

**UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN**



ESCUELA DE POSGRADO

TESIS

**NIVEL DE DEPRESION EN EL ADULTO
MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE
SALUD DE HUALMAY 2015 – PROPUESTA DE
SALUD BIOPSICOSOCIAL**

PRESENTADO POR:

Edwin Percy Pérez Gutierrez

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

ASESOR:

M(a) Margarita Velásquez Oyola

HUACHO - 2019

**NIVEL DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN
EL CENTRO DE SALUD DE HUALMAY 2015 – PROPUESTA DE
SALUD BIOPSIICOSOCIAL**

Edwin Percy Pérez Gutierrez

TESIS DE MAESTRÍA

ASESOR: M(a) Margarita Velásquez Oyola

**UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA
HUACHO
2019**



DEDICATORIA

A mis padres la superación y los logros de un hijo;
no son nada más que los frutos de una sacrificada
labor de sus padres... gracias papá y mamá.

Edwin Percy Pérez Gutierrez

AGRADECIMIENTO

A mi asesora M(a) Margarita Velásquez Oyola quien me ha entregado su tiempo para trasmitirme sus conocimientos en el desarrollo de la tesis, que me conllevan a la obtención de grado académico de maestro que es parte del logro del cumplimiento de mi metas propuestas.

Edwin Percy Pérez Gutierrez



ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la realidad problemática	1
1.2 Formulación del problema	7
1.2.1 Problema general	7
1.2.2 Problemas específicos	7
1.3 Objetivos de la investigación	7
1.3.1 Objetivo general	7
1.3.2 Objetivos específicos	7
1.4 Justificación de la investigación	8
1.5 Delimitaciones del estudio	9
1.6 Viabilidad del estudio	9
CAPÍTULO II	10
MARCO TEÓRICO	10
2.1 Antecedentes de la investigación	10
2.1.1 Investigaciones internacionales	10
2.1.2 Investigaciones nacionales	12
2.2 Bases teóricas	16
2.3 Definición de términos básicos	38
2.4 Hipótesis de investigación	40
2.4.1 Hipótesis general	40
2.4.2 Hipótesis específicas	40
2.5 Operacionalización de las variables	40
2.5.1 Variable Principal:	40
2.6.2 Cuadro de Operacionalización de la variable	40
CAPÍTULO III	42
METODOLOGÍA	42
3.1 Diseño metodológico	42

3.2	Población y muestra	43
3.2.1	Población	43
3.2.2	Muestra	43
3.3	Técnicas de recolección de datos	43
3.4	Técnicas para el procesamiento de la información	48
CAPÍTULO IV		49
RESULTADOS		49
4.1	Análisis de resultados	49
4.2	Resultados de las dimensiones	52
4.2.1	Estado cognitivo de la depresión	52
4.2.2	Estado conductual de la depresión	53
4.2.3	Estado afectivo de la depresión	54
4.3	Resultados en base a objetivos planteados	55
4.3.1	Objetivo General	55
4.3.2	Primer Objetivo Específico	57
4.3.3	Segundo Objetivo Específico	59
4.3.4	Tercer Objetivo Específico	61
CAPÍTULO V		64
DISCUSIÓN		64
5.1	Discusión de resultados	64
CAPÍTULO VI		68
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		68
6.1	Conclusiones	68
6.2	Recomendaciones	69
	Propuesta de Salud Biopsicosocial	70
REFERENCIAS		79
7.1	Fuentes documentales	79
7.2	Fuentes bibliográficas	79
7.3	Fuentes Hemerográficas	81
7.4	Fuentes electrónicas	82
ANEXOS		84
01	Matriz de consistencia	85
02.	Instrumento de medición	87
03.	Consentimiento Informado	88
04.	Base de Datos	89

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Estadísticos descriptivos de la edad de los adultos mayores.	49
Tabla 2. Distribución de frecuencias y porcentajes del estado civil de los adultos mayores	50
Tabla 3. Distribución de frecuencias y porcentajes de la dimensión cognitiva de la depresión en los adultos mayores.	52
Tabla 4. Distribución de frecuencias y porcentajes de la dimensión conductual en los adultos mayores.	53
Tabla 5. Distribución de frecuencias y porcentajes de la dimensión afectiva de la depresión en los adultos mayores.	54
Tabla 6. Distribución de frecuencias y porcentajes del nivel de depresión que tiene la población de estudio.	55
Tabla 7. Distribución de frecuencias y porcentajes de nivel de depresión según la edad de los adultos mayores.	57
Tabla 8. Distribución de frecuencias y porcentajes del nivel de depresión según estado civil de la población de estudio.	59
Tabla 9. Distribución de frecuencias y porcentajes del nivel de depresión según el sexo de los adultos mayores.	61

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Distribución de porcentajes de sexo de la población de los adultos mayores.	50
Figura 2: Distribución de porcentajes de la actividad laboral de los adultos mayores.	51
Figura 3. Distribución de porcentajes de la dimensión cognitiva de la depresión en adultos mayores.	53
Figura 4: Distribución de frecuencias y porcentajes de la dimensión conductual de la depresión en los adultos mayores.	54
Figura 5: Distribución de frecuencias y porcentajes de la dimensión afectiva del adulto mayor.	55
Figura 6: Distribución de porcentajes de los niveles de depresión en los adultos mayores.	56
Figura 7: Distribución de porcentajes de los niveles de depresión según la edad del adulto mayor.	59
Figura 8: Distribución de porcentajes de los niveles de depresión según estado civil.	61
Figura 9: Distribución de porcentajes del nivel de depresión según el sexo de los adultos mayores.	63

RESUMEN

La tesis denominada: Nivel de depresión en el adulto mayor atendido en el Centro de Salud de Hualmay 2015 – Propuesta de Salud Biopsicosocial, tuvo como **objetivo**: Determinar el nivel de depresión con la escala de Yesavage de 15 ítems en los adultos mayores atendido en el Centro de Salud de Hualmay 2015, realizado con el propósito de optar el grado de Maestro en Salud Pública en la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión.

Métodos y materiales: tipo de investigación fue básica, nivel descriptivo, diseño no experimental de corte transversal y enfoque cuantitativo, en una población constituida por la totalidad de adultos mayores (60 años a mas) que asisten al centro de salud Hualmay que corresponden a la micro-red Hualmay y una muestra de 98 adultos mayores seleccionados en base al muestreo aleatorio simple y el tamaño muestral de 98 adultos mayores. Se utilizó el instrumento: Escala de Depresión geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS-15) de Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey, M, Rose T. (1982) y adaptación española de Aguado y Cols (2000), un alfa de cronbach 0,845 considerada de confiabilidad alta y el procesamiento de la información con el apoyo del Spss y Excel.

Resultados: En cuanto a la edad los mayores porcentajes se encuentran en el rango de 60 a 70 años sin depresión con 20,4%, con depresión leve y establecida un 25,5% En relación al estado civil casados y convivientes el 24,4% no presentan depresión, pero el 23,5% si tienen depresión leve y establecida, a diferencia de los que no tienen pareja 29,4% con ambos niveles de depresión. Por último según el género de los adultos mayores tenemos que los mayores porcentajes de depresión se encuentran en las mujeres con un 35,1%. Se adjunta una Propuesta de Salud Biopsicosocial.

Conclusión: Se determinó el nivel de depresión con la escala de Yesavage de 15 ítems en los adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud de Hualmay periodo 2015, en un 39,8% de adultos mayores sin depresión, 35,7% depresión leve y 24,8% depresión establecida.

Palabras clave: Depresión, adultos mayores, salud mental

ABSTRACT

The thesis called: Level of depression in the elderly attended in the Health Center of Hualmay 2015 - Proposal of Biopsychosocial Health, had as objective: To determine the level of depression with the scale of Yesavage of 15 items in the elderly treated in the Health Center of Hualmay 2015, carried out with the purpose of opting for the degree of Master in Public Health at the José Faustino Sánchez Carrión National University.

Methods and materials: type of research was basic, descriptive level, non-experimental cross-sectional design and quantitative approach, in a population constituted by the totality of older adults (60 plus years old) who attend the Hualmay health center corresponding to the Hualmay micro-network and a sample of 98 older adults selected based on simple random sampling and the sample size of 98 older adults. We used the instrument: Geriatric Depression Scale (Geriatric Depression Scale, GDS-15) by Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey, M, Rose T. (1982) and Spanish adaptation of Aguado and Cols (2000).), an alpha of cronbach 0.845 considered of high reliability and the processing of the information with the support of the Spss and Excel.

Results: Regarding age, the highest percentages are in the range of 60 to 70 years without depression with 20.4%, with mild depression and 25.5% established in relation to married and cohabiting civil status 24.4 % do not present depression, but 23.5% do have mild and established depression, unlike those who do not have a partner 29.4% with both levels of depression. Finally, according to the gender of older adults we have that the highest percentages of depression are found in women with 35.1%. A Biopsychosocial Health Proposal is attached.

Conclusion: The level of depression was determined with the scale of Yesavage of 15 items in the elderly that are served at the Health Center of Hualmay 2015, in 39.8% of older adults without depression, 35.7% depression mild and 24.8% established depression.

Keywords: Depression, older adults, mental health

INTRODUCCIÓN

La investigación denominada: NIVEL DE DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD DE HUALMAY 2015 – PROPUESTA DE SALUD BIOPSICOSOCIAL, es realizada con el objetivo: Determinar el nivel de depresión con la Escala de Yesavage de 15 ítems en los adultos mayores atendido en el Centro de Salud de Hualmay 2015, realizada con el propósito de optar el Grado de Maestro en Salud Publica que otorga la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión.

El Ministerio de Salud (2005) organismo del Perú, señala “Los trastornos depresivos causan dolor y sufrimiento en la vida de muchas personas, lamentablemente, una gran mayoría de las personas afectadas por la depresión no buscan ayuda porque ellas mismas desconocen que gran parte de ese sufrimiento podría ser evitado. Hoy se sabe que el apoyo psicoterapéutico y algunos medicamentos pueden ser sumamente eficaces para tratar la depresión” (p.4). En la actualidad la depresión se ha convertido en un problema de salud público, fundamentalmente ataca a los adultos mayores por las características propio de esta etapa de la vida de los seres humanos, dichas personas deprimidas experimentan profundos sentimientos de tristeza que pueden resultar invalidantes para desarrollar sus relaciones familiares y sus responsabilidades laborales, es entonces importante considerar su diagnóstico a tiempo y proponer alternativas de solución a este problema.

La presente investigación contiene los siguientes capítulos:

Capítulo I: Planteamiento del Problema contiene la descripción de la realidad problemática, formulación del problema y objetivos de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico contiene antecedentes de la investigación, bases teóricas, definiciones conceptuales y la formulación de la hipótesis. Capítulo III: Metodología contiene el diseño metodológico, población y muestra, Operacionalización de variables e indicadores, técnicas e instrumentos de recolección de datos y las técnicas para el procesamiento de la información. Capítulo IV: Resultados contiene la presentación de cuadros, gráficos e interpretaciones. Capítulo VI: Discusión, Capítulo VII: Conclusiones y Recomendaciones. Capítulo VIII: Fuentes de Información contiene las fuentes documentales, bibliográficas, hemerográficas, y fuentes electrónicas. Finalmente la investigación concluye con anexos donde se mostraran evidencias del trabajo de investigación desarrollado.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La calidad de vida del adulto mayor se ha convertido en un problema que las últimas décadas del siglo pasado e inicio del presente, considerado en diversos estudios como un problema de salud pública por las entidades de salud responsables encargadas de dar respuesta a dicha situación definiendo al envejecimiento como “ un proceso natural que consiste en el deterioro progresivo del organismo; comienza antes del nacimiento y continúa durante todo el ciclo de vida... la calidad de vida y el funcionamiento durante la vejez es el resultado a las acciones y omisiones que se desarrollan durante las diferentes etapas de vida. (Ministerio de Salud, Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, Red de Municipios y Comunidades Saludables y Organización Panamericana de la Salud, 2004, pág. 8)

A nivel mundial, la esperanza de vida pasó de 47 años en 1950 - 1955, en 65 años en 2000 – 2005 y está previsto que llegue a los 75 años en 2045 – 2050; la mayoría de las personas mayores del mundo viven en los países en desarrollo y para 2050 el 79% de la población mayor de 65 años, es decir, cerca de 1.600 millones de personas vivirá en esos países. (Organización de las Naciones Unidas, 2007)

De acuerdo a los estudios demográficos de las Naciones Unidas, en el año 2013 señalaban que en el mundo existían 590 millones de personas de setenta o más años de edad y en el año 2025 serán 1100 millones, con un aumento del 100% en relación con las cifras de 1975. Dicha población habitará tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. Por otro lado, un informe de la Organización Panamericana de la Salud OPS, señala que en el año de 2010 fueron aproximadamente 42 millones de personas mayores de 60 años de edad en las Américas. Para el año 2020, la población de la tercera edad en las Américas tendrá un incremento vertiginoso de 82 millones de personas mayores adultas. (OPS-OMS, 2002)

La Organización Mundial de la Salud (2002), sostiene que los países podrán afrontar el envejecimiento de sus poblaciones, si los gobiernos, las Organizaciones Internacionales y la Sociedad Civil, promulgan políticas y programas de envejecimiento activo que mejoren la salud, la participación y la seguridad de las personas adultas mayores, es preciso fortalecer las alianzas basadas en una corresponsabilidad social para alcanzar los objetivos planteados. Para ello el modelo de la atención integral contempla que la persona no sólo reciba una atención de salud, sino que ingrese a un sistema que integre al individuo como una unidad bio-psico-social dinámica, que se desenvuelve en un contexto familiar y comunitario, lo cual requiere ser reforzada para desarrollar todas sus facultades y poder satisfacer sus anhelos. Por tanto, es necesario fortalecer las competencias técnicas de los trabajadores de salud, en lo referente a la atención integral de las personas adultas mayores, a través de la capacitación para que reciban un conjunto de conocimientos sobre actividades preventivas promocionales, recuperativas y de rehabilitación en este grupo poblacional.

En el Perú, el incremento demográfico de la población adulta mayor se evidencia a través de los datos estadísticos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el Perú está envejeciendo de manera rápida pero inexorable. Es un proceso presente en todo el país, aunque con diferentes grados de volumen e intensidad. El grupo de personas de 65 y más años de edad, se incrementará sostenidamente en las próximas décadas. De poco menos de 1.5 millones de adultos mayores en el 2010, se pasará a casi 6,5 millones en 2050; 5 millones adicionales, la mayor parte de los cuales serán mujeres. Este proceso de envejecimiento demográfico plantea desafíos y exigencias de diferentes naturalezas en términos de políticas y programas sociales a nivel regional y local, dependiendo de la escala, características y heterogeneidad de este proceso en cada departamento del país. (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2013, pág. 10)

Asimismo, en el 2015 el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) señaló que la población adulta mayor de 60 años represento el 10% donde los mayores de 80 años se encuentran con una mayor tasa de crecimiento y según sus estimaciones para el 2025 personas adultas mayores constituirán entre el 12 al 13% de la población peruana. Dicho Este incremento se desarrollará en un contexto desfavorable para este

sector poblacional caracterizada por un aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (Varela, 2016)

Por otro lado, La Organización Mundial de la Salud (2013) señala. “si damos una mirada a su salud, tendremos que más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad. En este sentido, es importante la investigación de la depresión motivo del presente, partiendo su definición del mismo organismo mundial define a la: “depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia persistente de tristeza y una pérdida de interés en actividades que las personas normalmente disfrutan, acompañada de una incapacidad para llevar a cabo las actividades diarias, durante 14 días o más”. (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2017)

Agregan en su artículo los organismos de salud competentes “para la mayoría de los países de bajos y medianos ingresos los establecimientos de atención primaria de salud, la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas de esa etapa de la vida.

