Tumbes, 2018. Identificar el nivel de depresión según el grado de instrucción en el adulto mayor del Centro del Desarrollo Integral de la Familia-CEDIF Tumbes, 2018. Identificar el nivel de depresión según estado civil en el adulto mayor del Centro del Desarrollo Integral de la Familia-CEDIF Tumbes, 2018. 	Diseño	Test Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II)
					No experimental, transeccional, descriptivo	
		Población				
		La población estuvo conformada por 82 adultos mayores del Centro del Desarrollo Integral de la Familia-CEDIF Tumbes, 2018. Población muestral				

Fuente: Martínez, K., Tumbes 2018

3.8. Principios éticos

Durante el desarrollo de la investigación, se ha considerado en forma estricta el cumplimiento de los principios éticos que permitan asegurar la originalidad de la investigación. De esta manera, se han respetado los derechos de propiedad intelectual de los libros de texto y de las fuentes electrónicas consultadas, necesarias para estructurar la revisión de la literatura.

Por otro lado, considerando que gran parte de los datos utilizados son de carácter público por lo tanto pueden ser conocidos y empleados por diversos analistas sin mayores restricciones, se ha incluido su contenido sin modificaciones, salvo aquellas necesarias por la aplicación de la metodología para el análisis requerido en esta investigación.

Igualmente, se conserva intacto el contenido de las respuestas, manifestaciones y opiniones recibidas de los pacientes que han colaborado contestando las encuestas a efectos de establecer la relación causa-efecto de la o de las variables de investigación.

Finalmente, se ha creído conveniente mantener en reserva la identidad de los mismos con la finalidad de lograr objetividad en los resultados.

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

Tabla 3

Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel de Depresión en el Adulto Mayor del Centro de Desarrollo Integral de la Familia – CEDIF Tumbes, 2018

NIVEL	PUNTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin depresión	0 a 13	13	15.85%
Depresión leve	14 a 19	19	23.17%
Depresión moderada	20 a 28	33	40.24%
Depresión severa	29 a 63	17	20.73%
TOTAL		82	100%

Fuente: Karen, M. Depresión en el Adulto Mayor Del Centro de Desarrollo Integral de la Familia – CEDIF Tumbes, 2018

Figura 1

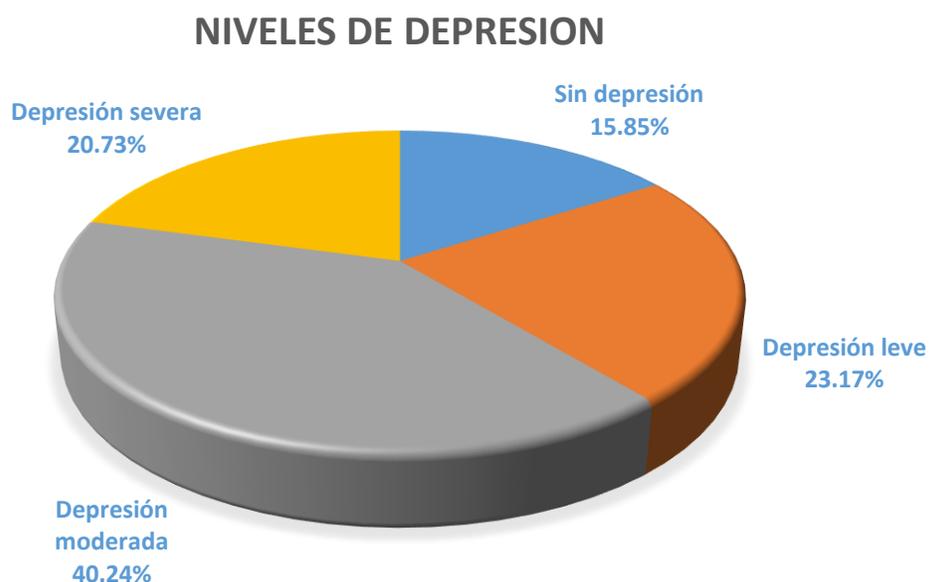


Figura 1. Diagrama circular de la distribución porcentual de la Depresión en el Adulto Mayor Del Centro de Desarrollo Integral de la Familia – CEDIF Tumbes, 2018

Fuente: Tabla 3

En la tabla 3 y figura 1; se observa que el 40.24% (33) de los adultos mayores se ubican en un nivel de depresión moderada, el 23.17%(19) se ubican en un nivel de depresión leve, el 20.73%(17) se ubica en un nivel de depresión severa y el 15.85%(13) se ubica en un nivel de depresión normal.

