

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE PSICOLOGIA Y TRABAJO SOCIAL



Trabajo de suficiencia profesional

Nivel de depresión en los adultos mayores del grupo de beneficiarios de la  
Asociación Caridades San Vicente

Para optar el título profesional de Licenciado en Psicología

Presentado por:

Autor: Bachiller Paola Guillermina Pérez Godoy Lazarte

Lima-Perú

2017

## **Dedicatoria**

Dedico este trabajo de investigación a mis padres, a mi familia, a la Asociación de Caridades San Vicente, ya que reúne una serie de experiencias personales, resultado del trabajo de investigación llevado a cabo durante estos últimos meses y también a todos los adultos mayores de la Asociación por haber compartido sus vivencias conmigo.

## **Agradecimiento**

Agradezco a Dios por estar presente en cada uno de mis días dándome la fortaleza para seguir mi camino hacia el logro de mis metas, a mi familia, a la Asociación de Caridades San Vicente por permitirme realizar el trabajo de investigación con todos sus adultos mayores y a la Universidad Inca Garcilaso De La Vega, por el apoyo que me da al forjarme como una profesional competente.

# ÍNDICE

	Página
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
ÍNDICE.....	iv
Índice de tablas.....	vii
Índice de figuras.....	viii
Resumen.....	ix
Abstract.....	x
Introducción.....	xi
CAPITULO I Planteamiento del problema.....	14
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	14
1.2 Formulación del problema.....	17
1.2.1 Problema Principal.....	17
1.2.2 Problemas Secundarios.....	17
1.3. Objetivos.....	17
1.3.1. Objetivo General.....	17
1.3.2. Objetivos Específicos.....	18
1.4. Justificación e importancia.....	18
CAPITULO II Marco teórico conceptual.....	20
2.1 Antecedentes.....	20
2.1.1 En el Ámbito Internacional.....	20
2.1.2 En el Ámbito Nacional.....	23
2.2 Bases Teóricas.....	26
2.2.1 Depresión.....	26

2.2.1.1	Definición. ....	26
2.2.1.2	Síntomas de la depresión. ....	27
2.2.1.3	Características de la depresión. ....	28
2.2.1.4	Principales causas de la depresión. ....	28
2.2.1.5	Criterios diagnósticos. ....	29
2.2.1.6	Diagnóstico probable. ....	32
2.2.1.7	Trastorno depresivo persistente (distimia). ....	33
2.2.1.8	Factores de riesgo. ....	34
2.2.1.9	Diagnóstico diferencial. ....	36
2.2.2	Adulto Mayor. ....	37
2.2.2.1	Definición. ....	37
2.2.2.2	Etapas del adulto mayor. ....	37
2.2.2.3	Calidad de vida en la vejez. ....	39
2.2.2.4	Maltrato de las personas mayores. ....	40
2.2.2.5	La vivencia de desamparo. ....	43
2.3	Definiciones conceptuales. ....	43
CAPITULO III Metodología. ....		46
3.1	Tipo y diseño utilizado. ....	46
3.1.1	Tipo de investigación. ....	46
3.1.2	Diseño de Investigación. ....	47
3.2	Población y Muestra. ....	47
3.2.1	Población. ....	47
3.2.2	Muestra: ....	48
3.3	Identificación de la Variable y su Operalización. ....	49
3.4	Técnicas e Instrumentos de Evaluación y Diagnóstico. ....	50

3.4.1	Técnicas .....	50
3.4.2	Instrumento .....	53
3.4.3	Validación de Instrumentos .....	54
CAPITULO IV Procesamiento, presentación y análisis de los resultados .....		55
4.1.	Procesamiento de los resultados .....	55
4.2.	Presentación de resultados .....	55
4.3.	Análisis y discusión de los resultados.....	64
4.4.	Conclusiones .....	66
4.5	Recomendaciones .....	66
CAPITULO V Programa de Intervención.....		68
5.1	Denominación del programa.....	68
5.2	Justificación del problema .....	68
5.3	Establecimiento de los objetivos.....	68
5.4	Sector al que se dirige .....	69
5.5	Establecimiento de conductas problemas/meta .....	69
5.6	Metodología de la intervención .....	70
5.7	Instrumentos/material a utilizar .....	70
5.8	Cronograma .....	71
5.9	Actividades .....	72
5.9	Validez y Confiabilidad del Programa.....	76
Referencias bibliográficas.....		77
INDICE DE ANEXOS .....		83

## Índice de tablas

Tabla 1: Etapas en el adulto mayor.....	38
Tabla 2: Indicadores de muestreo.....	48
Tabla 3: Niveles de depresión escala de 30 pts.....	52
Tabla 4: Niveles de depresión escala de 15 pts.....	52
Tabla 5: Niveles de depresión en los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI.....	60
Tabla 6: Nivel de depresión de estudio promedio, según cuadros estadísticos descriptivos en los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI.....	61
Tabla 7: Rango de edades edad de los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI.....	61
Tabla 8: Niveles de depresión según edad en los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI.....	62
Tabla 9: Nivel de depresión según sexo del adulto mayor del grupo de beneficiarios de ACASVI.....	62
Tabla 10: Porcentaje de adultos mayores según grado de instrucción del grupo de beneficiarios de ACASVI.....	63
Tabla 11: Niveles de depresión según grado de instrucción del adulto mayor del grupo de beneficiarios de ACASVI.....	63
Tabla 12: Nivel de depresión según estado civil del adulto mayor del grupo de beneficiarios de ACASVI.....	64

## Índice de figuras

Figura 1: Distribución porcentual de los niveles de depresión en los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI .....	57
Figura 2: Distribución etaria, según edades de los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI .....	57
Figura 3: Distribución etaria, niveles de depresión según edad de los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI .....	58
Figura 4: Distribución etaria, según niveles de depresión por sexo, de los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI.....	58
Figura 5: Distribución porcentual, según grado de instrucción, de los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI .....	59
Figura 6: Distribución etaria, según niveles de depresión por grado de instrucción, de los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI .....	59
Figura 7: Distribución etaria, según niveles de depresión por estado civil, de los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI.....	59

## Resumen

Está investigación tuvo como objetivo diagnosticar el estado de depresión de los adultos mayores del grupo de beneficiarios de la Asociación de Caridades San Vicente a través de un test psicológico, cuestionarios para que finalmente se pueda plantear un programa de intervención que sirva como un apoyo en el cuidado del adulto mayor.

Hoy no se duda de la especificidad de los conflictos emocionales, de los mecanismos de defensa, de los aspectos de la personalidad y de las pautas de interacción de las personas mayores. La tercera edad y sus etapas intermedias constituyen los ciclos vitales finales. En ella se detectan procesos existenciales propios, como cambios en la identidad, la conducta, el envejecimiento, la elaboración de la muerte y trastornos orgánicos y mentales.

La metodología que se utilizó fue de tipo descriptivo y transversal, la muestra está conformada por 168 adultos mayores que son beneficiarios de la misma asociación. Los participantes son de la zona de Miraflores, Lima; sus edades oscilan de los 65 años a más, son de ambos sexos, aunque predominan las mujeres; de nivel socioeconómico bajo. Toda la información será registrada en una ficha de datos generales, que serán llenadas por el investigador y se utilizará un test denominado Escala de depresión geriátrica – test de Yesavage, de 15 ítems, para evaluar el nivel de depresión de los adultos mayores de la asociación.

Por lo tanto, la presente investigación está orientada a identificar el nivel de depresión en los adultos mayores del grupo de beneficiarios de la Asociación de Caridades San Vicente (ACASVI) conformado por adultos mayores, pacientes con ansiedad generalizada y psicológica siendo la depresión.

**Palabras clave:** Depresión, adulto mayor, envejecimiento.

## **Abstract**

This research aimed to diagnose the depression status of older adults in the beneficiary group of the Association of Charities of San Vicente through a psychological test, questionnaires so that finally an intervention program can be proposed that serves as a support in the Care of the elderly.

Today there is no doubt about the specificity of emotional conflicts, defense mechanisms, aspects of personality and patterns of interaction of older people. The third age and its intermediate stages constitute the final life cycles. It identifies its own existential processes, such as changes in identity, behavior, aging, the elaboration of death, and organic and mental disorders.

The methodology used was descriptive and transversal, the sample is made up of 168 older adults who are beneficiaries of the same association. The participants are from the area of Miraflores, Lima; Their ages oscillate of the 65 years to more, they are of both sexes although predominate the women; Of low socioeconomic level. All information will be recorded in a general data sheet, which will be filled out by the researcher and a test called the Geriatric Depression Scale - 15-item Yesavage test will be used to assess the level of depression in the elderly of the association.

Therefore, the present investigation is oriented to identify the level of depression in the elderly of the group of beneficiaries of the Association of Charity San Vicente (ACASVI) conformed by older adults, patients with generalized anxiety and psychological depression.

Key words: Depression, elderly, aging.

## Introducción

La tercera edad y sus etapas intermedias constituyen los ciclos vitales finales, en ella se detectan procesos existenciales propios, como cambios en la identidad, la conducta, el envejecimiento, trastornos orgánicos y mentales (demencias frustradas, neurosis actuales, alteraciones psicósomáticas, psicosis agudas y crónicas, depresión y fobias).

El abandono de un adulto mayor trae consigo múltiples reacciones situacionales que dependen de la personalidad y de la capacidad adaptativa frente al nuevo entorno, es usual el temor a sufrir algún tipo de angustia, aflicción, el temor a sufrir una o varias enfermedades, la ansiedad por la salud, la baja autoestima, la sensación de no tener dominio de su propia vida, el verse obligados en ciertos casos a la renuncia a determinados hábitos, la inseguridad acerca del futuro, los sentimientos de inutilidad, el sentir que son una carga familiar.

El problema de las depresiones no solo corresponde al campo de la psiquiatría, la medicina, también a la psicología y a la sociedad misma, y la que más implica es realmente la persona. Ninguna enfermedad mental y muy pocas enfermedades médicas conllevan un grado de sufrimiento subjetivo tan profundo como los trastornos depresivos. Las depresiones conllevan un problema psicosocial de urgencia, sanitario y económico.

La persona adulta mayor vive la etapa de su jubilación y retiro como una situación de pérdida y minusvalía, por ello es fácil que se sienta como alguien que ya no cuenta mucho para los demás, que su presencia no es necesaria. No es raro, por lo tanto, que algunas personas adultas mayores, sufran depresión en esta etapa de vida.

Por otro lado, no podemos dejar de mencionar que los familiares son una parte muy importante en el proceso de la enfermedad y el cuidado de los pacientes críticos, ya que ellos contribuyen de manera muy valiosa al logro de una buena evolución de la misma enfermedad, porque de una o

otra manera colaboran de manera activa en la toma de decisiones del geriatra o médico que atiende al adulto mayor, ellos son parte de la conexión entre paciente y médico.

En ACASVI conocemos los problemas emocionales, que acompaña al abandono familiar, al hecho de no tener la economía que antes tenían para solventarse por sí mismos, alguien que ya no cuenta mucho para los demás, porque percibe que los demás no cuentan con él, y si vemos el nivel familiar, que es el lugar donde aún podrían sentirse tomado en cuenta la nueva realidad familiar, hace que el adulto mayor vaya poco a poco sintiendo o percibiendo que tampoco en ese ámbito su presencia es necesaria.

Por otra parte, existe escasez de psicólogos en el ámbito de la salud mental, para que puedan ser atendidos, así como a la falta de elaboración de programas estructurados, que nos ayudarán a comprender la magnitud del problema.

Por todo ello, los datos en este trabajo de investigación son significativos, por el lugar que ocupa el adulto mayor en nuestra sociedad y lo que debe importar realmente para la familia y el apoyo necesario para que el adulto mayor se adapte a una nueva forma de vida, alivie su temor a la muerte; en esencia, brindar una atención integral.

El presente estudio, consta de cinco capítulos, los cuales se expondrán a continuación.

Encontraremos en el Capítulo I, el Planteamiento del problema, se describe el problema de investigación a nivel internacional, nacional, local, mostrando estadísticas que sustentan la situación problemática, el entorno donde se realiza la investigación, donde describimos las dificultades que tienen los adultos mayores en la asociación, así como también la formulación del problema, objetivos, justificación e importancia.

Con respecto al Capítulo II, se presenta el Marco Teórico, tratamos los antecedentes del estudio, aquí se presenta el marco teórico, en el que se hace una compilación de investigaciones relacionadas sobre la variable de estudio, bases teóricas, definición conceptual y operacional de variable.

Continuando con el Capítulo III, hallaremos en esta sección la metodología empleada para la investigación, Tipo y diseño utilizado, población y muestra a utilizar, la cual se obtuvo por muestreo probabilístico, variable de evaluación y diagnóstico, igualmente las técnicas e instrumentos, procesamiento y análisis de datos.

En el capítulo siguiente, capítulo IV, se podrá encontrar la presentación de resultados y conclusiones, comparándola con otros estudios.

Finalizando con el Capítulo V, donde se proyecta la intervención, presentamos un Programa elaborado por sesiones, en el cual su objetivo es fortalecer los déficits obtenidos en los resultados.

# CAPITULO I

## Planteamiento del problema

### 1.1 Descripción de la realidad problemática

Resulta indiscutible que el envejecimiento de la población ha producido el beneficio extendido por un gran número de aspectos relacionados con los ancianos. De entre ellos, quizás la calidad de la vida forme, hoy por hoy, uno de los temas de estudio más significativos para las ciencias sociales y de la salud, pues presume una de las máximas ambiciones de todo ser humano y se está cambiando en un tema definitivamente habitual tanto en la literatura científica como en el uso que de él hacen las calidades sociales y políticas y los ciudadanos en general. Tanto es así, que hoy en día resulta prácticamente imposible volver la vista sobre cualquier punto de la ciudad y no encontrar algún cartel que suplique o garantice la calidad de vida, libremente de cuál sea el objeto o la ocurrencia en cuestión.

La Organización Mundial de la Salud (2013), informa que la depresión será la principal causa de discapacidad en todo el mundo, afectando tanto a las mujeres como a hombres, que la población femenina tiene mayor riesgo de padecer un nivel de depresión mas alto. El aumento de la población adulta mayor trae un incremento de las enfermedades relacionadas con la edad, donde se observa que la depresión es el primordial problema relacionado a la salud mental. En el caso de México, en los últimos años ha tenido un notable crecimiento en la población geriátrica. Las investigaciones realizadas sobre los adultos mayores han encontrado aspectos cualitativos vinculados con la presencia de depresión, el sentimiento de soledad, autopercepción de salud, redes de apoyo y efectividad de las mismas, discapacidades descritas por el propio adulto mayor afrontándose de manera independiente.

La presencia de depresión disminuye la calidad de vida, aumenta las enfermedades físicas acortando la esperanza de vida, aunado a los padecimientos crónicos y los trastornos sensoriales que provoca un distrés

psicológico elevado. En algunos países de bajos y medianos ingresos, que cuentan con establecimientos de salud de atención primaria, no le dan la debida importancia y diagnostican la depresión de una forma pasajera, pasando por alto varios síntomas de este trastorno, que en muchos casos los dejan pasar con la justificación de que es parte del proceso de envejecimiento, teniendo en el futuro consecuencias negativas, al no tratarse a tiempo la depresión podría acrecentar el deterioro físico, cognitivo y social.

Según el Ministerio de salud del Perú (2003), viene desarrollando el modelo de atención integral en Salud (MAIS), enfocado por etapas de vida, formado parte de este el Programa de Atención Integral en salud del Adulto Mayor, siendo el desarrollo de este modelo de forma gradual, en lo que se viene realizando actividades de diagnóstico situacional y capacitación para el personal de las diferentes áreas de salud, ya que en varios establecimientos la depresión no se trata ni se le da la debida importancia, dejándola pasar como parte de la edad. Sin tener en cuenta que la depresión es un importante indicador de salud y bienestar, la cual se define generalmente como una enfermedad que altera de manera intensa los sentimientos y los pensamientos, afectando a todas las áreas de la vida.