Gremberg, (2010) señaló que contrario a la creencia popular, la depresión no es una parte natural del envejecimiento. La depresión a menudo puede revertirse con tratamiento inmediato y adecuado. Sin embargo, si no se trata, la depresión puede incidir en el deterioro físico, cognitivo y social, dilatar la recuperación de enfermedades y cirugías, provocar un aumento del uso de la atención médica, y el suicidio (Licas, 2015)

Se visualiza necesidades propias de esta edad como el aislamiento, la mayoría de las personas de la tercera edad reciben pensiones o jubilaciones limitadas que trae consigo una caída en su estándar de vida, salvo excepciones, los duelos, tanto de familiares cercanos como de amigos, que afecta sobre todo a las personas de edad muy avanzada, ya que toda su generación comienza a desaparecer, se sienten cada vez más

solos y empiezan a sentir que van a ser el próximo. También se produce una disminución de la actividad física y psíquica, y por otro lado, desde el punto de vista orgánico, suelen estar presentes muchas patologías, antes de la patología psiquiátrica. Además, se debe considerar todo el tema farmacológico, porque habitualmente todas estas patologías, requieren tratamientos independientes, algunos de los cuales favorecen la depresión o dificultan el tratamiento antidepresivo. (Santander, 2005)

Las situaciones antes descritas son unas de las muchas que existen a diario en perjuicio de las personas de la tercera edad, situaciones que tienen una repercusión dañina para un grupo familiar y para la sociedad en sí, existe una pérdida de identidad para la familia y la sociedad, se extingue la historia que se transmite verbalmente, sabiduría que se adquiere a través de los años y el adulto mayor la posee. Sus emociones también sufren un cambio en el proceso del olvido, transformándose (adulto mayor) en personas sensibles y que se ven afectadas por cualquier tipo de situación y/o problemas que hacen que caigan en cuadros depresivos que en consecuencia afectan su salud, su percepción de los estímulos y sensaciones.

La conducta se transforma, su sensibilidad crece y todo a su alrededor le molesta, ruidos, cosas en general, etc. Como por ejemplo si un niño pasa corriendo le molestará reaccionado en forma violenta y agresiva en el trato que tendrá con el niño, esto a su vez provoca un mayor aislamiento en perjuicio de sí mismo. La soledad que afecta al adulto mayor se ve reflejada muchas veces en el desear la muerte, para no ser carga de nadie y también para no ser una molestia; quien anímicamente decae siendo vulnerables a cualquier cosa que los pudiese afectar.

Existen estudios especializados que miden depresión, uno de ellos muy difundido y considerado en la presente investigación es la Asociación Psicólogos Americanos, cuyos investigadores Frances, Pincus y First (1995) elaboraron el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR), que es:

una clasificación categorial que divide los trastornos mentales en diversos tipos basándose en series de criterios con rasgos definitorios. La formulación de categorías es el método habitual de organizar y transmitir información en la vida

diaria, y ha sido el enfoque fundamental empleado en todos los sistemas de diagnóstico médico (Frances, Pincus, & Firts, 1995, pág. XXI)

En tal sentido, es importante conocer los resultados de diferentes estudios realizados a propósito de la depresión es así, que de acuerdo a criterios diagnósticos precisos del DSM-IV-TR señalan la prevalencia mundial varía entre 1.3% a 2.8%, el Clasificador Internacional de enfermedades CIE-10 refiere 4.5% a 5.1%. Estudios europeos utilizando la escala de depresión Euro-D, informan prevalencias más altas de depresión en adultos mayores de 26.1% a 31.2%. Parecidos resultados con el uso del Geriatria Mental State GMS-AGECAT, Geriatric Examination for computer assisted taxonomy concluyen en 30% a 35.9%. En el estudio latinoamericano Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe, más conocido como SABE impulsado por la Organización Panamericana de la Salud, señala que esta prevalencia varía de 16.5% a 30.1% en mujeres mientras que en varones es menor (11.8% a 19.6%). El grupo de investigación de demencias 10/66 ha encontrado que Perú, México y Venezuela comparten una prevalencia similar a la de Europa y a la del SABE. La tasa aumenta aún más en pacientes hospitalizados y/o que viven en “residencias”. (Becerra, y otros, 2010)

El Hospital Nacional Cayetano Heredia reporta una investigación donde aplicó el DSM – IV, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage de 15 ítems y la escala de depresión general de 4 ítems, con el resultado siguiente: el 17,3% tuvo depresión según DSM –IV, y el 11.8% según GDS-15 y 34.3% según GDS-4. Además, a nivel de los distritos de Lima Metropolitana los resultados indicaron elevados índices de depresión, siendo el 73,2% y la relación de 3,1 de personas con depresión en el grupo etáreo de 65 a 74 años; esta medición se realizó con la escala de Hamilton (De La Torre, y otros, 2006, pág. 144)

A nivel de la red Huaura - Oyón se obtuvo un informe consolidado de etapa vida del adulto mayor del 2014, donde se evaluaron a 3274 de los cuales 874 (23.7%) adultos mayores se encuentran con depresión. Asimismo, a nivel del Hospital Regional de Huacho se evaluaron a 359 adultos mayores de los cuales 185 (51.5%) con la escala de Yesavage de 4 ítems (MINSA, 2008) adultos mayores se encuentra con depresión

lo cual se evidencia la problemática en este grupo etéreo. (Oficina de estadística del Hospital Regional de Huacho, 2014)

Los adultos mayores que se atienden en el centro de salud de Hualmay afrontan una serie de factores de riesgo que potencian su vulnerabilidad social como individuos. El primer factor es su edad que desde el punto de vista fisiológico, acumulan situaciones que los vuelven gradualmente dependientes como la disminución de la fuerza física, la disminución de algunas capacidades como la visual, auditiva, cognitiva; la disminución de habilidades que les impiden tener una vida independiente, desde alimentarse y vestirse por sí mismos, hasta saber orientarse en la vía pública.

Así mismo, al preguntar a algunos adultos mayores en el consultorio médico como perciben el apoyo familiar, ellos respondieron:

Adulto mayor 1: “Mi familia se dedica más a trabajar que de mí”.

Adulto mayor 2: “Mi hijo ya vive en otra casa, solo me cuida la persona que han contratado”.

Adulto mayor 3: “Solo tengo que hacer mis cosas, pero me duele mucho mi cuerpo y mi hija cuida de mí”.

Adulto mayor 4: “Mi familia me trata como si no tuviera valor, no sé qué función cumplo en mi casa”. Indudablemente esto señala que estas personas se sienten en una situación de soledad, abandono de los hijos, enfermedades psicosomáticas propias de su etapa y desvalorados por sus propias familias que indica síntomas de depresión, tal como señalan sus expresiones.

En las atenciones en los establecimientos de salud a nivel clínico y comunitario se observó que muchos de los adultos mayores no eran visitados por sus familiares durante su estancia hospitalaria o que algunos acudían solos a las consultas médicas solos o los familiares los dejaban y se retiraban.

Por todo lo expuesto, se muestra el interés de investigar sobre el nivel de depresión del adulto mayor usuario de este centro de salud y contribuir con un programa de salud biopsicosocial que fomente una vida saludable a las personas en esta etapa de vida.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

Lo anteriormente expuesto lleva a realizar la siguiente interrogante de investigación:

¿Cuál es el nivel de depresión con la escala de Yesavage de 15 ítems en los adultos mayores atendido en el Centro de Salud de Hualmay 2015?

1.2.2 Problemas específicos

¿Qué nivel de depresión predomina según la edad de los adultos mayores atendido en el Centro de Salud de Hualmay 2015?

¿Qué nivel de depresión predomina según el estado civil de los adultos mayores atendido en el Centro de Salud de Hualmay 2015?

¿Qué nivel de depresión predomina según el sexo de los adultos mayores atendido en el Centro de Salud de Hualmay 2015?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar el nivel de depresión con la escala de Yesavage de 15 ítems en los adultos mayores atendido en el Centro de Salud de Hualmay 2015.

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar el nivel de depresión según la edad de los adultos mayores atendido en el Centro de Salud de Hualmay 2015.

Identificar el nivel de depresión según el estado civil de los adultos mayores atendido en el Centro de Salud de Hualmay 2015.

Identificar el nivel de depresión según el sexo de los adultos mayores atendido en el Centro de Salud de Hualmay 2015.

1.4 Justificación de la investigación

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. Además, convirtiéndolo en un problema de salud pública que está en aumento y poco percibida.

La forma más frecuente de manifestarse es tristeza, decaimiento, sensación de incapacidad para afrontar las actividades y retos diarios, y la pérdida de interés en actividades que previamente resultaban placenteras. Es por ello que su importancia en estudiarla radica en ser un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y práctico, afectando en todas las áreas de la vida.

Frente a esta realidad es que surge la necesidad de diseñar intervenciones preventivo, promocionales, curativas y rehabilitación cognitivo conductual en la población adulta mayor que promueva un envejecimiento activo y saludable por ello el Ministerio de Salud según los Lineamientos de Política del Sector 2002 - 2012, busca atender de manera integral las necesidades de salud de este grupo poblacional, a fin de lograr el bienestar físico, funcional, mental y social De este modo el profesional salubrista dentro del equipo de salud es quien juega un rol importante en la atención y en el bienestar del adulto mayor debido a que está constantemente interactuando con las personas en la comunidad.

Para ello, se utilizó las teorías que explican la depresión y en especial la biológica de Thase y Howland, 1995 y enfoques al respecto que nos permite explicar por un lado las características específicas de los adultos mayores muchos de ellos sujetos de asistencia social y analizar sus niveles de depresión que permita como profesionales encontrar alternativas para enfrentar dicho problema en la población adulta mayor.

Esta investigación tiene la intención de ayudar al personal de salud en realizar trabajos y programas enfocados en mejorar los estados depresibles mediante la estimulación de la motricidad, la afectividad y motivación personal asimismo ese apoyo que pueda necesitar en la familia como en la sociedad incentivando la unión y por ende disminuyendo los casos de depresión en el adulto mayor.

1.5 Delimitaciones del estudio

Delimitación Espacial:

El estudio se realizará con adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud Hualmay, del distrito de Hualmay, provincia de Huaura, Región Lima Provincias.

Delimitación Temporal:

Pará efectos de probar las variables de estudio se realizará la investigación durante el mes de junio - septiembre 2015 en los adultos mayores de 60 años.

1.6 Viabilidad del estudio

La presente investigación es viable porque sus resultados permitirán proponer una propuesta de salud biopsicosocial permanente, sustentada en valorar y poner en práctica una serie estrategias que ayuden a disminuir los estados depresivos en sus diferentes variedades, que incidirá al adulto mayor a un mejor estado de equilibrio biopsicológico y espiritual.

Tiene viabilidad económica pues se tiene acceso al área de estudio, se cuenta con el tiempo requerido para la investigación y los recursos económicos y humanos necesarios para financiar la investigación; así como el apoyo consentido de la Dirección de a Micro-red de Salud Hualmay, que forma parte de la estructura de la Dirección Regional de Salud-Lima.

También con respecto a los recursos tecnológicos se ajustarán a la realidad de la institución de salud, haciendo uso de los recursos tecnológicos tangibles como la computadora, impresora y recursos tecnológicos e intangibles como el internet, paquetes estadísticos informáticos y aplicaciones virtuales, consecuentemente a realizar una investigación acorde al mundo globalizado y competitivo en donde la tecnología es parte del desarrollo y crecimiento de la comunidad académica.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Investigaciones internacionales

Acosta (2016). Prevalencia de depresión en el adulto mayor en los centros de vida en Cartagena año 2015 II. Universidad de Cartagena. Su objetivo fue: determinar la prevalencia de depresión en el adulto mayor en los centros de vida en Cartagena. Metodología: El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, la población estuvo conformada por adultos mayores inscritos en los 16 centros de vida de Cartagena, la muestra estimada fue de 398. Utilizaron un muestreo aleatorio por conglomerados. Como instrumentos un cuestionario sobre las características sociodemográficas y la versión abreviada de la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS-15). Para la digitalización y procesamiento de la información, crearon una base de datos en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2013 Windows 7. En el estudio respeta los principios éticos de privacidad y los participantes diligenciaron un consentimiento informado. Resultados: Los participantes del estudio tenían edades entre los 70 y 79, el 51.2% eran de sexo masculino y 48.7% de sexo femenino. La prevalencia de depresión fue de 7.7% en los adultos mayores institucionalizados; el 6.7% presentaron depresión leve, el 1% depresión severa y el 92.2% de los adultos mayores no presentaron depresión. Conclusiones: La población de adultos mayores de los centros de vida de la ciudad de Cartagena reportó una baja prevalencia de depresión.

Acosta, A.; Fernández, M.; Gonzales, D.; Guzmán, L.; Torres, N. y Romero, K. (2016). Realizaron un estudio sobre Prevalencia de depresión en el adulto mayor en los centros de vida en Cartagena. Tesis para optar el título de enfermero. Universidad de Cartagena. Su objetivo fue: determinar la prevalencia de depresión en el adulto mayor en los centros de vida en Cartagena. Metodología que aplicaron fue un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, la población estuvo conformada por adultos mayores inscritos en los 16 centros de vida de Cartagena, la muestra estimada fue de 398. Utilizaron un muestreo aleatorio por conglomerados y aplicaron un cuestionario sobre las características sociodemográficas y la versión abreviada de la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS-15). Para la digitalización y procesamiento de la información, crearon una base de datos en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2013 Windows 7. En el estudio respetaron los principios éticos de privacidad y los participantes diligenciaron un consentimiento informado. Resultados: Los participantes del estudio tenían edades entre los 70 y 79, el 51.2% eran de sexo masculino y 48.7% de sexo femenino. La prevalencia de depresión fue de 7.7% en los adultos mayores institucionalizados; el 6.7% presentaron depresión leve, el 1% depresión severa y el 92.2% de los adultos mayores no presentaron depresión. Conclusiones: La población de adultos mayores de los centros de vida de la ciudad de Cartagena reportó una baja prevalencia de depresión.

Silva, M. y Vivar, V. (2015). Factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado. Tesis para obtener el título de Psicología Clínica. Universidad Cuenca. Tuvo como objetivo: identificar los factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado. Materiales y métodos: Estudio descriptivo de carácter mixto, utilizaron el método de estudio de caso. Participaron 8 adultos mayores institucionalizados en la Fundación Gerontológica Plenitud de la ciudad de Cuenca. Aplicaron instrumentos como la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15), guía de observación (Q-LES-Q), Escala de Soledad en el Adulto Mayor (IMSOL-AM), Historia Clínica, Entrevista semiestructurada, Inventario de Historias de Pérdidas. Estudiaron las variables independientes: soledad, adaptación, motivo de ingreso. Realizaron el

análisis bivariado de depresión y las variables independientes. Así mismo el análisis mediante porcentaje, asociación (Chi-cuadrado y p) en los programas SPSS 22 y Atlas.Ti. Resultados: La prevalencia de depresión obtenida en esta investigación fue del 50%, de dicho porcentaje obtuvieron depresión leve el 25,0%, depresión moderada el 12,5% y depresión grave el 12,5%. Factores asociados como: la pérdida de roles, estado de dependencia, falta de redes de apoyo emocional, esquemas disfuncionales y procesos de duelos no resueltos favorecen a la aparición de síntomas depresivos en los adultos mayores. Además, se encontró que las tres variables independientes son predictores de depresión puesto que se explicó en un 85% la varianza de la variable dependiente niveles de depresión ($R^2 = 0,85$).

Crespo, 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. Tesis para obtener el título de médico. Universidad de Cuenca Ecuador. Su objetivo fue: determinar la Prevalencia de la Depresión en Adultos Mayores, en Asilos de la Provincia del Cañar (Rosa Elvira De León, Fundación de Protección al Anciano, Casa de Reposo Padre Nello Storoni y San Bartolomé). Métodos y Materiales: estudio descriptivo la población estuvo conformada por 84 adultos mayores residentes en casas de reposo. El instrumento fue la escala de depresión de Yesavage DGS-15. Resultado: El 70% de los adultos mayores obtuvo un puntaje mayor a 4, que según esta escala corresponde a depresión, el restante 30% obtuvo un puntaje igual o menor a 4 que 24 corresponde a normal. De los 33 varones a los que se aplicó el test el 69,70% presentan depresión, y de las mujeres el 70,59% presentan depresión. El rango de edad que más casos de depresión presenta, tanto para el sexo masculino como para el femenino, es el comprendido entre los 80 – 89 años, representando el 47.83% para el sexo masculino y el 36.11% para el femenino.

2.1.2 Investigaciones nacionales

Montenegro, J. y Santisteban, Y. (2016). Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Centro Poblado Los Coronados Mochumí – Lambayeque - 2016. Tesis para optar el título de Enfermería. Universidad Señor

de Sipan Lambayeque. Su objetivo fue: determinar los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores, del Centro Poblado “Los Coronados” Mochumí - Lambayeque. Metodología: La investigación fue descriptivo correlacional; los resultados se centran en identificar y describir las relaciones entre las categorías de las variables factor psicosocial y estados depresivos en un momento determinado, sin embargo es transversal por que recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Participaron 36 adultos mayores voluntariamente, a quienes le aplicaron la Escala de Yesavage DGS-15, la Escala de Rosemberg y el cuestionario de factores sociales; procesando los datos con el SPSS 22.0, respetándose los principios éticos y de rigor científico. Resultado: Encontraron que el 45.8% de los adultos mayores presentan un estado depresivo severo; en relación al factor psicológico el 61,1% presenta autoestima media; y en relación al factor social se encontró que el 55.6% son mayores de 65 años; 38.9% con instrucción secundaria; 41.7% son casados; 55.6% son masculino; el 66.7% no participan en actividades sociales y 63.9% no participa en actividades familiares; el 55.6% viven solos (as), hablan por teléfono con 1 a 2 personas y ven a sus amigos o vecinos 1 a 2 veces; el 50% está contento con la frecuencia que ve a su familia y el otro 50% está descontento; y el 58.3% refieren contar con apoyo. Conclusión: Ambos factores, tienen asociación con la presencia del estado depresivo, $p < 0.05$ evidenciando que el factor psicológico: autoestima tiene un alto grado de asociación al igual que el factor social: integración social – apoyo familiar y social.