Tabla 4

Distribución de frecuencia y porcentaje del Nivel de depresión según el género en el Adulto Mayor del Centro de Desarrollo Integral de la Familia – CEDIF Tumbes, 2018

Nivel de depresión	Genero					
	Masculino		Femenino		Total	
	F	%	F	%	F	%
Sin depresión	8	9.76%	5	6.10%	13	15.86%
Depresión leve	11	13.41%	8	9.76%	19	23.17%
Depresión moderada	15	18.29%	18	21.95%	33	40.24%
Depresión severa	12	14.63%	5	6.10%	17	20.73%
TOTAL	46	56.10%	36	43.90%	82	100.00%

Fuente: Karen, M. Depresión en el Adulto Mayor Del Centro de Desarrollo Integral de la Familia – CEDIF Tumbes, 2018

Figura 2

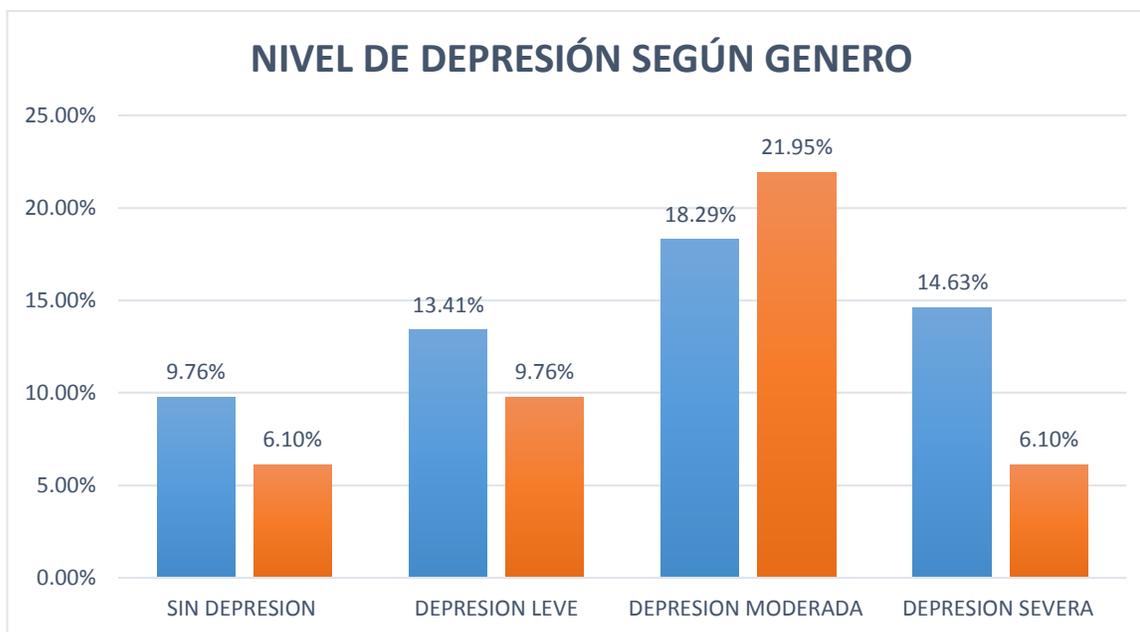


Figura 2. Gráfico de barras de la distribución porcentual del nivel de depresión en función al género en el Adulto Mayor Del Centro de Desarrollo Integral de la Familia – CEDIF Tumbes, 2018

Fuente: Tabla 4

En la tabla 4 y figura 2; se observa el nivel de depresión de los adultos mayores según su género. En cuanto al género masculino, se encuentra un 18.29% (15) en un nivel de depresión moderada, 14.63% (12) con un nivel de depresión severa, un 13.41% (11) con un nivel de depresión leve y un 9.76% (8) de los adultos mayores, sin depresión. Por otro lado, en el género femenino, se ubica un 21.95% (18) en un nivel de depresión moderada, un 9.76% (8) con un nivel de depresión leve, un 6.10% (5) de los adultos mayores, sin depresión, y otro 6.10% (5) con un nivel de depresión severa.