La Asociación de Caridades San Vicente (ACASVI) fue creada en el año 1995, a favor de adultos mayores en calidad de pobres vergonzantes. Se les llama pobre vergonzantes a aquellas personas que en sus momentos tenían una buena situación económica y hoy se encuentran en una crisis económica, pero estando en situación de pobreza no se atreven a hacerlo público, ocultan su pobreza a familiares y amigos y recurren a terceras personas para que los ayuden, en este caso recurren a las instituciones religiosas. La situación en la que se encontraban era crítica, algunos se encontraban en extrema pobreza, algunos de ellos sufrían una anemia muy avanzada, al comienzo se les entregaba solo víveres que eran adquiridos con dinero que proporcionaba la Parroquia Virgen Milagrosa. Con la ayuda de otros grupos de la comunidad se censó toda la zona de Miraflores Antigua, detectando tanto las necesidades existentes como el número y ubicación de adultos mayores que vivían en condiciones precarias.

Actualmente cuenta con 42 voluntarias que trabajan principalmente en favor de los adultos mayores (65 años a más), un gran número que en su mayoría son pobres vergonzantes que habitan en sus casas, nuestras visitas domiciliarias son semanales.

Como asociación están organizados en distintos servicios para cubrir las demandas que el proyecto requiere, cuentan con la asesoría del Padre Párroco Jesús García de la Congregación de la Misión, dos médicos voluntarios, Dentista y podólogos, profesora de gimnasia terapéutica, profesor de memoria, profesor de canto y profesora de bijouteria.

Trabajan en común con el gobierno local, ellos colaboran y participan en las actividades, así como también participan empresas y grandes benefactores a nivel nacional.

En ACASVI hay beneficiarios que se encuentran abandonados por sus familiares, ellos sufren al ser llevados a una casa de reposo, carecen de afectividad por sus familias y amistades, los aíslan y ellos mismo piensan que son un estorbo para sus familias. Muchos de ellos manifiestan que no desean vivir, prevalece la tristeza, la ansiedad, el pesimismo, la desesperanza, no desean socializar con los demás, dejan de tomar las medicinas, se encuentran en extrema pobreza, se avergüenzan al recibir los alimentos, viven la situación con sumisión, resignación, a muchos de ellos sus familiares ni los van a ver. Predominan la falta de fuerzas, las quejas hipocondríacas y cierto grado de lamentos y satisfacción en el sufrimiento. Frente a esta realidad es que surge la necesidad de diseñar intervenciones preventivas en la asociación para que se promueva un envejecimiento activo y saludable en los beneficiarios. El aislamiento, las dificultades en las relaciones interpersonales, los problemas de comunicación y los conflictos con la familia u otras personas, pueden contribuir a la depresión. Las dificultades económicas y otros factores de estrés de la vida diaria también tienen un efecto importante.

En este sentido, considero que es importante realizar la presente investigación ya que se traduce en una necesidad, cada vez más prioritaria, de implementar políticas y lineamientos enfocados a una adecuada atención hacia el adulto mayor. Frente a esta realidad es que surge la necesidad de diseñar intervenciones de prevención para la población adulto mayor, que promueva un envejecimiento activo y saludable, interactuar constantemente con ellos, ya que si la depresión no es tratada a tiempo puede disparar el deterioro físico, cognitivo y social, dilatar la recuperación de enfermedades y cirugías, así como podría provocar un aumento del uso de la atención médica, y el suicidio.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema Principal**

- ¿Cuál es el nivel de depresión en los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI, en la ciudad de Lima?

### **1.2.2 Problemas Secundarios**

- ¿Cuáles son los niveles de depresión en los adultos mayores, según edad en el grupo de beneficiarios de ACASVI, en la ciudad de Lima?
- ¿Cuáles son los niveles de depresión, según sexo del adulto mayor del grupo de beneficiarios de ACASVI, en la ciudad de Lima, 2017?
- ¿Cuáles son los niveles de depresión en los adultos mayores, según grado de instrucción en el grupo de beneficiarios de ACASVI, en la ciudad de Lima?
- ¿Cuáles son los niveles de depresión, según estado civil del adulto mayor del grupo de beneficiarios de ACASVI, en la ciudad de Lima, 2017?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo General**

- Determinar los niveles de depresión en los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI, en la ciudad de Lima, 2017.

### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Identificar los niveles de depresión de los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI, según la variable edad.
- Identificar los niveles de depresión de los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI, según la variable sexo.
- Identificar los niveles de depresión de los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI, según la variable grado de instrucción.
- Identificar los niveles de depresión de los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI, según la variable estado civil.

### **1.4. Justificación e importancia**

La presente investigación pretende dar un aporte en diferentes niveles de análisis:

En el nivel teórico; se pretende incorporar una estrategia que permita categorizar psicológicamente el nivel de depresión que sufren los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI, en la ciudad de Lima, 2017. Esta estrategia resulta relevante para identificar la problemática emocional que atraviesan estos adultos mayores, ya que cada uno de estos adultos mayores tienen un estilo de vida diferente, factores que constituyen aspectos importantes al momento de evaluarlos.

Como hemos visto la depresión es considerada uno de los trastornos de mayor complejidad en la población gerontológica, pudiendo tener efectos potencialmente nocivos en la salud de un adulto mayor, ya que los síntomas depresivos son frecuentes en las personas de edad, porque la mayoría de ellos están ligados a situaciones de pérdidas, a hechos o vivencias existenciales en la vida de las mismas.

En el aspecto práctico, esta investigación se justifica porque, el análisis, la evaluación de la información y sus resultantes, lograrán proporcionar la

estrategia necesaria respecto a determinar el nivel de depresión que poseen los adultos mayores de la asociación, para tal fin, se desarrollarán herramientas con el designio de contribuir con los adultos mayores de la asociación, a ayudarlos a que comprendan los conflictos y disturbios emocionales actuales, que bloquean o alteran su convivencia en el medio familiar o institucional habitual y de esta manera tratar de disminuir las ansiedades de desamparo y de insignificancia frecuentes en esta edad, de manejar mejor la soledad, logrando que los afectos displacenteros no paralicen tanto, y que puedan solicitar ayuda y a la vez ayudar a otros.

Una preocupación para los planificadores en psicogerontología, es la manera de utilización del ocio y tiempo libre de las personas mayores. Qué tipo de programas alternativos se les puede ofrecer para una mejor y racional desarrollo de sus horas libres, como actividades recreativas, deportivas, laborales u otras, esa también es nuestra preocupación en la asociación, ponerlos en talleres para que se sientan útiles en la vida. Muchos adultos mayores viven solos y una enfermedad discapacitante física o mental aguda altera sus capacidades de autoayuda, de autocontención, por lo que es recomendable trabajar de la mano con la ayuda de un geriatra.

Por ser una investigación descriptiva, destacaré los aspectos fundamentales de mi problemática, es decir la depresión en los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI y la situación de los asilos en un contexto sociocultural adecuados para mi investigación, para más adelante poder establecer nuevas estrategias y de alguna manera poder brindarles calidad de vida que todo ser humano merece.

En razón de esto, pretendo que el estudio tenga trascendencia en la sociedad, para que los familiares del adulto mayor se sensibilicen, ya que un aspecto fundamental es la vinculación del grupo familiar dentro del proceso de intervención, que ellos tengan en claro lo que piensan y como se sienten estas personas al ser abandonadas. En definitiva, lo que busco con este trabajo es un acercamiento al impacto social del adulto mayor abandonado.

## **CAPITULO II**

### **Marco teórico conceptual**

#### **2.1 Antecedentes**

Al revisar los antecedentes, se pudo encontrar algunos temas relacionados con la investigación en el ámbito internacional y nacional.

##### **2.1.1 En el Ámbito Internacional**

A nivel internacional se encontró los siguientes trabajos:

Mühlenbrock, Gómez, González, Rojas, Vargas y Von Mühlenbrock (2009), realizaron un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de depresión en las personas mayores de 60 años que ingresan al servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago, para la realización de este estudio, se usó un instrumento muy fiable y útil, como es la escala de depresión geriátrica abreviada de Yesavage, de 15 ítems y una entrevista semiestructurada. Según este estudio se procedió a la muestra con 131 pacientes, dividido en 2 grupos, uno contaba con 64 adultos mayores de sexo femenino (48,85%) y el otro grupo contaba con 67 adultos mayores de sexo masculino (51,15%), dentro de ellos se ubicó un rango de edades entre 60 a 96 años de edad.

Como resultado del estudio, tenemos que un 22,13% (29) de los evaluados obtuvo un nivel de depresión positivo, se diagnosticó el nivel de depresión leve a un 89,6% (26) de adultos mayores y un porcentaje menor en un nivel de depresión severa de 10,3% (3), predominando el sexo femenino con un 28,12% (18), mientras que el sexo masculino obtuvo un 16,41% (11), por otro lado el grupo que se diagnosticó con mayor nivel de depresión de acuerdo al estado civil, fue en los viudos, 38,46% (15); en cuanto a los adultos mayores de estado civil soltero y separados el porcentaje de depresión fue de 33,3% (1), y en menor porcentaje los de estado civil casados con un 13,75%

(11). Se vió que solo 2 de los 131 pacientes tenían el diagnóstico actual de depresión y únicamente 1 de ellos actualmente se encontraba en tratamiento.

Crespo (2011), realizó un estudio denominado Prevalencia de depresión en adultos mayores de los Asilos de los Cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la Provincia del Cañar, en el año 2011, Ecuador, se planteó el objetivo de conocer la Prevalencia de la Depresión en Adultos Mayores de los asilos mencionados. Este fue un estudio de tipo descriptivo, la muestra estuvo conformada por 84 adultos mayores que residen en las casas de reposo. El instrumento aplicado fue el cuestionario de depresión de Yesavage, uno de los más usados para valorar el grado de depresión en el adulto mayor, también se uso el análisis estadístico.

Los resultados concluye que, la mayoría de los adultos mayores, en este caso los que alcanzaron un puntaje superior a 4, el cual se ajusta al nivel de depresión leve, es el 70%, por otro lado quienes alcanzaron un nivel de depresión normal, con un puntaje mínimo de 4 o menos es el 30% de los pacientes. Del total de la muestra a quienes se les aplicó el test, encontramos dos grupo según el sexo, los que presentaron un nivel de depresión leve fueron los 33 pacientes de sexo masculino, que equivalen a un 69.70% presentaron depresión leve, y así mismo en el caso del grupo de 51 pacientes de sexo femenino, que equivalen al 70.59% también mostraron un nivel de depresión leve. Como resultado del estudio, se concluye lo siguiente; que de acuerdo a la variable edad, se presentó mayor grado de depresión el adultos mayores con edad correspondida entre 80 a 89 años de edad, representados en dos grupos, el grupo de sexo femenino que corresponde al 36.1% y el grupo de sexo masculino representado por un 47.83% (Crespo Vallejo, 2011).

Asimismo, Borda, Mariela et al., (2013), realizaron un estudio denominado Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia), el objetivo fue establecer la prevalencia y factores de riesgo para depresión en adultos de 65 - 95 años. El estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal, con análisis de casos y controles, donde intervinieron 66 adultos mayores. El instrumento utilizado fue una encuesta de factores de

riesgo, Minimental Test y una de las escalas más utilizadas en depresión geriátrica, el denominado Test de Yesavage, donde se analizaron las variables independientes: edad, sexo, nivel educativo, ingresos económicos, fuentes de ingresos, comorbilidad y tipo, polifarmacia, y tipo de institución, así como también se elaboró un análisis bivariado de depresión y las variables independientes.

Los resultados según los estudios, evidenciaron que la prevalencia de la depresión fue de 36.4% donde predominó la depresión leve, fueron factores de riesgo los adultos con primaria incompleta y algún trastorno neurológico o psiquiátrico.

Por otro lado, Giacoman, Funes, Guzmán & Montiel (2011). Realizaron un estudio en la ciudad de México, denominado Depresión y escolaridad en adultos mayores. La finalidad del estudio fue diagnosticar si el grado de instrucción influye en la aparición de síntomas depresivos en el adulto mayor, se evaluaron a 30 adultos mayores que corresponden entre 65 a 76 años de edad, este se dividió en dos grupos, uno de los grupos contó con 16 participantes con un grado de instrucción primaria y secundaria (8 hombres y 8 mujeres), y el segundo grupo contó con 14 participantes con grado de instrucción universitaria (7 hombres y 7 mujeres). Para valorar la presencia de síntomas depresivos se aplicó la Escala de depresión de Yesavage, el cual cuantifica los síntomas depresivos en el adulto mayor.

La autora concluye como resultado se ubican dentro del rango normal, dichos resultados arrojaron un nivel de depresión normal, indicando que según los resultados evaluados los factores independientes al grado de instrucción, tienen consecuencias beneficiosas en el estado emocional del adulto mayor. De acuerdo al grado de instrucción, el estudio demuestra que el tener menor grado de instrucción este no afecta a los adultos mayores en cuanto a los niveles de depresión que se pudieran encontrar Giacoman, Funes, Guzmán & Montiel (2011).

Por último, Pazán (2015), realizó un estudio con la finalidad de determinar cuáles son los factores asociados a depresión en adultos mayores de 65 años, pacientes que consultan en las unidades de salud del Distrito 01D01 ciudad de Cuenca durante los meses de junio, julio y agosto del 2014. Se realizó un estudio descriptivo en una muestra aleatoria de 400 adultos mayores, los datos se obtuvieron por entrevista, para diagnosticar el nivel de depresión se usó el test de Yesavage de 15 items, para el estudio se consideró como depresión a los adultos mayores que tenían un puntaje igual o mayor a 5, que equivale a una depresión normal. La independencia del adulto mayor se valoró con el test de Lawton, solo ingresaron a este estudio los considerados autónomos y para valorar el estado cognitivo se utilizó el cuestionario de Pfeffer, determinándose como deterioro cognitivo los adultos mayores con puntaje de tres o más errores.

Según el estudio se concluyó como depresión leve a 100 personas (25,0%), depresión moderada 51 personas (12,8%) y grave a 23 personas (5,8%). En general, la prevalencia de depresión fue del 43,5%, es mas frecuente en el sexo femenino con 68,3% y menos frecuente en el sexo masculino con 31,7%, mayor prevalencia de depresión en comparación con otros grupos etarios son entre los 65-74 años, el 65% y mayores de 75 años, el 35% Pazán (2015),

### **2.1.2 En el Ámbito Nacional**

Según Ruelas & Yamira (2010), realizaron un estudio denominado Factores Biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. materno infantil tablada de Lurín. La finalidad de este estudio fue diagnosticar los factores biopsicosociales que predominan en los niveles de depresión de los adultos mayores. Con respecto al estudio, este fue de tipo descriptivo de correlación y de corte transversal, los adultos mayores que participaron fueron 44 que conforman el grupo Edad de Oro, los métodos

que utilizaron fue la entrevista, un cuestionario de factores biopsicosociales y la Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage.

Asimismo, dentro del estudio los autores concluyen como resultado que un alto número de adultos mayores mostraron un nivel de depresión leve, a su vez los resultados también arrojaron un grupo de nivel de depresión normal y en lo que respecta a un nivel de depresión severa este arrojó solo en una minoría de adultos mayores. A través de las cuales se encontró que lo que verdaderamente influye en el nivel de depresión leve son los factores biopsicosociales, observando que el valor mas alto que presentan es el valor psicológico con un 50%, seguido del valor biológico indica un 38.6%, aquí se indica la disminución de la libido, y finalmente tenemos al factor social con un 34.1%, donde se observan que mucho influyen las dificultades económicas, teniendo en cuenta que las necesidades y demandas afectivas en los adultos mayores son cada vez mayor. (Ruelas & Yamira, 2010).