Licas, M. (2014). Nivel de depresión del adulto mayor en un Centro de Atención Integral S.J.M - V.M.T. Tesis para título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. El objetivo fue: determinar el nivel de depresión de los adultos mayores que acuden al centro de atención integral del adulto mayor. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 73 adultos mayores y muestreo el aleatorio simple. La técnica que emplearon fue la entrevista y como instrumento se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica - El Test de Yesavage de 15 ítems para adultos mayores. Los resultados indican que más de la mitad de adultos mayores tienen un nivel de depresión leve,

seguido de un grupo menor sin depresión y otro grupo mucho menor con un nivel de depresión severo; este grupo presenta síntomas tales como humor depresivo la mayor parte del día, abandono de sus actividades diarias, disminución de energía, sienten que su vida está vacía, se sienten inútiles y cambios en su actividad psicomotriz. Concluyeron que los adultos mayores que acuden al centro de atención “TaytaWasi” presentan un nivel de depresión leve.

Jaque, R. (2013). Prevalencia de depresión en pacientes con artritis reumatoide en el Hospital Regional de Huacho: octubre -noviembre del 2011. Universidad Nacional mayor de San Marcos. Tuvo como objetivo: determinar la prevalencia de depresión en pacientes con artritis reumatoide en el Hospital Regional de Huacho en el periodo de octubre a noviembre del 2011. Material y métodos: El estudio fue de tipo descriptivo y transversal, aplicado a 96 pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide (AR), que cumplieron los criterios del Colegio Americano de Reumatología (ACR), y que acudieron a consulta médica especializada en Reumatología en el Hospital Regional de Huacho durante los meses de octubre hasta noviembre del 2011 y además cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. El instrumento que utilizaron para determinar la depresión en pacientes con artritis reumatoide fue el test de Yesavage de 15 ítem. Resultados: De 96 pacientes, 88 son mujeres y 8 son varones, la edad mínima fue de 25 años y la máxima de 83 años. No encontró correlación de las variables de edad, estado civil, tiempo de enfermedad, dolor articular y deformación con la prevalencia de depresión en los pacientes con artritis reumatoide de la red de Huacho Huaura Oyón. Hay una alta incidencia de pacientes con artritis reumatoide en los que se muestra correlación de la prevalencia de depresión asociada al género femenino y desocupación laboral. Observó una gran prevalencia de depresión en pacientes con artritis reumatoide independientemente de las variables analizadas. Conclusiones: Según los resultados del test de Yesavage, el autor de la investigación determinó que la presencia de depresión en pacientes con artritis reumatoide en el Hospital Regional de Huacho en el periodo Octubre a noviembre del 2011 es alta, debido a que el 62.5 % del total de pacientes evidencian depresión.

González M. (2011). Riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro. Lima - Perú. Tuvo como objetivo determinar el riesgo de depresión del adulto mayor en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro. El estudio fue de tipo cuantitativo; el método es descriptivo, prospectivo y de corte transversal, porque se realiza en un determinado tiempo. La población total estuvo constituida por 353 adultos mayores que se encuentran en el Centro Residencial Ignacia Rodulfa Viuda de Canevaro, la técnica aplicada fue la entrevista. Utilizaron como instrumento de medición del riesgo de depresión en el adulto mayor la escala abreviada de Yesavage de 15 preguntas. “Los adultos mayores atendidos en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro presentan un riesgo moderado de depresión “. “Según cifras porcentuales, los adultos mayores del grupo etario de 60 a 80 años tienen mayor riesgo de depresión que los adultos de mayor edad. Del 100 % de los adultos mayores encuestados, el 22,2 % son hombres y tienen riesgo de depresión moderada; y el 28,1% son mujeres y tienen riesgo de depresión moderada. Asimismo, el 54,2 % son mujeres y el 45,8 %, hombres. Realizaron la prueba estadística chi cuadrado, encontrándose que no hay relación entre el riesgo de depresión y el sexo ($p = 0,910$, no significativo). Se concluyó que, más del 50 % de los encuestados presentan un riesgo de depresión moderada. No existe diferencia significativa en la relación de depresión con la edad y el sexo.

Juárez, J.; León, A.; Alata, V. (2011) Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH “Viña alta” Lima - Perú. Su objetivo fue: determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores de 60 años residentes en el asentamiento humano de “Viña Alta” del Molina. Estudio de corte transversal tipo entrevista de carácter descriptivo, realizado durante la primera semana de junio del 2011. Realizaron visitas en todas las casas (280) de 18 de las 23 manzanas del asentamiento humano “Viña Alta” en la Molina. Se identificó a 112 adultos mayores de 60 años y se entrevistó a 68 de ellos, quienes fueron evaluados por los investigadores (previo entrenamiento) mediante la Escala de depresión geriátrica de Yesavage de 15 ítems (GDS-15). La edad media fue de 67,82 años (60-83) 53.3% fueron mujeres; el 51.67% presentó depresión en algún grado según el GDS-15; 33,3% eran analfabetos; y 70%, casados. Al

contrastar los resultados del grado de depresión verificaron que no existían diferencias significativas en cuanto a género, grado de instrucción, edad y estado civil. Conclusiones: Identificaron una alta prevalencia de depresión (51.67%) que no estuvo asociada a ninguna de las variables del estudio.

2.2 Bases teóricas

Definición de autores de depresión en el adulto mayor

Para la Organización Mundial de la Salud – OMS, la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (Licas, 2015, pág. 34)

Así mismo explica que esta puede llegar a ser crónica y disminuir el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma extrema (severo) puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria. (Organización Mundial de la Salud, 2016-2017)

En nuestro país el Ministerio de Salud ha señalado que la depresión es un “trastorno mental caracterizado fundamentalmente por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia) cansancio fatiga, que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren” (Ministerio de Salud, 2008, pág. 13)

La Organización Mundial de la Salud (2017) precisa que una gran mayoría de personas afectadas por depresión no buscan ayuda porque desconocen que dicha enfermedad y sus consecuencias podría a ser evitado. “La depresión es un trastorno mental frecuente, se calcula que afecta a 300 millones de personas en el mundo” A esto agrega en el marco de celebración del día mundial de la salud mental que la

“depresión está encabezando la lista de causas de enfermedad y que puede afectar a cualquier persona que más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015. La falta de apoyo a las personas con trastornos mentales, junto con el miedo al estigma, impiden que muchos accedan al tratamiento que necesitan para vivir vidas saludables y productivas” (Organización Mundial de la Salud, 2017) párr. 1.

A esto se agrega que la doctora Chan, Directora General de la Organización Mundial de la Salud, en el marco de la campaña por el día mundial de la salud afirmó: "Estas nuevas cifras son un llamado de atención a todos los países para que reconsideren sus enfoques sobre la salud mental y la traten con la urgencia que merece", con este planteamiento reafirma la necesidad fundamental de promover estrategias no solo en la parte terapéutica sino como parte de la atención preventiva que debe darse en ese nivel. (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2017).

Así mismo, los médicos Psiquiatras Alvarado y Moral señalan que los adultos mayores en sus cuadros depresivos pueden evolucionar hacia deterioro cognitivo e incluso a demencia, a pocos años de comenzar la patología depresiva. Así como también que el antecedente de un episodio depresivo constituye factor de riesgo para desarrollar Alzheimer y otras enfermedades por lo que es importante a tiempo prevenir (Licas, 2015, pág. 13)

Clasificación internacional de la depresión

Los sistemas internacionales de diagnóstico más utilizados son: el de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV TR), y de la Organización Mundial de la Salud la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE 10), documento en nuestro país se ratifica esta clasificación en La Guía De Práctica Clínica En Salud Mental y Psiquiatría. (Ministerio de Salud, 2008, pág. 2)

Aunque el síntoma nuclear de la depresión es el descenso del estado de ánimo, determinados pacientes, especialmente los geriátricos, con dificultades para el proceso mental de las emociones y los sentimientos pueden no percibir este estado de ánimo alterado y reparar más en sintomatología de la esfera física. Casi siempre que un anciano no se queje de tristeza o que impute sus respuestas emocionales a la edad y manifieste, prioritariamente, los síntomas de la esfera corporal. Todo esto trae como consecuencia que la depresión en el anciano no se detecte adecuadamente, se infra diagnostique y que con frecuencia estemos ante depresiones enmascaradas.

Según su intensidad, los trastornos depresivos se pueden clasificar como leves, moderados o graves. El Ministerio de Salud (2008) menciona que la depresión se encuentra incorporada en los sistemas de clasificación diagnóstica denominada CIE-10 dentro de los trastornos del humor F30-39 DSM-IV, donde la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional. (p.13)

El CIE-10 la define como un desorden afectivo en el cual habla de depresión leve, moderada y grave. El episodio depresivo leve se caracteriza por síntomas como tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad. En el episodio depresivo moderado se observa dificultades para desarrollar actividades sociales, laborales y en el episodio depresivo grave se suele presentar angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de culpa. (DSM - IV, 2000)

A continuación, los criterios para depresión según los sistemas de clasificación diagnóstica CIE 10 y DSM IV-TR tomados por el Ministerio de Salud (2008):

Episodio depresivo leve CIE-10: sin síntomas somáticos y con síntomas somáticos

A. Deben cumplirse los criterios generales del episodio depresivo

B. Presencia de, por lo menos, 2 de los 3 síntomas siguientes:(1) Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistentes durante al menos dos semanas. (2) Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras, (3) Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad

C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total de cuatro: (1) Pérdida de la confianza o disminución de la autoestima (2) Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada (3) Quejas o pruebas de la disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación (4) Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva) (5) Cualquier alteración del sueño (6) Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

Episodio depresivo moderado CIE-10: sin síntomas somáticos y con síntomas somáticos

A. Deben cumplirse los criterios generales del episodio depresivo

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

(1) Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas 35 influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas. (2) Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras (3) Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad

C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, para sumar un total de al menos 6 síntomas:

(1) Pérdida de la confianza o disminución de la autoestima. (2) Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada, (4) Quejas o pruebas de la disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales Como indecisión o vacilación, (5) Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva) (6) Cualquier alteración del sueño y Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

Episodio depresivo grave

Sin síntomas psicóticos:

El documento señala que “durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es

importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave”.

Con síntomas psicóticos

Se continua señalando en el documento que durante este episodio, estas personas presentan ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo”.

Sintomatología

Stucchi, S., médico psiquiatra del Hospital Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (2010) refiere que los principales signos y síntomas que a continuación se señala son tipos:

Ánimo depresivo. El deprimido suele sentirse triste la mayor parte del día y casi todos los días. En algunos casos (depresiones melancólicas), el ánimo depresivo no mejora ni con los acontecimientos favorables de la vida, la persona permanece triste "pase lo que pase".

Pérdida de interés en las actividades. La persona afectada deja de interesarse por lo que antes le agradaba.

Alteraciones del apetito. Puede haber disminución o aumento del apetito, con las consiguientes variaciones en el peso.

Alteraciones del sueño. Puede haber insomnio o hipersomnio. El insomnio suele ser del despertar (la persona se despierta considerablemente más temprano que lo habitual y ya no puede volver a dormir).

Retardo psicomotor. La persona deprimida suele volverse lenta, camina y habla despacio, demora en responder las preguntas que se le hacen. Algunos, sin embargo, presentan aumento de la actividad motora.

Fatiga o pérdida de energía. La persona siente que no tiene "fuerzas" para realizar sus actividades cotidianas.

Ideas de minusvalía y de culpa. El deprimido tiende a sentirse inferior a los demás o culpable de las desgracias propias y ajenas ("no sirvo para nada", "todo es por mi culpa").

Desesperanza. El futuro es visto como algo incierto y sin posibilidades.

Dificultad para concentrarse o para tomar decisiones. Ideación suicida. Puede ir desde un vago deseo de morir hasta un plan específico que culmina en la muerte. (Licas, 2015, págs. 35-35)

Tipos de depresión a nivel nacional

Los tipos de trastornos depresivos de acuerdo al Ministerio de Salud y Universidad Particular Cayetano Heredia (2005) señalan que comúnmente se presenta la depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas, varían.

La depresión severa

Se manifiesta por una combinación de síntomas que obstruyen la capacidad de trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio muy incapacitante puede ocurrir una sola vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida.

La distimia

Es un tipo de depresión menos grave, que incluye algunos síntomas crónicos que se presentan a largo plazo, tales como los sentimientos discontinuos de tristeza, el

cansancio, o la desmotivación, pero no resultan incapacitantes, aunque sí interfieren con el funcionamiento y la sensación de bienestar de la persona. Muchas personas con distimia pueden padecer episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

El trastorno bipolar

También se le llama enfermedad maníaco - depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de gran exaltación o euforia (manía) y fases con el estado de ánimo bajo (depresión). Estos cambios de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero generalmente suelen ser graduales. (p. 6-7)

TEORÍAS DE LA DEPRESIÓN

En la actualidad hay varios teorías y modelos conductuales de la depresión que a continuación se detalla: las teorías cognitivas, las teorías conductuales y otras teorías psicológicas.

Las teorías cognitivas de la depresión

Es importante identificar que las terapias cognitivas son el resultado de una tradición intelectual que se remonta al menos a la filosofía estoica, y actualmente a la psicopatología empírica, en cuanto que consideran que la interpretación del sujeto sobre un suceso es más importante que el suceso en sí mismo. Es así que las teorías cognitivas ponen de manifiesto la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los sucesos depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX puede dar lugar a un trastorno depresivo. (Vázquez, Muñoz, & Becoña, 2000, pág. 425)

Este estilo cognitivo tiene una relación directa con las respuestas motivacionales y afectivas que se asocian con la depresión. La reformulación atribucional del modelo de indefensión aprendida (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) y la teoría cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) son las dos teorías cognitivas que tienen el mayor apoyo empírico entre los modelos cognitivos contemporáneos de la depresión.

(1) La teoría cognitiva de la indefensión aprendida y su reformulación

Seligman (1975) hipotetizó que la depresión se produce cuando el sujeto no es capaz de discriminar la relación (contingencia) entre su comportamiento y las consecuencias que le siguen, ya sean positivas o negativas. Como consecuencia de ello se produciría lo que Seligman denominó indefensión aprendida, esta situación refiere al estado de pasividad y actitudes que se generan en el sujeto cuando se ha expuesto a un proceso en el que no existe contingencia entre la conducta y las consecuencias de la misma. (Vázquez, Muñoz, & Becoña, 2000, pág. 426)

Posteriormente, Abramson et al. (1978) reformularon la teoría de Seligman, haciendo énfasis en el tipo de atribuciones que el sujeto hace sobre la causa de su indefensión. Para este investigador estas atribuciones pueden variar en alguna de las siguientes dimensiones: interna-externa, global-específica y estable-inestable. Señala un ejemplo, si un sujeto va a una entrevista de trabajo y no lo consigue, y atribuye el fracaso a su baja capacidad, estaría haciendo una atribución de tipo interno, estable y global. Si por el contrario, lo atribuye a que este tipo de trabajo no era adecuado para él, la atribución sería de tipo externa, específica e inestable. “Estas tres dimensiones determinan el efecto sobre la autoestima, la cronicidad y la generalidad de la indefensión y la depresión” (Abramson et al., 1978). Citado por (Vázquez, Muñoz, & Becoña, 2000, pág. 426). Interesante teoría que permite entender las dimensiones que tienen el sujeto de acuerdo a las circunstancias que se le presente y de acuerdo a como se comportan incidirá en la autovaloración, historia propiamente dicha y situación de abandono o vulnerabilidad en el que se encuentra que desencadenará una depresión.

Se ha demostrado que es más probable que lo individuos predispuestos a la depresión atribuyan los acontecimientos negativos a factores internos (al propio individuo), estables (es decir, irreversibles) y globales (es decir, que lo abarcan todo) (Peterson, Maier y Seligman, 1993). El patrón opuesto en las atribuciones sería el que se basa en hechos positivos. Abramson et al. (1978) también señalan que algunas de las características de la depresión vienen determinadas por el estilo personal de cada sujeto, como por ejemplo la presencia de una baja autoestima como resultado de una atribución personal. (Vázquez, Muñoz, & Becoña, 2000, pág. 423)

(2) La teoría cognitiva de Beck

Actualmente la mayoría de los trabajos empíricos sobre la depresión se basan en la teoría cognitiva que propusieron Beck et al. (1979), según la cual la depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto. Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas. (Vázquez, Muñoz, & Becoña, 2000).