Tabla 5

Distribución de frecuencia y porcentaje del Nivel de depresión según el grado de instrucción en el Adulto Mayor del Centro de Desarrollo Integral de la Familia – CEDIF Tumbes, 2018

Nivel de depresión	Grado de instrucción									
	Primaria Completa		Primaria Incompleta		Secundaria Completa		Secundaria Incompleta		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sin depresión	1	1.22%	8	9.76%	3	3.66%	1	1.22%	13	15.85%
Depresión leve	3	3.66%	9	10.98%	0	0%	7	8.54%	19	23.17%
Depresión moderada	5	6.10%	16	19.51%	2	2.44%	10	12.20%	33	40.24%
Depresión severa	4	4.88%	6	7.32%	3	3.66%	4	4.88%	17	20.73%
Total	13	15.85%	39	47.56%	8	9.76%	22	26.83%	82	100.00%

Fuente: Karen, M. Depresión en el Adulto Mayor Del Centro de Desarrollo Integral de la Familia – CEDIF Tumbes, 2018

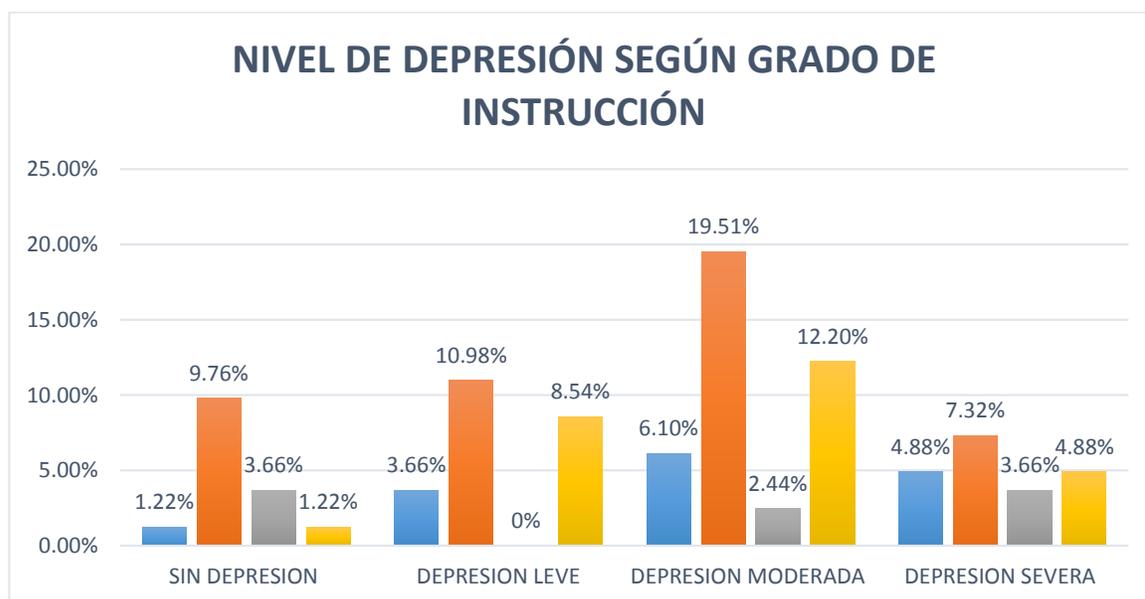
Figura 3

Figura 3. Gráfico de barras de la distribución porcentual del nivel de depresión en función al grado de instrucción del Adulto Mayor Del Centro de Desarrollo Integral de la Familia – CEDIF Tumbes, 2018

Fuente: Tabla 5

En la tabla 5 y figura 3 se observa el nivel de depresión de los adultos mayores según su grado de instrucción. En cuanto al nivel de primaria completa, se encuentra un 6.10% (5) en un nivel de depresión moderada, un 4.88% (4) con un nivel de depresión severa, un 3.66% (3) con un nivel de depresión leve y otro 1.22% (1) de los adultos mayores, sin depresión. Así mismo, en cuanto a los que no terminaron la primaria, se ubica un 19.51% (16) en un nivel de depresión moderada, un 10.98% (9) con un nivel de depresión leve, un 9.76% (8) de los adultos mayores, sin depresión y otro 7.32% (6) con un nivel de depresión severa. Por otro lado, en cuanto a los que culminaron la secundaria, encontramos a un 3.66% (3) con un nivel de depresión severa y otro 3.66% (3) de los adultos mayores, sin depresión, un 2.44% (2) en un nivel de depresión moderada, a su vez, ninguno de ellos se ubicó en un nivel de depresión leve. Finalmente, en cuanto a los que no culminaron la secundaria, se halló un 12.20% (10) en un nivel de depresión moderada, un 8.54% (7) con un nivel de depresión leve, un 4.88% (4) con un nivel de depresión severa y un 1.22% (1) de los adultos mayores, sin depresión.

