



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

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

**AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES
DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD – TRUJILLO, 2017.**

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

AUTORA:

Bach. CORONEL ALVA CELENI

ASESOR:

Mgr. FERNÁNDEZ ROJAS SANDRO

TRUJILLO - PERÚ

2018

HOJA DEL JURADO

Dra. Natalia Mavila Guzmán Rodríguez
(Presidente)

Mgtr. Ángela Benita Domínguez Vergara
(Miembro)

Mgtr. Orlando Exequiel Balarezo Aliaga
(Miembro)

DEDICATORIA

A Jehová Todo poderoso: Por ser mi guía y fortaleza,
por brindarme la oportunidad de alcanzar mis logros a
nivel personal y profesional.

A Mis queridos Hijos y Esposo: Por
su amor, confianza e infinita
paciencia los cuales fueron mi
fortaleza para lograr alcanzar mis
metas trazadas y dar culminación al
presente estudio.

AGRADECIMIENTO

A mis Docentes en general:

Por haber brindado su orientación y darme la oportunidad de aprender y desarrollar mis capacidades, por compartir sus conocimientos durante la elaboración del presente estudio.

A Mis Compañeras: Por haberme compartido su amistad sincera y apoyo en momentos difíciles durante el presente estudio.

A mis Padres, hermana Liliana, sobrina Yanet y familiares: Por sus oraciones, y consejos que me impulsaron a seguir adelante en la culminación del presente estudio.

Al Centro de Salud-Adulto Mayor Trujillo: Por haberme brindado la oportunidad de realizar el presente estudio.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tipo descriptivo correlacional, de nivel cuantitativo, con diseño no experimental y de corte transversal, se realizó con el propósito de determinar la relación de autoestima y depresión en el adulto mayor de una institución de salud – Trujillo, 2017. La muestra estuvo conformada por 132 adultos mayores de ambos sexos. Asimismo para la recolección de datos se aplicaron dos instrumentos el test de Autoestima – 25 adaptada por César Ruiz Alva (2006) y el Inventario de Depresión de Beck. Los resultados demuestran que existe relación significativa entre las variables estudiadas. Para obtener los resultados, se utilizó la prueba estadística de Correlación de Pearson. Identificando correlación significativa negativa ($p < 0.01$), de grado moderado de Autoestima y Depresión, concluyendo que a mayor autoestima menor depresión.

Palabras Clave: Autoestima, Depresión y Adulto Mayor.

SUMMARY

The present work of descriptive correlational type, of quantitative level, with non-experimental and cross-sectional design, was carried out with the purpose of determining the relationship of self-esteem and depression in the elderly of a health institution - Trujillo, 2017. The sample consisted of 132 older adults of both sexes. Likewise, for the collection of data, two instruments were applied: the Self - esteem - 25 test adapted by César Ruiz Alva (2006) and the Beck Depression Inventory. The results show that there is a significant relationship between the variables studied. To obtain the results, the statistical Pearson Correlation test was used. Identifying significant negative correlation ($p < 0.01$), moderate degree of self-esteem and depression, concluding that the higher the self-esteem the less depression.

Keywords: Self-esteem, Depression and Elderly.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PAGINA DE JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
SUMMARY	vi
I. INTRODUCCIÓN	10
II. REVISIÓN DE LITERATURA	15
2.1. Antecedentes.....	15
2.2. Bases Teóricas.....	18
2.2.1. Autoestima.....	18
2.2.2. Depresión.....	29
2.3. Hipótesis.....	43
2.3.1. Hipótesis General.....	43
III. METODOLOGÍA	44
3.1 Tipo de la investigación.....	44
3.2 Diseño de investigación.....	44
3.3 Población y muestra.....	45
3.4 Criterios de selección.....	46
3.5 Definición y operacionalización de variables.....	47
3.6 Técnicas e instrumentos.....	48
3.7 Plan de análisis.....	50
3.8 Principios éticos.....	51

IV. RESULTADOS	52
4.1. Tablas de resultados	52
4.2 Análisis de resultados	56
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	62
5.1 Conclusiones	62
5.2 Recomendaciones	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	71

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Correlación entre autoestima y depresión en adultos mayores de una institución de salud - Trujillo, 2017.....	52
Tabla 2: Niveles de autoestima en adultos mayores de una institución de salud – Trujillo, 2017.....	53
Tabla 3: Niveles de depresión en adultos mayores de una institución de salud - Trujillo, 2017.....	54
Tabla 4: Diferencias en autoestima y depresión según sexo en adultos mayores de una institución de salud – Trujillo, 2017.....	55

I. INTRODUCCIÓN

Con soporte de algunos reportes geriátricos, se ha encontrado que la mayor parte de malestares físicos y mentales que la persona llega a tener se presentan en la etapa de vida o de desarrollo denominada vejez.

En este período de vida, el padecimiento se ve pronunciado debido que se sufren pérdidas biológicas y psicosocioculturales, como el desgaste físico, el dolor, la enfermedad, la no resolución de duelos, el sentirse inútiles, falta de solvencia económica, la soledad obligada, el rechazo, el abandono, entre otras (Riuz y Hernández, 2009). Estas condiciones de tensión y conflicto en las que tienden a verse inmersas las personas ancianas pueden generar en ellos un desgaste importante.

Todo ser humano es vulnerable, y por ello, a lo largo de su vida puede experimentar en más de una ocasión el sufrimiento.

El envejecimiento humano ha sido objeto de estudio y de preocupación a lo largo de la historia desde aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Biológicamente, los humanos comienzan a envejecer desde su nacimiento, pero en ritmos diferentes. La situación social, el modo de vida, el entorno cultural, el cuidado personal, la constitución física, acelera o retrasa la evolución biofisiológica de envejecer. Así, no hay una única edad para la vejez, pues son diferentes la edad cronológica, la edad corporal y la edad social. La primera la define el número de años; mientras que la social es establecida por el entorno cultural.

Por lo mencionado, este trabajo aporta el conocimiento necesario para establecer estándares de autoestima y depresión en la población evaluada. Para

cumplir con los fines de investigación, se plantea una estructura ordenada que parte de la caracterización del problema al que nos enfrentamos. En este punto se señala la realidad a nivel internacional, nacional y local.

Así mismo, se procede a compilar datos de otras investigaciones similares a esta, lo que nos sirve como antecedentes para poder centrarnos en el desarrollo histórico de los alcances obtenidos. En función a ello, también se ha recopilado bases científicas que sustentan el enfoque teórico con el que se aborda el desarrollo completo del presente. De igual modo, para los fines prácticos se evaluó a 132 adultos mayores con el Test de autoestima A-25 y el Inventario de depresión de Beck. Así mismo se consideró el tipo de investigación descriptivo cuantitativo con un diseño no experimental transversal correlacional, y partir de ello se aplicó los procesos estadísticos en orden cronológico. Los resultados de todo este proceso son presentados en tablas según corresponde el apartado.

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

a) Caracterización del problema

A nivel mundial, la población envejece rápidamente. La Organización Mundial de la Salud (2016) refirió que entre el 2015 y 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicaría pasando al 22 %. Un hecho que resulta alarmante dada las condiciones de salud mental y bienestar emocional que afrontan estas personas.

Precisamente, la OMS (2016) afirma que los trastornos neuropsiquiátricos representan el 6.6 % de la discapacidad de este grupo etario. Esto quiere decir que en

el mundo, aproximadamente un 15 % de los adultos mayores de 60 años padecen de un trastorno mental (párr. 2).

En Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2015) informó que la población de adultos mayores ascendía a 3 millones 11 mil 50 personas, representando el 9.7 % de la población total. Por su parte el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) (2012) expusieron que los departamentos con mayor cantidad de población adulta mayor en el país son Lima y la Libertad (párr. 3).

Estas cifras demuestran que la proporción de adultos mayores está creciendo rápidamente en todo el mundo, y la atención de los problemas físicos y mentales deberá contar con notables cambios para lograr una intervención adecuada. Pues considerando lo explicado por la OMS (2016); estos trastornos significan un 17.4 % de años vividos en discapacidad; y son la demencia y depresión los trastornos psiquiátricos más comunes en este grupo de edad (párr. 3)

De esta forma, este trabajo considera de vital importancia abordar el problema que originan trastornos como la depresión en el proceso del envejecimiento. Tomando en cuenta aquellos factores que intervienen en el desencadenamiento del mismo; uno de los más resaltantes y sobre el que gira el eje temático de esta revisión es la autoestima.

La valoración que los adultos mayores tienen de sí mismos les permite delimitar las capacidades físicas y mentales que se han visto influenciadas con el paso de los años. Si bien es cierto no hay una pérdida total de las mismas, existen dificultades para gozarlas como lo hacían con anterioridad. Son precisamente estas

sensaciones de pérdida las que crean temores y afectan negativamente la autoestima, al provocar una sensación de improductividad e independencia que puede terminar favoreciendo la aparición de un cuadro depresivo.

La salud mental y la autoestima en los adultos mayores pueden mejorar notablemente si se da la promoción de adecuado hábitos y estilos de vida. Entonces, crear este tipo de condiciones de vida propicia el acceso a una mejor calidad de vida.

Así mismo, la atención adecuada de este tipo de trastornos debe darse desde un enfoque positivo; cuidando que los aspectos sociales también estén incluidos. Dado que la sociedad juega un rol muy importante en el momento de estereotipar a la persona adulta mayor; proveyéndole un estigma de disfuncionalidad.

La capacitación de profesionales en esta área también resulta fundamental. Tello, Alarcón y Vizcarra (2016) defienden la postura de que los profesionales de la salud pasan por alto o desapercibidos síntomas que posteriormente podrían atraer dificultades. Sin embargo, el trabajo individual no es suficiente; por ende, este trabajo realza la necesidad urgente de que se creen políticas y servicios especializados para la atención de la salud mental de un grupo etario que merece un trato digno y una calidad de vida preservada; puesto que de no atenderse puede verse afectado el desarrollo integral de una sociedad.

b) Enunciado del problema

Debido a la situación problemática descrita anteriormente, se plantea la siguiente pregunta:

¿Existe relación entre la autoestima y depresión en adultos mayores de una Institución de salud – Trujillo, 2017?

1. Objetivos

2.1. Objetivo general

Determinar la relación entre autoestima y depresión en adultos mayores de una Institución de salud – Trujillo, 2017.

2.2. Objetivos específicos

–Describir los niveles de Autoestima en adultos mayores de una Institución salud – Trujillo, 2017.

–Describir los niveles de depresión en adultos mayores de una Institución salud –Trujillo, 2017.

–Describir las diferencias, según sexo, en autoestima y depresión en adultos mayores de una Institución salud – Trujillo, 2017.

2. Justificación

Según Hernández, Fernández, y Baptista (2010). Refieren que es importante justificar el trabajo de investigación y definen algunos puntos de conveniencia, como los siguientes:

A nivel teórico, brindo la oportunidad de clarificar y establecer conocimientos del abordaje integral biopsicosocial de los adultos mayores en función a su salud mental; logrando encaminar a diversos profesionales ante la escasez de investigaciones, buscando incrementar las investigaciones locales existentes.

A nivel social los resultados permitieron concientizar a la población sobre la importancia de la autoestima y su efecto en la vida de los adultos mayores y su desempeño en diversos contextos de sus vidas, bajo la siguiente premisa: a mayor nivel de autoestima, menor riesgo de depresión.

A nivel práctico sirvieron a las instituciones encargadas del trabajo en problemáticas psicológicas con adultos mayores; en la planificación y realización de programas preventivos, promocionales y terapéuticos otorgándoles la oportunidad de incurrir de modo más adecuado y eficiente en esta etapa de sus vidas.

Así mismo a nivel metodológico estableció datos válidos y confiables que permitan apreciar la autoestima y su efecto en los trastornos de estado de ánimos en los adultos mayores.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes

Orosco (2015) en su trabajo descriptivo correlacional titulado “Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima” evaluó a 40 participantes sujetos institucionalizados y 45 no institucionalizados, los cuales fueron adultos mayores de estrato socioeconómico medio alto, con edades superiores a los 65 años. Se aplicaron el Inventario de Depresión de Beck - segunda versión (BDI-II) y el Inventario de Autoestima de Coopersmith. Por los resultados obtenidos se observó que existe una relación significativa e inversa entre la depresión y la autoestima en los grupos estudiados. Por otro lado, se encontró que al comparar los grupos con los niveles de depresión y autoestima estos presentan resultados similares.

García (2013) realizó un trabajo descriptivo comparativo titulado “Percepción de autoestima en personas mayores que realizan o no actividad física-deportiva” donde evaluó a personas mayores de 65 años que realizan o no actividad física-deportiva. La muestra la componen 184 sujetos, de las que 92 realizan actividad física-deportiva y otras 92 no realizan actividad física-deportiva. Mediante una batería de pruebas se recogieron datos sociodemográficos, de frecuencia y duración de la actividad física-deportiva y de autoestima. Los resultados mostraron que hay un mayor nivel de autoestima entre las personas mayores que realizan actividad física-deportiva que las que no la realizan.

Martínez y Suárez (2015) realizaron una investigación de tipo cuantitativo correlacional de corte transversal titulado “Grado de dependencia funcional y el nivel de autoestima de los adulto mayor del Distrito de Guadalupe – Provincia de Pacasmayo – 2015” donde la muestra estuvo conformada por 91 adultos mayores a quienes aplicaron la escala de valoración del grado de dependencia del adulto mayor (ABVD) y la escala de valoración del nivel de autoestima del adulto mayor, la evaluación fue personalizada, en sus domicilios y se realizó durante los meses de julio – agosto 2015. Los resultados evidenciaron que el más alto porcentaje (73.6%) de adultos mayores poseen dependencia funcional moderada, el (23.1%) presentan independencia funcional y un menor porcentaje (3.3%) presentan dependencia funcional; en relación al nivel de autoestima el mayor porcentaje (61.5%) de adultos mayores presentan un nivel de autoestima baja; mientras que el (38.5%) presentan un nivel de autoestima alta. Existe una relación significativa entre el grado de dependencia funcional y el nivel de autoestima de los adultos mayores.

Pozo (2015) en su estudio correlacional titulado “Depresión e intento de suicidio en la tercera edad en pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de un hospital de Lima-Perú” buscó establecer la relación en pacientes del Servicio de Psiquiatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud. Es así que se evaluaron 22 pacientes; 54.5% eran del sexo femenino; 50% vivían con los hijos. El 59.1% tenían depresión en grado moderado. El 90.9% tuvo al menos un intento de suicidio y 77.3% por dejarse morir. La asociación estadística entre depresión e intento de suicidio fue $p=0.000$. Así mismo se encontró asociación estadística significativa entre depresión de grado moderado-severo e intento de suicidio en la tercera edad, así como también con el método empleado para intento de suicidio, estado civil, nivel socio-económico y familiar con el que vive.