Esta formulación teórica gira en torno a tres conceptos básicos: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas. La cognición se refiere al contenido, proceso y estructura de la percepción, del pensamiento y de las representaciones mentales. El contenido cognitivo es el significado que el sujeto da a los pensamientos e imágenes que tiene en su mente; para los terapeutas cognitivos la interpretación que haga el sujeto sobre un hecho (contenido cognitivo) tendrá una influencia importante en lo que siente. Los esquemas son creencias centrales que se constituyen en los principios directrices que sirven para procesar la información procedente del medio. Aunque no se especifica claramente el origen de los esquemas erróneos, parece sugerirse que podrían ser el resultado del aprendizaje a través de la exposición a acontecimientos y situaciones anteriores, jugando un importante papel las experiencias tempranas y la identificación con otras personas significativas. Los esquemas depresivos tienen que ver con acontecimientos tales como la desaprobación o la pérdida de los padres. De ello se deduce, que muy probablemente aquellos individuos que padecen una depresión episódica presentan esquemas menos patológicos o con menos áreas claves de vulnerabilidad (p.ej., confianza, seguridad, amor) que aquellos con depresión crónica.

La teoría cognitiva considera que hay cuatro elementos cognitivos clave que explican la depresión (Perris, 1989):

- a) La tríada cognitiva, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro; se refiere a que el contenido cognitivo de un sujeto deprimido acerca de sí mismo, su mundo y su futuro es disfuncional y negativo. El paciente deprimido

se ve a sí mismo como indigno, incapaz e indeseable, para él el mundo está lleno de obstáculos y de problemas insolubles y el futuro lo contempla como totalmente desesperanzador. (Vázquez, Muñoz, & Becoña, 2000, pág. 427)

b) Los pensamientos automáticos negativos; son aquellas cogniciones negativas específicas que desencadenan la activación emocional característica del paciente depresivo. Son pensamientos automáticos (el paciente no se da cuenta del mismo o de su proceso de interpretación), repetitivos, involuntarios e incontrolables. Entre el 60-80% de los pensamientos automáticos tienen un valor negativo (Friedman y Thase, 1995). Aunque todas las personas tienen pensamientos negativos de vez en cuando, en personas con un problema de depresión grave estos pensamientos ya no son irrelevantes, sino que predominan en su conocimiento consciente (Beck, 1991). (idem)

c) Errores en la percepción y en el procesamiento de información; el pensamiento perturbado de la depresión es consecuencia del procesamiento erróneo o sesgado de la información que nos llega de nuestro medio (Beck, 1976; Haaga, Dick y Ernst, 1991). Los errores más importantes que se producen en el procesamiento de información de los individuos deprimidos son (Beck et al., 1979): la inferencia arbitraria (llegar a una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye); la abstracción selectiva (extraer una conclusión basándose en un fragmento sesgado de información); la sobre generalización (elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados); la magnificación y la minimización (sobreestimar o infra Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX valorar la significación de un acontecimiento); la personalización (atribuirse a uno mismo fenómenos externos sin disponer de evidencia para ello); y el pensamiento absolutista dicotómico (tendencia a valorar los hechos en función de dos categorías opuestas). (Vázquez, Muñoz, & Becoña, 2000, pág. 428)

d) disfunción en los esquemas, estos errores, que se producen en el procesamiento de la información de las personas deprimidas, son un reflejo de la actividad de los esquemas cognitivos disfuncionales, que como ya se indicó anteriormente toman la forma de creencias centrales o «asunciones silenciosas» (Beck et al., 1979). Los

esquemas son teorías o hipótesis simples que dirigen el proceso por medio del cual una persona organiza y estructura la información sobre el mundo (Freeman y Oster, 1997); determinan qué situaciones son consideradas como importantes para el sujeto y qué aspectos de la experiencia son importantes para la toma de decisiones (Freeman y Oster, 1997). (...), Por tanto, los esquemas planteados por estos autores son estructuras cognitivas que subyacen a la vulnerabilidad depresiva, a través de las cuales se procesan los acontecimientos del medio y la disfuncionalidad de los mismos causa errores en el procesamiento de información. A su vez, estas distorsiones cognitivas facilitan que se mantengan los esquemas disfuncionales, produciéndose finalmente la depresión (el paciente depresivo espera fracaso, rechazo e insatisfacción, y percibe que la mayoría de las experiencias confirman sus expectativas negativas). (Ídem)

Además la teoría cognitiva de la depresión propone un modelo de diátesis estrés, significa la predisposición a la depresión que se logra a través de las experiencias tempranas, las cuales van modelando esquemas potencialmente depresógenos (es decir, los esquemas con contenido negativo constituyen la diátesis cognitiva). Estos esquemas cognitivos disfuncionales permanecerán latentes hasta que son activados por un estímulo estresante (factores precipitantes, como, por ejemplo, la ruptura de una relación amorosa) para el cual el individuo está sensibilizado. (Vázquez, Muñoz, & Becoña, 2000, pág. 429)

Teorías conductuales de la depresión

Los enfoques conductuales al tratamiento de la depresión se caracterizan principalmente por utilizar una metodología científica, es decir los tratamientos conductuales de la depresión tienden a confiar en los hallazgos empíricos de la psicología experimental, centrándose en los determinantes actuales de la conducta.

El modelo conductual señala que la depresión unipolar es esencialmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno (p.ej., relaciones sociales negativas). Estas interacciones con su medio pueden influenciar en las cogniciones, las conductas y las emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas. Las estrategias conductuales se utilizan para cambiar los

patrones poco adaptativos de conducta, cognición y emoción (Antonuccio et al., 1989). (Vázquez, Muñoz, & Becoña, 2000, pág. 423)

En la actualidad existen varios modelos conductuales de la depresión (véase Antonuccio et al., 1989; 1995; Beckham y Leber, 1995; Beutler et al., 2000; Docherty y Streeter, 1993): la disminución del refuerzo positivo (Lewinsohn, 1974, 1975) y su reformulación (Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, 1985), el modelo de McLean (1982), el de Rehm (1977), el de Wolpe (1979), el de Bellack, Hersen y Himmelhoch (1981) y el de Nezu (1987), que a continuación detallamos.

La teoría conductista de la disminución del refuerzo positivo

Para Lewinsohn (1975), Lewinsohn, Youngren y Grosscup (1979) y Lewinsohn, Muñoz, Youngren y Zeiss (1986), señalaron que la depresión puede ser el resultado de la reducción del refuerzo positivo contingente a las conductas del paciente.

El total de refuerzo positivo que consigue un sujeto es función de: 1) El número de acontecimientos que son potencialmente reforzadores para la persona; 2) El número de Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX hechos potencialmente reforzadores que tienen lugar; 3) El conjunto de habilidades que posee una persona (p.ej., habilidades sociales) para provocar refuerzo para sus conductas proveniente del entorno. (Vázquez, Muñoz, & Becoña, 2000, pág. 424)

Los autores mencionados señalan que los aspectos cognitivos de la depresión: la baja autoestima, culpabilidad, pesimismo, etc., son el producto de las atribuciones que hace el sujeto acerca de su sentimiento de disforia o emoción desagradable. Los planteamientos iniciales de Lewinsohn fueron posteriormente reformulados por el mismo investigador porque las teorías conductuales y cognitivas de la depresión habían sido hasta entonces demasiado limitadas y simples.

Ellos proponen un modelo en el que se plantea que la ocurrencia de la depresión se considera como un producto de factores tanto ambientales como disposicionales; la

depresión se conceptualiza como el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones (Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 1997). En la reformulación de la teoría de la reducción del refuerzo positivo se incluye el fenómeno de la secuenciación de conexiones causales, que comienza cuando surge un acontecimiento potencialmente evocador de depresión, el cual interrumpe los patrones de conducta automáticos del sujeto, produciendo todo ello una disminución de la tasa de refuerzo positivo y/o un número elevado de experiencias aversivas. (Vázquez, Muñoz, & Becoña, 2000, pág. 424)

Como consecuencia, se produce un aumento de la conciencia de uno mismo (estado en el que la atención se dirige a uno mismo), la autocrítica y las expectativas negativas, traduciéndose todo ello en un aumento de la disforia con consecuencias de todo tipo conductuales, cognitivas, interpersonales, etc. Lewinsohn et al. (1985) propusieron varios factores que incrementarían la probabilidad de depresión (factores de vulnerabilidad): ser mujer, tener una edad entre 20 y 40 años, historia previa de depresión, susceptibilidad frente a acontecimientos aversivos, bajo estatus socioeconómico, baja autoestima y tener hijos con edades inferiores a 7 años. (Ídem)

Teoría del autocontrol: Entrenamiento en autocontrol

Rehm (1977) investigador quien propuso un modelo de autocontrol para la depresión en el que intentó integrar los aspectos cognitivos y conductuales del trastorno. El entrenamiento en autocontrol para manejar la depresión hace énfasis en una combinación de la consecución progresiva de la meta, autorrefuerzo, manejo de contingencias y rendimiento conductual. En el entrenamiento de autocontrol, tal como lo desarrolló Rehm (1977), se entiende que la depresión es el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos.

La teoría del autocontrol considera es la contribución del individuo a esta relación negativa a través de las respuestas conductuales y cognitivas. Se supone que los individuos deprimidos tienen una tendencia perfeccionista, pretenden metas inalcanzables, se centran en los aspectos negativos de su entorno y desarrollan pocos refuerzos, mientras que la tasa de autocastigo es elevada. Esta teoría no intenta minimizar el papel de los factores ambientales, sino que considera que los

acontecimientos positivos ocurren con una baja frecuencia a causa de sesgos cognitivos disfuncionales y déficit de estrategias de autocontrol.

A través de una regulación errónea de las expectativas y de las estrategias de autoevaluación, por su codificación selectiva y procesamiento y recuperación de los acontecimientos negativos, la persona deprimida tiene un mayor riesgo de autocastigarse. (Vázquez, Muñoz, & Becoña, 2000, pág. 425)

El modelo de Nezu

Este modelo fue sistematizado por los investigadores Vázquez, Muñoz, & Becoña, 2000, quienes señalan que Nezu y sus colaboradores (Nezu, 1987; Nezu, Nezu y Perri, 1989) desarrollaron una formulación de la depresión donde la cuestión central para el comienzo y el mantenimiento de la depresión en un individuo son los déficit o la ineficacia de sus habilidades de solución de problemas. Nezu registró que había varios trabajos en los que se demostraba una asociación entre tener déficits en la solución de problemas y la sintomatología depresiva, tanto en los niños como en los adultos.

Nezu y Ronan (1985) sugirieron que las habilidades de solución de problemas podían moderar la relación entre el estrés y la depresión. Hipotetizaron que la capacidad eficaz de solucionar los problemas podía actuar como un amortiguador de los efectos de las experiencias de vida negativas.

Por otra parte, Nezu también indicó que la habilidad en la solución de problemas podía moderar la asociación entre un estilo atribucional negativo y la depresión. De acuerdo con la formulación de Nezu (1987), los pacientes que tengan un déficit en habilidades de solución de problemas tendrán un mayor riesgo para desarrollar un episodio depresivo. De modo más específico, Nezu señaló que la depresión podía ser el resultado de carencias en alguno de los cinco componentes de la estrategia de solución de problemas: 1) orientación hacia el problema; 2) definición y formulación del problema; 3) generación de soluciones alternativas; 4) toma de decisiones; y 5) puesta en práctica de la solución y verificación. Nezu (1987) indicó que el comienzo de la depresión ocurre cuando el individuo tiene que hacer frente a una situación difícil.

Si no se resuelve esta situación problemática, es probable que se produzcan consecuencias negativas, lo cual se traduce a su vez en una disminución en el refuerzo de la conducta del sujeto.

Otras teorías psicológicas

Además de las teorías conductuales y cognitivos, se han propuesto otros muchos planteamientos psicológicos para explicar la depresión, el que más destaca el enfoque interpersonal.

A continuación, las teorías que explican este aspecto.

Teoría biológica de la depresión

A pesar de la gran cantidad de investigación que se ha realizado en las últimas décadas acerca de la biología de la depresión, todavía es escaso el conocimiento sobre el papel de los factores biológicos en la etiología y patogénesis de la depresión mayor (Thase y Howland, 1995). La mayoría de las teorías de la depresión hipotetizan alteraciones en uno o más de los sistemas neuroquímicos del cerebro.

La investigación se centra fundamentalmente en el papel que juegan varios neurotransmisores del sistema nervioso central; en concreto, en las catecolaminas noradrenalina y dopamina, la indolamina serotonina y la acetilcolina (véase Friedman y Thase, 1995; Thase y Howland, 1995). Friedman y Thase (1995) plantean que la depresión, desde el punto de vista biológico, puede entenderse como una anomalía en la regulación en uno o más de los siguientes sistemas neuroconductuales: 1) facilitación conductual; 2) inhibición conductual; 3) grado de respuesta al estrés; 4) ritmos biológicos; y 5) procesamiento ejecutivo cortical de la información. Los déficits en estos sistemas podrían ser heredados o adquiridos. Incluso, una explicación más plausible, sería que las anomalías en alguno de estos sistemas que pueda generar depresión en un individuo, se produjesen como consecuencia de la interacción entre los sucesos estresantes que experimenta dicho sujeto y su vulnerabilidad biológica (Post, 1992; Thase y Howland, 1995).

Guadarrama, Escobar, Zhang, (s.f.), en su investigación señalaron que la el “trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo (cerebro), al ánimo y la manera de pensar” (p.1). Ellos consideran que es un desorden del talante o humor que padecen millones de personas en el mundo. Así mismo señalan que las causas que han motivado la presencia de depresión en las personas y hacernos la interrogante debida ¿la depresión es un trastorno biológico o una respuesta de los individuos al ambiente de su incapacidad por afrontarla? Es decir, los investigadores resaltan la necesidad de profundizar tal enunciado señalando si la depresión puede ser endógena o exógena, que quiere decir con esto; si la depresión es exógena o reactiva estas obedece a una causa externa que puede ser la pérdida de un familiar, o un ser amado, de su trabajo, perdida monetaria o de status social, enfermedad que lo invalido para siempre. Por otro lado, señalan los investigadores que puede ser la depresión exógena, aquella es causada por una alteración biológica como ocurre en la psicosis bipolar (maniaco-depresiva o unipolar (depresiva). Al parecer en la vida diaria los motivos que pueden generar depresión son múltiples que se pueden constituir como estresores con un alto valor afectivo solo para la persona afectada indudablemente cambia de acuerdo al sujeto que padece. (Guadarrama, Escobar, Zhang, s.f., p.1)

Además, manifiestan que las características claves e definición de los desórdenes son: talante bajo, energía reducida y la pérdida del interés o del disfrute. Manifiestan además que las depresiones tienen muchas causas entre ellos: los factores genéticos, factores químicos (alteraciones de neurotransmisores), los factores psicosociales como experiencias adversas, dificultades cotidianas, eventos indeseables en la vida, red social limitada y baja autoestima, entre otros.

(1) Teorías del Envejecimiento

Teoría percepción holística de Max Wertheimer, Kurt Koffa y Wolfgang Kohler

Para fundamentar el estudio de la percepción del adulto mayor, se toma en cuenta el conocimiento que dicta la Escuela psicológica de la Gestalt, surgida en Alemania a principios del siglo XX, cuyos fundadores fueron los psicólogos Max Wertheimer, Kurt Koffa y Wolfgang Kohler su teoría está basada en la percepción holística (que lo abarca todo). Refiriendo que la percepción debe estudiarse no analizando unidades aisladas

como las sensaciones simples, si no tomando en cuenta el todo o sea la totalidad. Reconociendo que la mayoría de los estímulos son organizados a través de la experiencia sensorial (vista, audición, olfato, gusto y tacto).

Esta teoría se encuadra en el movimiento de la psicología humanista, comparte con este movimiento la visión que tiene el hombre como un individuo con recursos que le serán favorables para la salud y su desarrollo óptimo en el presente y el futuro, en un entorno inmerso dentro de situaciones interrelacionales con otros individuos y el entorno que vive.

La concepción holística del hombre toma en cuenta el funcionamiento de su cuerpo, sus emociones, pensamientos, cultura y sociedad como una unidad. El todo es más que las sumas de las partes.