Tabla 6

Distribución de frecuencia y porcentaje del Nivel de depresión según el estado civil en el Adulto Mayor del Centro de Desarrollo Integral de la Familia – CEDIF Tumbes, 2018

Nivel de depresión	Estado civil							
	Soltero		Casado		Viudo		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sin depresión	3	3.66%	8	9.76%	2	2.44%	13	15.85%
Depresión leve	1	1.22%	10	12.20%	8	9.76%	19	23.17%
Depresión moderada	7	8.54%	16	19.51%	10	12.20%	33	40.24%
Depresión severa	3	3.66%	10	12.20%	4	4.88%	17	20.73%
Total	14	17.07%	44	53.66%	24	29.27%	82	100.00%

Fuente: Karen, M. Depresión en el Adulto Mayor Del Centro de Desarrollo Integral de la Familia – CEDIF Tumbes, 2018

Figura 4

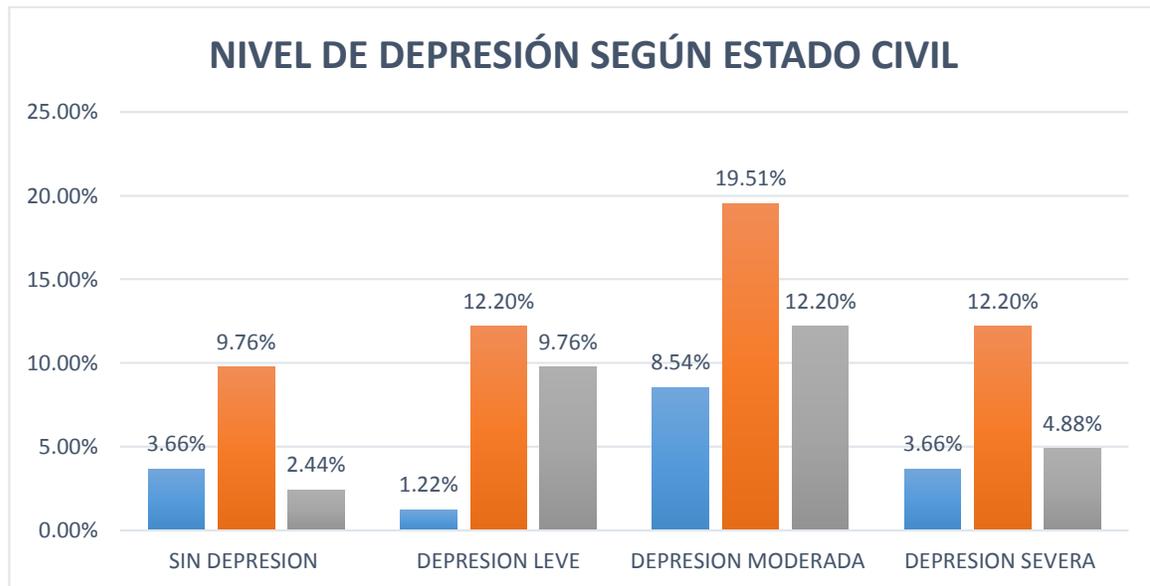


Figura 4. Gráfico de barras de la distribución porcentual del nivel de depresión en función al estado civil del Adulto Mayor Del Centro de Desarrollo Integral de la Familia – CEDIF Tumbes, 2018

Fuente: Tabla 6

En la tabla 6 y figura 4; se observa el nivel de depresión de los adultos mayores según su estado civil. En cuanto a los que están solteros, se encuentra un 8.54% (7) en un nivel de depresión moderada, un 3.66% (3) de los adultos mayores, sin depresión; otro 3.66% (3) con un nivel de depresión severa y un 1.22% (1) con un nivel de depresión leve. Así mismo, en cuanto a los que están casados, se encuentra un 19.51% (16) en un nivel de depresión moderada, un 12.20% (10) con un nivel de depresión leve, otro 12.20% (10) con un nivel de depresión severa y un 9.76% (8) de los adultos mayores, sin depresión. Finalmente, respecto a los que son viudos, se encuentra un 12.20% (10) en un nivel de depresión moderada, un 9.76% (8) con un nivel de depresión leve, un 4.88% (4) con un nivel de depresión severa y un 2.44% (2) de los adultos mayores, sin depresión.