Acosta y Sánchez (2017) realizaron un estudio descriptivo correlacional titulado “Religiosidad y depresión en adultos mayores institucionalizados de Lima Metropolitana”, es así que trabajaron con 150 adultos mayores, 88 mujeres y 62 hombres, con edades entre 65 a 90 años de Perú. Los participantes fueron evaluados con la Age Universal I-E 12 (Simkim & Etchezahar, 2013) y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15) (Gómez-Angulo & Campo-Arias, 2011, p. 87). Los resultados mostraron que el factor de Orientación Social de la variable Religiosidad presentó una correlación débil y significativa con la variable Depresión, mientras que el factor de Orientación Personal no mostró una correlación con la Depresión; rechazando así la hipótesis planteada. Asimismo, se obtiene resultados de las correlaciones entre las variables según las variables sociodemográficas.

Osorio y Chavarriaga (2013) realizaron un trabajo descriptivo titulado “Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados”

donde evaluaron a 276 adultos mayores de Centros de Bienestar del Anciano de Medellín. Se valoraron características demográficas, funcionales, ansiedad, salud percibida, redes de apoyo, estado nutricional y calidad de vida. Prevalencias de sintomatología depresiva fueron similares por sexo y edad. Así mismo los adultos dependientes para la realización de actividades cotidianas, tuvieron mayores porcentajes de síntomas de depresión. Altos niveles de ansiedad, deterioro funcional, ningún grado de formación académica y mujeres parcialmente dependientes se asociaron con mayor probabilidad de presentar síntomas de depresión. En general, pérdida de roles, estado de dependencia y calidad de vida disminuida aumentan la sintomatología depresiva.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Autoestima

Cuando hablamos de autoestima hacemos referencia a aquellas actitudes individuales que tenemos hacia nosotros mismos. Cuando se dan de forma positiva hablamos de niveles adecuados de autoestima (Castañeda, 2013, p. 59). Respecto al concepto de actitudes, aquí se incluyen la afectividad, confluendo así una gran variedad de elementos psíquicos y no solo cognitivos. De aquí parte la idea que entiende a la educación como un proceso de formación integral de la persona; donde se integran factores cognitivos, emotivos y conductuales que le permitirán a la persona afrontar las contrariedades de la vida en todas sus etapas (Canto y Castro, 2009, p. 259).

Cuando se hace referencia de una persona con autoestima, pensamos en alguien que se sabe capaz, que considera juega un papel importante en la vida; lo que

hace sentirse querido, aceptado y perteneciente a un propósito. Céspedes (2015): Estos sentimientos impactan significativamente en la vida del ser humano, a tal punto de brindarle un mayor significado a su vida, aún en la etapa de la vejez.

Como señala Díaz (2008) probablemente, en la última etapa del ciclo vital, los adultos mayores tienden a sentirse vulnerables y desarrollan la errónea percepción de haber perdido valor; es así como empiezan a experimentar sentimientos de abandono, apatía y desesperanza por la vida. Frente a la inminente realidad propia de los cambios de la vejez, algunos intenten aferrarse a ideales de juventud que pueden resultar mortificantes, en otros casos la negación de estos cambios provoca que el cuerpo exteriorice sensaciones corporales a través de manifestaciones hipocondriacas. (Villavicencio y Rivero-Álvarez, 2011)

En esta etapa empiezan a modificarse las funciones sociales. Partiendo del acontecimiento de la jubilación, se evidencian distintas percepciones de la vejez; tanto de los mismos protagonistas como de la sociedad, provocando una disfuncionalidad en la autoestima de quienes atraviesan por esta etapa; pues uno de los determinantes más relevantes es la etiqueta de “viejo”, término que lleva connotaciones no positivas en la actualidad (Romero, 2011).

Así mismo Pinheiro (2014) refiere que el estar “viejo” es sinónimo de incapacidad en todos los aspectos, incluso en el plano sexual existen muchos tabúes que les estereotipan como seres asexuados; es así como empieza a desestimarse al adulto mayor como un ser que puede disfrutar de la vida como lo hacía en la adultez

o juventud. Toda esta carga de prejuicios converge en la creación de sistemas que les brindan un trato poco digno, como si fueran individuos marginados por la sociedad.

2.2.1.1. Necesidad de autoestima

Partiendo de que las personas se experimentan y disfrutan a sí mismas contribuye a cada momento de su existencia. Ortiz y Castro (2009) sostienen que la autoevaluación se convierte en el medio para aprender a actuar y reaccionar desde la elección de los valores, convicciones y objetivos vitales que necesitarán para afrontar la vida. De tal modo, las reacciones que tengan frente a las circunstancias de la vida estarán conformadas en parte, por quienes creen que son y quienes realmente son, o en otras palabras: por el nivel de dignidad que consideran poseer y por el grado de competencia que han desarrollado. Orosco (2015) La estimación más importante que hagan en su vida será la que emitan sobre sí mismas. Entonces, cuando decimos que la autoestima significa una necesidad humana básica estamos afirmando que contribuye con gran valor al proceso vital, imprescindible para el desarrollo sano y funcional del ser humano para la supervivencia.

Nuñez, Gonzáles, y Realpozo (2015) sostienen que cuando se manejan niveles bajos de autoestima, se ve disminuida la capacidad de resistencia frente a las desventuras de la vida y se experimenta más el deseo de evitar el dolor que el de la búsqueda de alegría en el día a día. A pesar de que hayan alcanzado valores auténticos, sino se desarrolla una adecuada autoestima estos serán ineficientes y no se conseguirá alcanzar todo el potencial de la persona, implicando limitaciones para obtener logros. Por ende, nada de lo que pueda conseguir les parecerá suficiente.

Por otro lado, Mazadiego et al. (2011) afirman que quienes reaccionan apropiadamente a los desafíos convirtiéndolos en oportunidades si se desenvuelven con una confianza realista, mostrando un equilibrio entre lo que piensan y los valores que practican, la seguridad en sí mismos les ayuda a experimentar el mundo como una fuente accesible para conquistar sus metas y sentir placer y felicidad por lo obtenido. Las personas con autoestima elevada experimentan constantemente la satisfacción de la búsqueda de estímulos y retos (García y Liberato, 2014).

Bajos niveles de autoestima se inclinan por zonas de confort, Garaigordobil y Pérez (2017) por la seguridad de lo cotidiano y ya conocido, lo que contrariamente a permitir una evolución debilita aún más la autoestima. Cuanto más disfuncional sea el grado de autoestima, la comunicación interpersonal se hará más evasiva e inadecuada, a causa de la incertidumbre que tiene el individuo respecto a sus propios sentimientos y pensamientos, que derivan del temor a lo que piensen los demás. Sin embargo, un grado de autoestima adecuado posibilitará relaciones abiertas y honestas que reforzarán el autoconcepto de los individuos.

2.2.1.2. Pilares de la autoestima

A continuación, se van a describir seis prácticas que son indispensables para desarrollar una buena autoestima.

- *La práctica de vivir conscientemente:* cuando se planea vivir eludiendo hechos poco agradables para nuestra vida empezamos a padecer de un deficiente sentido de dignidad individual. Enríquez y Nájera (2014) sostienen que el conocer y ser consciente de nuestros defectos, nos abrirá la oportunidad de conocer qué tipo de

individuo somos y por tanto, las elecciones que hagamos podrán estar direccionadas a potencializar nuestras virtudes.

- *La práctica de aceptarse a uno mismo:* es un acto primario de autovaloración, un punto de partida para expresar por voluntad propia lo que pensamos, sentimos y somos. La aceptación de uno mismo nos compromete a acoger cualquier parte de nuestra esencia. La voluntad de experimentarnos en todas nuestras circunstancias es un hecho particular que nos dotará de una virtud de realismo. De esta manera si cometemos un error, al aceptarlo como nuestros tendremos la libertad de aprender del mismo y mejorar a través del autoconocimiento potenciando nuestro crecimiento personal (Callís-Fernández, 2011, p. 37).

- *La práctica de la responsabilidad:* sentirse competente y digno de felicidad implica tener un control sobre la propia existencia. Por ello Borda et al. (2013) advierte que estar dispuestos a aceptar y comprender la responsabilidad nuestras acciones son la base para la consecución de nuestras metas, en un sentido de búsqueda de bienestar integral (p. 67).

- *La práctica de la autoafirmación:* esta virtud nos faculta la capacidad de expresarnos adecuadamente, respetando los deseos, valores, necesidades y convicciones que nos construyen como personas. Si no nos afirmamos a nosotros mismos tendremos complicaciones para aceptar a quienes nos rodean, que no encajarán con nuestros valores (Bastidas-Bilbao, 2014, p. 197)

- *La práctica de vivir con propósito:* la vida es un proceso de acciones que constituyen la esencia de nuestra existencia. Gracias a nuestros propósitos

organizamos nuestras elecciones, dado que creamos una estructura de metas que nos proporciona la experiencia de tener el control sobre nuestra existencia. Por ello Arias et al. (2014) señalan que una vida con propósito simboliza utilizar este poder para alcanzar metas fijadas, aquellas que nos fortifican y facilitan el ejercicio de nuestras fortalezas, dotando de gran energía nuestro sentir (p. 101).

- *La práctica de la integridad*: Una conducta que es congruente con aquellos valores que profesamos simbolizan a una persona con integridad. No obstante, cuando nos comportamos de tal forma que entramos en conflicto con nuestros juicios y pensamientos, padecemos de una disonancia cognitiva que creará una inseguridad en cuanto a cuáles son los principios que rigen nuestra forma de vida. (Alcalá, Camacho y Giner, 2007) Estos principios deben ser razonables, porque al traicionarlos nuestra autoestima puede sufrir las consecuencias y verse afectada nuestra salud mental.

2.2.1.3. La autoestima y el trabajo productivo

Un aspecto importante a considerarse cuando hablamos de autoestima es la relación de esta con el trabajo productivo; con el crecimiento y ejercicio que hacemos de aquellas capacidades que nos definen como seres humanos.

Ante lo señalado, Alberdi, Taboada, Castro y Vázquez (2008) nos manifiestan que la efectividad de las personas deriva de su conocimiento y ejecución de las habilidades que han aprendido a lo largo del tiempo, a eso se denomina eficacia particularizada y puede darse en diferentes áreas específicas durante la consecución de nuestros objetivos vitales (p. 4). Si bien es cierto que las personas poseen variedad de habilidades, la confianza que tiene es la que determinará su manifestación y el grado

de eficacia particularizada cuando se ejecuten; lo que favorecerá el sentido de eficacia fundamental propio de una buena autoestima (Acosta y García, 2007, p. 291)

Ahora bien, la expansión constante de esta eficacia particularizada favorece la conservación de la sensación de una eficacia metafísica, a través de la comprensión de su conocimiento y capacidades. Por ello cabe añadir, que según Acosta y Sánchez (2017) el crecimiento intelectual también forma parte de la autoestima, y por tanto una necesidad humana (p. 294). Los seres humanos sobreviven transformando el medio que les rodea a través del trabajo productivo, adaptándose a los cambios. Entonces, este deseo creciente de conocimiento, para la comprensión y control también se convierte en una expresión de la dedicación humana a los procesos vitales. (Castro, 2013) Si un organismo se mantiene en un estado de pasividad estancada, será incompatible el desarrollo de una autoestima sana (p. 29). Esto no quiere decir que una persona funcional necesite resolver constantemente los problemas; sino más bien responder con productividad y franqueza a las metas que propone. (Cerquera, 2008, p. 274)

Cardona, Estrada y Agudelo (2008). Las actividades de ocio y recreación; así como el compañerismo y amor son vitales para la asegurar la existencia humana y el trabajo productivo del que hablamos es el proceso por medio del cual el hombre alcanzará una sensación de control sobre su vida (p. 206), una condición imprescindible para disfrutar de lo que tiene a su alrededor. (Dechent, 2008, p. 208). Si se carece de un propósito, faltarán metas vitales y emergerá un sentimiento de indefensión y pérdida de control. Por lo tanto, un propósito vital significa una

necesidad psicológica para el bienestar integral. Esta sensación de control de la que se viene hablando, es uno de los placeres más tempranos que experimenta el ser humano; por lo que se ha convertido en el motivo principal para una vida sana, desde la percepción de no perder la eficacia para conseguirle. (Duran, Orbegoz, Uribe y Uribe, 2008, p. 271)

Considerando lo anterior, el grado de autoestima de la persona se verá reflejado a partir del nivel de ambición productiva que maneje, sin llegar a extremos: cuando más elevado sea el nivel de autoestima de un individuo, más altas serán las metas u objetivos que se fije, y por ende más exigentes los retos que se plantee afrontar. (Durán-Badillo et al., 2013, p. 276) De tal forma que los logros de estas metas serán la máxima expresión de una sana autoestima, no la causa de la misma, pues vale comprender que el carácter racional del proceso del pensamiento humano es el origen de la autoestima, desde una revisión psicoepistemológica. (Estrada, Cardona, Segura y Ordóñez, 2013).

Cabe añadir que generalmente existen cinco áreas interconectadas que fomentan el goce de la vida: el trabajo productivo (amplifica la capacidad de disfrute de los valores de la existencia humana), las relaciones interpersonales, las actividades de esparcimiento, el arte y el sexo. (Jiménez, 2011)

2.2.1.4. La formación de la autoestima del adulto mayor

Llanes, López, Vázquez y Hernández (2015). Refieren que para formar la autoestima en la adultez mayor hay que tener en cuenta la valoración que se hace a la percepción que tienen de sí mismos, delimitando las capacidades físicas y mentales

que se han visto influenciadas con el paso de los años. Si bien es cierto no hay una pérdida total de las mismas, si existen dificultades para gozarlas con las formas anteriores. Son precisamente estas sensaciones de pérdida las que crean temores y afectan negativamente la autoestima, al provocar una sensación de improductividad e independencia.

Cuando el adulto mayor siente que tiene una valía inferior, empieza la apatía e indiferencia a sí mismo a al medio que le rodea. Resulta difícil ver, escuchar y pensar con claridad cuando se recibe el maltrato y desprecio de los demás a partir de los prejuicios infundados por la sociedad en cuanto a la vejez. (Licas, 2015) Desde este punto se interpretan las situaciones de aislamiento por la que pasan los adultos mayores, la forma en como son tratados por la sociedad actual.