Koffka, Kolher y Wettheimer refieren que en todo campo perceptivo se diferencia una figura y un fondo. La percepción no es un hecho objetivo, sino subjetivo que depende de factores objetivos, pero también de los factores subjetivos del sujeto, quien aísla la percepción según sus necesidades e historia. Ante esto se puede decir que la existencia del adulto mayor en el seno familiar se vuelve invisible, se le aísla y no se le toma en cuenta.

(2) Teorías Estocásticas:

Consideran al envejecimiento como consecuencia de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo. Entre ellas se encuentran las siguientes:

A. Teoría del error catastrófico (Orgel, 1963):

Esta teoría propone que con el paso del tiempo se produciría una acumulación de errores en la síntesis proteica, que en último término determinaría daño en la función celular. Se sabe que se producen errores en los procesos de transcripción y translación durante la síntesis de proteínas, pero no hay evidencias científicas de que estos errores se acumulen en el tiempo (en contra de esta teoría está la observación de que no cambia la secuencia de aminoácidos en las proteínas de animales viejos respecto de los jóvenes; no aumenta la cantidad de ácido ribonucleico transmisor (RNAt) defectuoso

con la edad, entre otros aspectos). Actualmente hay poca evidencia que apoye esta teoría. Se ha encontrado una buena correlación entre los niveles celulares de superóxido dismutasa (enzima de acción antioxidante) y la longevidad de diferentes primates. Además, estudios en ratas sometidas a restricción calórica han mostrado un aumento en la longevidad de éstas, lo que se cree es debido a una menor producción de radicales libres. Pero, por otro lado, no hay estudios que hayan demostrado que animales sometidos a dietas ricas en antioxidantes logren aumentar su sobrevivencia. Desgraciadamente, aún faltan estudios para lograr comprender más a fondo el rol de los radicales libres en el proceso de envejecimiento.

Lo que sí es claro, es el importante papel que juega el daño producido por la liberación de radicales libres en ciertas patologías relacionadas con el envejecimiento, tales como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, cataratas, Enfermedad de Alzheimer, y otras.

B. Teoría del entrecruzamiento:

Esta teoría postula que ocurrirían enlaces o entrecruzamientos entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, lo que determinaría envejecimiento y el desarrollo de enfermedades dependientes de la edad.

Dicha teoría no explica todos los fenómenos relacionados al envejecimiento, pero sí algunos. Se sabe que el desarrollo de cataratas es secundario a que las proteínas del cristalino sufren glicosilación y comienzan a entrecruzarse entre ellas, lo que lleva a la opacificación progresiva de éste. También se ha observado entrecruzamiento de las fibras de colágeno entre ellas, pero su significado clínico no es del todo claro.

C. Teoría del desgaste:

Esta teoría propone que cada organismo estaría compuesto de partes irremplazables, y que la acumulación de daño en sus partes vitales llevaría a la muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo. La capacidad de reparación del ADN se correlaciona positivamente con la longevidad de las diferentes especies. Estudios

animales no han demostrado una declinación en la capacidad de reparación de ADN en los animales que envejecen.

- D. Teoría de los radicales libres (Denham Harman, 1956): esta es una de las teorías más populares. Propone que el envejecimiento sería el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres.

Vivimos en una atmósfera oxigenada, y por lo tanto oxidante. El oxígeno ambiental promueve el metabolismo celular, produciendo energía a través de la cadena respiratoria (enzimas mitocondriales). Como la utilización y manejo del O₂ no es perfecta, se producen radicales libres, entre ellos el radical superóxido. Los radicales libres son moléculas inestables y altamente reactivas con uno o más electrones no apareados, que producen daño a su alrededor a través de reacciones oxidativas. Se cree que este tipo de daño podría causar alteraciones en los cromosomas y en ciertas macromoléculas como colágeno, elastina, mucopolisacáridos, lípidos, etc. La lipofuscina, llamada también "pigmento del envejecimiento", corresponde la acumulación de organelos subcelulares oxidados.

Teorías No Estocásticas:

Consideran que el envejecimiento está predeterminado. Estas teorías proponen que el envejecimiento sería la continuación del proceso de desarrollo y diferenciación, y correspondería a la última etapa dentro de una secuencia de eventos codificados en el genoma. Hasta el momento no existe evidencia en el hombre de la existencia de un gen único que determine el envejecimiento, pero a partir de la Progeria (síndrome de envejecimiento prematuro), se puede extrapolar la importancia de la herencia en el proceso de envejecimiento.

Entre ellas se encuentran las siguientes:

- A. Teoría del marcapasos: los sistemas inmune y neuroendocrino serían "marcadores" intrínsecos del envejecimiento. Su involución estaría genéticamente determinada para ocurrir en momentos específicos de la vida. El Timo jugaría un rol fundamental en el

envejecimiento, ya que al alterarse la función de los linfocitos T, disminuye la inmunidad y aumenta, entre otros, la frecuencia de cánceres. "Reloj del envejecimiento".

B. Teoría genética: es claro que el factor genético es un importante determinante del proceso de envejecimiento, aunque no se conocen exactamente los mecanismos involucrados. Existen patrones de longevidad específicos para cada especie animal. Existe mucha mejor correlación en la supervivencia entre gemelos monocigotos, que entre hermanos. La supervivencia de los padres se correlaciona bien con la de sus hijos.

Evaluación de los trastornos depresivos

Para conocer la existencia de depresión en las personas los psicólogos han realizado innumerables investigaciones con el propósito de medir lo más veraz posible este trastorno en los adultos mayores, razón por la cual se requiere del uso de instrumentos de medición con adecuadas propiedades métricas que permitan una aproximación diagnóstica respectiva del personal de salud en la atención primaria y asistencial integral.

En las atenciones médicas que se realizan a los adultos mayores se quejan muchas veces de dificultades en la memoria y de la concentración, relacionada a las características de esta etapa de vida que tiene una persona adulta mayor cuyos elementos siempre aparecen como son el envejecimiento y estado de ánimo deprimido, que hace la prevalencia de un trastorno depresivo en esta edad y al no ser diagnosticadas en forma precisa, no reciben tratamiento adecuado y por lo tanto esta falta de atención complica la medicación de otros procesos orgánicos.

En tal sentido, la evaluación y tratamiento de este trastorno depresivo en cualquier población y en especial de los adultos mayores exige un delicado diagnóstico clínico, sin embargo diversos estudios en servicios clínicos no especializados han demostrado una adecuada medición de escalas con propiedades psicométricas confiables, por lo que estas investigaciones han tomado especial cuidado en estudio de la consistencia interna y estructura factorial de los instrumentos propuestos a la actualidad, una de ellas es la ESCALA DE YESAVAGE PARA DEPRESION

GERIATRICA (GDS-15), que es el instrumento de medición que nos interesa explicar porque es el instrumento de medición que se ha tomado en cuenta en la presente investigación.

Los autores del instrumento original Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO., explicaron el proceso de la fiabilidad y validez de una nueva Escala de Depresión Geriátrica (GDS) diseñada específicamente para evaluar la depresión en los ancianos” los investigadores realizaron la comparación con la Escala de Hamilton para la Depresión (HRS-D) y la Escala de Depresión de Auto-Evaluación de Zung (SDS(...)) en un cuestionario de 100 preguntas a sujetos normales y gravemente deprimidos; seleccionando al inicio 30 preguntas más altamente correlacionadas con las puntuaciones totales fueron seleccionadas y readministradas a nuevos grupos de sujetos de edad avanzada. Estos sujetos fueron clasificados como normales, ligeramente deprimidos o gravemente deprimidos sobre la base de Criterios de Diagnóstico de Investigación (RDC) para la depresión” (párr. 1).

(Kurlowicz & Grenberg, 2007), señalan que es una herramienta útil: Si bien existen muchos instrumentos para medir la depresión, la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), creada por Yesavage, et al., ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores. (...). En 1986, se creó un cuestionario corto GDS, que consiste de 15 preguntas. Para la versión corta, se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación. De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente. El puntaje de 0-4 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa. El cuestionario corto resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a moderada que pueden concentrarse por lapsos breves o se fatigan con facilidad. Se puede completar en 5 a 7 minutos. (párr. 2)

Entonces esta escala tiene la misión explorar los síntomas cognitivos de un episodio depresivo mayor, con un conjunto de respuestas dicotómicas que facilita las

respuestas del entrevistado. Varios estudios han demostrado la veracidad de este instrumento “La GDS-15 muestra similar desempeño psicométrico en diferentes estudios, con valores de consistencia interna entre 0.76 y 0.89 (Almeida & Almeida, 1999; Cheng & Chan, 2004; De Dios, Hernández, Rexach & Cruz, 2001; Hoyl, Valenzuela & Marín, 2000; Sutcliffe et al., 2000; Van Marwijk et al., 1995)”. (p.736). Por otro lado, los mismos autores desarrollaron una investigación con 105 adultos mayores de 60 años de cinco centros de comunitarios de asistencia integral ambulatoria a adultos mayores de Cartagena, Colombia, dichas organizaciones fueron seleccionadas según un muestreo no probabilístico y consideraron la Escala de GDS-15 ítems, quienes concluyeron “Se concluye que la GDS-15 muestra aceptable consistencia interna, alta confiabilidad de constructo y una solución factorial limitada. La versión propuesta de la GDS-5 presenta aceptable consistencia interna y confiabilidad del constructo” (Gomez-Angulo & Campos-Arias, 2011, pág. 741)

Situación del adulto mayor y envejecimiento de la población

Los documentos oficiales en nuestro país como es el PLAN PAM 2013-2017 documento que ha sido elaborado por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables, bajo los enfoques básicos de derechos humanos, de igualdad de género, de interculturalidad, así como el enfoque intergeneracional. Nuestro país deviene en un envejecimiento de manera lenta pero irremediable. Es así que los adultos mayores, personas de 65 y más años de edad, se incrementará su número en las próximas décadas aproximadamente de 1.5 millones de adultos mayores en el 2010, a casi 6.5 millones en 2050; es decir 5 millones adicionales, la mayor parte de los cuales serán mujeres.

Es necesario analizar que este proceso de envejecimiento demográfico plantea desafíos y exigencias de diferentes naturalezas en términos de políticas y programas sociales a nivel regional y local, dependiendo de la escala, características y heterogeneidad de este proceso en cada departamento del país. “CEPAL considera que para la región de América Latina la población adulta mayor, pasó de apenas un 5,6% del total regional en 1950 a un 10% en el año 2010. En el contexto de América Latina, el Perú aparece con un crecimiento de población adulta mayor de 8.76% al año 2010”. (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2013, pág. 10)

Es importante estos datos proporcionado por el mencionado documento oficial y que nos permite una mirada hacia este sector con tan pocas posibilidades de tener una vida saludable, por ello en aspecto de salud la situación es más preocupante tenemos un aumento de la esperanza de vida de la población, que permite proyectarse un nuevo perfil epidemiológico caracterizado por una mayor incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas, sin que desaparezcan las enfermedades propias de personas que viven en condiciones de pobreza y exclusión social. Por esta razón es necesario tener presente la organización de servicios y programas especializados en geriatría y gerontología en la actualidad y requerimientos que plantea el proceso de envejecimiento demográfico. (MIMP, ob.cit)

2.3 Definición de términos básicos

Depresión:

Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

Nivel de depresión:

Es el grado de respuesta expresada por el adulto mayor acerca de las diversas manifestaciones que intervienen en su estado psicoemocional y que afecta su modo de vida Categorizando el nivel de depresión en: sin depresión; depresión leve; depresión establecida.

Sin depresión

Es la persona que no manifiesta síntomas de depresión como es tristeza, desaliento, angustia y sentimientos de culpa.

Depresión leve

El episodio depresivo leve se caracteriza por síntomas como tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad.

Depresión establecida

Es la depresión donde el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves.

Estado Cognitivo:

Es el cúmulo de información que se dispone gracias a un proceso de aprendizaje o a la experiencia.

Estado Conductual:

Comportamiento que desarrolla toda persona como respuesta a estímulos e interacción con su entorno para desarrollar diversas actividades.

Estado Afectivo:

Inclinación hacia algo o alguien, sino que normalmente quienes lo sienten lo manifiestan de diferentes maneras: a través de besos, caricias, palabras, abrazos, entre las más recurrentes.

Adulto Mayor:

Persona de sexo femenino o masculino con edad de 60 a más años que se atienden en el Centro de Salud de Hualmay. OMS (2005)

Envejecimiento:

Proceso natural que consiste en un deterioro progresivo del organismo; comienza antes del nacimiento y continúa durante todo el ciclo de vida.

Escala Yesavage GDS-15:

Escala geriátrica de depresión de Yesavage, es uno de los instrumentos de elección en la exploración, para valorar la depresión en pacientes ancianos. Su ventaja radica en que no se centra en molestias físicas, sino en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo.

Afectividad:

Es la susceptibilidad que el ser humano experimenta ante determinadas alteraciones que se producen en su entorno.

Motricidad:

Refiere al movimiento voluntario de una persona, coordinado por la corteza cerebral y estructuras secundarias que lo modulan. Debe distinguirse de "motilidad", que hace referencia a los movimientos viscerales; como, por ejemplo, los movimientos peristálticos intestinales.

Motivación:

Es el señalamiento o énfasis que se descubre en una persona hacia un determinado medio de satisfacer una necesidad, creando o aumentando con ello el impulso necesario para que ponga en obra ese medio o esa acción, o bien para que deje de hacerlo.

2.4 Hipótesis de investigación

2.4.1 Hipótesis general

No se menciona hipótesis por ser un estudio de nivel descriptivo

2.4.2 Hipótesis específicas

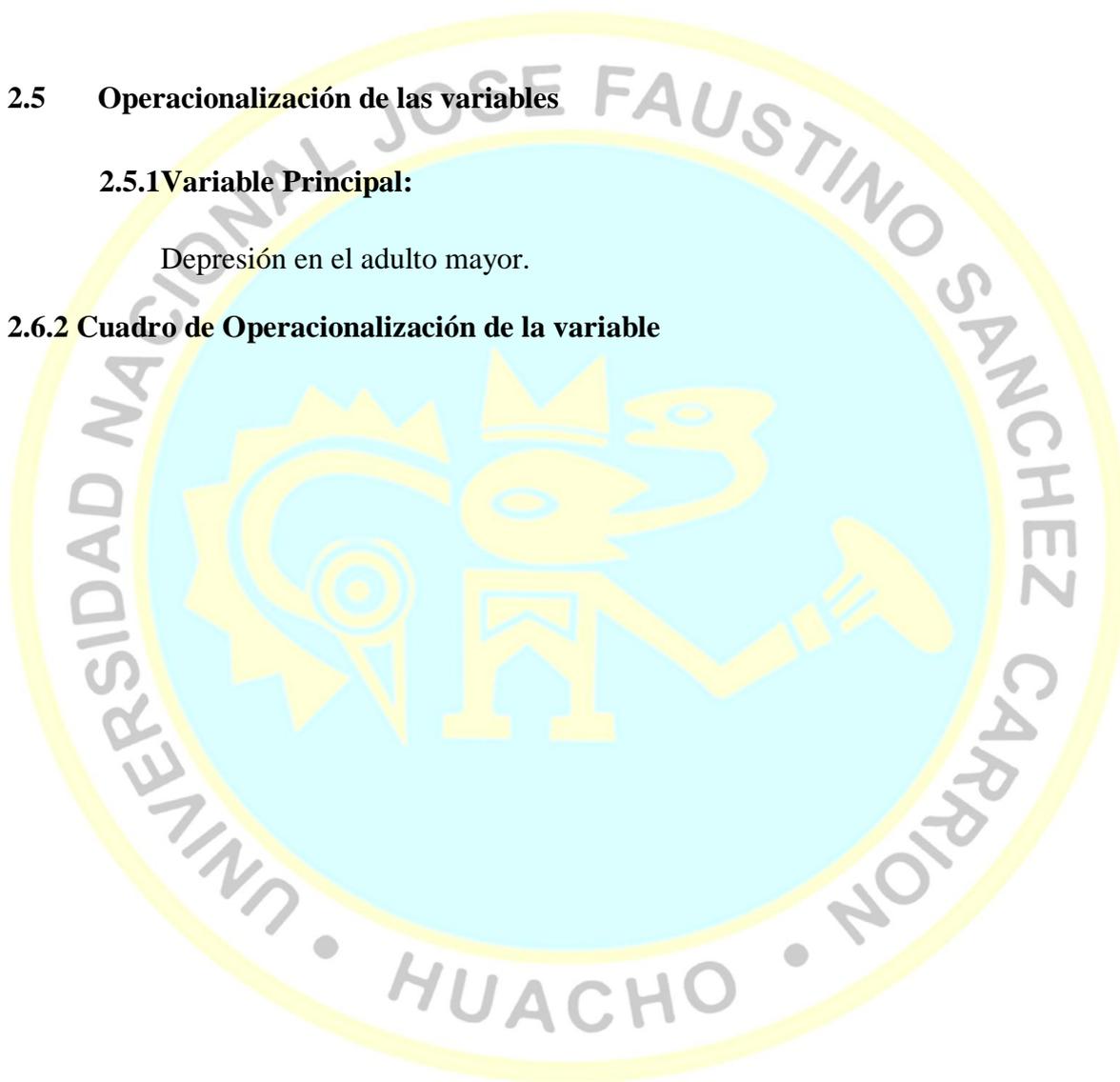
No se menciona hipótesis por ser un estudio de tipo descriptivo

2.5 Operacionalización de las variables

2.5.1 Variable Principal:

Depresión en el adulto mayor.