4.2. Análisis de resultados

En relación a los objetivos específicos nos llevan a las siguientes discusiones:

1. Como primer objetivo fue Identificar el nivel de depresión según género, donde se encontró que el 18.29% (15) de los adultos mayores del género masculino se encuentran en un nivel de depresión moderada, mientras que un 21.95% (18) del género femenino se encuentran en un nivel de depresión moderada. Estos resultados se diferencian a los encontrados por Álvarez y Begazo (2015) quien realizó una investigación titulada “Repercusión de la depresión en la calidad de Vida de los adultos mayores del albergue Buen Jesús, Arequipa 2015” que tuvo como objetivo determinar la repercusión de depresión en los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús a través de los indicadores sociodemográficos, tal como se detalla en su indicador sobre la Población de Estudio según Género, Repercusión de la Depresión en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús, Arequipa, 2015, encontrándose que el mayor porcentaje correspondió al género masculino con un 25.0%(10) a comparación del 20.0%(8) que pertenece al género femenino, del cual se deduce que en ambas investigaciones, más de la mitad de adultos mayores son del género masculino.

2. Como segundo objetivo fue Identificar el nivel de depresión según el grado de instrucción en el adulto mayor del Centro del Desarrollo Integral de la Familia-CEDIF Tumbes, 2018., los resultados demuestran que el 6.10%(5) del grado de instrucción de primaria completa se ubican en un nivel de depresión moderada, un 4.88%(4) se ubican en un nivel de depresión severa, así mismo un 3.66%(3) se ubican en un nivel de depresión leve, un 1.22%(1) se ubican en un nivel de depresión normal. Por otro lado, un 19.51%(16) del grado de instrucción de primaria incompleta se ubican en un nivel de depresión

moderada, un 10.98%(9) se ubican en un nivel de depresión leve, otro 9.76%(8) se ubican en un nivel de depresión normal, un 7.32%(6) se ubican en un nivel de depresión severa. Así mismo, un 3.66%(3) del grado de instrucción de secundaria completa se ubican en un nivel de depresión severa, un 3.66%(3) se ubican en un nivel de normal, un 2.44%(2) se ubican en un nivel de depresión moderada. Así también, un 12.20%(10) del grado de instrucción de secundaria incompleta se ubican en un nivel de depresión moderada, un 8.54%(7) se ubican en un nivel de depresión leve, un 4.88%(4) se ubican en un nivel de depresión severa y un 1.22%(1) se ubican en un nivel de depresión normal. Estos datos se asemejan a los encontrados por Licas (2015) en su investigación titulada “Nivel De Depresión Del Adulto Mayor En Un Centro De Atención Integral S.J.M - V.M.T 2014”. Quien planteo como objetivo específico Identificar el nivel de depresión según grado de instrucción del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M. – V.M.T. 2014, hallándose que el 30%(22) de los adultos mayores cuentan con el grado de instrucción de primaria, un 20.5%(15) es analfabeto, 19%(14) cuenta con el grado de instrucción de secundaria y un 2.7%(2) de los adultos mayores cuenta con un grado de instrucción superior.

3. Como tercer objetivo trazado fue identificar el nivel de depresión según estado civil en el adulto mayor del Centro del Desarrollo Integral de la Familia-CEDIF Tumbes, 2018, los resultados demuestran que el 8.54%(7) en el estado soltero se ubican en un nivel de depresión moderada, un 3.66%(3) en un nivel de depresión severa, un 3.66%(3) en un nivel de depresión normal, un 1.22%(1) en un nivel de depresión leve. Por otro lado, un 19.51%(16) en el estado casado se ubican en un nivel de depresión moderado, un 12.20%(10) en un nivel de depresión severa, un 12.20%(10) en un nivel de depresión leve,