Por otro lado Orosco (2015), realizó un estudio en la ciudad de Lima, enfocado en los niveles de depresión y autoestima en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, con una muestra de 85 adultos mayores (40 de ellos institucionalizados y el resto no institucionalizados), de nivel económico medio alto, abarcando edades superiores a 65 años, se estudiaron las variables relacionadas de depresión y autoestima. El instrumento que se uso fue el Inventario de Depresión de Beck- segunda versión, así como también se administró el Inventario de Autoestima de Coopersmith.

Llegando a las siguientes conclusiones el grupo de adultos mayores institucionalizados no muestra mayores niveles de depresión que el grupo de no institucionalizados, al respecto no se obtienen diferencias estadísticas significativas en la comparación de los niveles de depresión entre los grupos participantes y tampoco existen diferencias estadísticas significativas en los niveles de la autoestima entre el grupo institucionalizado y el grupo no institucionalizado, presentando resultados similares (Orosco, 2015).

Gonzales & Robles (2012), realizaron un estudio acerca de Riesgo de depresión de los adultos mayores del Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro, la finalidad del estudio fue precisar el riesgo de depresión de los adultos mayores del Centro Residencial, para ello se utilizó como instrumento de medición del riesgo de depresión en el adulto mayor la escala abreviada de Yesavage de 15 preguntas, test usado para evaluar el estado afectivo de los adultos mayores, la técnica aplicada fue la entrevista, el estudio fue de tipo cuantitativo; el método es descriptivo, prospectivo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 353 adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión, 100 % de los adultos mayores encuestados, el 22,2 % son hombres y tienen riesgo de depresión moderada; y el 28,1% son mujeres y tienen riesgo de depresión moderada.

Dentro del estudio, los autores concluyen que predomina un mayor riesgo de depresión en los adultos mayores del grupo etario de 60 a 80 años, que los adultos mayores de mayor edad, que presentan un nivel de depresión moderado (Gonzales & Robles, 2012).

Juárez, León & Alata (2010), realizaron un estudio en la ciudad de Lima, acerca de Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA. HH Viña Alta. La finalidad de este estudio fue determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores de 60 años residentes en el asentamiento humano, estudio de corte transversal tipo entrevista de carácter descriptivo, se registró 112 adultos mayores de 60 años, de los cuales se entrevistó a 68 adultos mayores, que fueron evaluados por los investigadores. El instrumento utilizado para medir el nivel de depresión fue la Escala de depresión geriátrica de Yesavage de 15 ítems.

Como resultado del estudio se concluyó que no existe asociación significativa en cuanto a los niveles de depresión con las variables en estudio, pero que la población presentó una alta prevalencia de depresión en algún grado, comparado con la población adulta mayor de Lima Metropolitana, esta se encontró en un 9.8% (Juarez, Leon & Alata 2010)

Estas investigaciones, tanto a nivel nacional como internacional son de suma trascendencia, ya que son fuente primaria que confinan información valiosa acerca de la situación del adulto mayor y de factores psicológicos, físico-orgánicos y sociales que intervienen en el proceso de envejecimiento, la apreciación que en algún momento tienen hacia la muerte, las vivencias que expresan acerca del abandono familiar, y la percepción que tienen acerca de su entorno social, todo ello de alguna u otra manera puede influir a que el adulto mayor en algún momento de su proceso de envejecimiento presente algún grado de depresión.

## **2.2 Bases Teóricas**

### **2.2.1 Depresión**

#### **2.2.1.1 Definición.**

Según Brink, Yesavage et al., (1982), la depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años. Se manifiesta generalmente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional, agitación e ideas de suicidio. La depresión puede ser confundida con el inicio de un estado demencial, o bien, encubrirlo o acelerarlo, por lo que es importante el adecuado diagnóstico diferencial, tomando en cuenta que Los aspectos sociales son muy importantes en la etiología de la depresión en los adultos mayores. El diagnóstico de depresión es básicamente clínico, de acuerdo con los criterios establecidos en la Cuarta Revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) y la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Existen varias pruebas de escrutinio o tamizaje; entre las más utilizadas en población mayor de 65 años se encuentra la escala de Yesavage.

Según la Organización Mundial de la Salud (2017), la depresión es un proceso existencial del ser humano, que puede evidenciarse a cualquier edad,

desde su nacimiento hasta su muerte real, considerada uno de los trastornos de mayor complejidad en la población gerontológica, ya que puede tener efectos potencialmente nocivos en la salud de una persona mayor. La forma de estructuración y manifestación dependerá de varios factores, entre los que destacan las enfermedades somáticas, la disminución de las funciones cognitivas y, al mismo tiempo, suele ser la causa más frecuente de sufrimiento emocional en la última etapa de la vida, de los momentos evolutivos del ciclo vital en que aparece, de las características personales del sujeto y de la manera en que éste va resolviendo y satisfaciendo sus necesidades y demandas en el núcleo social que le toca vivir. Cuando la depresión es reiterada o en muchos casos crónica puede originar consecuencias físicas y mentales que a la larga puede ocasionar un problema de salud existente de una persona de edad avanzada y originar nuevas preocupaciones.

La Organización Mundial de la Salud (2017), afirma que actualmente cinco de las 10 causas más importantes de discapacidad son de origen psiquiátrico y se piensa que para el 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial.

#### **2.2.1.2 Síntomas de la depresión.**

Barros (2013), en referencia a los síntomas de la depresión podemos acentuar la existencia de heterogeneidad y amplitud de los síntomas muchos de ellos vinculados con la depresión, ya sea vinculado a hechos traumáticos actuales como separaciones o pérdidas o como consecuencia de situaciones de crecimiento biopsicosocial del individuo, ya que posee como síntomas cardinales a la tristeza o el estado de ánimo venido a menos, a la dificultad para elaborar el pensamiento, a la lenificación motora.

Muchas veces, la persona deprimida se siente pesimista, deprimido, desanimado y sin esperanzas. Además se puede agregar a esta sintomatología el cansancio, la pérdida de interés por actividades que realizaba anteriormente o fatiga, ideación suicida, sentimientos de culpa, ideación de

muerte. También síntomas orgánicos como hiporexia, constipación, trastornos del sueño, trastornos en la libido y aumenta el riesgo de suicidio.

### 2.2.1.3 Características de la depresión.

Características de la depresión
<ul style="list-style-type: none"><li>• Perdida del autocuidado</li><li>• Molestias físicas inespecíficas</li><li>• Hipoactividad por largos periodos</li><li>• Trastornos relacionados con el sueño</li><li>• Trastornos relacionados con el peso y apetito</li><li>• Crisis de llanto frecuentes</li><li>• Sentimientos de inutilidad, desesperanza y desamparo</li></ul>

**Fuente:** Gonzáles (2006),

### 2.2.1.4 Principales causas de la depresión.

La Organización Mundial de la Salud (2013), señala que la depresión no es estimulada por un solo factor; lo habitual es que en ella intermedien varios elementos. En este caso es necesario precisar que la verdadera causa de la depresión aun no es clara, ya que predominan muchos factores que pueden estar asociados a una carencia o desequilibrio de varios neurotransmisores, lo que si tenemos claro es que la depresión es una de las principales causas de las enfermedades a nivel mundial, el cual produce un sufrimiento humano muy fuerte, tanto para el paciente como para la familia. Por otro lado, refiere que la depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Se puede generar mas stress y disfunción, empeorando la situación vital del paciente y por consiguiente a la propia depresión.

### 2.2.1.5 Criterios diagnósticos.

#### Los criterios diagnósticos son:

- Pérdida de interés por las cosas de la vida, variaciones del humor. El ánimo deprimido y el sufrimiento anímico son características distintivas de todas las formas clínicas de la depresión.
- Desvalimiento y resignación en consecuencia de la pérdida de interés en sí mismo y en el medio social que lo rodea. Dolor y sufrimiento anímico, humor depresivo. Se aprecia un retraimiento y aislamiento en un mundo interno con ideas negativas.
- Trastornos orgánicos, pérdida importante de peso sin dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- Insomnio o hipersomnia, pérdida de sueño casi todos los días.
- Deterioro de las funciones biológicas, psíquicas y sociales del paciente. Se constata un bloqueo habitual de la conducta del paciente.
- Desgaste, fatiga, pérdida de energía casi todos los días, decaimiento, sin fuerzas, ni voluntad.
- Culpabilidad exagerada o inadecuada, sentimiento de inutilidad de manera reiterativa, frecuente.
- Baja concentración para tomar decisiones, de manera constante.
- Poco apetito, pérdida exagerada de peso.
- Ideas suicidas recurrentes, constantes pensamientos de muerte, intento de suicidio o fijación para llevarlo a cabo.

**Fuente:** DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014),

La existencia de cinco de estos síntomas, como por ejemplo la tristeza, por un periodo de dos o más semanas hace factible el diagnóstico de depresión.

*De acuerdo a su gravedad, estos pueden ser :*

<b>LEVE</b>	<b>MODERADA</b>	<b>SEVERA</b>
<p>Pocos o ningún síntoma más que los indispensables para cumplir los criterios diagnósticos, el grado de los síntomas en un gran número de casos produce malestar, pero es manipulable y los síntomas generan un bajo nivel de deterioro en el funcionamiento social o laboral. Existe un sentimiento intermitente de tristeza, aminoramiento del interés en cualquier tipo de actividad, pero es manipulable y los síntomas generan un bajo nivel de deterioro en el funcionamiento social o laboral.</p>	<p>El número de síntomas, la magnitud de los síntomas y/o el desgaste funcional están entre los especificados para "leve" y "grave." Es común que este tipo de personas se tornen pesimistas, afligidas y abatidas, constantemente se critican de manera negativa.</p>	<p>El número de los síntomas rebasa notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico. Estos síntomas implican disminución en el nivel de energía y en el interés por la vida, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral.</p>

**Fuente:** DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014),

LEVE	MODERADA	SEVERA
<p>Una de las características intelectuales que poseen las personas con este grado de depresión es que tienen reacciones desproporcionadas a los errores cometidos; hasta por errores mínimos; se critican a sí mismos. Su autoevaluación es adaptable a este nivel ya que ellos aún pueden identificar atributos positivos de sí mismos.</p>	<p>Una de las características intelectuales de las personas que sufren este grado de depresión es que equivocadamente asumen responsabilidades por sucesos negativos; pensamientos catastróficos, es posible que ellos mismos se inculpen por cosas desagradables, incómodas, así no encuentren justificación.</p>	<p>Por último, las características que podemos ver en este tipo de personas, es que sufren un tipo de acorazamiento social, un retraimiento y aislamiento en un mundo interno trágico, son demasiados perfeccionistas y se frustran con facilidad, no logran objetivos simples. Recuerdan siempre las experiencias malas, sucesos negativos, trayéndolas presente, como excusa de no poder intentar cosas nuevas, que no existe esperanza y que las cosas nunca cambiarán.</p>

**Fuente:** DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014),

Los síntomas y signos de depresión pueden ser leves, moderados o graves, según la variedad e intensidad de la misma, se constata un bloqueo de la conducta habitual del paciente.

### 2.2.1.6 Diagnóstico probable.

Para formular un diagnóstico probable o definitivo de la depresión en el adulto mayor, se sugiere un periodo de observación de la sintomatología y conducta del paciente alrededor de 2 a 3 semanas.

**Este criterio clínico sirve para:**

- Efectuar las consultas clínicas y de especialistas.
- Confeccionar una historia clínica, lo más completa posible.
- Proceder a la supresión total de los psicofármacos u otra medicación no imprescindible que puedan enmascarar el cuadro clínico.
- Utilizar este tiempo, en los casos dudosos, para efectuar un tratamiento antidepresivo de prueba.

**Fuente:** Zarragoitía (2011)

Muchos enfermos concurren a la primera entrevista con problemas de sobremedicación y polimedición, lo cual disfraza o empaña la verdadera entidad clínica. Asimismo, la acumulación, por impregnación de psicofármacos en el organismo, en pacientes predispuestos puede producir cuadros de confusión aguda, excitación, psicomotriz, alucinaciones visuales o auditivas, falta de fuerzas.

Esto es importante tomarlo en cuenta, ya que en la práctica clínica cotidiana a menudo se comprueban depresiones que se han tornado crónicas y pasado inadvertidas por muchos años. Esto se debe, entre otros motivos, a la ligereza o apresuramiento en los diagnósticos, a la falta de conocimiento sobre el tema y las respuestas inmediatas a las presiones y ansiedades del entorno. Estas actitudes médicas desembocan en tratamientos crónicos inadecuados (Zarragoitía, 2011)

### 2.2.1.7 Trastorno depresivo persistente (distimia).

Se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico:

A. Durante un mínimo de dos años de información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, se desprende que la mayor parte del tiempo del día el estado de ánimo es deprimido y se encuentran más presentes que ausentes.

B. Dos o más síntomas de los siguientes, se hacen presente durante la depresión:

1. Pérdida de apetito o sobrealimentación. Hipo o hiperorexia.
2. Falta de sueño, insomnio de forma repetitiva
3. Falta o disminución de energía
4. Pérdida del autocuidado, baja autoestima.
5. Dificultad para la toma de decisiones y bajo nivel de concentración.
6. Pérdida de interés de sí mismo y en del medio social que vive y lo rodea .

C. Durante el periodo de dos años de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Estos criterios pueden estar presentes durante 2 años, en el caso de presentarse un trastorno de depresión mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaniaco.

F. La alteración no se interpreta mejor por la presencia de un trastorno de esquizofrenia, delirio, u otro trastorno especificado.

G. Los síntomas presentados no pueden ser adjudicados a efectos fisiológicos de una u otra sustancia

H. Los síntomas pueden ocasionar indisposición clínicamente significativa, también podría ocasionar un tipo de desgaste en lo laboral, social.

**Fuente:** DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014),

### **2.2.1.8 Factores de riesgo.**

Al respecto, Ribera (2003) refiere que en las dificultades de las relaciones interpersonales; entre ellas tenemos los problemas de comunicación; y los conflictos con la familia, los compañeros de trabajo, todos ellos pueden contribuir a la depresión. Muchas veces dando mayor peso a las dificultades económicas, así como otros factores de estrés de la vida diaria, que tienen también un efecto sustancial. La cantidad y calidad del apoyo que la persona percibe en sus relaciones personales, puede favorecerla y evitar que suba el nivel de estrés y así también de los problemas de la vida cotidiana, limitando de esta manera las reacciones físicas y emocionales a los mismos, una de ellas la depresión en si.

La distancia de una relación estrecha y de confianza, ya sea cónyuge, con una pareja o con una amistad, incrementa relativamente el peligro de depresión. Esta situación puede acoplarse con otros factores, como es el abandono, el maltrato. Está expuesto que el matrimonio, hasta cierto modo, favorece a que la persona no sufra de depresión, tanto a las mujeres como a los hombres. Por otro lado, vemos que la tasa de depresión se incrementa tras la pérdida del cónyuge. La persona expresa, por un lado, tristeza, dolor, quejas, rencor, rechazo, aislamiento, ideas de morir y por el otro lado, aferramiento a la vida, miedos, pedido de auxilio y comunicación, demanda de cariño, ayuda y protección. El abuso del alcohol puede derivar del intento de una persona que no quiere dar a conocer sus síntomas depresivos y trata de enmascararlos y termina por empeorar un episodio de depresión. En todo caso, el abuso del alcohol puede producir un nivel de depresión en personas desvalidas. Si se digieren grandes cantidades de alcohol, mezclándolo con otras sustancias adictivas, puede ver el riesgo de interacción que aumente la depresión y a la vez también puede originar otros efectos nocivos.