2.6.2 Cuadro de Operacionalización de la variable



VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICE	INSTRUMENTO
Depresión del adulto mayor.	Es el grado de respuesta expresada por el adulto mayor que se caracteriza por un cambio en el estado de ánimo en el comportamiento o en la forma de pensar. La depresión puede llegar a perjudicar las funciones mentales y físicas de quien la padece.	Es la respuesta expresada por el adulto mayor acerca de las diversas manifestaciones que intervienen en su estado cognitivo, conductual y afectivo.	Estado Cognitivo	1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	Si = 0 No=1	Escala de depresión geriátrica (GDS-15) Yesavage -15
			Estado Conductual	2. ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	Si = 1 No= 0	
				3. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	Si = 1 No= 0	
				4. ¿Siente que su vida está vacía?	Si = 1 No= 0	
			Estado Afectivo	5. ¿Se siente a menudo aburrido?	Si = 0 No = 1	
				6. ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?	Si = 1 No= 0	
				7. ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	Si= 0 No = 1	
				8. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si = 1 No= 0	
				9. ¿Se siente a menudo sin esperanza?	Si = 1 No= 0	
				10. ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	Si=1 No = 0	
				11. ¿Cree que es maravilloso estar vivo?	Si = 0 No=1	
				12. ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	Si = 1 No= 0	
				13. ¿Piensa que su situación es desesperada?	Si = 0 No=1	
				14. ¿Se siente lleno de energía?	Si = 1 No = 0	
				15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	Si = 1 No = 0	

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Diseño metodológico

La presente investigación es de **tipo básica**, porque buscó ampliar el conocimiento de la depresión en el adulto mayor por medio del proceso de investigación científica.

Ander-Egg, (2011) señala que “La investigación básica o pura es la que se realiza con la intención de desarrollar los conocimientos teóricos para el progreso de una determinada ciencia, sin interesarse directamente en sus posibles aplicaciones o consecuencias prácticas; es más formal y persigue propósitos teóricos en el sentido de aumentar el acervo de conocimientos de una determinada teoría”. (Ander-Egg, 2011, pág. 42)

La investigación es de **nivel descriptivo** porque se aplicó describiendo todas las dimensiones del objeto. (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2006) Afirman” los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. (p.80)

El presente estudio es de un **diseño no experimental**, porque la investigación se realizó sin manipular deliberadamente las variables, es decir en esta investigación se observó el fenómeno tal como se dio en su contexto natural, para después analizarlo. (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2006, pág. 185)

Por último fue transversal, porque se centró en recopilar datos en un momento dado. (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2006, pág. 151)

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

La población estuvo constituida por la totalidad de adultos mayores (60 años a más) asignada al Centro de Salud de Hualmay y que forman parte de la micro-red de ese distrito.

3.2.2 Muestra

Asumiendo que la población de adulto mayor durante un mes fue entre 24 a 25 usuarios, se decidió tomar un muestreo no probabilístico durante cuatro meses haciendo un total de 98 adultos mayores.

Criterios de inclusión:

Adultos mayores a partir desde los 60 años a más de ambos sexos

Adulto mayor que acudieron al Centro de Salud de Hualmay.

Adultos mayores orientados en tiempo, espacio y persona.

Adulto mayor que aceptaron participar en la entrevista.

Criterios de exclusión:

Adultos mayores de 60 años que presentaron alguna enfermedad mental

Adultos mayores que tenían tratamiento con antidepresivos.

Adulto mayor que no deseaban participar en la investigación

El tipo de muestra: se aplicó el muestreo probabilístico aleatorio simple porque todos los participantes tuvieron la misma posibilidad de ser elegidos.

3.3 Técnicas de recolección de datos

Entrevista

En la investigación se utilizó la técnica de la entrevista anónima. La entrevista se define como “una conversación que se propone con un fin determinado distinto al simple hecho de conversar”. Es un instrumento técnico de gran utilidad en la

investigación cualitativa, para recabar datos. (Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernández, & Varela-Ruiz, 2013, pág. 162)

Descripción del instrumento

Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15) La escala de depresión geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS), diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los adultos mayores (YESAVAGE, 1982) ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos. Puede usarse con adultos mayores con buena salud, con enfermedad médica, y aquellos con deterioro cognitivo de leve a moderado. Se ha usado extensamente en entornos comunitarios, de atención de agudos y de cuidados de largo plazo.

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 ($r = 0,84, p < 0,001$) (Brink, Yesavage, Lum, & Heersema, 1982)

La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, de la que se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y mostraban una validez test-retest mayor, eliminando los ítems de contenido somático. Los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión más abreviada, de 15 ítems, que ha sido también muy difundida y utilizada. Con posterioridad, otros autores han presentado versiones aún más abreviadas (4, 5 o 10 ítems).

La escala de depresión del adulto mayor test de Yesavage de la OPS/OMS, fue validada la escala de 15 ítems. Para la estandarización se utilizaron las medidas de tendencia central y los coeficientes de correlación punto biserial para cada ítem. 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 constructor de depresión; sin embargo, desde el análisis psicológico, los 15 ítems son pertinentes para evaluar rasgos depresivos. Su contenido se centra en aspectos cognitivo conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el adulto mayor. Cada ítem se valora como 0/1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las 38 negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0-30 o de 0-15, según la versión.

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

Sin depresión: 0-5 puntos.

Depresión leve: 6-9 puntos.

Depresión establecida: 10-15 puntos.

La Escala De Depresión Geriátrica – Test de Yesavage consta de 15 ítems con respuestas dicotómicas (sí/no), dentro de las cuales las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2,3,4,6,8,9,10,12,14 y 15, y negativas en los ítems 1,5,7,11,13 que fueron valoradas con la siguiente distribución. Ítems (+) si = 0 No = 1 Ítems (-) si = 1 No = 0 La puntuación máxima es de 15 puntos, y la mínima, de 0 puntos

Ficha Técnica

I. IDENTIFICACION

Nombre : Escala de Depresión Geriátrica

Nombre original : Geriatric Depression Scale (GDS)

Autores y año : Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey, M, Rose T (1982)

Versiones :A partir de la versión original de 30 ítems, los mismos autores realizaron una versión más breve de 15 ítems en 1986 y, posteriormente, otros autores llevaron a cabo otras versiones aún más abreviadas de 10, 5 y 4 ítems.

Adaptación española : se han realizado distintas adaptaciones al castellano, tanto de la versión original de 30 ítems (González F. (1988), Ramos Brieva y cols. (1991) y Salamero y cols. (1995)) como de versiones más abreviadas. En concreto, la realizada por Aguado y cols (2000) de 15 ítems entre otros.

II. DESCRIPCIÓN

Tipo de instrumento : Cuestionario.

Objetivos : Detectar la depresión en la población adulta mayor de una forma rápida, sencilla y eficaz.

Población : Persona adulta mayor (de 60 años a más).

Número de ítems : 15.

Descripción : Se trata de un cuestionario con respuestas dicotómicas sí/no cuyo contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características especiales de la depresión en ancianos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular en lo posible tendencias a responder en un solo sentido.

Propiedades métricas:

Fiabilidad : Para la estandarización se utilizaron las medidas de tendencia central y los coeficientes de correlación punto biserial para cada ítem. 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 constructor de depresión; sin embargo, desde el análisis psicológico, los 15 ítems son pertinentes para evaluar rasgos depresivos. Su contenido se centra en aspectos cognitivo conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el adulto mayor. Asimismo, ha sido obtenida por varios métodos y los valores encontrados, en general, son muy altos, llegando hasta valores de

0.94 (consistencia interna), 0.94 (por el método de las dos mitades) y 0.85 (fiabilidad test-retest).

Validez : En cuanto a la validez convergente, se comparó la GDS con la Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung (SDS) y la Escala para la Evaluación de la Depresión de Hamilton (HRS-D) encontrándose una relación muy satisfactoria entre la GDS y las dos escalas, con valores de 0.84 y 0.83 respectivamente. Además, se ha encontrado una buena correlación entre la GDS y el Inventario de Depresión de Beck (0.78 y 0.74 al cabo de seis meses). En cuanto a la validez de constructo, se ha comprobado que la GDS es una medida específica de depresión, aunque tiene serias dificultades en detectar depresión leve o ligera cuando se utilizan muestras de ancianos institucionalizados. Discrimina entre personas ancianas con depresión y sin depresión.

III. APLICACIÓN

Tiempo de administración : 15 minutos.

Normas de aplicación : La aplicación fue hetero-aplicada (en este caso el evaluador lee las preguntas al paciente sin realizar interpretaciones de los ítems y dejando claro al paciente que la respuesta no debe ser muy meditada). La respuesta debe ser “sí” o “no” y debe referirse a cómo se ha sentido el paciente la semana anterior.

Corrección e interpretación : La puntuación máxima es de 15 y se calculó sumando las respuestas asociadas a la presencia de depresión. De esos 15 ítems con respuestas dicotómicas (sí/no), dentro de las cuales las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2,3,4,6,8,9,10,12,14 y 15, y negativas en los ítems 1,5,7,11,13 que fueron valoradas con la siguiente distribución. Ítems (+) si = 1 No = 0, Ítems (-) Si = 0 No = 1. Para la versión de 15

ítems se aceptaron los siguientes puntos de corte según las escalas de medición usadas en la investigación realizada por Jaque (2013, p.11):

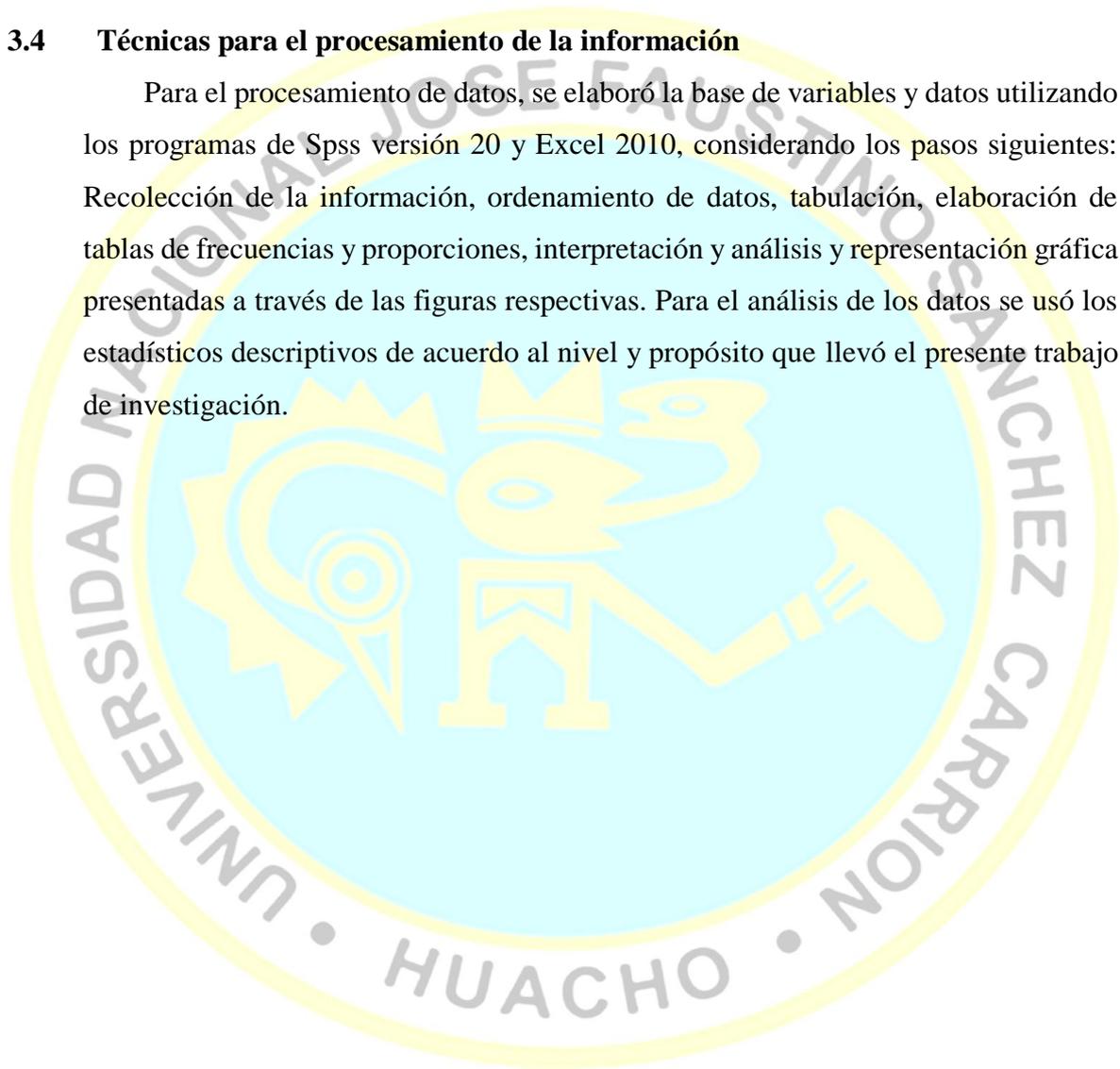
Sin Depresión = 0-5 puntos

Depresión leve = 6-9 puntos

Depresión establecida = Mayor a 10 puntos

3.4 Técnicas para el procesamiento de la información

Para el procesamiento de datos, se elaboró la base de variables y datos utilizando los programas de Spss versión 20 y Excel 2010, considerando los pasos siguientes: Recolección de la información, ordenamiento de datos, tabulación, elaboración de tablas de frecuencias y proporciones, interpretación y análisis y representación gráfica presentadas a través de las figuras respectivas. Para el análisis de los datos se usó los estadísticos descriptivos de acuerdo al nivel y propósito que llevó el presente trabajo de investigación.



CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Análisis de resultados

4.1.1 Características de la población

Edad de los adultos mayores

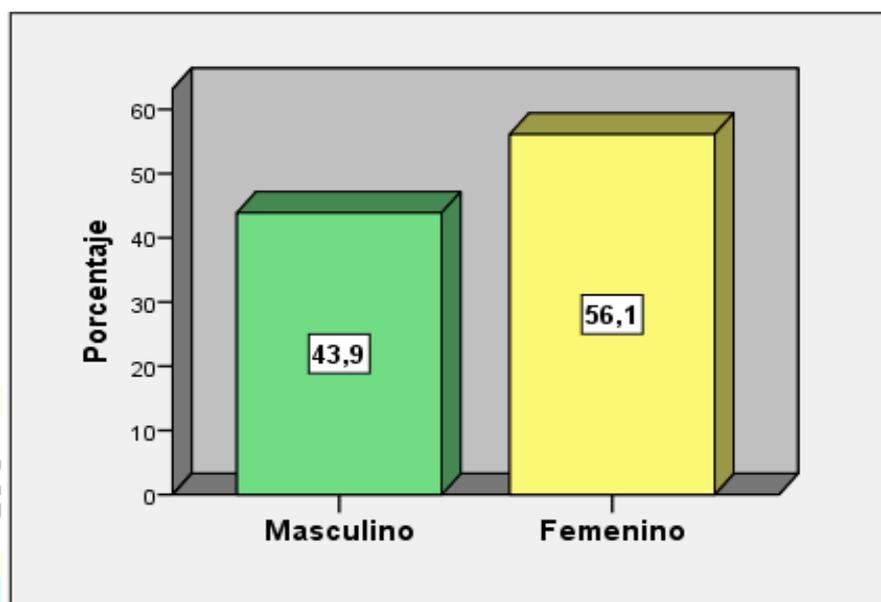
Tabla 1: Estadísticos descriptivos de la edad de los adultos mayores.

N	Válidos	98
	Perdidos	0
Media		71,77
Mediana		72,00
Moda		64 ^a
Desv. típ.		7,889
Mínimo		60
Máximo		95

Nota: Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15), aplicado a adultos mayores. Centro de salud de Hualmay. 2015.