López (2012) Durante esta edad el desempleo es una constante y la independencia económica se torna complicada, más aún si no se cuenta con una pensión de jubilación, situándose en desventaja para ejercer su derecho de decisión en el sistema familiar. En otra variante, cuando se es pensionado y se dan las condiciones para recibir dinero se mantiene la independencia, a menos que algún familiar se haga cargo de la administración de este ingreso. (Jonis y Llacta, 2013). Entonces, aquí podemos concluir que la independencia económica es un factor que también influye en la autoestima y valoración del adulto mayor.

La autoestima sana en esta edad es crucial, para que consigan darse relaciones familiares y sociales funcionales; en las que se acepte la edad y la pérdida de algunas capacidades, acontecimiento propio del ciclo vital. Esta aceptación puede reflejarse

en las personas que le rodean y, por ende, podrá hacerse mucho más posible que la autoestima sea retroalimentada. (Zavala, Posada y Cantú, 2010).

Las pérdidas del adulto mayor y su repercusión en la autoestima

Villarreal y Costafreda (2010) Entre las pérdidas que sufren los adultos mayores nos encontramos con las físicas: las células envejecen, los sistemas y órganos también lo hacen y en el organismo se producen inevitables cambios somáticos siendo lo más resaltantes: disminución de agudeza auditiva y visual, cambios degenerativos en articulaciones, disformismos corporales, osteoporosis, envejecimiento de células epiteliales, pérdida de elasticidad, la afectación de órganos vitales por la arteriosclerosis, los riesgos que aparecen para el funcionamiento del cerebro y corazón disminuyendo las capacidades físicas, psicológicas y mentales; como la pérdida de memoria de evocación, disminución de la función sexual y alteraciones en el ciclo del sueño.

Sotelo, Rojas, Sánchez y Irigoyen (2012) Además de la muerte, que es la pérdida más cercana en esta etapa, los cambios que se describieron en el párrafo anterior dan cuenta de los cambios radicales en el cuerpo que si confluyen con la aparición de una enfermedad pueden afectan notoriamente la apariencia y fuerza vital del adulto mayor. Un segundo tipo de pérdida incluye cambios normales con el cuerpo como la pérdida del cabello, reducción de energía e incluso convertirse en abuelo. (Tello, Alarcón y Vizcarra, 2016) Otro tipo está relacionado con la separación de personas significativas; ya sea por la muerte, abandono o divorcio.

Cada una de estas pérdidas se experimenta y mide con intensidad, pudiendo desencadenar dolor y angustia; respuestas normales en un proceso de duelo, pero que sin embargo significan un estado de intranquilidad incómodo que si no se resuelve de forma adecuada con comprensión e interiorización de las partes que lo requieren: puede acarrear serias consecuencias físicas y emocionales. (Sotelo-Alonso, Irigoyen-Coria y Morales, 2012)

Por parte de la sociedad el rechazo se enmarca en cuanto a la eficacia con la que realizan el trabajo. Así también lo señalan Simkin y Etchevers (2014), pues la disminución de respuesta de reflejos crea la errónea percepción de torpeza, una imagen poco placentera que crea dificultades en una sociedad que se rige por el sentido de la inmediatez. En este punto empiezan a crearse centros especializados, residencias y centros de recreo idóneos; pues antes de crear más molestia y de convertirse en un estorbo que genere problemas el sistema decide excluirlos injustamente, estén o no en condiciones de seguir impactando. Muchos adultos mayores, durante las labores que realizan empiezan a tomar consciencia que su ritmo de trabajo no es el mismo, y lo comparan con el de otros jóvenes que trabajan con ellos y ellas, esta situación influye directamente en la redefinición de su autoestima. (Serra y Irizarry-Robles, 2013)

Un punto muy acertado, es que si bien el adulto mayor vive con la esperanza de perder lo menos posible y de conservar todo lo que pueda; hay que inculcar la idea de que estas pérdidas forman parte de la vida y que es necesario aprender a vivir con las mismas, para que no se dé un efecto más negativo en la funcionalidad del individuo.

2.2.2. Depresión

La depresión se considera uno de los trastornos con mayor incidencia y complejidad en la población gerontológica, por los efectos nocivos que provoca en la salud de los adultos mayores; además la comorbilidad con otras enfermedades somáticas y la disminución de funciones cognitivas traen consigo mayor sufrimiento emocional durante la última etapa del ciclo vital (Cardona y Agudelo, 2008, p. 209). Tomando en cuenta que los ancianos y ancianas no suelen recurrir a solicitar ayuda en centros de salud mental, el diagnóstico e intervención de los problemas emocionales que padecen se convierte en una cuestión de extrema importancia.

Salgado (2012) La depresión en el adulto mayor puede ser diagnosticada erróneamente ya que los médicos atribuyen sus síntomas a la aparición de otras enfermedades físicas, considerando los mismos como una parte normal del proceso de la vejez (p. 112). De tal manera, que los síntomas de la depresión con frecuencia se confunden con los cambios esperados del envejecimiento: los pensamientos respecto a la muerte, cambios en el impulso sexual, alteraciones en el patrón de sueño y debilitamiento; no son tomados en cuenta para realizar un diagnóstico preventivo. Puesto que la depresión confluye con condiciones médicas como Parkinson, apoplejías y otros trastornos, identificar para su pronto tratamiento resulta una labor complicada. (Rodríguez y Orestes, 2013)

2.2.2.1. Aspectos asociados en la depresión del adulto mayor

Ribot, Alfonso, Ramos y González (2012) Cuando se envejece y se pasa a la jubilación, hay una tendencia a la disminución de la productividad. En un principio

puede contemplarse esta etapa para observar los logros obtenidos y desarrollar una vida íntegra a partir de la autoevaluación de la consecución de las metas vitales. Sin embargo, si se visualiza una vida improductiva y existen culpas por acciones pasadas, el descontento y desesperanza acrecentarán la desesperación que puede dar lugar fácilmente a un trastorno depresivo.

Los rasgos sobresalientes de la personalidad también influyen en la aparición de episodios depresivos; el temor, humor triste pueden configurar toda una sintomatología depresiva. Así señala Pozo (2015), pues este es el punto de partida para la importancia de destacar la preocupación por el buen funcionamiento del cuerpo y mente para hacer frente a la manifestación de posibles enfermedades hipocondriacas. Esto deriva de una diversidad de factores que son difíciles de manejar, dado que las conductas defensivas en esta etapa pueden carecer de plasticidad para desarrollar estrategias de afrontamiento y adaptación. Una característica asociada son las agresiones patógenas, traumáticas e incluso nutricias que fomentan la presencia de sentimientos perjudiciales, convirtiéndose en un agente patógeno que se relaciona con “un cuerpo cansado y poco funcional”, por ejemplo: dolores reumáticos que vienen desde la imposibilidad de desplazarse, olvidos como señal del temor a la demencia. (Alcalá, Camacho y Giner, 2007, p. 51)

Patiño, Arango y Zuleta (2013). Además, la relación u asociación entre depresión y enfermedades somáticas es una fuente de dificultades de distintos niveles. Puede ser una asociación casual (depresiones orgánicas), indirecta (enfermedad como factor desencadenante). Respecto a la clínica, al igual que otras enfermedades psiquiátricas como esquizofrenia, ansiedad, etc.; los ancianos tienen

acentuación en los síntomas, que con frecuencia pasan inadvertidos pese a su apariencia; alterando globalmente sus recursos adaptativos, calidad de vida y comportamientos que pueden influir en riesgo suicida. (Llanes, López, Vázquez y Hernández, 2015).

Rodríguez y Orestes (2013) Una acción importante es el aumento del tiempo libre y la realización de actividades recreacionales. Cuando no está, se convierte en un factor patógeno que es más llamativo en los varones que en las mujeres. El varón ha estado habituado a asumir la carga familiar y era quien aportaba económicamente en casa, mientras que la mujer ha estado más predispuesta a la realización de quehaceres domésticos. Esto de alguna forma u otra influía en el varón, al considerar su papel o rol dentro de la familia como el más importante. Pozo (2015) refiere que cuando se da la pérdida del trabajo, esta posición se desplaza y ya no sabe cómo emplear su tiempo libre y empieza a realizar aquellos pequeños quehaceres domésticos, con lo que la idea errónea de su rol como varón puede verse sometida a su compañera sentimental generando una disminución en su autoestima. Definitivamente, la inversión de roles no debería generar este tipo de condiciones para la autoestima, aunque forma parte de la realidad actual (Licas, 2015).

Jonis y Llacta (2013). Por otro lado, tenemos el “conflicto generacional”, una expresión directa del seno familiar que implica un punto de cruce de la línea ascendente de hijos con la línea descendente de los padres y una consecuencia inversión de roles en la familia. Para justificar el intercambio de roles las familias suelen recurrir a la “rigidez” conceptual del adulto mayor, un aspecto innegable pero que es necesario aclarar. Hay que diferenciar si el adulto mayor tiene conceptos y

conductas rígidas como base de su personalidad, o si por otro lado, esta rigidez en sus esquemas de pensamiento sobrevino con la edad. Durán-Badillo et al. (2013) Si se da el último caso se presencia un funcionamiento de conductas defensivas que disminuyen la autoestima a partir de la necesidad de hacer que las propias ideas, modos o costumbres prevalezca, funcionando como una forma de preservación frente a una sensación de peligro durante esta etapa.

Zavala, Vidal, Castro, Quiroga y Klassen (2008) Las manifestaciones de conflicto más comunes están ligadas al casamiento; especialmente si se dan problemas religiosos o de discriminación racial, ante la elección de carrera u profesión, e incluso por diferencias políticas. Además de los factores culturales y socioeconómicos que desempeñan un papel importante. De esta forma se observa no solamente que la conducta del entorno puede acarrear acciones patógenas, sino también la disposición negativa del adulto mayor respecto al medio u entorno que le rodea. (Pérez y Arcia, 2012)

2.2.2.2. Síntomas principales de la depresión geriátrica

Patiño, Arango y Zuleta (2013) Destacar la existencia de heterogeneidad y amplitud de síntomas ligados a la depresión geriátrica incluye factores a nivel anímico, cognitivo y somático, provocando discrepancia respecto a las características de la depresión en esta etapa. Castañeda (2013). Sin embargo, existe un consenso respecto a la depresión con inicio temprano y la de inicio tardío, de la cual el primer episodio ocurre luego de los 60 años. Mientras que en la depresión de inicio tardío existen una baja frecuencia de antecedentes familiares y una mayor aparición de

síntomas psicóticos como alucinaciones delirantes, las mismas que motivarían un diagnóstico de depresión psicótica (p, 112).

Canto y Castro (2009). Además, hay una asociación con factores de riesgo orgánicos como con las enfermedades cardiovasculares, motivando diagnósticos como depresión vascular; así como la comorbilidad con otras enfermedades médicas: cáncer, fibromiagia, insuficiencia renal, enfermedades del corazón, del sistema nervioso. Mencionar que los adultos mayores depresivos presentan también polifarmacia; a causa de la automedicación y la perpetuación de tratamientos médicos innecesarios que inducen a un cuadro depresivo mayor (p. 263).

Otro elemento de la depresión geriátrica está relacionado a la presencia de síntomas cognitivos, aunque claro está que no todo paciente depresivo presente alteraciones de este tipo. Podemos distinguir la depresión con este tipo de síntomas asociada con la pseudodemencia, la depresión por alteraciones cognitivas concomitantes y la que parte de disfunciones ejecutivas, siendo altamente resistente al tratamiento con fármacos. (Diaz, 2008)

Como una última diferencia que se puede añadir de la depresión del adulto mayor con las de edades más tempranas, se encuentra la asociación con la tendencia a la cronicidad y respuesta tardía al tratamiento farmacológico en el caso de los adultos mayores y de una probable evolución a la demencia senil. (Nuñez, Gonzáles y Realpozo, 2015).

2.2.2.3. Formas clínicas de la depresión en el anciano

La depresión es notable ejemplo de una de las afecciones más recurrentes en la población geriátrica. Ortiz y Castro (2009) Los síntomas y signos pueden originarse de una extendida variedad de enfermedades físicas u orgánicas, coexistiendo la depresión con síntomas físicos que exacerbaban el malestar en los pacientes. Gran parte de esta sintomatología puede ser causa de depresión: insomnio, palpitaciones, fatiga constante, dolor torácico y abdominal, dolor muscular, cefaleas, parestesias, etc. Rodríguez y Orestes (2013) Así como síntomas asociados al afecto triste, sentimientos de inutilidad que pueden ser somatizados en el paciente. Un dato interesante que resaltar es que la principal causa de la pérdida de peso en los adultos mayores es la depresión, generándose un factor de riesgo para un estado de salud delicado (Salgado, 2012).

Hemos revisado que la depresión se vincula con alteraciones provocadas por disfunciones cognitivas y físicas, afectando la sensación de capacidad e independencia del ser humano. Por lo que el sentimiento de utilidad resulta un factor clave para tratar la depresión, sin olvidar y aceptar el declive funcional propio de la etapa de la adultez mayor (Sequeira, 2011).

A continuación, se resaltan características propias de la depresión geriátrica (Villarreal y Costafreda, 2010):

Acentuación patológica de los rasgos premórbidos, escasa expresividad del afecto triste, asilamiento y retraimiento, dificultad para explorar y reconocer síntomas depresivos, deterioro cognitivo, quejas somáticas, incremento de síntomas psicóticos

trastornos de conducta asociados a la irritabilidad, comorbilidad con enfermedades cerebrovasculares y presencia de polifarmacia.

2.2.2.4. Factores de riesgo

La depresión es un proceso complejo con un curso de enfermedad que depende de un amplio grupo de factores; que establecen en su totalidad múltiples y variadas interacciones. El valor de cada uno de estos se desconoce, puesto que dependen de las circunstancias y momentos de la vida en el que se presentan. (Serra y Irizarry-Robles, 2013)

Hay que conocer que la investigación de estos factores cuenta con limitaciones: La investigación de los factores de riesgo de la depresión cuenta con algunas limitaciones: es complicado establecer diferencias entre cuales contribuyen al inicio y mantenimiento de la enfermedad; segundo punto, los factores interactúan de tal forma que juegan el papel de causa y consecuencia al mismo tiempo. Pocos estudios han valorado el grado de influencia.

Ahora se describirán las variables que incrementan el riesgo de padecer depresión, se clasificarán como factores personales y sociales, cognitivos, familiares y genéticos. (Losada y Strauch, 2014)

Factores personales y sociales

- La incidencia y prevalencia de la depresión se da con mayor frecuencia en mujeres que en hombres. Comenzando desde la etapa de la adolescencia hasta

la edad adulta se mantiene este patrón. (Manrique, 2014) Sin embargo representa igualmente una causa de discapacidad tanto en varones como en mujeres, aunque en las féminas es 50% más alta.