**Existen numerosos factores precipitantes en el adulto mayor con depresión:**

- Las concentraciones de serotonina y noradrenalina disminuyen en el cerebro al envejecer.
- Con el aumento de la edad, la actividad de la mono amino oxidasa B aumenta también .
- Los niveles de ácido hidroxindolacético a nivel de hipotálamo disminuyen al envejecer y esto nos indica una reducción en la acción hipotalámica del sistema serotoninérgico.

**Fuente:** La organización Panamericana de la Salud (2009)

**La depresión de una u otra manera, se vincula o influye con múltiples situaciones, afecciones o situaciones geriátricas, dentro de ellas:**

- La demencia, predominantemente de etiología vascular o de Alzheimer.
- La enfermedad de Parkinson y la Corea de Huntington.
- La falta de vitamina B12 o ácido fólico, que a su vez pueden producir anemia.
- Medicamentos como las benzodiazepinas, los beta-bloqueantes, digoxina y los corticoesteroides.
- Situaciones vitales adversas, en especial especial la viudez.

**Fuente:** La organización Panamericana de la Salud (2009)

Las distintas modalidades de presentación de la depresión dependen de la confluencia de varios factores, entre los que se mencionan el grado de conflicto y la gravedad del trauma psíquico, la estructura de la personalidad del paciente, el contexto social y familiar cultural en que ambos intervinientes están inmersos y también el tiempo evolutivo e los trastornos depresivos.

#### **2.2.1.9 Diagnóstico diferencial**

(Zarragoitia, 2011) expresa que el diagnóstico diferencial de las modalidades de la depresión en el adulto mayor constituye, un acto médico esencial: aporta la necesaria claridad de conocimientos para hallar el verdadero rumbo que conduce al diagnóstico y al tratamiento integral temprano, evitando iatrogenias que conducen a la perpetuación de la enfermedad. En algunos casos clínicos, esta tarea de diferenciación lleva bastante tiempo porque implica el estudio de la historia personal del paciente, familiar y también de su medio cultural.

Las distintas modalidades de presentación de la depresión dependen de la confluencia de varios factores, entre los que se mencionan el grado de conflicto y la gravedad del trauma psíquico, la estructura de la personalidad del paciente y el terapeuta, es decir, el vínculo transferencial y contra transferencial, el contexto social y familiar cultural en que ambos intervinientes están inmersos y, por último, el tiempo evolutivo de los trastornos depresivos y el número de sus recaídas.

El diagnóstico diferencial de los procesos depresivos constituye el primer acto médico, conjuntamente con el diagnóstico provisorio, evaluando las situaciones planteadas por el paciente y sus acompañantes. A partir de ambos se diagrama la estrategia, la lógica. El encuadre, las técnicas de psicoterapia a aplicar, la prescripción de medicamentos y otros estudios, como las pruebas de psicodiagnóstico, las interconsultas con clínicos geriatras o especialistas, en un trabajo interdisciplinario.

## **2.2.2 Adulto Mayor**

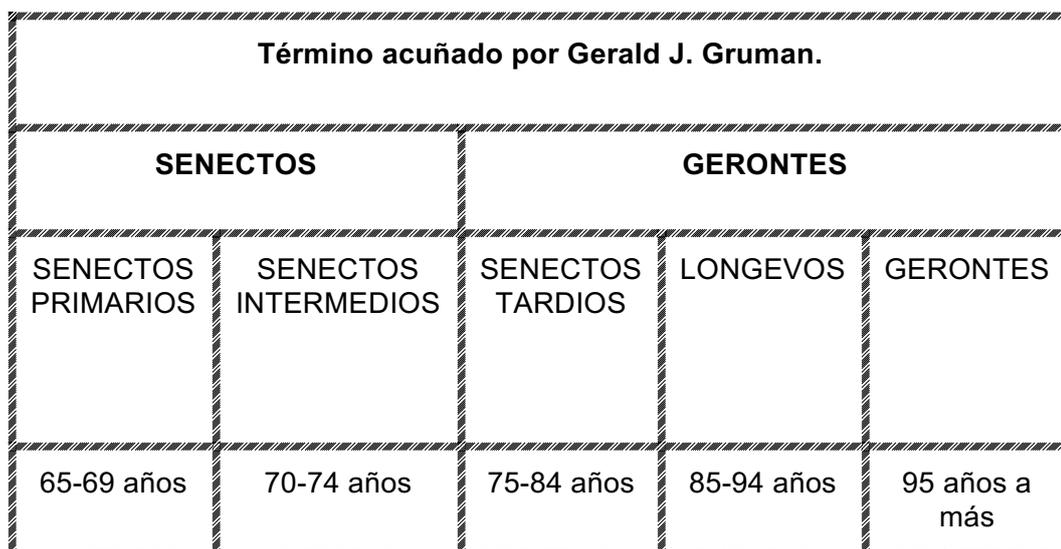
### **2.2.2.1 Definición.**

Según Alba (1992), el adulto mayor es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. Es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, durante esta fase de la vida, el cuerpo y las facultades cognitivas se van deteriorando. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico, social y psicológico.

El adulto mayor, inexorablemente debe sobrellevar y elaborar experiencias vitales de la transformación de la propia edad. Cada ciclo vital del ser humano se caracteriza, entre otras cosas, por los objetivos vitales que le propone la sociedad.

### **2.2.2.2 Etapas del adulto mayor.**

Según Mansilla (2012), se considera que el último período de la vida “La Tercera Edad” puede ser dividida con fines metodológicos en varias etapas vitales específicas. La primera comienza a partir de la crisis media de la vida, alrededor de los 50 años, cuya duración sería de alrededor de 10 a 15 años. Así sucesivamente se van dando cortos periodos vitales diferenciados hasta la muerte natural. En la iniciación de la tercera edad, se tiene en cuenta, no solamente los aspectos cronológicos sino también los psicosociales.



**Fuente:** Mansilla (2012)

Parece evidente que un buen estado nutricional contribuye a la duración de la vida en los humanos. Su efecto positivo sobre la esperanza de vida ha significado un claro aumento en el número de individuos que viven muchos años, y que la población, en general, se mueve en esa dirección.

**Tabla 1:**

**Etapas en el adulto mayor**

<b>ETAPA DORADA</b>	<b>ETAPA PLATINO</b>
<b>SENECTOS PRIMARIOS (65 – 69)</b>	<b>ANCIANOS (75 – 84)</b>
<b>SENECTOS INTERMEDIO (70 – 74)</b>	<b>LONGEVOS (85 – 94)</b>
	<b>PROLONGEVOS (95 a +)</b>

**Nota:** Tomada de Mansilla (2012)

### **2.2.2.3 Calidad de vida en la vejez**

La tercera edad es considerada como un período de declinación lenta y progresiva donde están comprometidas las áreas biológica, psíquica y social del adulto mayor, desde la crisis media de la vida hasta la muerte.

La depresión en adultos mayores tiene una alta prevalencia y produce un impacto negativo en la calidad de vida, muestran menos ánimo, más ansiedad y más queja somática. En la vejez adquiere relevancia los traumas psicosociales actuales, considerados como principales factores desencadenantes de los trastornos depresivos. Los traumas actuales o desencadenantes deben ser tenidos siempre presentes cuando se estudia la depresión, hasta que se logre desentrañar su contenido. Este concepto se maneja últimamente en todas las esferas de las ciencias sociales, su aplicabilidad en política, desarrollo urbanístico, reformas médicas, en fin toda la gama de posibilidades donde la sociedad y las personas que la componen intervienen, incluyendo medios de mercadeo (Jiménez, 1995).

El adulto mayor tiene derecho como ser humano a vivir dignamente mientras esté vivo, valga la redundancia, a pesar de que en la última etapa de la vida se muestren mayores signos psicobiológicos de declinación, compensados por otros de conservación. Hoy se observa un aumento de la expectativa de vida que ha producido un incremento de personas mayores que hoy alcanzan a llegar a más de los 85 años de edad.

La definición de la OMS que estableció en 1990, sobre salud implicaba un bienestar integral físico, psicológico y social del individuo. Haciendo que los indicadores usuales de salud como mortalidad y morbilidad, no sean suficientes para medir las nuevas dimensiones, y así era necesario usar otros indicadores para establecer el bienestar de una comunidad o población en lo psicológico y social.

Los factores contribuyeron a enfocar un mejor concepto de calidad de vida. No solo se trataba de vivir más sino mejor, este concepto llegó con poco más de 30 años de retraso a regiones como América Latina y el Caribe, donde lo toman como medida o patrón de desarrollo. Para estimar las condiciones que una población padecía y así evaluar programas de ayuda a estos grupos carente o necesitados, y aplicar con cierta racionalidad los “ajustes” adecuados políticamente, de salud y económicos.

Según Pérez & Arcia 2013, las experiencias displacenteras y placenteras, vividas por el anciano en el pasado como procesos de aprendizaje internalizados en su yo, le sirven en el tiempo y espacio presentes para una mejor percepción del mundo interno y externo de las relaciones de objeto. Con el envejecimiento se van suprimiendo muchos vínculos afectivos, los adultos mayores se sienten afligidos ante la pérdida, ya sea por fallecimiento, de su pareja, de sus propios hijos, de otros familiares allegados, de sus amigos y esto hace que surja una progresiva situación de aislamiento afectivo en ellos. En la tercera edad, se detectan con mayor frecuencia mitos, sistemas de creencias y escrúpulos sociales sobre distintos aspectos de la vida cotidiana. Son factores predisponentes de trastornos mentales que impiden la libre versión de la realidad. Son pensamientos distorsionados, sistemas de ideas automáticos, conscientes o inconscientes.

En este documento nos interesa la calidad de vida específicamente en la vejez, su aplicabilidad, la parte práctica y operativa, ya que siempre se presenta solo discursivamente. Solo en los países desarrollados nos llevan la delantera, como siempre, en investigaciones sobre el envejecimiento, con más de cuarenta años, y sus logros en lo social y en la salud.

#### **2.2.2.4 Maltrato de las personas mayores.**

Es una violación a los derechos humanos, sea un acto único o actos reiterados es violencia que incluye maltrato físico, emocional, psicológico,

sexual, es causa de sufrimiento también en lo económico y en lo material, el llegar al abandono y a la negligencia médica, debido a las faltas de medidas apropiadas, de políticas de previsión. Una sociedad carente en lo moral, donde no se brinda adecuada confianza a su población de la tercera edad, donde los pocos recursos son mal empleados, es una sociedad poco contribuyente con elevar la calidad de vida (Bolaños, 2015).

El maltrato de las personas mayores es el móvil principal que causa perjuicio, sufrimiento a una persona de edad, lo mismo sucede con la vivencia de abandono o de desamparo, por otro lado, sucede lo mismo con la falta de medidas apropiadas para evitarlo, siendo este un problema importante de salud pública y se encuentra invisibilizada en la sociedad.

El sentimiento de culpa está incluido en el discurso depresivo, en las distintas formas de sufrimiento propio, en el aislamiento social, las somatizaciones corporales, las ideas de morirse, de suicidio, en los intentos y el suicidio propiamente dicho, como así también en la difusión del displacer entre sus seres queridos, que determinan la ausencia de goce propio y del entorno familiar, este tipo de violencia constituye una violación de los derechos humanos e incorpora a la vez el maltrato físico, emocional, psicológico, sexual, , como una sensación e vacío interno; afrontar el maltrato desde la perspectiva del ciclo vital, ya que las reservas con que cuentan las personas mayores para salvaguardarse de los actos de violencia dependen de los factores protectores, pueden sumergirse en un aislamiento social, refugiándose en el mundo interno de los objetos imaginarios sobrevalorados.

## **Tipos de maltratos:**

**Maltrato físico:** Los síntomas suelen aparecer a raíz de las lesiones físicas ocasionadas por un golpes, patadas, quemaduras, así como cuando los dejan abandonados, postrados en una cama sin la atención debida, lo que ocasiona disminución de la movilidad, ocasiona escaras en el cuerpo, aislamiento del paciente, así como otras alteraciones del comportamiento.

**Maltrato psicológico y emocional:** Acciones que pueden producir miedo, ataques de pánico, distorsión de la realidad, insomnio, a causa de humillaciones, intimidaciones, aislamiento, amenazas, ofensas.

**Negligencia:** Ocasionado por un descuido del familiar o quizás persona que este a su cuidado, a consecuencia de un descuido intencional, que puede causar daños como pérdida de peso, deterioro físico, incontinencia.

**Abuso económico:** Vemos todo lo relacionado a la explotación, robo de bienes, procesos judiciales, firma de documentos, adquisición de créditos, testamentos, jubilación, dejando en la ruina al adulto mayor.

**Abuso sexual:** Cuando ocurre un contacto corporal realizado sin consentimiento, empleando la fuerza, caricias, tocamientos indebidos, exhibición, hasta violación.

**Abandono:** Cuando el familiar o la institución no asumen ningún tipo de responsabilidad con el paciente, dejándolo desamparado de manera voluntaria.

**Fuente:** Iborra (2005)

### **2.2.2.5 La vivencia de desamparo.**

La vivencia de abandono o de desamparo, ello explica una situación emocional peculiar que se detecta con mayor transparencia en la tercera edad, dadas las características especiales de este periodo.

Se observa frecuentemente cuando los adultos mayores están mas expuestos a sufrir pérdidas de familiares, como familiares directos, cónyuge, hijos, hermanos, amigos, cosas significativas e irreversibles, como trabajo, poder económico, enfermedades etc. (Vásquez, 2004).

Se describe la vivencia de desamparo como una sensación de vacío interno. Que el adulto mayor expresa en forma verbal y paraverbal a través de la pobreza o ausencia del lenguaje y la dificultosa o nula comunicación afectiva humana. En el mundo interno del adulto mayor habría un despoblamiento parcial o total de objetos, un empobrecimiento de la imagen de si mismo, llegándose en algunos casos a la percepción interna de nada existible.

El adulto mayor ante la vivencia de abandono puede optar por dos procesos emocionales que tienen la misma finalidad: permanecer afectivamente ligado y protegido por los demás. Puede sumergirse en un aislamiento social, refugiándose en el mundo interno de los objetos imaginarios sobrevalorados; por otro lado, lo hace en el mundo externo, mediante una relación de dependencia extrema con la persona o cosas allegadas y queridas. En ambas posiciones, cuya modalidad depende de los vínculos parentales primarios del adulto mayor, se trata de evitar el riesgo doloroso real de ser abandonado.

## **2.3 Definiciones conceptuales**

### **DEPRESIÓN:**

Según el Ministerio de Desarrollo Social (2010), la depresión es un trastorno del estado anímico donde predominan los sentimientos de tristeza, frustración, ira, soledad, pesimismo, desesperación, insomnio, desvalorización,

retramiento en las actividades usuales, pérdida del apetito, todos estos sentimientos son vividos por el paciente, se encuentra determinado por una reducción cuantitativa del ánimo, que es vivida por el paciente, así como también una disminución de la conducta motora y dificultades cognitivas, que interfieren con la vida durante un periodo de algunas semanas o más.

#### NIVELES DE DEPRESIÓN:

Es la respuesta referida por el adulto mayor acerca de las distintas manifestaciones que participan en su estado psico-emocional y que daña su modo de vida. Este estado afectivo es medido por la escala de depresión geriátrica del adulto mayor, el test de Yesavage, siendo un instrumento psicológico adaptado a 15 ítems que describen manifestaciones conductuales vinculadas con la depresión del adulto mayor. El nivel de depresión utilizará diferentes categorías según su puntuación. (Licas, 2014).