Se observa una media de 71,77 que significa la edad promedio respectiva en toda la población de estudio. En cuanto a mediana es el estadístico que parte iguales la información es así que la edad es de 72 años de edad que si consideramos la tabla de edades, esta asciende a 53.1 % de adultos mayores cuyas edades son de 60 a la edad mediana y solo el 46,9% son mayores a la mediana hasta los 95 años de edad. Por ultimo una edad modal de 64 años de edad que es la que mayor se repite en toda la información.

Figura 1: Distribución de porcentajes de sexo de la población de los adultos mayores.



Nota: Elaboración propia.

Del total de la población de estudio, tenemos 55 adultos mayores que representan el 56,1% son de sexo femenino y 43 adultos mayores que representan el 43,9% son de sexo masculino que fueron atendidos ambulatoriamente en el consultorio del C.S. Hualmay.

Estado civil de los adultos mayores

Tabla 2: Distribución de frecuencias y porcentajes del estado civil de los adultos mayores

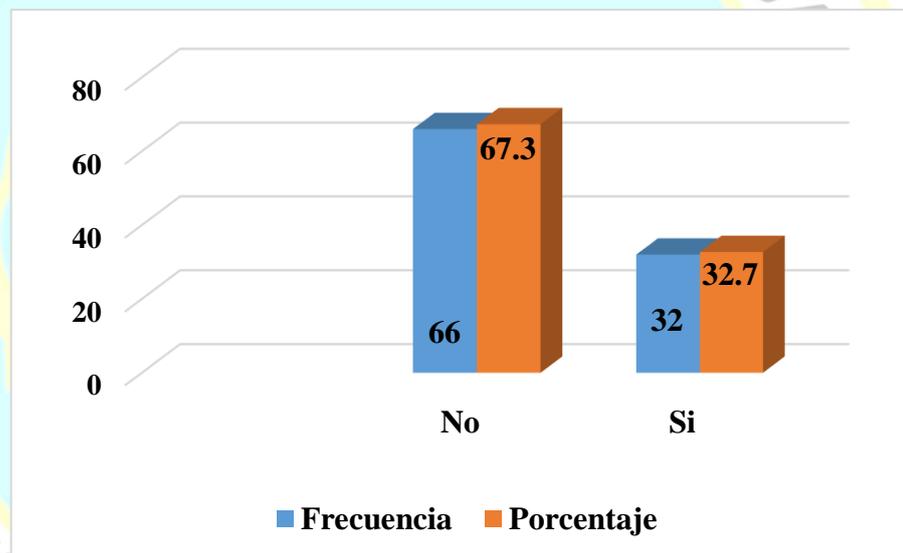
	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	16	16,3
Casado	40	40,8
Viudo	21	21,4
Divorciado	7	7,1
Conviviente	14	14,3
Total	98	100,0

Nota: Elaboración propia.

Del total de la población tenemos que 40 adultos mayores que representan el 40,8% tienen un estado civil de casado, esto significa que aún viven o cuentan con sus parejas con quienes han contraído una relación matrimonial. Y solo 7 personas que hacen el 7,1% señalan que son divorciados.

Si analizamos, en relación a los factores que pueden promover depresión: soledad o el abandono familiar, entonces sumamos los que han respondido que su estado civil es soltero, viudo y divorciado tenemos que asciende a 44,8% cantidad considerable para tomar en cuenta en el análisis de los resultados de depresión en nuestra población de estudio.

Figura 2: Distribución de porcentajes de la actividad laboral de los adultos mayores



Nota: Elaboración propia

Se observa en la figura que 66 adultos mayores que representa el 67,3% señalaron que actualmente NO trabajan y 32 de ellos que representan el 32,7% SI trabajan actualmente en razón a su subsistencia personal. Es necesario profundizar aún más este tema que puede convertirse en un factor psisocial tal como señala en su investigación Guadarrama, Escobar y Zhang (ob cit., párr. 9)

4.2 Resultados de las dimensiones

4.2.1 Estado cognitivo de la depresión

De acuerdo a la literatura encontrada, el estado cognitivo es el cúmulo de información que se dispone gracias a un proceso de aprendizaje o a la experiencia. Para nuestra investigación es considerado como el inicio de las alteraciones que puede verse como una disminución del funcionamiento de nuestro sistema cognitivo, que comienza por leves olvidos: el lugar donde dejamos las llaves de casa o la lectura de un texto varias veces sin conseguir comprenderlo, etc. Son simples situaciones que suelen asociarse con abundante estrés o un nivel alto de tensión o ansiedad o en su defecto son los primeros síntomas de enfermedades que serán diagnosticadas años más tarde, tales como Demencia o Alzheimer. A continuación, se presenta los resultados de esta dimensión.

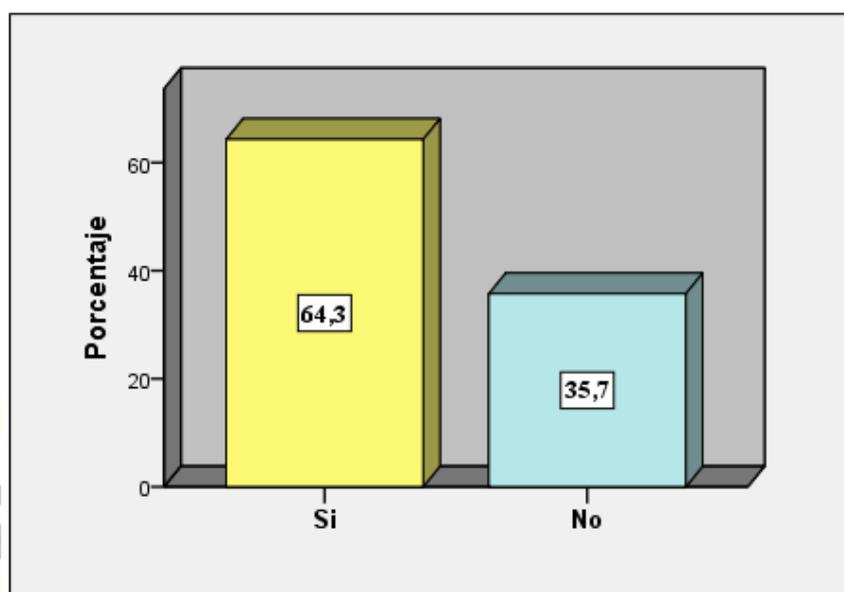
Tabla 3: Distribución de frecuencias y porcentajes de la dimensión cognitiva de la depresión en los adultos mayores.

Dimensión Cognitiva	Frecuencia	Porcentaje
Si	63	64,3
No	35	35,7
Total	98	100,0

Nota: *Elaboración propia.*

Del total de la población encuestada, tenemos que 63 adultos mayores que representan el 64,3% manifestaron que **SI** se siente básicamente satisfecho con su vida. Por el otro lado; 35 adultos mayores que representan el 35,7% señalan **NO** estar satisfechos. Las respuestas de **NO** evidencia algún nivel de inicio de este trastorno cognitivo de depresión en la población de estudio sobre la memoria, el vocabulario, las habilidades para comprender su entorno y la capacidad a la hora de responder a problemas de escritura y semántica.

Figura 3. Distribución de porcentajes de la dimensión cognitiva de la depresión en adultos mayores.



Nota: Elaboración propia.

4.2.2 Estado conductual de la depresión

Es la manera o forma de comportamiento que desarrolla toda persona como respuesta a estímulos e interacción con su entorno para desarrollar diversas actividades. A continuación, se presentan los resultados encontrados.

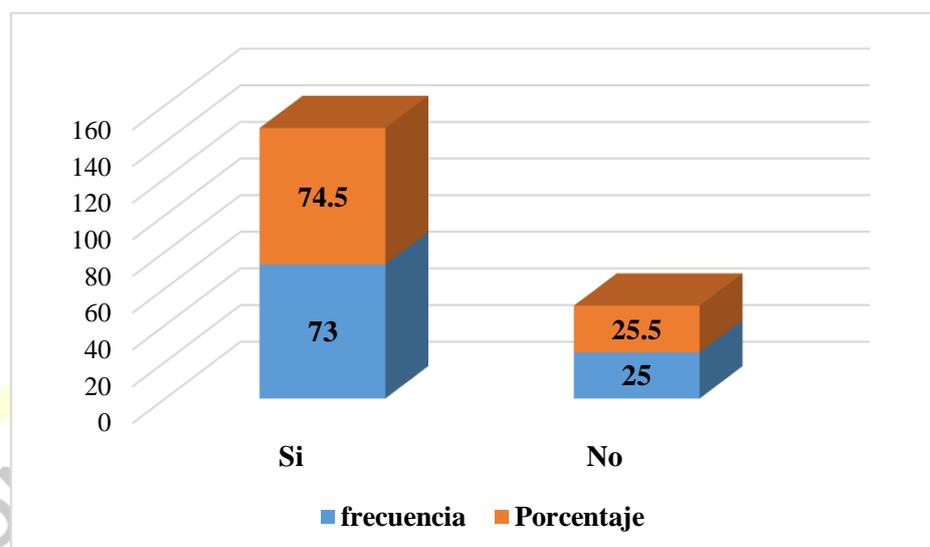
Tabla 4: Distribución de frecuencias y porcentajes de la dimensión conductual en los adultos mayores.

Dimensión		
Conductual	frecuencia	Porcentaje
Si	73	74,5
No	25	25,5
Total	98	100,0

Nota: Elaboración propia.

Del total de la población entrevistada, tenemos que 73 adultos mayores que representan el 74,5 % manifestaron que, **SI** han abandonado muchas actividades e intereses o actividades previas, sienten que su vida está vacía, lo que evidencia algún nivel de depresión en la población de estudio de esta dimensión. Por otro lado solo 25 adultos mayores que representan el 25,5% afirmaron lo contrario que **NO** han abandonado sus actividades ni mucho menos se sienten vacíos.

Figura 4: Distribución de frecuencias y porcentajes de la dimensión conductual de la depresión en los adultos mayores.



Nota: Elaboración propia.

4.2.3 Estado afectivo de la depresión

Es la inclinación hacia algo o alguien, normalmente las personas que sienten lo manifiestan de diferentes maneras: a través de besos, caricias, palabras, abrazos, entre las más recurrentes. A continuación, los resultados encontrados

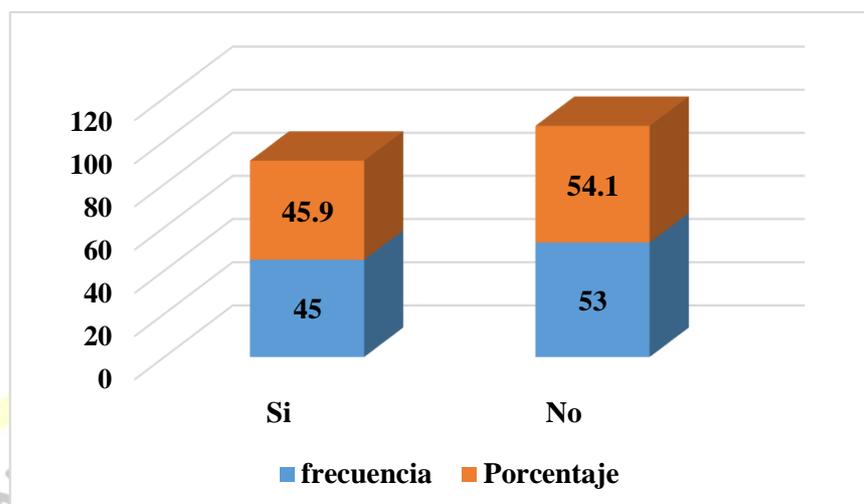
Tabla 5: Distribución de frecuencias y porcentajes de la dimensión afectiva de la depresión en los adultos mayores.

Dimensión	frecuencia	Porcentaje
Afectiva		
Si	45	45,9
No	53	54,1
Total	98	100,0

Nota: Elaboración propia.

Del total de la población entrevistada, tenemos que 53 adultos mayores que representan el 54,1 % manifestaron que **NO** se encuentran de buen humor, no se sienten feliz, no se sienten bien estar vivos, y no se sienten llenos de energía; lo que evidencia algún nivel de depresión en la población de estudio. Por otro lado 37 adultos mayores que representan el 45,9% afirmaron lo contrario que, **SI** tienen muchas expectativas, tranquilos con esperanza en su situación actual.

Figura 5: Distribución de frecuencias y porcentajes de la dimensión afectiva del adulto mayor



Nota: Elaboración propia

4.3 Resultados en base a objetivos planteados

4.3.1 Objetivo General

En base al objetivo general que señala: Determinar el nivel de depresión con la escala de Yesavage de 15 ítems en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud de Hualmay periodo 2015, se obtuvo los resultados siguientes:

Tabla 6: Distribución de frecuencias y porcentajes del nivel de depresión que tiene la población de estudio

Nivel de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Sin depresión	39	39,8
Depresión Leve	35	35,7
Depresión establecida	24	24,5
Total	98	100,0

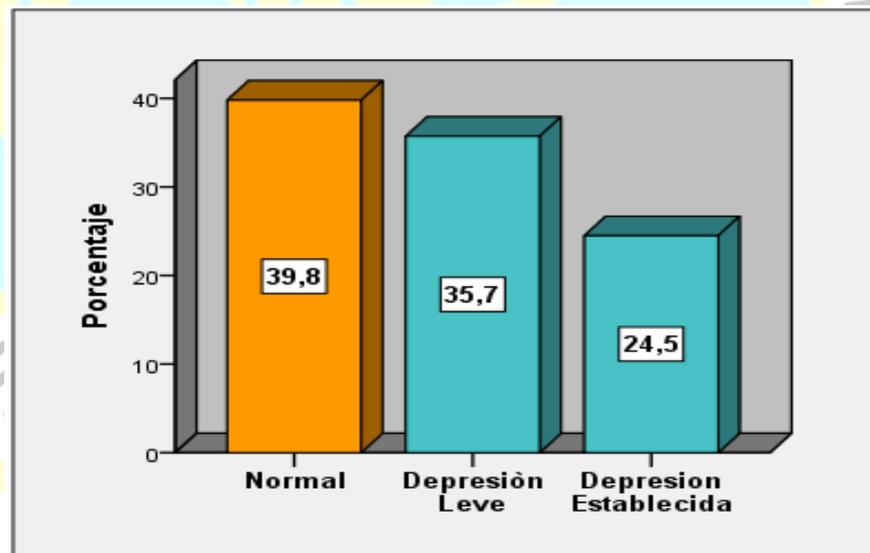
Nota: Elaboración propia.

En la tabla siguiente donde se muestran los resultados de la escala total de depresión, se puede apreciar que 39 adulto mayores que representan 39,8%, no presentan depresión, el 35,7% (35 adultos mayores) presentan una depresión leve

y por último 24,5% (24 adultos mayores) presentan un nivel de depresión establecida.

De lo que se puede deducir si sumamos la depresión leve con la depresión establecida, tendremos a la mayoría de los adultos mayores sufren de depresión de 59 adultos mayores que representan 60,2% (35,7% y 24,5% respectivamente) situación muy preocupante porque como se señala en la definición de términos es una enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas, esto se sustenta en la señalado por la OMS "La depresión nos afecta a todos. No discrimina por edad, raza o historia personal. Puede dañar las relaciones, interferir con la capacidad de las personas para ganarse la vida, y reducir su sentido de la autoestima (párr. 4)

Figura 6: Distribución de porcentajes de los niveles de depresión en los adultos mayores.



Nota: *Elaboración propia.*

4.3.2 Primer Objetivo Específico

Se ha planteado como primer objetivo específico: Identificar el nivel de depresión según la edad de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud de Hualmay periodo 2015, se obtuvo los resultados siguientes:

Tabla 7: Distribución de frecuencias y porcentajes de nivel de depresión según la edad de los adultos mayores.

Riesgo de depresión	Edad de los adultos mayores								TOTAL	
	60-70		71 a 80		81 a 90		91 a mas		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%		
Sin depresión	20	20,4	14	14,3	4	4,1	1	1,0	39	39,8
Depresión Leve	15	15,3	15	15,3	5	5,1	0	0,0	35	35,7
Depresión establecida	10	10,2	9	9,2	4	4,1	1	1,0	24	24,5
Total	45	45,9	38	38,8	13	13,3	2	2,0	98	100,0

Nota: *Elaboración propia.*

En la Tabla siguiente se puede apreciar que los mayores porcentajes de adultos mayores el 45,9% (45 personas) se ubican entre las edades comprendidas en **60 a 70 años**, quienes están sin depresión en un 20,4% (20), con depresión leve 15,3% y por ultimo 10,2% con depresión establecida. Si sumamos los adultos mayores que tienen depresión leve y establecida, tendremos un 25,5% (35 personas) es decir, la cuarta parte de esta población tienen depresión que es ya una situación alarmante.