- Otros factores relacionados son las enfermedades crónicas, y el consumo de alcohol y tabaco. También los rasgos de personalidad neuróticos se asocian con mayor incidencia de casos de depresión mayor, aumentan la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos ante cualquier acontecimiento difícil de la vida. (Jiménez, 2011) Otras formas de psicopatología como la ansiedad está fuertemente relacionados, la distimia también es otra enfermedad ligada, un importante predictor para la consecución de cuadros de depresión mayor.
- En el caso de varones, los que tienen antecedentes de ataques de pánico o crisis de angustia suelen desarrollar trastornos de depresión mayor. Esta correlación no se ha hallado en otros trastornos. Otra asociación se centra entre la migraña y la depresión, quien sufren de depresión mayor tienen mayor riesgo de padecer migrañas y viceversa. (Estrada, Cardona, Segura y Ordóñez, 2013)

La presencia de enfermedades cardíacas y patologías endocrinas como diabetes e hiper-hipo tiroidismo, síndrome como el de Cushing, de Addison y amenorreas hiperprolactinémicas aumentan el riesgo de padecer depresión. (Durán-Badillo et al., 2013)

Respecto a las circunstancias sociales, García y Troyano (2013) destacan los niveles de pobreza y circunstancias laborales o de empleabilidad. El desempleo conlleva a vivenciar episodios depresivos. En un estudio de cohortes se reveló que

quienes ocupaban grupos socioeconómicos y ocupacionales desfavorecidos tienen a desarrollar índices más altos de depresión.

Por otra parte, el estado civil: soltero, divorciado o viudo, en conjunto con el estrés crónico se relacionan para mayores probabilidades de desarrollar depresión; lo que se conecta con la exposición a dificultades y problemas a lo largo del día a día.

Factores cognitivos

Beck incidió en la investigación sobre el papel de los factores cognitivos en la depresión: los esquemas cognitivos como pensamientos automáticos, distorsiones y creencias irracionales tienen su origen en el procesamiento que le damos a la información que recibimos. Como reaccionamos ante los eventos cognitivos, el estilo de nuestras respuestas y los sesgos que tenemos se consideran primordiales para el desarrollo y mantenimiento de los episodios y trastornos depresivos. (Cerquera, 2008, p. 275)

Factores familiares y genéticos

Quienes tengan antecedentes familiares de depresión tienen mayor riesgo de padecer enfermedades somáticas, así como trastornos mentales. Los familiares en primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen doble posibilidades de desarrollar depresión que la población en general. (Callís-Fernández, 2011, p. 41). Además, puede darse como señal más temprana algún trastorno de ansiedad previamente al desencadenamiento de una depresión.

Otro de los acercamientos más frecuentes en la investigación de genes implicados en la depresión es el estudio de la monoaminas; un factor que podría influir en la presencia de un polimorfismo de un gen que codifica la serotonina (hormona de la felicidad). Este gen podría predecir la respuesta frente a un tratamiento antidepresivo. (Dechent, 2008)

2.2.3. Adulto mayor

La vejez forma parte del último estado de la vida; por lo tanto, el envejecimiento se convierte en un proceso que acompaña al ser humano a lo largo del ciclo vital. Estos son objetos de multidisciplinares conocimientos si entendemos al ser humano como un ser biopsicosocial. (Orosco, 2015) Por este motivo, el individuo que envejece se convierte en un importante sujeto de conocimiento psicológico.

Enríquez y Nájera (2014). La tercera edad entonces resulta un periodo crítico a la hora de hacer frente a una serie de circunstancias individuales, familiares, laborales y culturales que provocan una modificación de la propia percepción que puede afectar la propia identidad. Una imagen que comprende aspectos cognoscitivos y socioafectivos relacionados con la valía personal o autoestima, desempeñando una influencia en torno al modo de afrontar con actitud la vida.

Ingresar a residencias geriátricas constituye una forma de reubicación del adulto mayor que es complicada de elaborar. No obstante, cuando el anciano o anciana abandona su hogar para vivir con algún familiar, supone tener a su alcance personas con las que tienen algún vínculo y puedan recordarle quién es, cómo es.

(Duran, Orbegoz, Uribe y Uribe, 2008) El contacto con familiares directos o amigos refuerza el redescubrimiento de sí mismo, la exploración de su biografía se convierte en un recurso coherente para fortalecer su identidad personal.

Cuando los adultos mayores llegan a la edad de jubilación pueden sentirse aún con la plenitud para realizar los trabajos o labores que antes hacían. Aunque se ve una disminución de la potencialidad física, la mente puede seguir lúcida y el deseo e ímpetu de realizarse permanece inalterado. (Céspedes, 2015, p. 773). Lamentablemente la jubilación puede dar el mensaje de que podemos prescindir de ellos a pesar de que la realidad no sea así. Una necesidad básica del ser humano es sentirse aceptado y perteneciente a un sistema, sentimientos que le sirven para fijar su autoestima de forma saludable. Por tanto, sentirse útil y que los demás no prescindan de ti puede resultar algo positivo para desarrollarla. (Nuñez, Gonzáles y Realpozo, 2015, p. 11).

Por otro lado, el proceso de envejecimiento también presenta limitaciones funcionales ligadas a la pérdida de autonomía y adaptabilidad provocada por disfuncionalidad motriz como consecuencia de dos transiciones: demográfica (tendencia de tasas de mortalidad y fecundidad en países latinoamericanos que demandan servicios y bienes sociales) y la polarización epidemiológica, comprendida como un proceso de consecuencias simultáneas sobre los perfiles de mortalidad en la población, así como las causas que originan el incremento de la población en grupos vulnerables como personas en situación de pobreza y los ancianos. (Ribot, Alfonso, Ramos y González, 2012, p. 700) Además de los cambios en la estructura por edad y las variaciones en la institucionalidad, ya que es necesario

adaptarse a nuevos ritmos de vida; en una sociedad donde el número creciente de adultos mayores no encuentran respuestas satisfactorias a sus necesidades ni demandas económicas, sociales, culturales, políticas y de salud. (Tello, Alarcón y Vizcarra, 2016, p. 347)

De igual modo, considerar las diferencias procedentes del sexo: mientras un adulto mayor varón fue un trabajador productivo, la mujer tradicionalmente ha participado en menor cantidad en esa fuerza laboral asalariada; por lo que ha tenido un limitado acceso a la obtención de ingresos y servicios esenciales. (Villarreal y Costafreda, 2010, p. 12) Por tanto, son las mujeres quienes corren mayor riesgo de sufrir deterioro en su calidad de vida.

2.2.3.1. Clasificación de la población adulta mayor

Definir la salud de las personas que envejecen no debe hacerse en término de déficits; sino de mantenimiento de capacidades funcionales para así establecer estrategias oportunas de cuidado y orientaciones efectivas para los servicios de salud destinados a este grupo etario. (Mazadiego et al., 2011, p. 178) Por ello resulta útil clasificarlas en tres grupos:

Persona adulta mayor auto-valente: tienen de 60 años a más y son capaces de realizar sus actividades diarias con funcionalidad como el autocuidado: comer, desplazarse, asearse, bañarse, etc. Así como actividades instrumentales que implican la cocina, limpieza, quehaceres domésticos y trabajos fuera de casa. (Losada y Strauch, 2014, p. 54)

Persona adulta mayor frágil: aquella que tiene algún tipo de disminución en su estado fisiológico con factores sociales que se asocian para aumentar la vulnerabilidad de incapacitarse y una tendencia a la morbilidad y mortalidad. (Ortiz y Castro, 2009, p. 27)

Persona adulta mayor dependiente o postrada: Aquella persona que mantiene una pérdida significativa de su estado fisiológico, generalmente asociada a la restricción para hacer actividad física limitando el desempeño de actividades de la vida diaria. (Patiño, Arango y Zuleta, 2013, p. 84)

Cambios durante la etapa del envejecimiento

Dentro de este proceso se dan algunos cambios a nivel orgánico y mental vinculados a factores sociales, psicológicos y biológicos que juegan un rol importante para la formación de la identidad del adulto mayor; influyendo directamente en su forma de relacionarse y en las actividades que llevan a cabo.

Cambios físicos y psicológicos

Rodríguez y Orestes (2013) Mantener un adecuado estado de salud es primordial para el desenvolvimiento de los adultos mayores en la sociedad; ya que así lograrán desarrollarse en todas las esferas de su vida y relacionarse con quienes encuentran a su alrededor (p. 52). En cambio, si su salud se ve deteriorada encontrará limitaciones para realizar sus actividades.

Orosco (2015) Sin embargo, como es conocido, esta etapa incluye cambios en el aspecto físico que no necesariamente son la etiología de enfermedades. Algunos están relacionados con la declinación de funciones sensoriales, propensión a enfermedades como osteoporosis, atrofia corporal, disminución de fuerza y agilidad motriz, pérdida de mecanismos inmunológicos y de células productoras de melanina, por lo que aparecen las canas (p. 102). Igualmente, la dificultad para respirar, cambios significativos en la vista (a pesar de la ausencia de enfermedad visual), la disminución del apetito por el cambio en los receptores sensoriales. (Losada y Strauch, 2014, p. 56)

De todos estos cambios se puede rescatar que la energía disminuye, y la resistencia a enfermarse decae, la agilidad y fuerza motora disminuyen y por ende empiezan a excluirse de una serie de actividades.

En lo psicológico la persona empieza a concebirse a sí misma de determinada forma. Dependiendo de los cambios que se den en la atención, inteligencia y memoria; la actitud y motivaciones para afrontar las dificultades formarán el carácter del individuo. (Manrique, 2014, p. 45)

Entonces, la autopercepción se modifica con la edad, a partir de los cambios sufridos en cada etapa. Algunos se pueden encontrar asociados a cambios de la personalidad, aislamiento, la incapacidad para evocar recuerdos y acontecimiento recientes, la necesidad de ser escuchado, el temor al abandono y la soledad. (Losada y Strauch, 2014, p. 60)

Cambios sociales del envejecimiento

El envejecimiento se concibe como un proceso que genera cambios en el aspecto biológico y psicosocial, desde este enfoque se analiza las condiciones que el adulto mayor enfrenta para adaptarse a las nuevas condiciones provenientes del medio social y de sí mismo (Patiño, Arango y Zuleta, 2013, p. 210).

Pérez y Arcia (2012) Los cambios a nivel social están ligados al rol que cumple en el contexto en el que se desenvuelve. Abarcando también las diferencias generacionales la adaptación del anciano a estos cambios requiere una integración de las mismas (p. 21).

Hay que considerar que el adulto mayor desarrolla mayores niveles de bienestar cuando se siente con la capacidad de enfrentar los cambios por los que atraviesa, consiguiendo un grado de adaptación adecuado para la satisfacción personal (Patiño y Cardona, 2011, p. 206).

2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

H_i: Existe relación significativa negativa entre autoestima y depresión en adultos mayores de una Institución de salud, Trujillo 2017.

H₀: No existe relación significativa inversa entre autoestima y depresión en adultos mayores de una Institución de salud, Trujillo 2017.

III. METODOLOGÍA

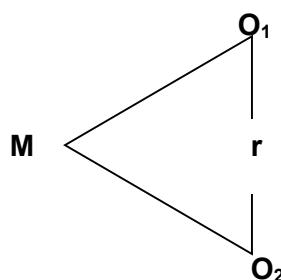
3.1. Tipo de investigación

Este estudio es descriptivo, puesto que se estableció perfiles de las variables autoestima y depresión en el adulto mayor de una institución de salud de la ciudad de Trujillo. Así mismo es cuantitativo, ya que se utilizó la recolección y el análisis de datos para responder a la pregunta de investigación, haciendo uso de la medición numérica (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

3.2. Diseño de investigación

El diseño utilizado para la presente investigación es no experimental, de tipo transaccional o transversal correlacional. No experimental, porque no existirá una manipulación de las variables; ya que se observará fenómenos tal como se dan en su contexto natural para posteriormente analizarlos. Es de tipo transversal o transaccional, debido a que la recolección de datos se hará en un solo momento o tiempo único teniendo como objeto describir variables y analizar su relación en un momento dado. Así mismo es correlacional, puesto que se analizó la relación entre las variables autoestima y depresión en el adulto mayor de una institución salud de la ciudad de Trujillo.

Siendo el diagrama que ilustra este tipo de diseño el siguiente:



En dónde:

M: Adultos mayores de una institución de salud.

O1: Autoestima

O2: Depresión

r: Relación entre las variables estudiadas.

3.3. Población y muestra

a. Población y muestra:

Se evaluó a los adultos mayores de la Institución de salud que está compuesto por 200 adultos, de los cuales se evaluaron a 132, donde 26 son varones y 106 mujeres.

b. Muestreo:

El tipo de muestreo a realizar corresponde al muestreo probabilístico; donde luego de haber delimitado la muestra de acuerdo a los criterios establecidos, todos tendrán la probabilidad de ser elegidos. Mediante el muestreo aleatorio estratificado simple (Hernández, Fernández, y Baptista (2010).

Inicialmente se dividió la cantidad de adultos donde se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N z^2 P (1 - P)}{(N - 1) e^2 + Z^2 P(1 - P)}$$

En dónde:

Nivel de Confiabilidad : z : 1.96

Proporción de P : p : 0.5

Proporción de Q	: q	: 0.5
Tamaño poblacional	: N	: 200
Error de Muestreo	: e	: 0.05
Tamaño de la Muestra	: n	

3.4.Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Adultos mayores comprendidos entre la edad de 60 y 90 años.
- Adultos mayores de ambos sexos.
- Adultos mayores que asistieron el día de la evaluación.

Criterios de exclusión

- Adultos mayores que no acepten participar en el estudio.
- Adultos mayores con complicaciones perceptuales significativas.
- Protocolos de pruebas incompletas.