#### ADULTO MAYOR:

El adulto mayor es un término que se les da a las personas que tienen 65 años a más, son personas que ya han alcanzado ciertos rasgos biológicos, por ello deben de tener un trato especial, porque su organismo no es el mismo, ya que han sufrido cambios biológicos. La vejez es un estado en la vida, es el último periodo de la vida del ser humano y el envejecimiento, también conocido como el proceso que sucede a lo largo del ciclo vital, siendo el individuo humano un ente bio-psicosocial. Se podría decir que, la vejez y el envejecimiento humano son objetos de conocimiento multidisciplinarios, la tercera edad es considerada como un periodo de declinación lenta y progresiva, donde están comprometidas, las áreas biológicas, psíquicas y sociales. (Fernández, 1993).

EDAD:

Número de años cumplidos a la fecha.

SEXO

Constitución orgánica que diferencia al hombre de la mujer.

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

Nivel de estudios que posee el adulto mayor.

ESTADO CIVIL:

Situación civil del adulto mayor.

## **CAPITULO III**

### **Metodología**

#### **3.1 Tipo y diseño utilizado**

##### **3.1.1 Tipo de investigación**

El presente estudio es de tipo cuantitativo no experimental, porque permite la medición y cuantificación de la variable de estudio, en este caso el nivel de depresión que existe en los adultos mayores de la Asociación de Caridades San Vicente.

La investigación no experimental es aquella investigación en la que no se manipula deliberadamente la variable independiente, en consecuencia, propiamente dicho, la investigación no experimental analiza la realidad y observa la situación, el momento, como se da en su contexto natural.

Los estudios descriptivos proyectan determinar las propiedades, características y perfiles del objeto de estudio, evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar, desde el punto de vista científico. El objetivo de la investigación descriptiva es describir los datos, el cual debe de tener un tipo de impacto con la gente a su alrededor, llegando a conocer situaciones, actitudes, costumbres, a través de la descripción exacta de las actividades. Su límite no se condiciona a la recolección de datos, por lo contrario, esta busca la predicción e identificación de las relaciones que se encuentran entre dos o más variables. Por lo tanto, el presente estudio es una investigación descriptiva, de nivel aplicativo ya que otorga un aporte significativo al quehacer en el cuidado del adulto mayor (Salkind, 2013).

### 3.1.2 Diseño de Investigación

El diseño de la presente investigación es un estudio descriptivo, de corte transversal ya que permite obtener información precisa sobre la variable de estudio en un espacio y tiempo determinado. Los diseños de investigación de corte transversal, recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. La finalidad de esta investigación es describir las variables, analizando su incidencia e interrelación en un determinado tiempo o situación. El diseño organiza la estructura de cualquier trabajo científico y está podría contener una diversidad de grupos o subgrupos de personas, así como también de objetos o indicadores. Existen muchos diseños que se emplean en la investigación, estos adquieren una serie de ventajas y también una serie de desventajas según el diseño a trabajar. (Salkind, 2013).

## 3.2 Población y Muestra

### 3.2.1 Población

La población de estudio está constituida por 299 adultos mayores inscritos en la Asociación de beneficiarios ACASVI que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

<b>Criterio de Inclusión</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Adultos mayores a partir de los 65 años a más en ambos sexos.</li><li>• Adultos mayores orientados en tiempo, espacio y persona.</li><li>• Adultos mayores que acepten participar en el trabajo de investigación.</li></ul>

### Criterio de Exclusión

- Paciente que presente duelo, la pérdida de un familiar cercano.
- Aquellos que no deseen cooperar en la investigación.
- Paciente que esté pasando por alguna enfermedad ya sea terminal o de largo tratamiento.
- Adulto mayor con trastorno bipolar.
- Paciente que haya sido diagnosticado con Alzheimer.
- Que padezca algún tipo de enfermedad compleja, como la esquizofrenia.
- Adulto mayor hospitalizado.
- Paciente con deterioro cognitivo severo.
- Que tenga algún tipo de deterioro de la memoria, como demencia.
- Que cuente con alguna deficiencia mental.

#### 3.2.2 Muestra:

Para determinar el tamaño de la muestra se trabajó con el muestreo probabilístico, se selecciona al azar la población estadísticamente representativa.

Con respecto a la muestra, está conformada por una población de 299 adultos mayores, se trabajó con el muestreo probabilístico, esta prueba arrojó como resultado 168 adultos mayores con los que se trabajó.

Para poder computar la muestra se empleó la siguiente fórmula: (DATUM internacional)

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

En donde:

**n:** Tamaño de muestra.

**N:** Tamaño de la población.

**p:** Es la proporción de la población que tiene la característica de interés.

**q:** Es la proporción de la población que no tiene la característica de interés.

**Z:** Es el valor de la distribución normal estandarizada correspondiente al valor de nivel confianza escogido.

**e:** Error permisible, lo determina el investigador y representa que tan precisos se desean los resultados.

**Tabla 2:**

Indicadores de muestreo	
TAMAÑO DE LA POBLACION =	299
ERROR MUESTRAL =	0.05
PROBABILIDAD DE SER ELEGIDO =	0.50
PROBABILIDAD DE NO SER ELEGIDO =	0.50
NIVEL DE CONFIANZA =	0.95
NIVEL DE SIGNIFICACION =	0.05
Para $\alpha = 0.05$ le corresponde Z =	1.96
<b>Tamaño de la Población</b>	<b>168.14</b>

### 3.3 Identificación de la Variable y su Operalización

La variable de estudio es depresión. La tabla de operacionalización de las variables se encuentra en el Anexo 2, pagina 85.

#### **Variable:**

Es una expresión simbólica representativa comprendido en conjunto, y este conjunto se encuentra constituido por elementos o variables, que pueden

sustituirse, varia y pueden ser observadas y medidas, se le conoce como el conjunto universal y se caracteriza por ser inestable, inconstante. Por otro lado, las variables pueden ser cuantitativas, cuando estas se reflejan en números y variables dependientes cuando establecen el objeto de investigación Csonka (2011),

### **Operacionalización:**

Con respecto a la operacionalización, esta es un proceso metodológico, encargada de separar las variables que constituyen el problema de investigación. Estas variables se dividen en dos grupos, las denominadas variables complejas, donde se incluyen las dimensiones, aspectos indicadores, índice, ítems y las denominadas variables concretas, que son usadas en indicadores, índices Csonka (2011). La tabla de operacionalización de las variables se encuentra en el Anexo 2, pagina 85.

## **3.4 Técnicas e Instrumentos de Evaluación y Diagnóstico**

### **3.4.1 Técnicas**

#### **Técnica:**

La técnica realiza una determinada tarea, en otras palabras es el conjunto de procedimientos reglamentados y métodos que se emplean como medio para llegar a un cierto fin. La técnica ayuda a completar la tarea, con la herramienta que facilita a la persona. La técnica utilizada es la encuesta.

#### **Encuesta**

Instrumento: La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale, GDS)

Según Cuadra, Arenas, & Arratía (1996), la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, es una de las escalas más utilizadas. Esta escala tiene la particularidad de investigar únicamente síntomas cognoscitivos de un episodio

depresivo mayor, es una escala autoaplicable, con un patrón de respuesta dicotómica para simplificar el diligenciamiento por el evaluado. Fue planteada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de la población anciana, debido a que otras escalas conllevan a sobreestimar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico. Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales vinculados con las características establecidas de la depresión en el anciano

Por otra parte, encontramos que la versión original, de 30 ítems, fue definida a partir de una batería de 100 ítems, en las que se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y presentaban una alta sensibilidad y especificidad (S=84% y E=95%) y con una muy buena correlación con otras escalas clásicas empleadas para el cribado de depresión, eliminando los ítems de contenido somático. De esta manera los autores más adelante sugirieron una versión más resumida, de 15 ítems, (10 positivas y 5 negativas), esta fue desarrollada en el año 1986 que muestra similar desempeño psicométrico en diferentes estudios con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención que suelen presentar en este grupo de edad, la cual ha sido también muy publicada y empleada, así mismo ha comprobado su utilidad como instrumento de tamizaje en grandes poblaciones. Al respecto, otros autores han sugerido versiones que hemos podido hallar, mucho más resumidas, abreviadas. Finalmente, la versión de 30 ítems que es la más completa, fue validada al castellano en el año 1987 (Cuadra, Arenas & Arratía 1996).

#### **a. Interpretación**

Licas (2014), la escala de depresión es un instrumento útil para la valoración del estado de salud mental, según la interpretación refiere que cada ítem se valora como 0 / 1, puntuando la simultaneidad con el estado depresivo; mientras que las respuestas afirmativas son para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, así como también las respuestas negativas para los

indicativos de normalidad. La puntuación total se refiere a la suma de los ítems, con un rango de 0-30 o 0-15, según la versión que se esté utilizando.

Con respecto a la versión de 30 ítems, podremos encontrar los siguientes puntos de corte propuestos en la versión original de la escala, siendo estos:

**Tabla 3:**

**Niveles de depresión escala de 30 ptos.**

NIVELES DE DEPRESION	PUNTUACION
Normal	0 – 9 puntos
Depresión Leve	10 – 19 puntos
Depresión Severa	20 – 30 puntos

**Fuente:** Cuadra, Arenas & Arratía (1996)

Para la versión de 15 ítems se aceptan los siguientes puntos de corte:

**Tabla 4:**

**Niveles de depresión escala de 15 ptos.**

NIVELES DE DEPRESION	PUNTUACION
Normal	0 – 5 puntos
Depresión Leve	6 – 9 puntos
Depresión Severa	10 – 15 puntos

**Fuente:** Cuadra, Arenas & Arratía (1996)

Su sencillez y economía de administración, el no necesitar estandarización previa y sus buenos valores de sensibilidad y especificidad han hecho que esta escala sea considerablemente recomendada en el cribado general del paciente geriátrico y en el diagnóstico diferencial de la

pseudodemencia por depresión, puede hacer que el despistaje y posterior diagnóstico de depresión en los pacientes ancianos sea más efectivo.

## **b. Propiedades psicométricas**

Para la versión de 30 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, los índices psicométricos establecidos son buenos, contienen altos índices de correlación con otras escalas como las de Hamilton y Zung, y adecuada validez predictiva. La versión de 15 ítems tiene un elevado grado de correlación con la versión de 30 ítems.

La sensibilidad de esta herramienta fue del 92 %, y la especificidad fue del 89 % cuando la evaluación se realizó con criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como con la investigación clínica. En un estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo de GDS para la autocalificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ( $r = 0,84$ ,  $p < 0,001$ ). El coeficiente de confiabilidad de la escala es del 0,7268, indicando que la escala GDS-15 es altamente confiable; 14 de los 15 ítems estadísticamente predicen moderadamente el constructo de depresión; sin embargo, desde el análisis psicológico, los 15 ítems son pertinentes para evaluar rasgos depresivos (Brink, Yesavage et al., 1992)

### **3.4.2 Instrumento**

#### **Encuesta**

Según Csonka (2011), una encuesta es una investigación realizada sobre una muestra de sujetos representativa, utilizando procedimientos dentro de los diseños de una investigación descriptiva, en el que el investigador obtiene datos de interés psicológico, interrogando a los miembros de una población estadística en estudio. Por medio de un cuestionario previamente diseñado, se obtienen datos realizando un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas

a una muestra representativa sin modificar el entorno ni el fenómeno. Es una observación no directa de los hechos, sino por medio de lo que expresan los interesados, con el fin de recolectar información sobre sucesos acontecidos, ideas, características o hechos específicos.

#### **Ficha de datos personales.**

Es una ficha para considerar distintos enfoques sobre las variables en estudio. La clasificación de una u otra herramienta obedece fundamentalmente de si aquella que se intenta emplear es confiable y válida, así se trate del cuestionario mejor diseñado como de la entrevista supuestamente más informal (Salkind, 2013).

#### **3.4.3 Validación de Instrumentos**

Según Ruelas & Yamira (2010), el cuestionario Escala de Depresión Geriátrica – Test de Yesavage, fue usado en un trabajo de investigación en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, teniendo como tema: Factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010, donde se realizó la validez del instrumento mediante juicio de ocho expertos profesionales y se comprobó el grado de concordancia significativa, así como también se verificó la confiabilidad del mismo.

## **CAPITULO IV**

### **Procesamiento, presentación y análisis de los resultados**

#### **4.1. Procesamiento de los resultados**

El proceso de recolección de datos se realizó con previa autorización de la Asociación de Caridades San Vicente, con la finalidad de solicitar me brinden la facilidad para la aplicación de la prueba a los adultos mayores de la asociación.

La recolección de datos se realizó durante todo el mes de diciembre, tres veces a la semana, el horario que se empleo fue en las mañanas, de 9:00am a 12pm.

El análisis de datos se realizó con la muestra de 168 adultos mayores, categorizándolos según las variables definidas para identificar los niveles de depresión en ellos.

Luego de la recolección de datos, estos resultados fueron procesados en el programa Excel y posteriormente en el programa estadístico SPSS versión 24, se elaboró el libro de códigos y la tabla matriz tripartita en la cual se procesaron los datos, asignándoles un valor a cada pregunta.

Posteriormente con los resultados se elaboraron los gráficos estadísticos tipo torta y tipo barras y tablas, reflejando los porcentajes de adultos mayores con niveles de depresión normal, leve y severa.

#### **4.2. Presentación de resultados**

Con los resultados del instrumento de aplicación, se procedió a analizar los niveles de depresión de los adultos mayores en el grupo de beneficiarios de la Asociación de Caridades San Vicente, Lima 2017, la muestra de estudio

estuvo constituida por 168 adultos mayores (AM), obteniendo que el 8% tiene un nivel de depresión normal, seguido de un 13% con un nivel de depresión severa y se evidenció que la mayoría presentó un nivel de con depresión leve con un 79%.

Se evidenció que la mayoría fueron de sexo femenino 99 participantes (58.93%) y de sexo masculino 69 participantes (41.07%).

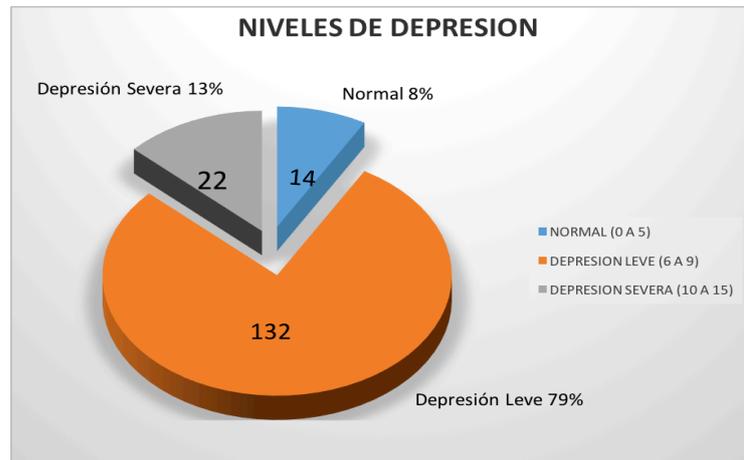
Según edad, se obtuvo que el rango más alto de adultos mayores está comprendido entre los 75 a 84 años de edad y la minoría de 85 años de edad a más.

En relación al grado de instrucción, la mayor proporción de adultos mayores presentó secundaria, 70% (118), seguidos por técnico, 12.5% (21) de adultos mayores, el 11.9% (20) son primaria y la menor proporción de adultos mayores son sin instrucción, 5.4% (9).

En cuanto al estado civil, se encontró que el 48.21% (81) de AM son viudos, el 29.17% (49) son solteros, el 15.48% (26) son casados, el 5.95% (10) son convivientes, el 1.19% (2) divorciados. Así mismo en el nivel de depresión leve en su mayoría predomina el estado civil viudo con 63 adultos mayores, seguido del estado civil soltero con 39 adultos mayores con el mismo grado de depresión leve. Finalmente, en el nivel de depresión normal predomina el estado civil soltero con un adulto mayor.