un 9.76%(8) en un nivel de depresión normal. Asimismo, un 12.20%(10) en el estado de viudo se ubican en un nivel de depresión moderada, un 9.76%(8) en un nivel de depresión leve, un 4.88%(4) en un nivel de depresión severa y un 2.44%(2) en un nivel de depresión normal. Estos resultados no tienen semejanza a los encontrados por Laban (2018) en su investigación titulada “Nivel de depresión de los adultos mayores de la casa asilo de ancianos Cristo el Buen Amigo de la ciudad de Huancabamba, Piura 2018” que tuvo como objetivo determinar el nivel de depresión de los adultos mayores que acuden al centro de atención integral del adulto mayor, hallándose que en relación al nivel de Depresión según Estado Civil, es en el de Soltero(a), donde hay Depresión con 20%(5) en nivel Moderado y 16%(4) en nivel Severo, seguido donde se evidencia mayores índices del estado de Viudo(a) con 24%(6) en nivel moderado y 4%(1) Severo.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Se concluye que el nivel de depresión de los adultos mayores del Centro de Desarrollo Integral de la Familia – CEDIF Tumbes se ubican en un nivel de depresión moderada con el 40.24%(33).
- De igual manera se concluye que el nivel de depresión según el género de los adultos mayores del Centro de Desarrollo Integral de la Familia – CEDIF Tumbes se identificó con mayor relevancia el género femenino con un 21.95%(18) con un nivel de depresión moderada.
- Así mismo se concluye que el nivel de depresión según el grado de instrucción de los adultos mayores del Centro de Desarrollo Integral de la Familia – CEDIF Tumbes un 19.51%(16) corresponden al nivel primaria incompleta con un nivel de depresión moderada.
- Por otra parte, se concluye que el 19.51%(16) de los adultos mayores del Centro de Desarrollo Integral de la Familia – CEDIF Tumbes destaca un estado civil de casado con un nivel de depresión moderada.

5.2. Recomendaciones

En base a los resultados obtenidos y concerniente a la necesidad de intervención para reducir los niveles de depresión en los adultos mayores del Centro de Desarrollo Integral de la Familia – CEDIF Tumbes, se recomienda lo siguiente:

Al director del CEDIF, que coordine acciones para incentivar el programa de actividades de entrenamiento y recreación para los adultos mayores.

De esta manera se exhorta al personal de Psicología proponer paseos culturales, visitas a museos, espacios donde puedan compartir y convivir con la familia.

Del mismo modo iniciar talleres recreativos que puedan realizar los adultos mayores lo cual beneficiaría saludablemente y mejoraría los niveles de depresión.

Al Alcalde de la Municipalidad Provincial de Tumbes, que establezca alianzas estratégicas con el Seguro Integral de Salud (SIS) para que, con personas especializadas permitan realizar un continuo monitoreo e implementar proyectos de acuerdo a la realidad en la que se encuentran los adultos mayores.

Así mismo, realizar convenios con entidades privadas donde se promuevan el desarrollo de actividades deportivas, de la misma manera impulsar al ciudadano Tumbesino a respetar la atención preferencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, & Begazo. (2015). *Repercusión De La Depresion En La Calidad De Vida De Los Adultos Mayores Del Albergue Buen Jesus, Arequipa 2015*. Tesis de bachiller, Universidad Católica De Santa María, Arequipa. Recuperado el 15 de Noviembre de 2018, de <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/3141/60.1336.EN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Arboleda Palacios, J. S. (2015). *Nivel De Depresión En Adultos Mayores Del Asilo De Ancianos Esposos Bishara De La Ciudad De Esmeraldas*. Tesis De Grado Previo A La Obtención Del Título De Licenciatura De Enfermería, Pontificia Universidad Católica Del Ecuador Sede Esmeraldas, Escuela De Enfermería, Esmeraldas, Ecuador. Recuperado el 2 de Junio de 2018, de <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/403/1/ARBOLEDA%20PALACIOS%20JANNELLY%20SAMARY.pdf>
- Arévalo Pinedo, L. (2015). *Prevalencia de depresión en los adultos mayores del asilo de de ancianos "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos 2015*. Tesis para optar el Título de Médico Cirujano, Universidad Nacional De La Amazonía Peruana, Facultad de Medicina Humana, Iquitos. Recuperado el 28 de Mayo de 2018
- Campos, D., Labrador, R., & Anguita, C. (28 de Enero de 2002). *El sevier: La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos*. Recuperado el 02 de Agosto de 2017, de El sevier:

<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-encuesta-como-tecnica-investigacion--13047738>

Castaño, G. (Marzo de 2019). *Historia de depresion*. Obtenido de Historia de depresion:

<http://www.tnrelaciones.com/informacion/breve-historia-de-la-depresion/>

Celestino Moreto De Quispe, J. E. (2016). *Depresión y satisfacción familiar en el adulto*

mayor del tumbes, periodo 2016. Para Optar el Título Profesional de Licenciada

en Psicología Humana, Universidad Alas Peruanas, Facultad de Medicina Humana

y Ciencias de la Salud, Tumbes. Recuperado el 2 de Junio de 2018, de

<http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/5178>

Chero, J. L. (2015). *“Relación entre el Clima Social Familiar y Depresión en la*

Asociación de Personas con Discapacidad Física, Familia (APECODIFAC);

Catacaos, Piura año 2012.”. Tesis de licenciatura, Piura. Recuperado el 5 de

septiembre de 2019, de [https://docplayer.es/amp/87252070-Facultad-de-ciencias-](https://docplayer.es/amp/87252070-Facultad-de-ciencias-de-la-salud-escuela-profesional-de-psicologia.html)

[de-la-salud-escuela-profesional-de-psicologia.html](https://docplayer.es/amp/87252070-Facultad-de-ciencias-de-la-salud-escuela-profesional-de-psicologia.html)

Clínica de la Ansiedad. (3 de Noviembre de 2014). *Clínica de la Ansiedad*. Recuperado

el 14 de Mayo de 2018, de Clínica de la Ansiedad: ¿Qué es la ansiedad y por qué

se produce?: [https://clinicadeansiedad.com/soluciones-y-recursos/preguntas-mas-](https://clinicadeansiedad.com/soluciones-y-recursos/preguntas-mas-frecuentes/que-es-la-ansiedad-y-por-que-se-produce/)

[frecuentes/que-es-la-ansiedad-y-por-que-se-produce/](https://clinicadeansiedad.com/soluciones-y-recursos/preguntas-mas-frecuentes/que-es-la-ansiedad-y-por-que-se-produce/)

Crespo Vallejo , J. (2011). *Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de*

los cantones azogues, cañar,tambo y déleg de la provincia del cañar, en el año

2011. Tesis previa a la obtención del título de Médico, Universidad De Cuenca,

Facultad De Ciencias Médicas , Cuenca. Recuperado el 29 de Mayo de 2018, de

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3497/1/MED68.pdf>

- De La Cruz Estrella, R. S. (2014). *Sentimiento de soledad y calidad de vida en los adultos mayores del hogar "san vicente de paúl"- huancayo, 2014*. Tesis para optar el título Profesional de Licenciada en Enfermería, Universidad Nacional Del Centro Del Perú, Facultad De Enfermería, Huancayo. Recuperado el 28 de Mayo de 2018
- Dirección General de Promoción de la Salud. (2014). *La Depresión*. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Ministerio de Salud. Lima: Biblioteca Nacional del Perú N° 2005-8240. Recuperado el 31 de Mayo de 2018, de http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/820_MS-PROM14.pdf
- Diaz, N. (2018). Depresión En El Adulto Mayor. Recuperado de: <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/handle/autonmadeica/297>
- Duque Monasterio, T. M. (2017). *Relación entre el clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del club mi esperanza, corrales - tumbes, 2017*. Tesis Para Optar El Título Profesional De Licenciada En Psicología, Universidad Catolica Angeles Chimbote, Facultad De Ciencias De La Salud, Piura. Recuperado el 02 de Junio de 2018, de <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000044627>
- Fachelli, S., & López Roldán, P. (2015). *Metodología de la investigación social cuantitativa*. Universitat Autònoma de Barcelona, Departament de Sociologia. Barcelona-España: Bellaterra : Universitat Autònoma de Barcelona. Recuperado el 25 de Junio de 2018, de https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2016/163567/metinvsocua_a2016_cap2-3.pdf

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2010). *ESUP: Metodología de la investigación*. Recuperado el 10 de Junio de 2018, de Escuela Superior de Guerra Naval: https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
- Ibañez, M. (22 de Diciembre de 2015). *Clima social Familiar y Depresión en el Hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados-Piura 2014*. Recuperado el 2019 de Enero de 15, de Clima social Familiar y Depresión en el Hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados-Piura 2014: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/?ejemplar=00000039543>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática –INEI. (28 de Diciembre de 2018). *Situación de la Población Adulta Mayor en el Peru*. Obtenido de Situación de la Población Adulta Mayor en el Peru: <https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/2018/1/>
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2009). *Instituto Nacional de la Salud Mental*. Instituto Nacional de la Salud Mental , Departamento De Salud Y Servicios Humanos . Estados Unidos: Publicación de NIH Num. SP 09 3561. Recuperado el 31 de Mayo de 2018, de Instituto Nacional de la Salud Mental: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf
- Laban. (2018). Nivel de depresión de los adultos mayores de la casa asilo de ancianos Cristo El Buen Amigo de la ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Obtenido de