3.5. Definición y Operacionalización de las variables.

Tabla : Operacionalización de las variables.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
AUTOESTIMA	FAMILIA 6,9,10,16,20,22	<ul style="list-style-type: none"> • Actitudes en el hogar • Presión familiar • Respeto de la familia • Necesidad de permanencia en el hogar • Sentimiento de comprensión en el hogar. • Sentimiento de fastidio en el hogar.
	IDENTIDAD 1,3,13,15,18	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción de sí mismo. • Aceptación personal • Percepción de la realidad vivida • Opinión de sí mismo • Opinión de la simpatía
	AUTONOMÍA 4,7,19	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para tomar decisiones • Sensación de adaptabilidad • Expresión de ideas
	EMOCIONES 5,12,21,24,25	<ul style="list-style-type: none"> • Expresión de sentimientos positivos. • Autopercepción de emociones • Aceptación social • Sensación de situaciones difíciles • Opinión de defectos y cualidades.
	MOTIVACIÓN 14,17,23	<ul style="list-style-type: none"> • Convencimiento de ideas • Sensación de motivación • Sensación de ánimo frente a actividades
	SOCIALIZACIÓN 2,8,11	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de hablar en público • Sentimiento de aceptación social • Sensación de dependencia al entorno
DEPRESIÓN	SÍNTOMAS AFECTIVOS 1,5,10,11	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Periodos de llanto incontrolable • Sentimientos de culpa • Sentimientos de vergüenza • Sentimientos de cólera • Sentimientos de ansiedad
	SÍNTOMAS COGNITIVOS 2,3,6,7,8,13,14,20	<ul style="list-style-type: none"> • Indecisión • Percibir los problemas como abrumadores e insuperables • Autocrítica • Polarización • Problemas de memoria y concentración • Ideación suicida
	SÍNTOMAS CONDUCTUALES 12,15,17	<ul style="list-style-type: none"> • Pasividad, evitación e inercia • Dificultades para el manejo social • Necesidades reales
	SÍNTOMAS FISIOLÓGICOS 16,18,19,21	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del sueño • Alteraciones sexuales y del apetito
	CONTEXTO SOCIAL DE LOS SÍNTOMAS 4,9	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones familiares de apoyo • Intervenciones de pareja de apoyo

3.6. Técnicas e instrumentos

3.6.1. Técnicas

Para la presente investigación se empleó la técnica psicométrica para recolección de datos. Según Cardona, Chiner y Lattur (2009), refiere que estas comprenden aquellos test de evaluación y diagnóstico que son elaborados utilizando procesamiento estadístico altamente calificado tipificado, en sus tres procesos fundamentales: Aplicación, corrección e interpretación”.

3.6.2. Instrumentos

a. Test de Autoestima – 25

Este instrumento fue adaptado por César Ruiz Alva en el 2006, Lima – Perú, el cual consta de 25 ítems, la evaluación se puede hacer individual o colectiva, con duración variable de 15 minutos aproximadamente. Esta prueba, es una medida válida del “sí mismo” escolares de primaria, secundaria y adultos, desde los 8 años hacia adelante. En este estudio la dirección de los ítems, refiere que, a mayor puntuación, mayor autoestima. Consta de ítems 25 su calificación es manual y según plantilla se otorga 1 punto por respuesta que coincida con la clave. El total se convierte al puntaje normativo general que evalúa el NIVEL de Autoestima, entendiéndose por autoestima al valor que el sujeto otorga a la imagen que tiene de sí mismo.

Validez y Confiabilidad

La validez se obtuvo por medio de los estudios de Correlación de los Puntajes totales del test de Autoestima 25 con los puntajes generales del Test de Autoestima de Coopersmith, empleando el método de Coeficiente de Correlación Producto Momento de Pearson, se obtuvieron los resultados siguientes para los grupos

estudiados. (100 casos por grupo, haciendo un total 600 sujetos). Así mismo se realizó el análisis de Consistencia Interna, donde los coeficientes van de 0.89 a 0.94 para los grupos estudiados, los cuales resultaron teniendo 0.001 de confianza de manera significativa (100 casos por grupo – total de 600 sujetos). Así mismo es válido y confiable, pues en la ciudad de Trujillo fue sometido a un total de 480 sujetos y fue demostrada su confiabilidad con el Método de Consistencia Interna donde los coeficientes van de 0.88 a 0.94 que resultan siendo significativas al 0.001 de confianza y sometidos al Método de Test Retest, resultan siendo también confiables cuyos coeficientes van del 0.90 a 0.93 con lapsos de tiempo de dos meses entre prueba y re prueba, estimados también como significativos al 0.001 de confianza.

b. Inventario de Depresión de Beck

Este instrumento fue desarrollado originalmente en 1961 por Beck, y ha sufrido transformaciones desde la fecha a la actualidad. La segunda versión del instrumento (1979) fue conocida como BDIIA y la siguiente revisión de éste dio como resultado la producción del BDI-II. Existen dos traducciones del BDI-II al español; una de ellas fue elaborada por Penley et al. (2003) De acuerdo a estudios en Estados Unidos con población latina, la segunda fue elaborada por Sanz, Navarro & Vásquez (2003) en España, asimismo se realizó la última revisión del test en su adaptación española por Sanz y Vásquez, (2011) en España; en la actualidad en el Perú el cuestionario BDI-II fue adaptado en el 2016 por Espinosa, en una muestra de 1000 universitarios.

Es un instrumento auto-administrado de 21 ítems. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3. Se suman los 21 ítems y esto da una

puntuación total. La puntuación máxima es 63. Una puntuación de 0 a 13 indica un nivel de depresión mínimo, puntajes entre 14 y 19 un nivel leve, puntuaciones de 20 a 28 un nivel moderado y de 29 a 63 un nivel de depresión grave. En caso de que el evaluado puntúe 0, este será interpretado como un nivel mínimo de depresión, así lo establecen los criterios de la prueba expuestos en líneas precedentes. En cambio, si la persona puntúa 63, dicho resultado será interpretado como la presencia de depresión grave.

Validez y Confiabilidad

Su confiabilidad se analizó mediante su consistencia interna ($\alpha=0,91$) y estabilidad temporal además de la homogeneidad de los ítems de la escala. Se identificó un puntaje de corte óptimo de 20 puntos para determinar la presencia de síndrome depresivo, sin embargo, se consideró que el puntaje de corte de 19 puntos propuesto por Beck posee una sensibilidad y especificidad prácticamente idéntica. Por último, se encontró una aceptable correlación test-retest ($r=0,66$) y se concluyó que el instrumento efectivamente discrimina adecuadamente entre sujetos con y sin sintomatología (Melipillán et al., 2008).

3.7. Plan de análisis

Para el desarrollo de la investigación, se codificó los cuestionarios válidos mediante la asignación de respectivos números para ser digitalizados en el programa Microsoft Excel, con la finalidad de darle un orden y organización a la información obtenida, para lo cual luego ser exportados al software estadístico SPSS versión 22 que se empleó en el procesamiento de los datos, los cuales arrojaron tablas de acuerdo a los objetivos planteados para la investigación. Luego se aplicó la Prueba de Normalidad la cual

determinó el estadístico a utilizar, considerando que el p-valor es mayor que 0.05. Se contrastó la normalidad mediante la prueba de Kolmogorov – Smirnov, que arrojó las distribuciones de los factores son paramétricos y de acuerdo ello se empleó el estadístico de Pearson. Así mismo se halló la confiabilidad de los instrumentos a través del Alpha de Cronbach.

3.8. Principios éticos

Con el fin de reservar la información y privacidad de los participantes. En el presente estudio se estableció los criterios del consentimiento informado; por ende, se hizo uso de la carta de consentimiento informado. Para la administración de la prueba se recolectó los datos en una institución de Essalud, previa conversación y autorización con cada uno de las autoridades.

En el momento de la aplicación se explicó el contexto de la evaluación a cada persona o al grupo de personas que estarán participando y se les ratifico que su participación es voluntaria y anónima. Posterior a la firma del consentimiento informado, se les entrego el instrumento y se estuvo a disposición del participante para responder cualquier duda con respecto a la forma de responderlo.

IV. RESULTADOS

4.1. Tablas de resultados:

4.1.1. Resultados de la relación entre autoestima y depresión en adultos mayores de una institución de salud – Trujillo, 2017.

Tabla 1

Correlación entre autoestima y depresión en adultos mayores de una institución de salud - Trujillo, 2017.

	Correlación de Pearson Depresión (r)	Sig. (p-valor)
Autoestima	- ,326**	,000**

**P<0.01

Fuente: Base de datos

Descripción:

En la Tabla 1, se presentan las correlaciones entre las variables autoestima y depresión mediante el estadístico paramétrico de Correlación de Pearson. En ello, se puede identificar una correlación significativa negativa.

4.1.2. Resultados de niveles de autoestima en el adulto mayor de una institución de salud – Trujillo, 2017.

Tabla 2

Niveles de autoestima en adultos mayores de una institución de salud - Trujillo, 2017

	Frecuencia	Porcentaje
BAJA AUTOESTIMA	14	10.6
TENDENCIA DE BAJA AUTOESTIMA	20	15.2
AUTOESTIMA EN RIESGO	40	30.3
TENDENCIA A ALTA AUTOESTIMA	44	33.3
ALTA AUTOESTIMA	14	10.6
TOTAL	132	100,0

Fuente: Base de datos

Descripción:

En la Tabla 2, se presentan las frecuencias y porcentajes de los niveles de autoestima de los adultos mayores evaluados. Donde se evidencia que solo el 10.6% evidencia una alta autoestima, seguido por el 33.3% que presenta una tendencia a alta autoestima, mientras que el 30.3% muestra indicadores de autoestima en riesgo. Así mismo podemos observar que el 15.2% y el 10.6% presentan una tendencia a baja autoestima y bajas autoestima, respectivamente.

4.1.3. Resultados de niveles de depresión en adultos mayores de una institución de salud – Trujillo, 2017.

Tabla 3

Niveles de depresión en adultos mayores de una institución de salud – Trujillo, 2017.

	Frecuencia	Porcentaje	
DEPRESIÓN	DEPRESIÓN MÍNIMA	116	87,9
	DEPRESIÓN LEVE	12	9,1
	DEPRESIÓN MODERADA	2	1,5
	DEPRESIÓN GRAVE	2	1,5
	TOTAL	132	100,0

Fuente: Base de datos

Descripción:

En la Tabla 3, se presentan las frecuencias y porcentajes de los niveles de depresión de los adultos mayores evaluados. Donde se aprecia que el 87.9% presenta una depresión mínima, mientras que el 9.1% evidencia niveles de depresión leve. Así mismo se puede observar que dos grupos de 1.5% evidencian depresión moderada y grave.

4.1.4. Resultados de diferencias según sexo, en autoestima y depresión en adultos mayores de una institución – Trujillo, 2017.

Tabla 4

Diferencias en autoestima y depresión según sexo en adultos mayores de una institución de salud - Trujillo, 2017.

	AUTOESTIMA	DEPRESIÓN
U de Mann-Whitney	1326,000	1305,000
Sig. asintót. (bilateral)	,758*	,461*

p < 0.05 *

Descripción:

En la tabla 4 se puede apreciar que tanto autoestima y depresión, son variables que se comportan de manera independiente en función al sexo del evaluado en adultos mayores de una institución de salud, Trujillo.

4.2. Análisis de resultados

El presente estudio se buscó describir la relación entre la autoestima y depresión en adultos mayores de una Institución de salud, Trujillo 2017.

La significancia de estudiar ello, se fundamenta en la concepción, de que es de vital importancia abordar el problema que originan trastornos como la depresión en el proceso del envejecimiento. Tomando en cuenta aquellos factores que intervienen en el desencadenamiento del mismo; uno de los más resaltantes y sobre el que gira el eje temático de esta revisión es la autoestima. La estimación que los adultos mayores tienen de sí mismos les permite delimitar las capacidades físicas y mentales que se han visto afectadas con el paso de los años. Si bien es cierto no hay una pérdida total de las mismas, existen dificultades para gozarlas como lo hacían con anterioridad. Son precisamente estas sensaciones de pérdida las que crean temores y afectan negativamente la autoestima, al provocar una sensación de improductividad e independencia que puede terminar favoreciendo la aparición de un cuadro depresivo.

Ahora, de acuerdo al objetivo general, se puede afirmar la existencia de relación entre las variables autoestima y depresión en adultos mayores, esta relación es inversa, es decir que a mayor autoestima menor depresión y viceversa. Estos resultados de asocian con lo hallado por Orosco (2015) en su trabajo de depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima, y en función a esto podemos apreciar que cuando hablamos de una persona con autoestima, pensamos en alguien que se sabe capaz, que considera juega un papel importante en la vida; lo que hace sentirse querido, aceptado y perteneciente

a un propósito. (Céspedes, 2015) Estos sentimientos impactan significativamente en la vida del ser humano, a tal punto de brindarle un mayor significado a su vida, aún en la etapa de la vejez; ya que, como indica Díaz (2008) probablemente, en la última etapa del ciclo vital, los adultos mayores tienden a sentirse vulnerables y desarrollan la errónea percepción de haber perdido valor; es así como empiezan a experimentar sentimientos de abandono, apatía y desesperanza por la vida. Frente a la inminente realidad propia de los cambios de la vejez, algunos intenten aferrarse a ideales de juventud que pueden resultar mortificantes, en otros casos la negación de estos cambios provoca que el cuerpo exteriorice sensaciones corporales a través de manifestaciones hipocondriacas. (Villavicencio y Rivero-Álvarez, 2011)

Este panorama también es producto de un colectivo social, donde que el estar “viejo” es sinónimo de incapacidad en todos los aspectos, incluso en el plano sexual existen muchos tabúes que les estereotipan como seres asexuados. Pinheiro (2014) refiere es así como empieza a desestimarse al adulto mayor como un ser que puede disfrutar de la vida como lo hacía en la adultez o juventud. Toda esta carga de prejuicios converge en la creación de sistemas que les brindan un trato poco digno, como si fueran individuos marginados por la sociedad.

Ahora, en función a los objetivos específicos, hallamos que más de la mitad de la población presenta niveles de autoestima en riesgo llegando a niveles más bajos aún. Estos resultados son similares a los que halló Martínez y Suárez (2015), donde en su investigación de Grado de dependencia funcional y el nivel de autoestima de los Adulto Mayor del Distrito de Guadalupe-Provincia de Pacasmayo-2015; muestra que, también, más de la mayoría presenta niveles de autoestima bajos. En función a esto, cuando el adulto mayor siente que tiene una valía inferior, empieza la apatía e

indiferencia a sí mismo o al medio que le rodea. Resulta difícil ver, escuchar y pensar con claridad cuando se recibe el maltrato y desprecio de los demás a partir de los prejuicios infundados por la sociedad en cuanto a la vejez. Licas (2015) Desde este punto se interpretan las situaciones de aislamiento por la que pasan los adultos mayores, la forma en como son tratados por la sociedad actual. López (2012) Durante esta edad el desempleo es una constante y la independencia económica se torna complicada, más aún si no se cuenta con una pensión de jubilación, situándose en desventaja para ejercer su derecho de decisión en el sistema familiar. En otra variante, cuando se es pensionado y se dan las condiciones para recibir dinero se mantiene la independencia, a menos que algún familiar se haga cargo de la administración de este ingreso (Jonis y Llacta, 2013). Entonces, aquí podemos concluir que la independencia económica es un factor que también influye en la autoestima y valoración del adulto mayor.