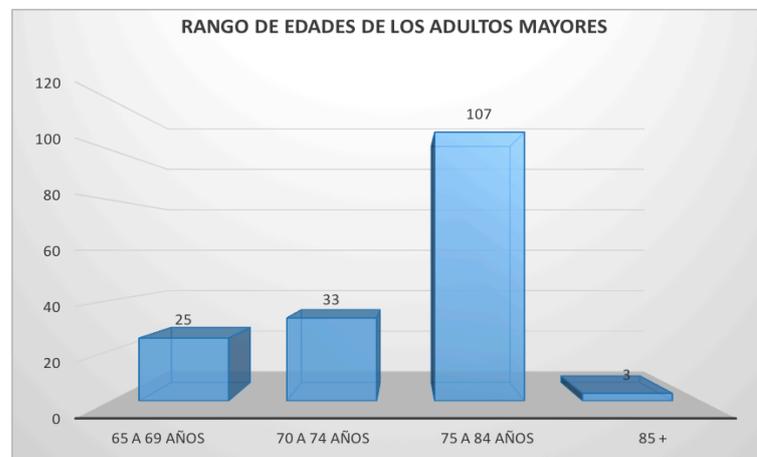
En cuanto al nivel de depresión de los adultos mayores, el 8% tiene un nivel de depresión normal, seguido de un 13% con un nivel de depresión severa y se evidenció que la mayoría presentó un nivel de depresión leve con un 79%.

**Figura 1:**  
**Distribución porcentual de los niveles de depresión en los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI.**



En el presente gráfico se observa que del total de encuestados, el 8% tiene un nivel de depresión normal, seguido de un 13% con un nivel de depresión severa y se evidenció que la mayoría presentó un nivel de con depresión leve con un 79%.

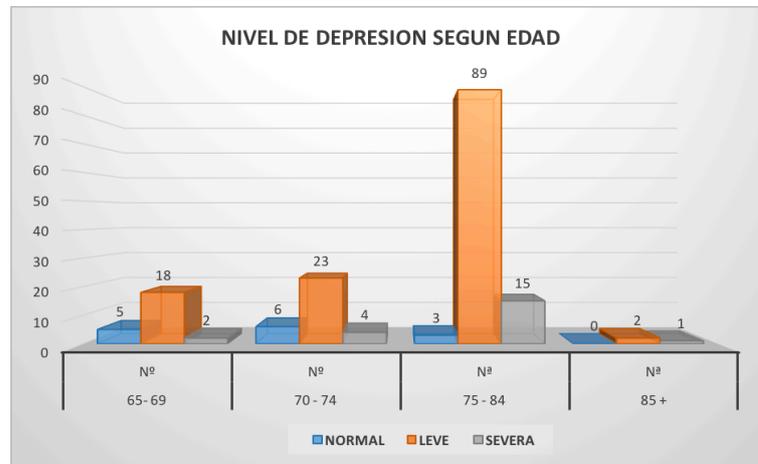
**Figura 2:**  
**Distribución según edades de los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI.**



En el presente gráfico se observa que el promedio más alto de adultos mayores se ubica entre los 75 a 84 años de edad.

**Figura 3:**

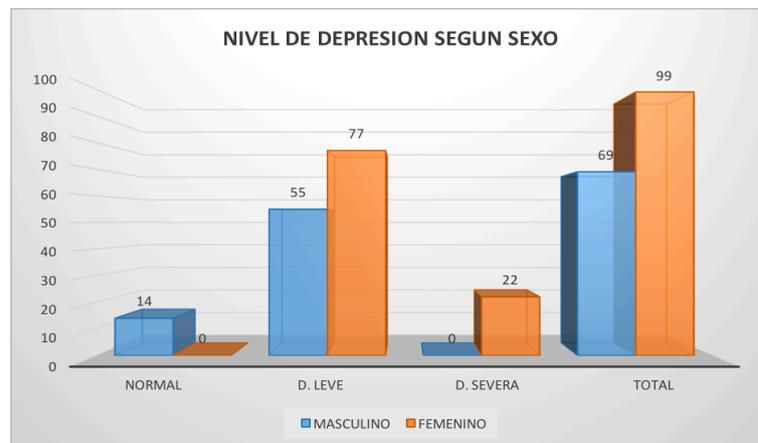
**Distribución según niveles de depresión según edad de los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI.**



En el presente gráfico se contempla que predomina el nivel de depresión leve, edad comprendida entre los 75-84 años.

**Figura 4:**

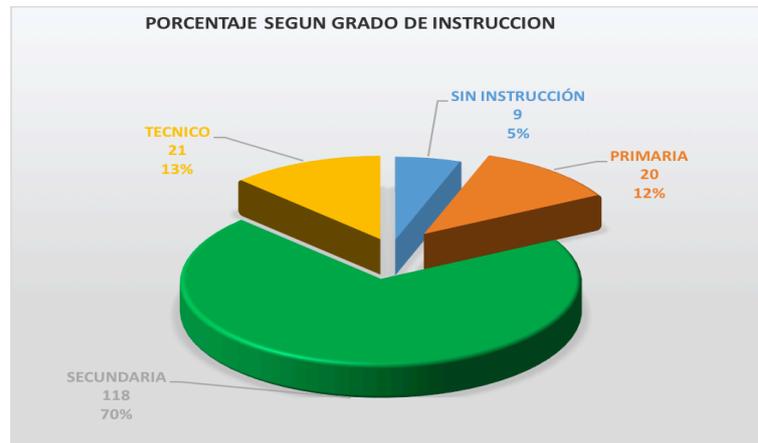
**Distribución según niveles de depresión por sexo, de los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI.**



En el presente gráfico se observa que predomina el nivel depresión leve en ambos sexos, destacando el sexo femenino.

**Figura 5:**

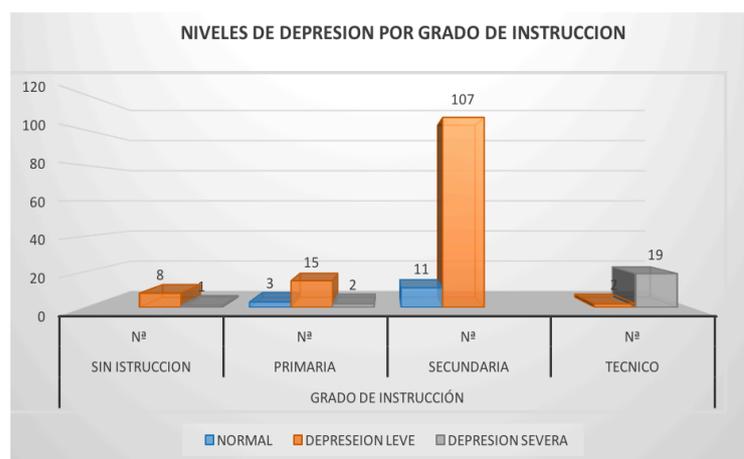
**Distribución porcentual, según grado de instrucción, de los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI.**



En el presente gráfico se concluye que el 70% de AM tienen grado de instrucción secundaria completa, el 13% de AM tienen grado de instrucción técnico, el 12% de AM tienen grado de instrucción y el 5% que representa la minoría son sin grado de instrucción.

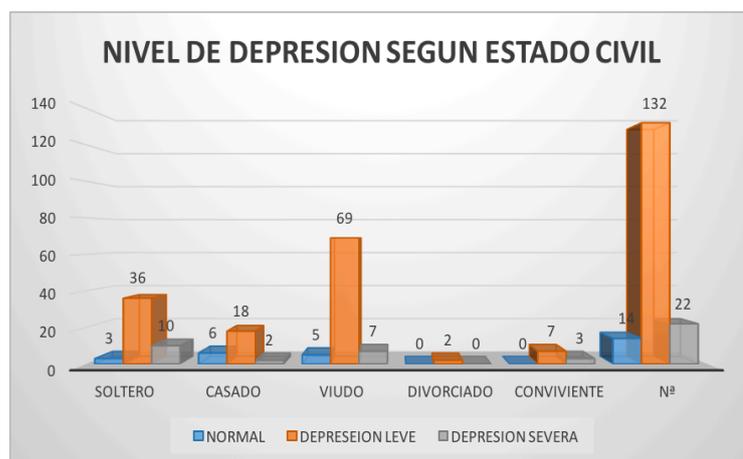
**Figura 6:**

**Distribución según niveles de depresión por grado de instrucción, de los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI.**



Según el presente gráfico predomina el nivel de depresión leve, el cual corresponde al grado de instrucción secundaria, en el nivel de depresión severa predomina el grado de instrucción técnico y en el nivel normal predomina el grado de instrucción primaria.

**Figura 7:**  
**Distribución según niveles de depresión por estado civil, de los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI.**



Según el presente gráfico predomina el nivel de depresión leve, adultos mayores que pertenecen al estado civil viudo, y en el nivel de depresión severa predomina el estado civil soltero.

**Tabla 5:**  
 Niveles de depresión en los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI.

NIVEL DE DEPRESION	CANTIDAD	%
NORMAL (0 A 5)	14	8.33
DEPRESION LEVE (6 A 9)	132	78.57
DEPRESION SEVERA (10 A 15)	22	13.1
TOTAL	168	100

**Fuente:** Elaboración propia.

En la tabla N° 5, se observa que del 100% de los encuestados, se evidenció que la mayoría presentó un nivel de depresión leve con un 79%, seguido de un 13.1% con un nivel de depresión severa y el 8.33% tiene un nivel de depresión normal.

**Tabla 6:**

Nivel de depresión de estudio promedio, según cuadros estadísticos descriptivos en los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI.

					<b>Desviación</b>
	<b>N° Participantes</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>estándar</b>
<b>PUNTAJE</b>					
<b>DEL TEST</b>	168	5	13	7,73	1,569

**Fuente:** Elaboración propia.

En la tabla N° 6, se observa que el nivel de depresión de estudio promedio de la muestra es 7,73 lo que significa que existe un nivel de depresión en los adultos mayores. Con un valor mínimo de 5 que equivale una depresión normal y un valor máximo de 13 que equivale a una depresión severa, lo que significa que por lo menos un adulto mayor se encuentra con depresión normal y por lo menos un adulto mayor se encuentra con depresión severa.

**Tabla 7:**

Rango de edades edad de los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI.

<b>EDAD</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>%</b>
65 a 69 años	25	14.88
70 a 74 años	33	19.64
75 a 84 años	107	63.69
85 años a +	3	1.79
<b>TOTAL</b>	168	100%

**Fuente:** Elaboración propia.

En la tabla N° 7, se analiza que el puntaje más alto se ubicó entre los 75 a 84 años de edad con un 63.69% y el menor puntaje corresponde a 85 años de edad con 1.79%.

**Tabla 8:**

Niveles de depresión según edad en los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI.

NIVELES DE	EDAD								TOTAL	
	65- 69		70 - 74		75 - 84		85 +		Nº	%
DEPRESION	Nº	%	Nº	%	Nª	%	Nª	%		
NORMAL	5	2.98	6	3.57	3	1.25	0	0	14	8.33
LEVE	18	10.71	23	13.69	89	52.98	2	1.19	132	78.57
SEVERA	2	1.19	4	2.28	15	8.93	1	0.6	22	13.1
TOTAL	25	14.88	33	19.54	107	67.33	3	1.79	168	100

**Fuente:** Elaboración propia.

Según se observa en la tabla N° 8, en el nivel de depresión normal predomina la edad comprendida entre los 70-74 años con 3.57%, en el nivel de depresión leve entre los 75-84 años con 52.98% y en el nivel de depresión severa predomina la edad comprendida entre los 75-84 años con un 8.93%.

**Tabla 9:**

Nivel de depresión según sexo del adulto mayor del grupo de beneficiarios de ACASVI

GENERO	NORMAL	%	D. LEVE	%	D. SEVERA	%	TOTAL
MASCULINO	14	8.33	55	32.74	0	0	69
FEMENINO	0	0	77	45.83	22	13.1	99
TOTAL A.M.							168

**Fuente:** Elaboración propia.

En la tabla Nª 9, se concluye que de acuerdo al género, los niveles de depresión leve en ambos sexos fueron los más representativos, destacando el sexo femenino 45.83%, en lo que respecta al nivel de depresión severa, destaca el sexo femenino 13.1% y ningún sujeto de sexo masculino presenta dicho nivel de depresión.

**Tabla 10:**

Porcentaje de adultos mayores según grado de instrucción del grupo de beneficiarios de ACASVI.

	FRECUENCIA	%
SIN INSTRUCCIÓN	9	5.4
PRIMARIA	20	11.9
SECUNDARIA	118	70.2
TECNICO	21	12.5
TOTAL	168	100.0

**Fuente:** Elaboración propia.

Según la tabla N° 10, en relación al grado de instrucción, la mayor proporción de sujetos tienen secundaria completa y representa un 70%, seguidos por un nivel técnico que representa un 12.5%, el 11.9% con nivel primaria y la menor proporción son sin instrucción que representa el 5.4%.

**Tabla 11:**

Niveles de depresión según grado de instrucción del adulto mayor del grupo de beneficiarios de ACASVI.

NIVELES DE DEPRESION	S. Inst.		Prim.		Sec.		Tecn		Total, N°	Total %
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
NORMAL		0.00%	3	1.79%	11	6.55%		0.00%	14	8.33%
LEVE	8	4.76%	15	8.93%	107	63.69%	2	1.19%	132	78.57%
SEVERA	1	0.60%	2	1.19%		0.00%	19	11.31%	22	13.10%
TOTAL	9	5.36%	20	11.90%	118	70.24%	21	12.50%	168	100.00

**Fuente:** Elaboración propia.

En la Tabla N° 11, se puede observar que en el nivel de depresión normal predomina el grado de instrucción secundaria con un 6.55%, en el nivel de depresión leve predomina el grado de instrucción secundaria con un 63.69%, en el nivel de depresión severa predomina el grado de instrucción técnico con un 11.31%.

**Tabla 12:**

Nivel de depresión según estado civil del adulto mayor del grupo de beneficiarios de ACASVI, en la ciudad de Lima, 2017

	NIVELES		DE		DEPRESION		TOTAL	%
	NORMAL	%	LEVE	%	SEVERA	%		
SOLTERO	3	1.79	36	21.43	10	5.95	49	29.17
CASADO	6	3.57	18	10.71	2	1.19	26	15.48
VIUDO	5	2.98	69	41.07	7	4.17	81	48.21
DIVORCIADO	0	0	2	1.19	0	0	2	1.19
CONVIVIENTE	0	0	7	4.17	3	1.78	10	5.95
TOTAL A.M.	14	8.34	132	78.57	22	13.09	168	100%

**Fuente:** Elaboración propia.

En la tabla N° 12, se observa que predomina el nivel de depresión leve, adultos mayores que pertenecen al estado civil viudo con un 41.07%, y en el nivel de depresión severa predomina el estado civil soltero con un 5.95%.

#### 4.3. Análisis y discusión de los resultados

Este estudio buscó evaluar el estado depresivo de los adultos mayores de ACASVI, encontrando que del 100% (168) de la población adulta mayor, el 8% (14) presenta un nivel de depresión normal, seguido de un 79% (132) el cual presenta una depresión leve y finalmente el 13% (22) con un estado de depresión severa. Resultados similares fueron referidos por Ruelas & Yamira, quienes evidenciaron que su población presentó un nivel de depresión leve (59,1%), seguidos por un nivel de depresión normal (31,8%), y en su minoría un nivel de depresión severa (9,1%).

Al evaluar los niveles de depresión según edad de los adultos mayores, encontramos que predomina el nivel de depresión leve, edad comprendida entre los 75-84 años, así como también el nivel de depresión severa, por lo que hay razones para pensar que la edad del paciente puede ser determinante para el pronóstico de su depresión. A diferencia de los resultados encontrados por Gonzales & Robles, en el que: “Según cifras porcentuales, los adultos

mayores del grupo etario de 60 a 80 años tienen mayor riesgo de depresión que los adultos de mayor edad”.