Repositorio

Institucional:

<http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/8918>

Licas. (2015). *Nivel De Depresión Del Adulto Mayor En Un Centro De Atención Integral S.J.M - V.M.T 2014*. Título Profesional De Licenciada En Enfermería, Universidad Nacional Mayor De San Marcos, Lima. Recuperado el 15 de Noviembre de 2018, de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4159/Licas_tm.pdf;jsessionid=585FAC4B1F31EC84F2CC8E170B5D9813?sequence=1

Martinez, O. (2007). *Depresión en el adulto mayor*. Recuperado el 16 de Enero de 2019, de Depresión en el adulto mayor: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme>

Mental Health America. (2018). *MHA: ¿Qué es la depresión?* Recuperado el 10 de Junio de 2018, de Mental Health America: <http://www.mentalhealthamerica.net/conditions/%C2%BFqu%C3%A9-es-la-depresi%C3%B3n>

Montenegro Valdivia, J. d., & Santisteban Baldera, Y. M. (2016). *Factores Psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Centro Poblado los Coronados Mochumí – Lambayeque - 2016*. Tesis para optar el título profesional de licenciado en Enfermería, Pimentel. Recuperado el 28 de Mayo de 2018

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Organización Mundial de la Salud: Depresión*. Recuperado el 31 de Mayo de 2018, de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/

Ramírez Campaña, E. L. (2015). *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 para optar el título Profesional de Psicólogo, Universidad Católica Los Angeles Chimbote, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, Tumbes. Recuperado el 31 de Mayo de 2018

Ramírez Campaña, E. L. (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 para optar el título Profesional de Psicólogo, Universidad Católica Los Angeles Chimbote, Facultad de Ciencias de la Salud, Tumbes. Recuperado el 29 de Mayo de 2018

Revista de actualizacion clinica. (2013). *Ansiedad*. La Paz : Act. Clin. Med v.35.

Sierra Guzmán, M. P. (Junio de 2012). *Tipos más usuales de investigación - UAEH*. Recuperado el 17 de Julio de 2017, de Universidad Autonoma del Estado de Hidalgo:
https://www.uaeh.edu.mx/docencia/P_Presentaciones/prepa3/tipos_investigacion.pdf

SIS International Research. (Febreo de 2018 de 2018). *SIS: ¿Qué Es La Investigación Cuantitativa?* Recuperado el 10 de Junio de 2018, de SIS:
<https://www.sisinternational.com/investigacion-cuantitativa/>

Strock M (2014) "Depression ". Revista del Instituto Nacional para la Salud Mental Washington 2004 pg. 32-34.

Vázquez, & Sanz. (2000). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clinica y Salud*, X(1), 59-81. Recuperado el 26 de Junio de 2018, de https://www.researchgate.net/profile/Carmelo_Vazquez2/publication/284048803_Fiabilidad_y_validez_de_la_version_espanola_del_Inventario_para_la_Depresion_de_Beck_de_1978_en_pacientes_con_trastornos_psicologicos/links/568cf86708ae197e426b0dbf/Fiabilidad-y-v

Quinto, J. (2018). Nivel de Depresión de la Población Adulta Mayor Hospitalizada el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Recuperado de: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1742>

ANEXOS

Anexo 1: Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Estado Civil..... Edad: Sexo.....
Grado de Instrucción:Fecha:

Instrucciones:

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15.Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1.Tengo menos energía que la que solía tener.

2.No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3.No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1ª. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3ª. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17.Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18.Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3ª . No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19.Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20.Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21.Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Anexo 2: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....
identificado con **D.N.I.**..... con años de edad, manifiesto que he sido informado/a sobre el estudio **DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA – CEDIF TUMBES, 2018**, dirigido por la estudiante **KAREN DIAHAMN MARTINEZ LOPEZ** de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Afirmo que tengo en cuenta los siguiente:

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He podido hacer todas las preguntas que he creído conveniente sobre el estudio y se me han respondido satisfactoriamente.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, **CONSIENTO** participar en la aplicación del test BDI-II y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados verbalmente.

En Tumbes, el día de de 2018

Firma del participante