Así mismo, Nuñez, Gonzáles, y Realpozo (2015) sostienen que cuando se manejan niveles bajos de autoestima, se ve disminuida la capacidad de resistencia frente a las desventuras de la vida y se experimenta más el deseo de evitar el dolor que el de la búsqueda de alegría en el día a día. A pesar de que hayan alcanzado valores auténticos, sino se desarrolla una adecuada autoestima estos serán ineficientes y no se conseguirá alcanzar todo el potencial de la persona, implicando limitaciones para obtener logros. Por ende, nada de lo que pueda conseguir les parecerá suficiente.

Continuando en la línea de objetivos específicos, nos encontramos con los niveles de depresión en el adulto mayor, donde se halló que, a pesar de que la mayoría presente niveles de depresión mínima, esto no significa la ausencia del

constructo en los evaluados, sino que se encuentran en la parte inicial de este problema de salud mental. Estos resultados, se asemejan a los hallados por Pozo (2015) en su estudio Depresión e intento de suicidio en la tercera edad en pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de un hospital de Lima-Perú, donde se encontró que quienes tenían depresión severa habían intentado suicidarse, mientras que los que tenían depresión mínima mostraban ideación suicida. Estos datos llaman la atención, ya que se visualiza que no se requiere de resultados significativos en el diagnóstico del paciente para considerar que se encuentran en una condición de riesgo. Por ello, es tan necesario un análisis exhaustivo del paciente, puesto que, según señala Salgado (2012), la depresión en el adulto mayor puede ser diagnosticada erróneamente ya que los médicos atribuyen sus síntomas a la aparición de otras enfermedades físicas, considerando los mismos como una parte normal del proceso de la vejez. De tal manera, que los síntomas de la depresión con frecuencia se confunden con los cambios esperados del envejecimiento: los pensamientos respecto a la muerte, cambios en el impulso sexual, alteraciones en el patrón de sueño y debilitamiento; no son tomados en cuenta para realizar un diagnóstico preventivo. Puesto que la depresión confluye con condiciones médicas como Parkinson, apoplejías y otros trastornos, identificar para su pronto tratamiento resulta una labor complicada. (Rodríguez y Orestes, 2013) Además, como indica Patiño, Arango y Zuleta (2013), la relación u asociación entre depresión y enfermedades somáticas es una fuente de dificultades de distintos niveles. Puede ser una asociación casual (depresiones orgánicas), indirecta (enfermedad como factor desencadenante). Respecto a la clínica, la igual que otras enfermedades psiquiátricas como esquizofrenia, ansiedad, etc.; los ancianos tienen acentuación en los síntomas, que

con frecuencia pasan inadvertidos pese a su apariencia; alterando globalmente sus recursos adaptativos, calidad de vida y comportamientos que pueden influir en riesgo suicida. (Llanes, López, Vázquez y Hernández, 2015).

Para ya finalizar, con el último objetivo específico, donde plantea el hallar diferencias en estas variables a partir del sexo de los evaluados, sin embargo, los resultados muestran que esta condición no es un elemento que se comporte de manera dependiente. Estos son objetos de multidisciplinarios conocimientos si entendemos al ser humano como un ser biopsicosocial. Sin embargo, es necesario considerar que las diferencias procedentes del sexo: mientras un adulto mayor varón fue un trabajador productivo, la mujer tradicionalmente ha participado en menor cantidad en esa fuerza laboral asalariada; por lo que ha tenido un limitado acceso a la obtención de ingresos y servicios esenciales. (Villarreal y Costafreda, 2010) Por tanto, son las mujeres quienes corren mayor riesgo de sufrir deterioro en su calidad de vida, pero esto no significa que el sexo sea determinante, a pesar de su influencia. Por otro lado, los rasgos sobresalientes de la personalidad también influyen en la aparición de episodios depresivos; el temor, humor triste pueden configurar toda una sintomatología depresiva. Así señala Pozo (2015), pues este es el punto de partida para la importancia de destacar la preocupación por el buen funcionamiento del cuerpo y mente para hacer frente a la manifestación de posibles enfermedades hipocondriacas. Esto deriva de una diversidad de factores que son difíciles de manejar, dado que las conductas defensivas en esta etapa pueden carecer de plasticidad para desarrollar estrategias de afrontamiento y adaptación. Una característica asociada son las agresiones patógenas, traumáticas e incluso nutricias que fomentan la presencia de sentimientos perjudiciales, convirtiéndose en un agente

patógeno que se relaciona con “un cuerpo cansado y poco funcional”, por ejemplo: dolores reumáticos que vienen desde la imposibilidad de desplazarse, olvidos como señal del temor a la demencia (Alcalá, Camacho y Giner, 2007, p. 53)

Los seres humanos podemos crecer y cambiar durante toda nuestra existencia, con el pasar de los años esto puede tornarse más complicado y requerir de mayor tiempo, todo dependerá de la irracional voluntad que se puede mantener para aferrarse a ciertas actitudes, entonces puede empezarse por lo siguiente: conocer que siempre existe la posibilidad de cambiar y de salir de la zona de confort, comprometerse con el proceso de cambio. Esto guiará una conducta y percepción más sanas para cambiar la valoración de los cambios físicos, psicológicos que ya se han mencionado (Sequeira, 2011).

Acosta y García (2007) Tener una autoestima alta o sana en esta edad canalizará el descubrimiento de recursos que no se habían tomado en cuenta con anterioridad. Todo cambio significativo implica un proceso de duelo; pues le decimos adiós viejos esquemas, tomar lo mejor de lo que vivimos para afrontar los cambios que sucedan inducirá la redefinición de la autoestima. Finalmente, puede que reinventar la autoestima se dará en situaciones de pérdida, si no se está preparado podría convertirse en un procedimiento doloroso (p. 295).

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Según los resultados expresados al calcular el coeficiente de Pearson, se concluye que existe relación inversa (-,326) entre las variables autoestima y depresión en adultos mayores de una institución de salud, Trujillo 2017.
- Las frecuencias y porcentajes hallados en los niveles de autoestima de los adultos mayores de una institución de salud, Trujillo 2017, presenta que el 56% tiene autoestima en riesgo, tendencia a baja autoestima y baja autoestima.
- Los adultos mayores de una institución de salud, Trujillo 2017, presentan frecuencias y porcentajes de depresión, en su mayoría, mínima (87.9%); seguida por un 12.1% que va desde la depresión leve a la depresión grave.
- Según los resultados expresados calculados por el estadístico U de Mann-Whitney, no existen diferencias según sexo en autoestima (,758) y depresión (,461) en adultos mayores de una institución de salud, Trujillo 2017.

5.2 . Recomendaciones

- Realizar programas de intervención que se centren en vincular estas variables, para que así se pueda realizar un trabajo integrado concibiendo al adulto mayor como un ser biopsicosocial que aún tiene necesidades y objetivos que plantearse.

- Realizar talleres de empoderamiento que le permita al adulto mayor establecer nuevos paradigmas de autoconcepción para generar espacios de conciencia de sí mismo y así emprender el camino hacia nuevas metas.
- Promover las intervenciones integrando las redes sociales del adulto mayor, pues esto funciona como un factor protector ante episodios depresivos.
- Realizar estudios que permitan observar que otras variables se asocian con la depresión y autoestima en el adulto mayor, para así proponer alternativas de intervención más eficaces.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, C., y García, R. (2007). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y Salud, 17* (2), 291-300.
- Acosta, R. y Sánchez, J. (2017). Religiosidad y Depresión en adultos mayores de Lima Metropolitana. *Salud y Sociedad, 8* (1), 22-34.
- Aguilar, Y. (2013). *Satisfacción con los roles de género en la edad adulta* [Tesis de maestría]. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.
- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C. y Vázquez, C. (2008). Depresión. *Guías Clínicas, 6* (11), 1-6.
- Alcalá, V., Camacho, M. y Giner, J. (2007). Afectos y depresión en la tercera edad. *Psicothema, 19* (1), 49-56.
- Arias, W., Yépez, L., Núñez, A., Oblitas, A., Pinedo, S., Masías, M., y Hurtado, J. (2014). Felicidad, depresión y creencia en la benevolencia humana en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Propósitos y Representaciones, 1* (2), 83-103.
- Bastidas, H. (2014). Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. *Psicología, 32* (2), 192-218.
- Borda, M., Anaya, M., Pertuz, M., Romero, L. y Suárez, A. (2013). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Salud Uninorte, 1* (1), 64-73.
- Callís, S. (2011). Autoimagen de la vejez en el Adulto Mayor. *Ciencia en su PC, 9* (2), 30-44.
- Canto, H. y Castro, E. (2009). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 9* (2), 257-270.
- Cardona, D., Estrada, A. y Agudelo, H. (2008). Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica, 26* (2), 206-215.

- Castañeda, A. (2013). *Autoestima, Claridad de Autoconcepto y Salud Mental en adolescentes de Lima Metropolitana* [Tesis de licenciatura]. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Castro, D. (2013). Factores de riesgo para ideación suicida en pacientes con trastorno depresivo en Colombia. *Rev. Colombiana de psiquiatría*, 43 (1), 27-35.
- Cerquera, A. (2008). Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el asilo San Antonio de Bucaramanga. *Universitas Psychologica*, 7 (1), 271-281.
- Céspedes, A. (2015). Recuperación de la autoestima en una adulta mayor rehabilitada con prótesis dental. *MEDISAN*, 19 (6), 770-775.
- Dechent, C. (2008). Depresión geriátrica y trastornos cognitivos. *Hospital Clínico Universidad de Chile*, 19 (3), 339-346.
- Díaz, M. (2008). *Autoestima y autoeficacia durante el proceso de jubilación en los hombres* [Tesis de licenciatura]. Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Duran, D., Orbegoz, L., Uribe, A. y Uribe, J. (2008). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Universitas Psychologica*, 7 (1), 263-270.
- Durán, T., Aguilar, R., Martínez, M., Rodríguez, T., Gutiérrez, G. y Vázquez, L. (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería Universitaria*, 10 (2), 36-42.
- Enríquez, G. y Nájera, S. (2014). Enfermería: fomento de la autoestima en padecimientos neuróticos en el adulto mayor. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 2 (26), 18-30.
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, A. y Ordóñez, J. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12 (1), 81-94.

- Garaigordobil, M. y Pérez, I. (2017). Autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos en personas con y sin disfemia: un análisis descriptivo y comparativo. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7 (2), 285-298.
- García, A. y Troyano, Y. (2013). Percepción de autoestima en personas mayores que realizan o no actividad física-deportiva. *Escritos de Psicología*, 6 (2), 35-41.
- García, M y Liberato, J. (2014). *Funcionamiento familiar y nivel de autoestima del adulto mayor hipertenso - Hospital Distrital Jerusalen Trujillo 2014*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2010). Metodología de la investigación (5ª ed.). Ciudad de México, México: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2015). *En el Perú viven más de 3 millones de adultos mayores*. Recuperado de <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-viven-mas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570/>
- Jiménez, B. (2011). Caracterización psicosocial de ancianos que se suicidaron. *MEDISAN*, 15 (3), 328-339.
- Jonis, M. y Llacta, D. (2013). Depresión en el adulto mayor, cual es la verdadera situación en nuestro país. *Médica Herediana*, 24 (1), 78-79.
- Licas, M. (2015). *Nivel de depresión del adulto mayor en el centro de atención integral S.J.M – V.M.T. 2014* [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Llanes, H., López, Y., Vázquez, J. y Hernández, R. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Rev. De Ciencias Médicas*, 21 (1), 65-74.
- López, B. (2012). Rol de la Persona Adulta Mayor en la familia y la sociedad, en tiempos de cambio. *Boletín de la Dirección de Fortalecimiento de las Familias*, 1 (3), 11-13.

- Losada, A. y Strauch, M. (2014). Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años - Influencia del vivir solo o acompañado. *Rev. Electrónica de Psicogerontología*, 1 (1), 48-62.
- Martínez, R y Suárez, L. (2015). *Grado de dependencia funcional y nivel de autoestima del adulto mayor del distrito de Guadalupe – provincia de Pacasmayo – 2015* [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú.
- Manrique, B. (2014). *Calidad de Vida relacionada con la Salud y Esperanza en adultos mayores residentes en un hogar geriátrico de Lima Metropolitana* [Tesis de pregrado]. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Mazadiego, T., Calderon, J., Solares, C., Zárate, M., Torres, L. y Coto, A. (2011). Incremento de la autoestima en los adultos mayores de un hogar de jubilados. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16 (1), 175-182.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2011). *Plan Nacional para las personas adultas mayores 2013-2017* [Boletín]. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/saludfamiliar/archivos/DOCUMENTOS/PLAN_AM_2013-2017.pdf
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2010). *Requisitos Mínimos para el funcionamiento de los Centros de Atención Residencial para personas Adultas Mayores* [Documento técnico]. Recuperado de: https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/DS_009_2010_MIMDES.pdf
- Nuñez, M., Gonzáles, G. y Realpozo, R. (2015). Relación entre autoestima y felicidad desde la psicología positiva en estudiantes de enfermería intercultural. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 29 (3), 1-17.
- Ocampo, J. (2015). *Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama y cervicouterino del Estado de México* [Tesis de doctorado]. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *La salud mental y los adultos mayores*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

- Orosco, C. (2015). Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. *Persona*, 18 (2), 91-104.
- Ortiz, J. y Castro, M. (2009). Bienestar Psicológico de los adultos mayores, su relación con la Autoestima y la Autoeficacia - Contribución de Enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 15 (1), 25-31.
- Patiño, F. y Cardona, D. (2011). Depresión en un grupo de jubilados participantes en programas de actividad física y/o asociaciones de la Universidad de Antioquia, Medellín 2005. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25 (1), 82-88.
- Patiño, F., Arango, E. y Zuleta, L. (2013). Ejercicio físico y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática. *Rev. Colombiana de Psiquiatría*, 42 (2), 198-211.
- Pérez, V. y Arcia, N. (2012). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Rev. Cubana de Medicina General Integral*, 24 (3), 18-25.
- Pinheiro, C. (2014). Relación parental, autoestima y sintomatología depresiva en jóvenes adultos. Implicaciones de los conflictos interparentales, coalición y triangulación. *Universitas Psychologica*, 13 (3), 15-29.
- Pozo, M. (2015). Depresión e intento de suicidio en la tercera edad en pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de un hospital de Lima-Perú. *Rev. De la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma*, 1(2), 35-43.
- Ribot, R., Alfonso, R., Ramos, A. y González, C. (2012). Suicidio en el adulto mayor. *Rev. Habanera de Ciencias Médicas*, 6 (2), 699-708.
- Riuz, C. y Hernández, M. (2009). El abandono del adulto mayor como manifestación de violencia intrafamiliar. *Archivos de Medicina Familiar*, 2 (5), 147-149.
- Rodríguez, O. y Orestes, D. (2013). Algunos aspectos clínicos epidemiológicos de la depresión en la ancianidad. *MEDISAN*, 13 (5), 49-56.