Según estudio realizado, sobre el nivel de depresión según sexo, predomina el nivel depresión leve en ambos sexos, destacando el sexo femenino 45.83% del sexo masculino 32.74%. Resultados similares fueron referidos por Crespo, donde se concluyó que, de los 33 pacientes evaluados, el 69.70% presentaron depresión, con una mayor prevalencia del sexo femenino, de 51 mujeres, el 70.59% presentaron depresión. Por otro lado, también encontramos resultados similares en el estudio de Von Mühlenbrock S., Gómez R., González M., Rojas A., Vargas L. y Von Mühlenbrock C., quienes evidenciaron que, de todos los pacientes evaluados, un 22.13% (29) presentan un nivel de depresión, predominando el sexo femenino con un 28,12% (18), mientras que el sexo masculino obtuvo un 16,41% (11).

En cuanto a los resultados obtenidos según los niveles de depresión por grado de instrucción, predomina el nivel de depresión leve, el cual corresponde al grado de instrucción secundaria, resultados difieren del estudio realizado por Giacomani, Funes, Guzmán, & Montiel , quienes según su estudio diagnosticaron si el grado de instrucción influye en la aparición de síntomas depresivos en el adulto mayor, donde concluyendo que las puntuaciones de los participantes en la escala de depresión se ubican dentro del rango normal.

Finalmente, al evaluar los niveles de depresión según estado civil, en nuestro estudio predomina el nivel de depresión leve con un 41.07% que pertenece al estado civil viudo, y se identifica un nivel de depresión severa en pacientes de estado civil soltero, resultados similares se obtienen del estudio realizado por Von Mühlenbrock, quienes evidenciaron en su población que la mayor prevalencia de depresión fue en los viudos, 38,46% (15); el porcentaje de depresión tanto en solteros como en separados de hecho fue de 33,3% (1), en cuanto a los casados fue de 13,75% (11).

#### **4.4. Conclusiones**

El presente estudio de investigación permitió plantear las siguientes conclusiones:

- La mayoría de adultos mayores de la Asociación De Caridades San Vicente de Lima, presentan depresión leve existiendo un grupo menor con depresión severa.
- La mayoría de adultos mayores con depresión leve, se encuentran entre los 75 a 84 años, seguido de un grupo menor que predomina una depresión severa.
- En cuanto al grupo de adultos mayores con nivel de depresión leve, predomina el sexo femenino.
- La mayoría de adultos mayores con grado de instrucción secundaria presentan depresión leve y en menor porcentaje depresión normal.
- Finalmente, en cuanto al estado civil de los adultos mayores predomina el nivel de depresión leve, aquellos que pertenecen al estado civil viudo y vemos un menor porcentaje de depresión severa en los solteros.

#### **4.5 Recomendaciones**

- Implementar estrategias que contribuyan a la salud emocional y mental del adulto mayor.
- Cuidar, fortalecer y estimular los valores esenciales específicos del adulto mayor, gratificándolo, dignificando y promoviendo la individualidad del adulto mayor como parte valiosa integrante de una comunidad y considerando la salud mental como una de sus metas prioritarias.
- Se debe de crear espacios sociales válidos para los adultos mayores, tener programas alternativos y dinámicos en función de sus propias necesidades, demandas e intereses.

- Implementar el desarrollo de programas que permitan la participación activa de las familias, considerar al núcleo familiar como principal componente de la comunidad y a los adultos mayores como parte integrante de ella.
- Fomentar la actividad física con un miembro de la familia o un amigo, es un paso simple y efectivo para mejorar el apoyo social y el bienestar total. Involucrar a los familiares en el cuidado de los pacientes geriátricos es muy importante para el diagnóstico de la depresión y el desarrollo de un plan efectivo de tratamiento integral.
- Considerar el lugar donde el paciente vive y se desenvuelve, con quienes se relaciona y constituyen su red de apoyo social.
- Por otra parte, la participación en las actividades religiosas disminuye el riesgo de depresión, lo cual va de la mano con el apoyo social que esto significa para los adultos mayores.

## **CAPITULO V**

### **Programa de Intervención**

#### **5.1 Denominación del programa**

Un estilo de vida diferente para los adultos mayores, este programa está orientado bajo una visión de envejecimiento más sano y también para poder compartir las diversas experiencias de las personas adultas mayores.

#### **5.2 Justificación del problema**

La ejecución del programa preventivo de depresión a nivel secundario en adultos mayores, es de gran importancia debido a que en este grupo etario se encuentran indicadores elevados de depresión, producto de una serie de factores físicos, psicológicos y sociales, entre ellos tenemos la enfermedades degenerativas y crónicas, como el deterioro de sus funciones cognitivas, el alejamiento del adulto mayor de su ambiente familiar y/o ingratitud por parte de ellos, la pérdida de las personas significativas les genera sentimientos de abandono y desvalorización. Asimismo, en esta edad hay una disminución de su autonomía, llegándose a considerar como inútiles, lo que influye en su vida diaria, su participación activa en la vida familiar y en la sociedad.

Por otro lado, existe evidencia que, al aumentar la actividad física después de los 60 años, tiene un impacto positivo notable sobre las condiciones de vida y el bienestar general, ya que una vida sedentaria es uno de los riesgos de salud más altos para muchas condiciones crónicas que afectan a los adultos mayores.

#### **5.3 Establecimiento de los objetivos**

##### **Objetivo general**

- Reducir la incidencia y prevalencia de depresión en adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI.

## **Objetivos específicos**

- Brindar información y soporte emocional a los adultos mayores para aceptar y adaptarse a la pérdida de personas significativas, pérdida de trabajo, duelo.
- Desarrollar una interacción eficaz entre los adultos mayores y sus familiares, desarrollando estrategias de resolución de conflictos con los adultos mayores.
- Fortalecer la autoestima y las relaciones interpersonales en el adulto mayor.
- Fomentar en el adulto mayor la realización de actividades físicas y recreativas.
- Educar y sensibilizar a los familiares y/o educadores primarios acerca de la importancia de prevenir la depresión en el adulto mayor.

### **5.4 Sector al que se dirige**

Está dirigido al grupo de beneficiarios de la Asociación De Caridades San Vicente de Lima, ubicados en el distrito de Miraflores, adultos mayores que carecen de necesidades económicas y son atendidas por un grupo de voluntarias pertenecientes a la parroquia Virgen Milagrosa.

### **5.5 Establecimiento de conductas problemas/meta**

En el ámbito social

- Familias disfuncionales y desintegradas.
- Pobreza y extrema pobreza.
- El desarrollo físico y psicológico del adulto mayor.
- Ausencia familiar.

En el ámbito psicológico

- Socialización: Integración con la sociedad.
- Problemas emocionales.
- Identificación de cualidades.

## **5.6 Metodología de la intervención**

El programa de intervención está dividido en siete módulos, se trabajará dos sesiones en cada módulo.

Cada una de las sesiones tiene su desarrollo y utilizan técnicas específicas.

No se informa a los participantes el tema o nombre de la sesión a desarrollarse, ya que forma parte de la estrategia que ellos mismos identifiquen los ejemplos o situaciones presentadas, esto nos ayudará más adelante con otros adultos mayores a tener un diagnóstico temprano para promover el tratamiento oportuno y óptimo.

## **5.7 Instrumentos/material a utilizar**

### **Recursos**

#### **Infraestructura:**

1. 01 salón amplio con buena iluminación y ventilación ubicada en los bajos del inmueble.

#### **Equipo y Mobiliario**

1. 01 proyector multimedia.
2. 01 equipo de cómputo.
3. 01 equipo de sonido.
4. 01 micrófono.
5. 01 pizarra acrílica.

#### **Útiles de escritorio**

1. Papelógrafos, plumones para cartón y pizarra acrílica, cartulina, lápiz, etc.
2. Formato de prueba psicológica

#### **Humanos**

1. Psicóloga
2. Médico Geriatra
3. Pacientes adultos mayores.

## **5.8 Cronograma**

### **Nº de participantes y tiempo**

Lugar de aplicación: Centro de día ACASVI del distrito de Miraflores.

Tiempo: 120 minutos por sesión

Nº de participantes: Promedio 22 adultos mayores por grupo.

Grupo 1: Nivel de depresión Leve (18 adultos mayores) (edad de 65 a 69 años)

Grupo 2: Nivel de depresión Leve (23 adultos mayores) (edad de 70 a 74 años)

Grupo 3: Nivel de depresión Leve (22 adultos mayores) (edad de 75 a 84 años)

Grupo 4: Nivel de depresión Leve (22 adultos mayores) (edad de 75 a 84 años)

Grupo 5: Nivel de depresión Leve (22 adultos mayores) (edad de 75 a 84 años)

Grupo 6: Nivel de depresión Leve (25 adultos mayores) (edad de 75 a 85 años)

Grupo 7: Nivel de depresión severa (22 adultos mayores) (edad de 65 a 85 años)

### **Evaluación**

Al inicio y al término del programa.

- Test de depresión Yesavage para adultos mayores
- Entrevista individual breve.

### **Componentes de cada sesión**

1. Dinámica de presentación y bienvenida.
2. Pautas de trabajo a realizar.
3. Presentación del tema: Dinámicas, videos, casos, dramatizaciones, etc.
4. Identificando y reflexionando sobre la situación problemática.
5. Desarrollo del tema y posibles alternativas de solución. (estrategias de afrontamiento, técnicas psicológicas, tips, etc).
6. Aplicando lo aprendido (tareas durante la sesión y tareas a desarrollar en casa.

### **Criterio de inclusión**

- Edad de 65 años a más.
- Todos los beneficiarios que han sido evaluados sobre el nivel de depresión.

## **5.9 Actividades**

**MODULO I.** El objetivo de este módulo es motivar a los adultos mayores.

- Sesión 1: Incrementar la autoestima. En esta sesión trata un tema de discusión “El amor a la vida”, con el objetivo de elevar el nivel de autoestima de los adultos mayores. Este tema es de vital importancia, ya que se trata de adultos mayores deprimidos. Se invita a los beneficiarios a participar y posteriormente se da un compartir.
- Sesión 2: En esta sesión reflexionaremos con relación al tema tratado en la sesión anterior, llevando a cabo las siguientes preguntas a trabajar:
  - Reflexiones acerca de ¿cuál es su motivación para aprender cosas nuevas y qué podría hacer para aprender algo nuevo?
  - Analice las posibles dificultades y cómo podría superarlas.
  - A su juicio ¿cuáles son los ejercicios de estimulación cognitiva que podría realizar con mayor facilidad y cuáles con mayor dificultad?

**MODULO II.** Se habla sobre la calidad de vida, actividades físicas que deben tener los adultos mayores para sentirse mejor.

- Sesión 1: Charla sobre Calidad de vida. El mensaje que queremos hacerles llegar es que la actividad física puede contribuir a que los ancianos se sientan mejor y disfruten más de la vida, enseñarles que

aún las personas confinadas a una silla de ruedas o las que se encuentran en cama pueden hacer ejercicios para aumentar su flexibilidad desde su silla o cama. El objetivo es fomentar la práctica de actividad física y así poder crear conciencia que mejora la calidad de vida del paciente, obteniendo beneficios psicosociales, no solo mejora la calidad de vida, sino también mejora la salud mental, da más energía y menos estrés, mejor equilibrio y ayuda a tener una vida más independiente.

- Sesión 2: El objetivo de esta sesión es desarrollar aptitudes positivas en relación con el proceso de envejecimiento. Tocamos un tema de discusión “Cómo con mi edad soy útil a mi familia y a la sociedad”, invitamos a los beneficiarios a participar con frases positivas. La idea de esta sesión es que todos participen.

### **MODULO III.** En este módulo trabajaremos memoria y dinámica grupal.

- Sesión 1: Ejercitar la imaginación, las funciones de atención, percepción y concentración. Elaboramos listado de cinco números y leerlo en voz alta, luego tapar los números y que traten de recordar el orden la cifra. También trabajaremos sinónimos y antónimos, una persona dice una palabra y las demás deben de decir sinónimos en otros casos podemos decir antónimos. El juego del rompecabezas, separándolo por grupos para que todos interactúen. El juego del Sudoku, rellenar una cuadrícula de 81 casillas, casilla de cuadros del 1 al 9. Aquí se desarrollan las funciones de la percepción de imágenes, análisis deductivo, estrategia de planificación, coordinación y memoria de trabajo.
- Sesión 2: Se desarrolla una dinámica de integración, con el objetivo de conocer los valores personales de cada integrante del grupo. Se diseña en el pizarrón un barco navegando en el mar y posteriormente se pasará a explicar al grupo que la tripulación de dicho barco está formada por los miembros de una familia, una abuela, un abuelo, dos padres, dos

madres y cuatro hijos menores de edad, de 10, 8, 4 y 2 años. Luego dirá que inesperadamente el barco pierde el rumbo, el mar comienza a crecer y el barco naufraga, finalmente logran conseguir una pequeña balsa con capacidad únicamente para cuatro personas. Todos los participantes deberán de responder ¿a quién salvaría? y ¿por qué? Y se procederá a analizar las respuestas.

**MODULO IV.** Está sesión tiene como objetivo elevar el sentimiento de valía personal.

- Sesión 1: Charlas sobre la pérdida de un ser querido, un trabajo, duelo. Se intercambia ideas, experiencias, con todos los miembros del grupo donde cada uno tendrá la oportunidad de expresar lo que siente y contar sus experiencias. El objetivo de esta sesión es promover la expresión de sentimientos hacia las personas con quienes interactúan frecuentemente.
- Sesión 2: Se trabaja con dinámicas grupales. El objetivo es desarrollar la comunicación asertiva, estableciendo contacto frecuente con los familiares. La dinámica a emplear será “Acentuar lo positivo”, el objetivo de la dinámica es lograr que las personas puedan derribar las barreras impuestas por ellas mismas, debido a que no les permiten tener un buen concepto propio, mejorar la imagen de ellas mismas mediante el intercambio de comentarios y cualidades personales. Se pedirá a cada participante dos cualidades de personalidad y dos atributos físicos que le agraden de ellos mismos (cada comentario debe de ser positivo) y entraremos a comentar.

**MODULO V.** Nuestro tema principal “La familia”, los beneficiarios aportar experiencias vividas. También involucramos a los adultos mayores en actividades recreativas.

- Sesión 1: En esta sesión se habla acerca de la familia. Se pasará un video corto acerca del rol de los padres. Una vez terminado el video se pasará a las preguntas para la discusión, por ejemplo: Cuéntenos algún recuerdo que tenga acerca de sus padres, algunas experiencias. ¿Cómo se sintieron ustedes al ser padres? ¿Qué creen que es lo más difícil? ¿Qué fue lo más fácil de esta etapa? ¿Qué fue lo que más disfrutaron?
- Sesión 2: Lo primero que se debe hacer es incentivar a los adultos mayores a que ellos sugieran los juegos que les gustaría realizar en la sesión, como aspecto motivacional. Podrían ser ejercicios de coordinación, equilibrios, ejercicios de rapidez y reacción, movilidad etc. Esta actividad se va a realizar con el objetivo de cambiar las rutinas de clases, para que sea más dinámico y así motivar e incentivar a los adultos mayores mediante los ejercicios físicos, que contribuyen a disminuir los estados depresivos del adulto mayor y también para que puedan tener mayores capacidades coordinativas.

**MODULO VI.** En esta sesión trabajaremos “El placer de ver la vejez, a través del cine”.

- Sesión 1: A través del cine, lograrán olvidarse de los problemas, tendrán un momento de confort y compañerismo. Colocaremos películas cortas y al finalizar comentaremos acerca de lo que hemos visto. Entregaremos bebidas y pop corn a cada uno de los participantes.
- Sesión 2: Compartir experiencias, recuerdos. Pasaremos fotografías antiguas de ellos mismos a través de un proyector multimedia, para que ellos se identifiquen y puedan recordar momentos agradables y a la vez compartan experiencias vividas.