- Romero, K. (2011). *Relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud, San Juan de Miraflores, 2011*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Salgado, C. (2012). *Efectos del bienestar espiritual sobre la resiliencia en estudiantes universitarios de Argentina, Bolivia, Perú y República Dominicana* [Tesis de doctorado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Segura, A., Cardona, D., Segura, A. y Garzón, M. (2012). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Salud Pública*, 17 (2), 184-194.
- Sequeira, D. (2011). *La soledad en las personas mayores: Factores protectores y de riesgo. Evidencias empíricas en adultos mayores chilenos* [Tesis de doctorado]. Universidad de Granada, Granada, España.
- Serra, J. y Irizarry, C. (2013). Factores protectores de la depresión en una muestra de Adultos Mayores en Puerto Rico: Autoeficacia, Escolaridad y otras variables sociodemográficas. *Acta Colombiana de Psicología*, 18 (1), 125-134.
- Simkin, H. y Etchevers, E. (2014). Religiosidad, espiritualidad y salud mental en el marco del Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 60 (4), 265-275.
- Sotelo, I., Irigoyen, A. y Morales, H. (2012). La depresión en ancianos: elementos para su análisis desde la Atención Primaria. *Archivos en Medicina Familiar*, 14 (4), 113-114.
- Sotelo, I., Rojas, J., Sánchez, C. y Irigoyen, A. (2012). La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en Medicina Familiar*, 14 (1), 5-13.
- Tello, T., Alarcón, R. y Vizcarra, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Rev. Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33 (2), 342-350.

- Villarreal, C. y Costafreda, V. (2010). Caracterización de los ancianos con trastornos depresivos. *MEDISAN*, 14 (7), 9-17.
- Villavicencio, I. y Rivero, R. (2011). Nivel de autoestima de las personas adultas mayores que acuden a los comedores de la Sociedad Pública de Beneficencia de Lima Metropolitana 2011. *Pshicothema*, 26 (2), 1-12.
- Zavala, M., Vidal, D., Castro, M., Quiroga, P. y Klassen, G. (2008). Funcionamiento Social del Adulto Mayor. *Ciencia Y Enfermería*, 7 (2), 53-62.
- Zavala, M., Posada, S. y Cantú, R. (2010). Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa, México. *Archivos en Medicina Familiar*, 12 (4), 116-126.

VI. ANEXOS

Anexo 1

TEST DE AUTOESTIMA – 25

(César Ruiz, CHAMPAGNAT, 2003)

I. FICHA TÉCNICA:

- NOMBRE DE LA PRUEBA: TEST DE AUTOESTIMA – 25.
- AUTOR: CÉSAR RUIZ ALVA/ Psicólogo y Docente Universitario.
- Adaptación y 2da Edic. Revisada. César Ruiz Alva, Lima, - 2006 – Baterías del Champagnat, Surco, Lima. Perú / Mejora del instrumento y mayor cobertura.
- Administración: COLECTIVA, pudiendo también aplicarse en forma INDIVIDUAL.
- Duración: Variable (promedio 15 minutos).
- Aplicación: Desde 8 años en adelante. Escolares de primaria, secundaria, jóvenes y adultos.
- SIGNIFICACIÓN: Evalúa el Nivel general de Autoestima de la persona.
- Número de ítems: 25.
- Calificación: Manual y según plantilla se otorga 1 punto por respuesta que coincida con la clave. El total se convierte al puntaje normativo general que evalúa el NIVEL de Autoestima.
- Normas: Según NIVELES CUALITATIVOS al transformar el puntaje total.

Instrucción:

Lee atentamente y marque con una "X" en la columna (SI/NO) según corresponda. Ser sincero, trabaje con honestidad para que los resultados nos ayuden a conocerlo mejor.

PREGUNTA DEL CUESTIONARIO	SI	NO
1. Me gustaría nacer de nuevo y ser diferente de como ahora soy.		
2. Me resulta muy difícil hablar frente a un grupo.		
3. Hay muchas cosas dentro de mí que cambiaría si pudiera hacerlo.		
4. Tomar decisiones es algo fácil para mí.		
5. Considero que soy una persona alegre y feliz.		
6. En mi casa me molestó cada rato.		
7. Me resulta difícil acostumbrarme a algo nuevo.		
8. Soy una persona popular entre la gente de mi edad.		
9. Mi familia me exige mucho/espera demasiado de mí.		
10. En mi casa se respeta bastante mis sentimientos.		
11. Con mucha facilidad hago lo que mis amigos me mandan a hacer.		
12. Muchas veces me tengo rabia / cólera a mí mismo.		
13. Pienso que mi vida es muy triste.		
14. Los demás me hacen caso y considera mis ideas.		
15. Tengo muy mala opinión de mí mismo.		
16. Han habido muchas ocasiones en las que he deseado irme de mi casa.		
17. Con frecuencia me siento cansado de todo lo que hago.		
18. Pienso que soy una persona fea comparada con otros.		
19. Si tengo algo que decir a otros, voy sin temor y se lo digo.		
20. Pienso que en mi hogar me comprenden.		
21. Siento que le caigo muy mal a las demás personas.		
22. En mi casa me fastidian demasiado.		
23. Cuando intentó hacer algo, muy pronto me desanimo.		
24. Siento que tengo más problemas que otras personas.		
25. Creo que tengo más defectos que cualidades.		

Análisis de fiabilidad del A-25 en adultos mayores de una institución de salud, Trujillo 2017.

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	
	,750

Percentiles del A-25 en adultos mayores de una institución de salud, Trujillo 2017.

N	Válidos	132
	Perdidos	0
	1	3,31
	5	11,00
	10	12,00
	15	13,00
	20	14,00
	25	14,00
	30	15,00
	35	15,00
	40	15,20
	45	16,00
	50	16,00
	55	16,00
	60	17,00
	65	17,00
	70	17,00
	75	17,75
	80	18,00
	85	18,00
	90	19,00
	95	19,00
	99	20,67

PERCENTILES

Pc	NIVEL DE AUTOESTIMA
90 a más	Alta Autoestima
60 – 85	Tendencia a Alta Autoestima
55 – 30	Autoestima en riesgo
15 – 25	Tendencia de Baja Autoestima
10 o menos	Baja Autoestima

Anexo 2

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

- Nombre del test: Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).
- Autor: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown
- Autor de la adaptación española: Jesús Sanz y Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández.
- Área general de la variable que pretende medir el test: Escalas Clínicas
- Áreas de aplicación: Psicología clínica, Neuropsicología, Psicología forense
- Formato de los ítems: Tipo Likert
- Número de ítems: 21 ítems
- Procedimiento de obtención de las puntuaciones directas
- El formato de los ítems es de tipo Likert con cuatro categorías de respuesta ordenadas que se codifican de 0 hasta 3. La puntuación es la suma de las respuestas a los 21 ítems. Si una persona ha elegido varias opciones en un ítem, se toma la opción con la puntuación más alta. También se puntúan de 0 a 3 los ítems 16 y 18, que tienen 7 categorías. En estos ítems el Manual recomienda registrar la categoría seleccionada, por su valor diagnóstico.
- Tiempo estimado para la aplicación del test: 5-10 minutos

BDI

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de la elección.*

1. 0 No me siento triste
 1 Me siento triste
 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

2. 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro
 1 Me siento desanimado respecto al futuro
 2 Siento que no tengo que esperar nada
 3 Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar

3. 0 No me siento fracasado
 1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
 2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
 3 Me siento una persona totalmente fracasada

4. 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes
 1 No disfruto de las cosas tanto como antes
 2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica con las cosas
 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo

5. 0 No me siento especialmente culpable
 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones
 2 Me siento culpable en la mayoría de las situaciones
 3 Me siento culpable constantemente

6. 0 Creo que no estoy siendo castigado
 1 Siento que puedo ser castigado
 2 Siento que estoy siendo castigado
 3 Quiero que me castiguen

7. 0 No me siento descontento conmigo mismo
 1 Estoy descontento conmigo mismo
 2 Me avergüenzo de mí mismo
 3 Me odio

8. 0 No me considero peor que cualquier otro
 1 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores
 2 Continuamente me culpo de mis faltas
 3 Me culpo por todo lo malo que me sucede

9. 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio
 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría
 2 Desearía suicidarme
 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad

10. 0 No lloro más de lo que solía

- 1 Ahora lloro más que antes
2 Lloro continuamente
3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera
11. 0 No estoy más irritado de lo normal en mí
1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes
2 Me siento irritado continuamente
3 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solía irritarme
12. 0 No he perdido el interés por los demás
1 Estoy menos interesado en los demás que antes
2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
3 He perdido todo el interés por los demás
13. 0 Tomo decisiones más o menos como siempre lo he hecho
1 Evito tomar decisiones más que antes
2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
3 Ya me es imposible tomar decisiones
14. 0 No creo tener peor aspecto que antes
1 Estoy preocupado porque parezco mayor o poco atractivo
2 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
3 Creo que tengo un aspecto horrible
15. 0 Trabajo igual que antes
1 Me cuesta un esfuerzo trabajar igual que antes
2 Tengo que obligarme para hacer todo
3 No puedo hacer nada en absoluto
16. 0 Duermo tan bien como siempre
1 No duermo tan bien como antes
2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir
17. 0 No me siento más cansado de lo normal
1 Me canso más fácilmente que antes
2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa
3 Estoy demasiado cansado para hacer nada
18. 0 Mi apetito no ha disminuido
1 No tengo tan buen apetito como antes
2 Ahora tengo mucho menos apetito
3 He perdido completamente el apetito
19. 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
1 He perdido más de 2 kilos y medio
2 He perdido más de 4 kilos
3 He perdido más de 7 kilos

Estoy a dieta para adelgazar:

SÍ NO

20. 0 No estoy preocupado por mi salud más que lo normal
1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
2 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más
3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa
21. 0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo

- 1 Estoy menos interesado por el sexo que antes
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo
- 3 He perdido totalmente mi interés por el sexo

Anexo 3

Análisis de fiabilidad del test de depresión en adultos mayores de una institución de salud, Trujillo 2017.

Alfa de Cronbach	N de elementos
,856	21

Anexo 4

Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov de los instrumentos aplicados en adultos mayores de una institución de salud, Trujillo 2017.

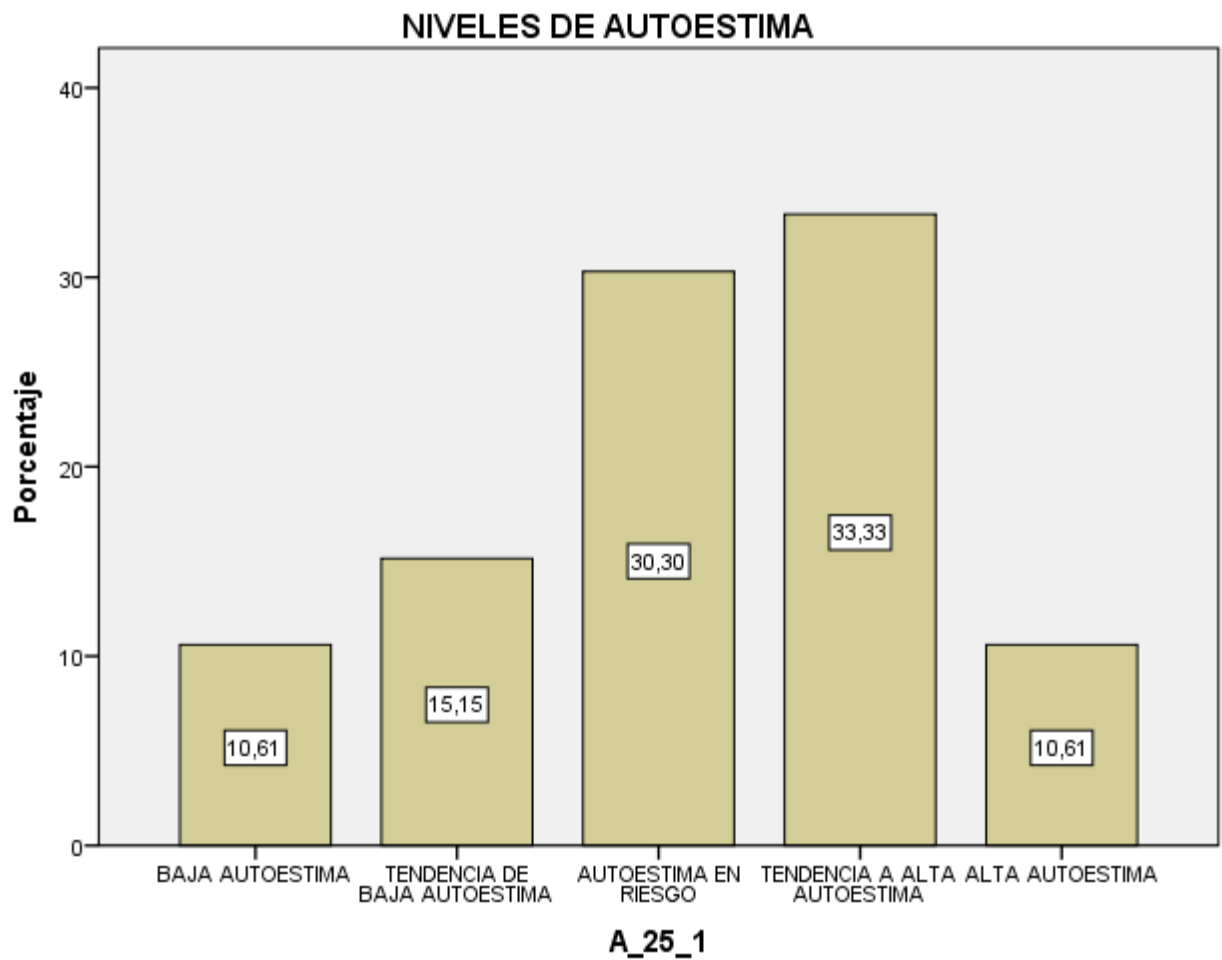
Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra		
	TEST DEPRESIÓN	TEST DE AUTOESTIMA
N	132	132
Z de Kolmogorov-Smirnov	5,818	2,321
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,000

a. La distribución de contraste es la Normal.

En el Anexo 3, se aprecia que los resultados de los instrumentos aplicados de muestras de manera paramétrica, por lo tanto para determinar la correlación se hará uso del coeficiente de Pearson.

Anexo 5
GRAFICO 1

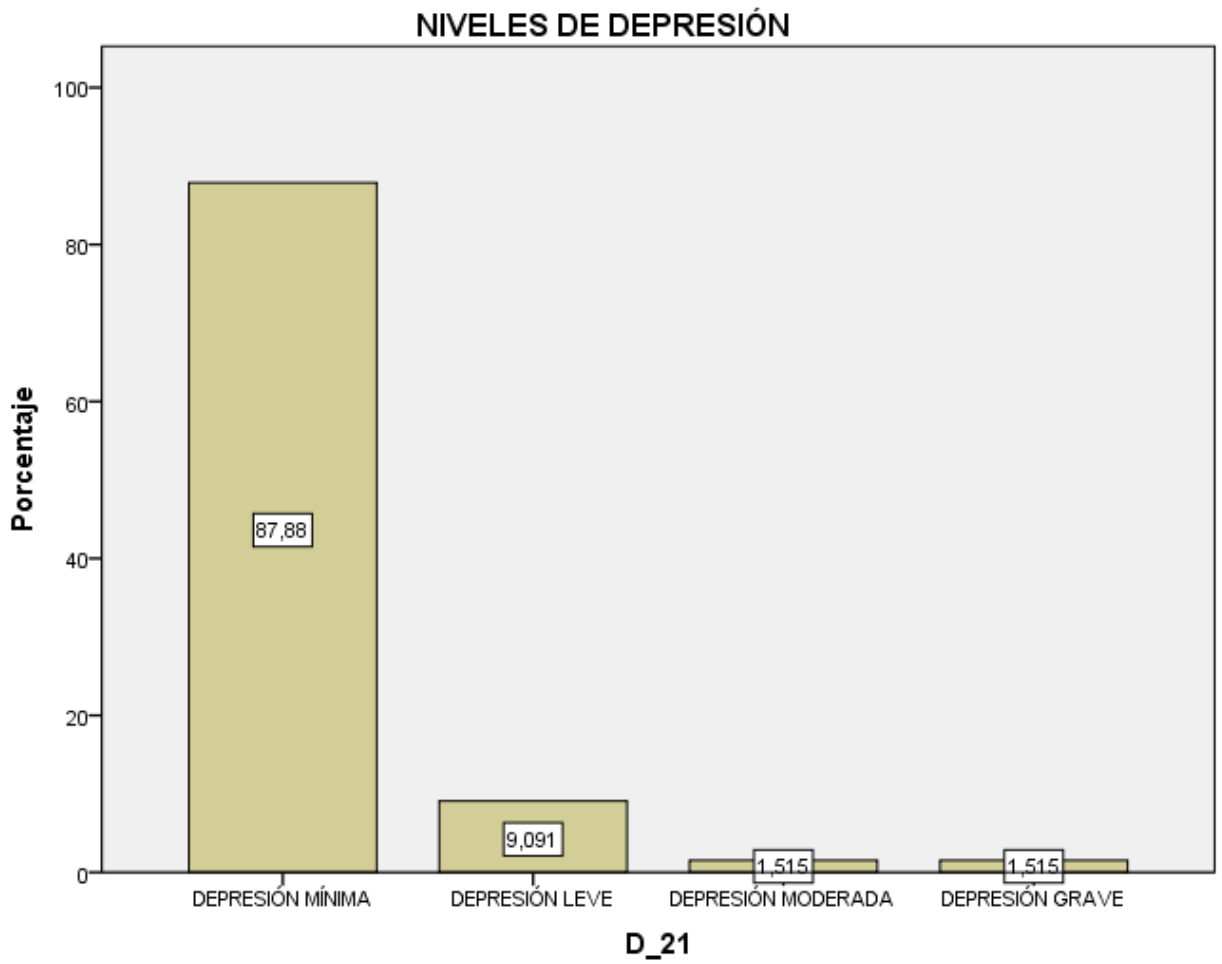
Niveles de autoestima en adultos mayores de una institución de salud, Trujillo 2017.



Anexo 6

GRAFICO 2

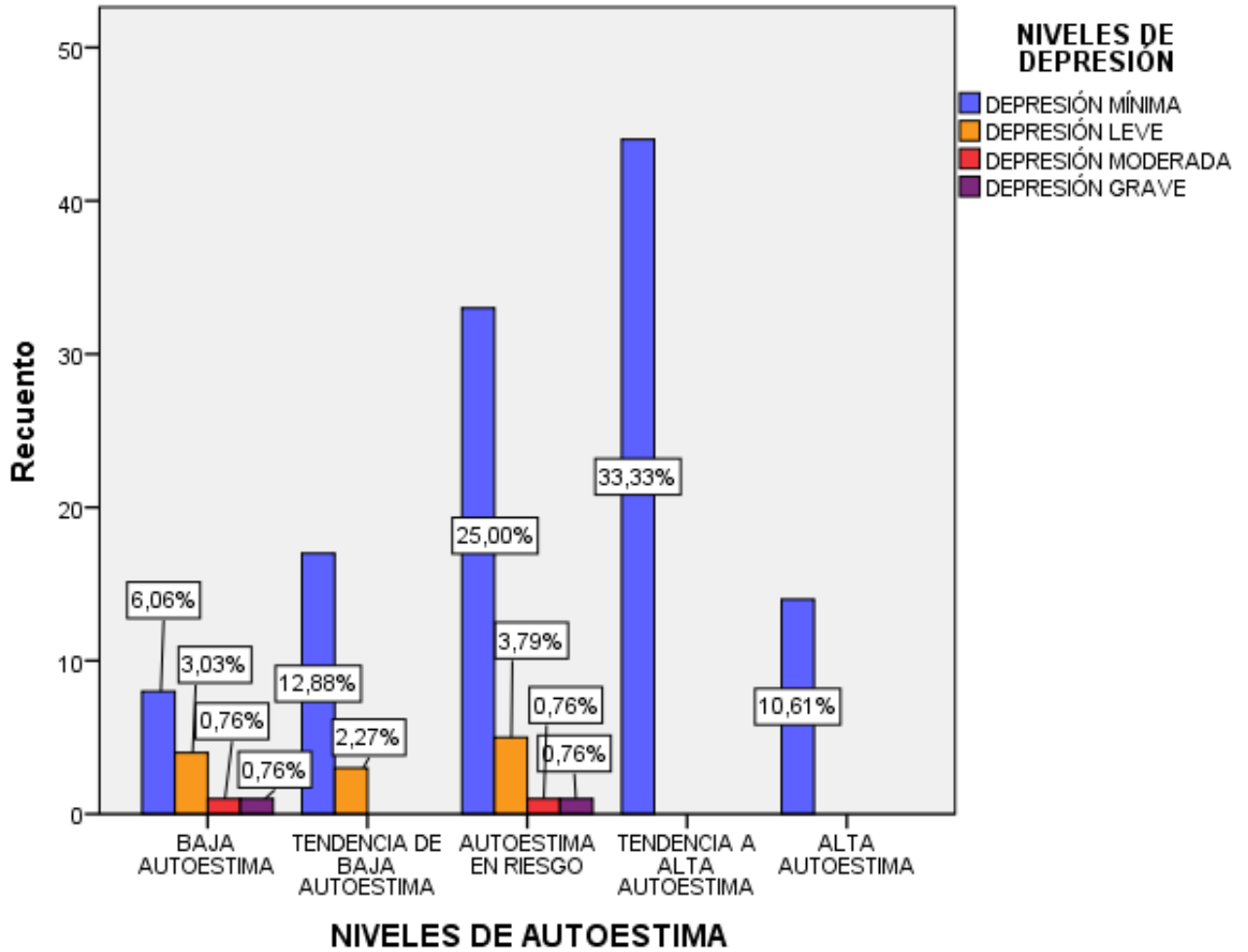
Niveles de depresión en adultos mayores de una institución de salud, Trujillo 2017.



Anexo 7

Grafico 3

Autoestima y depresión en adultos mayores de una institución de salud, Trujillo 2017.



Anexo 8

Tabla de contingencia de Autoestima según sexo en adultos mayores de una institución de salud, Trujillo.

		SEXO		Total	
		Masculino	Femenino		
NIVELES DE AUTOESTIMA	BAJA AUTOESTIMA	Recuento	3	11	14
		% dentro de SEXO	11,5%	10,4%	10,6%
	TENDENCIA DE BAJA AUTOESTIMA	Recuento	3	17	20
		% dentro de SEXO	11,5%	16,0%	15,2%
	AUTOESTIMA EN RIESGO	Recuento	9	31	40
		% dentro de SEXO	34,6%	29,2%	30,3%
	TENDENCIA A ALTA AUTOESTIMA	Recuento	10	34	44
		% dentro de SEXO	38,5%	32,1%	33,3%
	ALTA AUTOESTIMA	Recuento	1	13	14
		% dentro de SEXO	3,8%	12,3%	10,6%
	Total	Recuento	26	106	132
		% dentro de SEXO	100,0%	100,0%	100,0%

Anexo 9

Tabla de contingencia de depresión según sexo en adultos mayores de una institución de salud, Trujillo.

		SEXO		Total	
		Masculino	Femenino		
NIVELES DE DEPRESIÓN	DEPRESIÓN MÍNIMA	Recuento	24	92	116
		% dentro de SEXO	92,3%	86,8%	87,9%
	DEPRESIÓN LEVE	Recuento	1	11	12
		% dentro de SEXO	3,8%	10,4%	9,1%
	DEPRESIÓN MODERADA	Recuento	1	1	2
		% dentro de SEXO	3,8%	0,9%	1,5%
	DEPRESIÓN GRAVE	Recuento	0	2	2
		% dentro de SEXO	0,0%	1,9%	1,5%
	Total	Recuento	26	106	132
		% dentro de SEXO	100,0%	100,0%	100,0%

Anexo 10
Matriz de consistencia

PROBLEMA	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	OBJETIVOS	METODOLOGÍA
¿Cuál es la relación entre la auto estima y depresión en adultos mayores de una Institución, Trujillo 2017?	AUTOESTIMA	FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> - Actitudes en el hogar - Presión familiar - Respeto de la familia - Necesidad de permanencia en el hogar - Sentimiento de comprensión en el hogar. - Sentimiento de fastidio en el hogar. 	<p align="center">Objetivo general</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación entre autoestima y depresión en adultos mayores de una Institución de salud, Trujillo 2017 <p align="center">Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir los niveles de Autoestima en adultos mayores de una Institución de salud, Trujillo 2017 • Describir los niveles de depresión en adultos mayores de una Institución de salud, Trujillo 2017 • Describir las diferencias, según sexo, en autoestima y depresión en adultos mayores de una Institución de salud, Trujillo 2017 	TIPO DE INVESTIGACIÓN
		IDENTIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción de sí mismo. - Aceptación personal - Percepción de la realidad vivida - Opinión de sí mismo - Opinión de la simpatía 		Descriptiva - Cuantitativa
		AUTONOMÍA	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad para tomar decisiones - Sensación de adaptabilidad - Expresión de ideas 		
		EMOCIONES	<ul style="list-style-type: none"> - Expresión de sentimientos positivos. - Autopercepción de emociones - Aceptación social - Sensación de situaciones difíciles - Opinión de defectos y cualidades. 		
		MOTIVACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Convencimiento de ideas - Sensación de motivación - Sensación de ánimo frente a actividades 		
		SOCIALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de hablar en público - Sentimiento de aceptación social - Sensación de dependencia al entorno 		
	DEPRESIÓN	SÍNTOMAS AFECTIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza - Periodos de llanto incontrolable - Sentimientos de culpa - Sentimientos de vergüenza - Sentimientos de cólera - Sentimientos de ansiedad 	DISEÑO INVESTIGACIÓN	
		SÍNTOMAS COGNITIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Indecisión - Percibir los problemas como abrumadores e insuperables - Autocrítica - Polarización - Problemas de memoria y concentración - Ideación suicida 		No observacional - transversal
		SÍNTOMAS CONDUCTUALES	<ul style="list-style-type: none"> - Pasividad, evitación e inercia - Dificultades para el manejo social - Necesidades reales 		
		SÍNTOMAS FISIOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones del sueño - Alteraciones sexuales y del apetito 		
		CONTEXTO SOCIAL DE LOS SÍNTOMAS	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenciones familiares de apoyo - Intervenciones de pareja de apoyo 		

Anexo 11

CARGO

Gerencia		Firma:	
Centro	12-20	Fecha:	12-20-17
Fecha:	30.5.17		
Firma:			

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

Trujillo, 29 de mayo del 2017

OFICIO N°069-2017-Coord.Ps.-Filial Trujillo/ULADECH CATÓLICA

MGTR:

ANITA AGUILAR SÁNCHEZ

TRABAJADORA SOCIAL - CENTRO DEL ADULTO DE TRUJILLO ESSALUD

Presente.-

Por el presente me dirijo a usted para saludarle cordialmente, y aprovechar la oportunidad para solicitar a su institución dar las facilidades y autorizar el ingreso de la estudiante Coronel Alva Celeni de La Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote- ULADECH CATÓLICA, con la finalidad de que puedan realizar las prácticas de la asignatura de Tesis II, en su representada institución, la actividad a realizar consiste en la aplicación de instrumentos de medición para su proyecto de tesis denominado: “Autoestima y depresión en el Adulto Mayor, ESSALUD – TRUJILLO, 2017”.

De ser posible la flexibilidad de ingreso de la estudiante, el horario será coordinado con su persona.

Cabe mencionar que los resultados obtenidos de la evaluación serán entregados oportunamente.

Agradeciendo la atención que brinde a la presente, me despido cordialmente, reiterándole las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,

UNIVERSIDAD CATOLICA LOS ANGELES DE CHIMBOTE
FILIAL TRUJILLO
Mg. Mariella Bustamante Leon
COORDINADORA ESCUELA DE PSICOLOGIA

Anexo 12

Código:...

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer la salud mental en adultos mayores.

Me han indicado también que tendré que responder un total de 2 cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos.

Reconozco que la información que yo brinde en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme de la misma cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de esta investigación cuando ésta haya concluido. Para esto, puedo contactar a las investigadoras al correo anexo en la parte inferior.

Firma del Participante

Fecha

-

-

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este documento es darle a una clara explicación de la naturaleza de, así como esta investigación de su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por Celeni Coronel Alva; cuya meta es conocer la salud mental, autoestima y depresión en adultos mayores.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder unos cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las respuestas, las pruebas se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en ella. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante el cuestionario le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora.

Desde ya le agradecemos su participación.