**MODULO VII.** El objetivo de esta sesión es evaluar el impacto. Algunos cambios positivos que hemos visto en nuestros beneficiarios.

- Sesión 1: Se realiza las conclusiones a través de una dinámica grupal, donde participaran los propios beneficiarios con sus familiares. Intercambiaremos ideas acerca de las cosas positivas que vieron y de los que quisieran incluir algunas sugerencias útiles para más adelante.
- Sesión 2: Para finalizar el programa se hace un compartir, involucrando a los familiares y cuidadores.

## **5.9 Validez y Confiabilidad del Programa**

Resulta confiable el programa, ya que es fundamental apoyar el nivel de ocupación del paciente de acuerdo con los problemas que se manifiestan en cada fase, mantener el funcionamiento ocupacional es la mejor arma contra la depresión, inactividad, sedentarismo, sentimientos de inutilidad, aparición de conductas problemáticas, desesperanza. Seguir realizando actividades en la medida que sea posible preservar la seguridad, ayuda a la orientación, disminución de conductas disruptivas, establecimiento de rutinas, promover el sentimiento de utilidad y conservar la identidad personal.

## Referencias bibliográficas

1. Alba, Víctor (1992), "*Historia Social de la Vejez*", Barcelona.
2. American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
3. Antón Jimenez Manuel, G. S. (1995). *Depresión y Ansiedad. Tratado de Geriatría para residentes*. Hospital Clínico San Carlos, Madrid.
4. Barros L. Carmen (2013), *Factores que intervienen en el bienestar de los adultos mayores*. CPU, Estudios Sociales 77, Santiago de Chile.
5. Bolaños M. Helo Guzmán F. (2015). *Depresión en el adulto mayor costarricense y su relación con la autopercepción del estado de salud y desempeño funcional*. Disponible en:  
  
<http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/20777/20922>
6. Borda Pérez, Mariela; Suárez García, Alexandra; Anaya Torres, María Paulina; Pertuz Rebolledo, María Milena; Romero de León, Laura; Suárez García, Adriana; (2013). *Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo*. Salud Uninorte, enero-abril, 64-73.
7. Brink, T.L., Yesavage, J.A., Lum, O., Heersema, P.H., Adey, M. y Rose, T.L. (1982). *Screening test for geriatric depression*. *Clinical Gerontologist*.

8. Crespo Vallejo, J. R. (2011). *Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones azogues, cañar, tambo y déleg de la provincia del cañar, en el año 2011*". Ecuador.
9. Csonka. (2 de setiembre de 2011). Métodos de recolección de datos en la investigación [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://csonkametodosytecnicasdeinvestigacin.blogspot.pe/2011/09/metodos-de-recoleccion-de-datos-en-la.html>
10. Cuadra, A., Arenas, M., & Arratía, R. (1996). *Adaptación y validación del Geriatric Depresión Scale para Adultos Mayores del Gran Santiago*. Tesis para optar al título de Psicólogo. Universidad de Tarapacá, Chile.
11. Fernández Ballesteros (1993), "*Calidad de vida en la vejez*", Intervención Psicosocial, vol II N° 5, Madrid.
12. Giacoman, C., Funes, D., Guzman, L., & Montiel, T. (2011). Depresión y escolaridad en adultos mayores. Dialogos sobre educación. México.
13. Gonzales Marilú & Robles Julia. (2012) *Riesgo de depresion del adulto mayor segun test de yesavage en el Centro Residencial Rodulfa viuda de Canevaro*. (Tesis de licenciatura). Universidad wiener. Lima.
14. Gonzáles, Patricia (2006). *Nivel de ansiedad y depresión en pacientes con infarto agudo de miocardio atendidos en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins* (Tesis de licenciatura) Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima – Perú Recuperado de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2498/1/Gonzales\\_lp.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2498/1/Gonzales_lp.pdf)

15. Iborra, I. (ed.) (2005), "*Violencia contra personas mayores*", Colección Estudios sobre Violencia N° 11, Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia, Barcelona, Ariel.
16. Instituto Nacional de Estadística. (2007). Enfoque Estadístico – Adulto Mayor. *Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadísticas*. Perú. Recuperado de [http://www.ine.cl/canales/sala\\_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ine\\_adulto\\_mayor.pdf](http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ine_adulto_mayor.pdf)
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2013). *Día mundial de la población*. Estado de la Población Peruana 2013, 5. Perú.
18. Juarez M., J., Leon F., A., & Alata Linares, V. (2010). *Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH "VIÑA ALTA"*. Universidad de San Martín de Porres. Perú.
19. La Salud Integral: compromiso de todos. El modelo de atención integral en salud. Lima:MINSA; 2003 Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1880.pdf>
20. Licas, Martha (2014). *Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M-V.M.T.* (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos) Recuperado de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas\\_tm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas_tm.pdf)

21. Mansilla, María. (2012). *Etapas del desarrollo humano*. Ed. Revista de Investigación en Psicología, Vol.3 No.2. Lima - Perú. Recuperado de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/4999/4064>
22. Ministerio de Desarrollo Social (2010). *“Protección jurídica en materia de envejecimiento: Momento actual y proyección futura”, X Conferencia Riicotec “De la necesidad a los derechos en las políticas públicas de discapacidad y envejecimiento”, Panamá.*
23. Organización Mundial de la Salud. (2017). Centro de prensa. Depresión. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
24. Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable* (CE144.R13). Washingtonm D.C.
25. Orosco, C. (2015). Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. *Persona*, 0(18), 91-104. Recuperado de <https://revistas.ulima.edu.pe/index.php/Persona/article/viewFile/500/474>

26. Pazán, Nancy. (2014) Factores asociados a depresión en adultos mayores, Distrito 01D01 – Salud, Cuenca. (Tesis de licenciatura). Universidad de Cuenca. Ecuador. Disponible en:  
  
<http://studylib.es/doc/8734552/universidad-de-cuenca-facultad-de-ciencias-médicas-centro>
27. Pérez Martínez V., Arcia Chávez N. (2013). *Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor*. Revista Cubana Medicina General Integral, 24, 3. Recuperado de  
  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000300002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300002&lng=es).
28. Ribera, J. M.; (2003), “*Deterioro Cognitivo Leve. Monografía en Geriatría*”. Cátedra Geriatría. Universidad Complutense de Madrid. Editorial Glosa Barcelona.
29. Ruelas, F., & Yamira, K. (2010). *Factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín*. (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lurin) Recuperado de  
  
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1035>

30. Salkind, N.J. (2013). *Métodos de investigación* (3a ed.). México: Prentice-Hall. Recuperado de <http://eva.sepyc.gob.mx:8383/greenstone3/sites/localsite/collect/ciencia1/index/assoc/HASHe5b1.dir/11050004.pdf>
31. Vásquez, J. (2004). *Discriminación y violencia en la vejez: mecanismos legales e instrumentos internacionales para la protección de los derechos en la edad avanzada*. II Foro de Centroamérica y del Caribe sobre Políticas para Adultos Mayores. San Salvador.
32. Von Mühlenbrock S., Gómez R., González M., Rojas A., Vargas L. y Von Mühlenbrock C. (2009). *Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital militar de Santiago*. Chile. REV CHIL NEURO-PSIQUIAT 2011; 49 (4): 331-337. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v49n4/art04.pdf>
33. Zarragoitía, I. (2011). *Depresión generalidades y particularidades*. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, Cuba  
Recuperado de [http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo\\_files/depresion-cuba.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf)

## INDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Anexo 2: Operacionalización de las variables

Anexo 3: Instrumento – ficha de datos - cuestionario

Anexo 4: Instrumento – cuestionario test de Yesavage

Anexo 5: Puntaje según la escala de depresión geriátrica

Anexo 6: Consentimiento informado

Anexo 7: Carta de presentación a la asociación.

**ANEXO 1**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

<b>TITULO</b>	<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>METODOLOGIA</b>
<p>“Nivel de depresión en los adultos mayores del grupo de beneficiarios de la asociación de caridades San Vicente, Lima 2017”</p>	<p>1. PROBLEMA PRINCIPAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es el nivel de depresión en los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI, en la ciudad de Lima?</li> </ul> <p>2. PROBLEMAS SECUNDARIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son los niveles de depresión en los adultos mayores según edad en el grupo de beneficiarios de ACASVI, en la ciudad de Lima?</li> <li>• ¿Cuáles son los niveles de depresión según sexo del adulto mayor del grupo de beneficiarios de ACASVI, en la ciudad de Lima, 2017?</li> <li>• ¿Cuáles son los niveles de depresión en los adultos mayores según grado de instrucción en el grupo de beneficiarios de ACASVI, en la ciudad de Lima?</li> <li>• ¿Cuáles son los niveles de depresión según estado civil del adulto mayor del grupo de beneficiarios de ACASVI, en la ciudad de Lima, 2017?</li> </ul>	<p>1. OBJETIVO GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar los niveles de depresión en los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI, en la ciudad de Lima, 2017.</li> </ul> <p>2. OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar los niveles de depresión de los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI, según la variable edad.</li> <li>• Identificar los niveles de depresión de los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI, según la variable sexo.</li> <li>• Identificar los niveles de depresión de los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI, según la variable grado de instrucción.</li> <li>• Identificar los niveles de depresión de los adultos mayores del grupo de beneficiarios de ACASVI, según la variable estado civil.</li> </ul>	<p>1. POBLACIÓN:</p> <p>La población de estudio son adultos mayores del grupo de beneficiarios de la asociación de caridades San Vicente.</p> <p>2. MUESTRA:</p> <p>Para determinar el tamaño de la muestra se trabajó con el método probabilístico.</p> <p>3. TAMAÑO DE LA MUESTRA:</p> <p>168 adultos mayores.</p> <p>4. TÉCNICA DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:</p> <p>Se usaron criterios inclusión y criterio de exclusión.</p> <p>5. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es una investigación de tipo descriptiva-transversal.</li> <li>• Es de nivel aplicativo.</li> <li>• En cuanto al diseño es no Experimental.</li> </ul> <p>6. VARIABLE DE ESTUDIO:</p> <p>Depresión.</p>

**ANEXO 2**  
**OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	ITEMS DEL TEST	DEFINICION OPERACIONAL	VALOR FINAL
Nivel de depresión del adulto mayor	La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años. Se manifiesta generalmente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional, agitación e ideas de suicidio, en el adulto mayor puede confundirse con enfermedades como hipotiroidismo y deficiencia vitamínica. Brink, Yesavage et al., (1992)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insatisfacción</li> <li>• Aburrimiento</li> <li>• Renuncia de actividades</li> <li>• Soledad</li> <li>• Estado de ánimo.</li> <li>• Fallas de memoria.</li> <li>• Indecisión.</li> <li>• Sensación de fracaso.</li> <li>• Bajo nivel de energía.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿En general, está satisfecho/a con su vida?</li> <li>2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?</li> <li>3. ¿Siente que su vida está vacía?</li> <li>4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?</li> <li>5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?</li> <li>6. ¿Teme que algo malo puede ocurrirle?</li> <li>7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?</li> <li>8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?</li> <li>9. ¿Prefiere quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?</li> <li>10. ¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?</li> <li>11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?</li> <li>12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?</li> <li>13. ¿Se siente lleno/a de energía?</li> <li>14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?</li> <li>15. ¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?</li> </ol>	<p>Es la respuesta expresada por el adulto mayor acerca de las múltiples manifestaciones que participan en su estado psicoemocional y que perjudica su modo de vida.</p> <p>La depresión en dicho grupo será evaluada a través de la Escala abreviada de depresión del adulto mayor de Yesavage, la cual consta de 15 preguntas y dará un valor final de depresión.</p>	<p>Según el Test de Yesavage:</p> <p>Depresión Normal (0-5) Depresión Leve (6-9) Depresión Severa (10+).</p>
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	65-69 años 70-74 años 75-84 años 85 años +			Discreta
Sexo	Características externas del individuo que lo identifican según el género.	Masculino Femenino			Nominal
Grado de Instrucción	Periodo de tiempo en años durante el cual se ha asistido a la escuela.	Sin Instrucción Primaria Secundaria Técnico			Nominal
Estado Civil	Condición jurídica del individuo de acuerdo a derechos y obligaciones civiles.	Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente			Nominal

**ANEXO 3**  
**FICHA DE DATOS – CUESTIONARIO**

**I. DATOS GENERALES:**

- 1) Nombre: ...
- 2) Edad: ...
- 3) Sexo: ( M ) ( F )
- 4) Grado de instrucción:  
Sin Instrucción ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )
- 5) Estado civil:  
Soltero ( ) Casado ( ) Viudo ( ) Divorciado ( ) Conviviente ( )
- 6) ¿Actualmente se encuentra laborando? Si ( ) No ( )
- 7) ¿Vive con algún miembro de su familia? Si ( ) No ( )
- 8) ¿Actualmente padece de alguna enfermedad crónica? Si ( ) No ( )

**ANEXO 4**  
**INSTRUMENTO – CUESTIONARIO TEST DE YESAVAGE**

**Nombre**

**Fecha**

**Unidad/Centro**

**No Historia**

**INSTRUCCIONES:**

<b>ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA (Versión Española): GDS-VE</b>		
1. ¿En general, está satisfecho/a con su vida?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	<b>SI</b>	NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	<b>SI</b>	NO
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	<b>SI</b>	NO
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	<b>NO</b>
6. ¿Teme que algo malo puede ocurrirle?	<b>SI</b>	NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	<b>NO</b>
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	<b>SI</b>	NO
9. ¿Prefiere quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	<b>SI</b>	NO
10. ¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	<b>SI</b>	NO
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	SI	<b>NO</b>
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	<b>SI</b>	NO
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	SI	<b>NO</b>
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	<b>SI</b>	NO
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	<b>SI</b>	NO
<b>TOTAL</b>		

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA

## ANEXO 5:

### PUNTAJE DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

#### ABREVIADA (Versión Española): GDS-VE

<b>ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA (Versión Española): GDS-VE</b>		
1. ¿En general, está satisfecho/a con su vida?	SI = 0	NO = 1
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI = 1	NO = 0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI = 1	NO = 0
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI = 1	NO = 0
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI = 0	NO = 1
6. ¿Teme que algo malo puede ocurrirle?	SI = 1	NO = 0
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI = 0	NO = 1
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI = 1	NO = 0
9. ¿Prefiere quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SI = 1	NO = 0
10. ¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	SI = 1	NO = 0
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	SI = 0	NO = 1
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI = 1	NO = 0
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	SI = 0	NO = 1
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI = 1	NO = 0
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI = 1	NO = 0
<b>TOTAL</b>		

Normal = 0 – 5 puntos.

Depresión Leve = 6 – 9 puntos

Depresión Severa = 10 a más

**ANEXO 6:**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_, con  
DNI \_\_\_\_\_

He sido informado(a) que se realizará un trabajo de investigación titulado “NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL GRUPO DE BENEFICIARIOS DE LA ASOCIACIÓN DE CARIDADES SAN VICENTE”, en el cual contestaré unas preguntas.

Por voluntad propia acepto participar en este estudio, tengo pleno conocimiento de la metodología que va a usar la persona que me va a evaluar, así como también los alcances y los beneficios del mismo.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que en cualquier momento puedo rechazar mi intervención en este estudio, pudiendo abandonarlo voluntariamente en cualquier momento, sin que me ocasione algún tipo de consecuencia.

Los datos adquiridos en la entrevista y los instrumentos van a ser manejados en estricta privacidad y confidencialidad.

-----

NOMBRE

DNI

FECHA

## **ANEXO 7:**