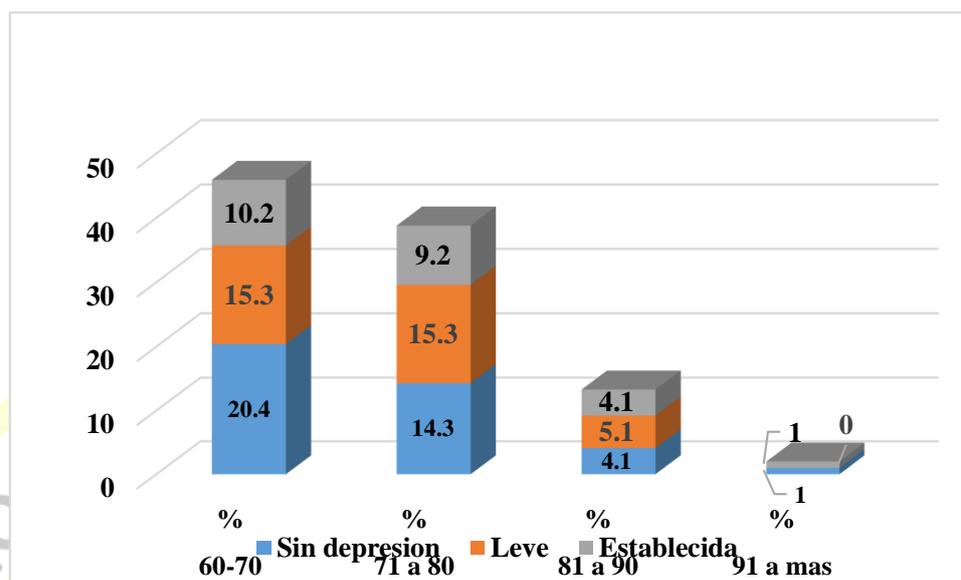
Los resultados de los adultos mayores comprendidos entre las edades de **71 a 80 años** son mucho más preocupantes pues el nivel de depresión leve se evidencia en un 15,3% (15 adultos mayores), y un 9,2% (9) en nivel de depresión establecida y por último, sin depresión un 14,3 (14). Si profundizamos nuestro análisis tendríamos que 24,5 % del total de población en este rango de edades tienen depresión pues ya estaríamos hablando de personas que inician o ya se encuentran en una “combinación de síntomas que interfieren con la capacidad

para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras” (Instituto de Salud Mental, s.f, pág. 4)

Finalmente se observa que entre los **60 a 80 años** predominan los adultos mayores sin nivel de depresión en un 34,7%, sin embargo, si agrupamos los que tienen depresión leve y establecida tendremos una proporción mayoritaria de adultos mayores con 50,2% que tienen depresión en sus niveles de leve y establecida en estas mismas edades. Si hacemos un análisis del ciclo de vida de las personas en esta etapa de su vida tendríamos que considerar los planteamientos de Erickson quien caracteriza de mejor manera esta etapa del ser humano denominada por el investigador: Estadio: integridad versus desespero – sabiduría, quien explica y sustenta las particularidades de esta etapa, explicando que:

Es una propuesta de la suma de los modos psicosexuales tiene un significado integrador. (...) a) la aceptación de sí, de su historia personal, de su proceso psicosexual y psicosocial; b) la integración emocional de la confianza, de la autonomía y demás fuerzas sintónicas; c) la vivencia del amor universal, como experiencia que resume su vida y su trabajo; d) una convicción de su propio estilo e historia de vida, como contribución significativa a la humanidad; e) una confianza en sí y nosotros, especialmente en las nuevas generaciones, (Bordignon, 2005, pág. 58)

Figura 7: Distribución de porcentajes de los niveles de depresión según la edad del adulto mayor.



Nota: Elaboración propia

4.3.3 Segundo Objetivo Específico

Se ha planteado como segundo objetivo específico: Identificar el nivel de depresión según el estado civil de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud de Hualmay periodo 2015, dando respuesta se han obtenido los resultados siguientes:

Tabla 8: Distribución de frecuencias y porcentajes del nivel de depresión según estado civil de la población de estudio.

Niveles de depresión	Estado civil de los adultos mayores										TOTAL	
	Soltero		Casado		Viudo		Divorciado		Conviviente		f	%
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Sin depresión	7	7,1	17	17,3	6	6,1	2	2,0	7	7,1	39	39,8
Depresión Leve	7	7,1	13	13,3	8	8,2	2	2,0	5	5,1	35	35,7
Depresión establecida	2	2,0	10	10,2	7	7,1	3	3,1	2	2,0	24	24,5
Total	16	16,3	40	40,8	21	21,4	7	7,1	14	14,3	98	100,0

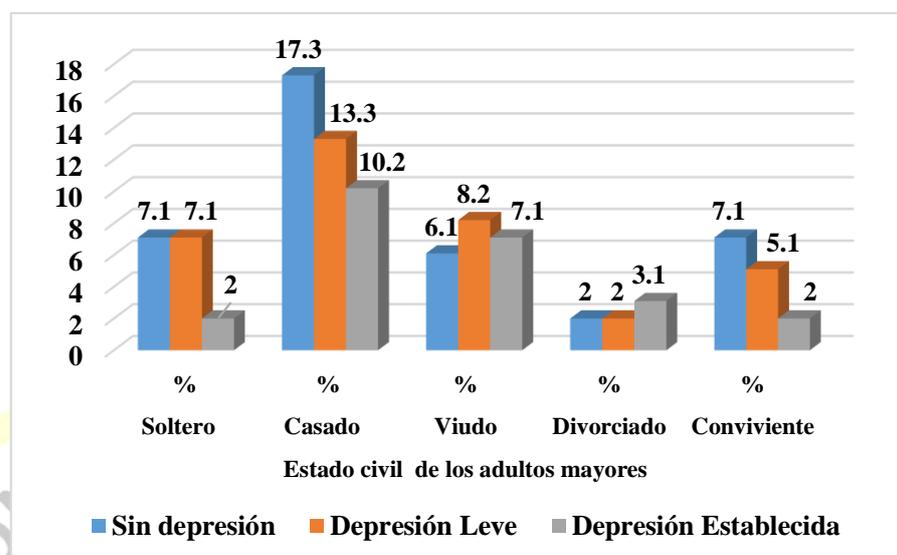
Nota: Elaboración propia.

En la Tabla se observa que los mayores porcentajes de adultos mayores **sin nivel de depresión** con un 17,3% se encuentra en los que tienen un estado civil de **casado**, sumado a ello el 7,1% que tienen **convivencia** que hacen un total de **24,4%** entonces se deduce que la compañía de sus parejas, es beneficiosa en la medida que es más fácil no sentir que su vida está vacía, no se siente inútil sino lleno de energía entre otras cosas.

Así mismo, en este mismo estado civil **Casado** existen adultos mayores en un 23,5% (13,3 y 10,2 respectivamente) **con depresión leve y establecida**, así como el 7,1% en estado de **convivencia** que hacen un total de ambos estados civiles de **30,6%**. Que si hacemos mayor análisis existe relativamente un mayor porcentaje de adultos mayores con este trastorno a pesar que tienen una vida en pareja es muy difícil para estas personas en este ciclo de vida, por las frustraciones y vacíos emocionales que no fueron superadas en la vida en común.

Por último, se debe mencionar si sumamos los porcentajes de las personas que viven sin pareja (estado civil: solteros, viudos y divorciados) tendremos que el 17,3% tienen depresión leve y el 12,2% depresión establecida, sumando un total de **29,5% de adultos mayores sin pareja que sufren de este trastorno leve y establecida**, importante dato que a tomar en cuenta en las propuestas de salud que se plantea como resultado de la investigación porque tendremos un fenómeno alarmante a futuro.

Figura 8: Distribución de porcentajes de los niveles de depresión según estado civil.



Nota: Elaboración propia

4.3.4 Tercer Objetivo Específico

Se ha planteado el tercer objetivo específico que señala: Identificar el nivel de depresión según el sexo de los adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud de Hualmay periodo 2015, por lo que la investigación arrojó los resultados siguientes:

Tabla 9: Distribución de frecuencias y porcentajes del nivel de depresión según el sexo de los adultos mayores.

Niveles de depresión	Sexo de los adultos mayores				Total	
	Masculino		Femenino			
	f	%	f	%	f	%
Sin depresión	19	19,4	20	20,4	39	39,8
Depresión Leve	17	17,3	18	18,4	35	35,7
Depresión Establecida	7	7,1	17	17,3	24	24,5
Total	39	43,8	35	56,2	98	100,0

Nota: Elaboración propia.

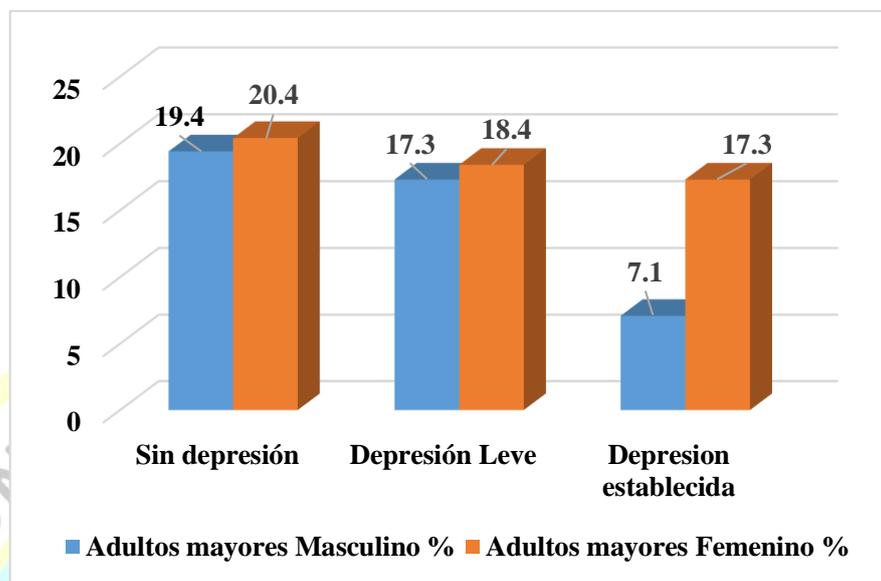
En la tabla siguiente se evidencia que los mayores porcentajes se encuentran en los adultos mayores de sexo femenino de 20,4% sin nivel de depresión y 19,4%

en el sexo masculino, deduciendo en esta población no existe este trastorno por lo tanto son resultados interesantes.

Sin embargo, es importante presentar las cifras de los adultos mayores que presentan depresión, es así que un 24,4 % (17,3% y 7,1% respectivamente) de depresión leve y establecida que es casi una cuarta parte de la población total; pero esto es más preocupante en las adultas mayores porque llegan a 35,7% de depresión establecida (18,4% y 17,3% respectivamente) donde es necesario con ellas realizar urgentemente terapias especializadas.

Estos resultados confirman que la depresión afecta más al sexo femenino que al sexo masculino tal como señala la Organización Mundial de la salud (2017) y el Instituto de salud mental de Estados Unidos “La depresión es más común en mujeres que en hombres. Hay factores biológicos, de ciclo de vida, hormonales, y psicosociales que son únicos de la mujer, que pueden ser relacionados con que las tasas de depresión sean más elevadas entre las mujeres”. (Instituto de Salud Mental, s.f, pág. 7), a diferencia del varón que según esta misma institución señala que “tienden a reconocer que sienten fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en las actividades que antes resultaban placenteras, y que tienen el sueño alterado, mientras que las mujeres tienden más a admitir sentimientos de tristeza, inutilidad, o culpa excesiva”. (Instituto de Salud Mental, s.f, pág. 8)

Figura 9: Distribución de porcentajes del nivel de depresión según el sexo de los adultos mayores.



Nota: Elaboración propia.



CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1 Discusión de resultados

El estudio de la depresión nos ha llevado a señalar la enorme importancia de su investigación siguiendo el proceso metodológico de la investigación científica es así que se ha iniciado revisando bibliográfica prestigiosa como es la Organización Mundial de la salud (2017) señala que es un trastorno mental más frecuente que afecta cerca de 300 millones de personas en el mundo, esta es la principal causa de discapacidad y contribuye a aumentar los índices de morbilidad en la población y que existe tratamientos eficaces para disminuir sus niveles de este trastorno que perjudica la salud mental de las personas sobre todo en su última etapa como es el adulto mayor, la principal preocupación es que las personas con esta enfermedad comúnmente no son prescrita a tiempo o son diagnosticadas erróneamente y por lo tanto tratadas solo con antidepresivos.

En respuesta al Objetivo general, se destaca los hallazgos en la tabla 6 donde se muestran los resultados de la escala total de depresión, el 39,8%, no presentan depresión, el 35,7% presentan una depresión leve y por último 24,5% presentan un nivel de depresión establecida, más aun; si sumamos la depresión leve y establecida, tendremos a la mayoría de los adultos mayores en un 60,2% sufren de depresión, situación muy preocupante porque siendo una enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas, esto se sustenta en la señalado por la OMS "La depresión nos afecta a todos. No discrimina por edad, raza o historia personal. Puede dañar las relaciones, interferir con la capacidad de las personas para ganarse la vida, y reducir su sentido de la autoestima (párr. 4), aclarando

que la depresión es una enfermedad e incluso “trastorna vidas, familia y trabajo, llegando a afectar la salud física, de no tratarse e incluso podría ocasionar la muerte” (Nance, 2010, pág. 241)

En esta población se observa, si es cierto la mayoría no tiene depresión sin embargo no es mucha la diferencia con las que tienen depresión leve y establecida; resultados que difieren de (Montenegro & Santisteban , 2016) quienes en su estudio con adultos mayores de un asentamiento humano obtuvieron como resultado el 45.8% de la población adulta mayor presenta un estado depresivo severo, seguido de un 37.5% de estado depresivo moderado y sólo un 16.7% no presenta estado depresivo, es decir aun nuestros resultados demuestran una tendencia a que los adultos mayores del distrito de Hualmay tengan depresión sino se da alternativas para que esto no suceda. (p.47)

En relación al primer objetivo específico, se observa en la tabla 7 que las edades de la población oscilan entre 60 a 95 años de edad, sin embargo, se debe señalar que son en las primeras edades de 60 a 80 años donde predominan los adultos mayores. Por otro lado, si hacemos un análisis mayor tenemos el 15,3% en las edades de 60 a 70 años con riesgo de depresión leve, el 15,3% en las edades de 71 a 80 años con depresión leve. El 10,2% de 71 a 80 años con depresión establecida y 9,2% con depresión establecida. El 5,1% de 81 a 90 años tienen depresión leve y 4,1% tienen depresión establecida y por último solo 1% de 91 a más, tiene depresión establecida. Si profundizamos nuestro análisis tendremos que el **60,2% de nuestra población adulta mayor del distrito de Hualmay tiene depresión en sus niveles de leve y establecida** situación de por si preocupante. (González & Robles, 2013) en su investigación obtuvo los siguientes hallazgos coincidentes: el 19,6 % tiene edad entre 60 y 70 años y riesgo de depresión moderada; el 19,6 % tiene edad entre 71 a 80 años y riesgo de depresión moderada; el 11,1 % tiene edad entre 81 a 90 años y riesgo de depresión moderada; y el 2 % tiene edad de 91 a más y riesgo de depresión severa; la depresión moderada que habla el autor es la depresión leve y la severa es la establecida en nuestro estudio. (p.45) Entonces estamos ante un 52,3% de la población de estudio con depresión en ambos niveles, resultados concordantes al presente estudio toda vez que se ha encontrado que es 60,2% tienen depresión esto significa que este trastorno predomina en edades mayores de la pirámide poblacional.

En consideración al segundo objetivo específico, de estado civil y depresión, se observa en la tabla 8 que el 13,3% son casados y 5,1% son convivientes ambos en riesgo de **depresión leve**, si **sumamos hacen un 18,4% de adultos mayores con parejas constantes**; y el 10,2% son casados y 2,0% convivientes, **sumando 12,2% ambos con depresión establecida**. Montenegro y Santisteban (2016) en su investigación con adultos mayores de un centro poblado encontraron a diferencia de nuestra investigación el **13,8% son casados y conviviente con riesgo moderado y depresión 16,6% son al igual casado y conviviente con depresión severa; es decir con parejas estables**. Analizando la depresión se da en los adultos mayores con parejas con este trastorno a pesar que tienen una vida en pareja donde no existe la soledad, sin embargo, es muy difícil para estas personas en este ciclo de vida, donde principalmente aparecen las afecciones cardiacas, derrames cerebrales o algún tipo de cáncer agregado a ello las frustraciones y vacíos emocionales que no fueron superadas en la vida en común.

Con respecto al tercer objetivo sobre depresión y género en la tabla 9 en relación al sexo femenino tenemos que el 20,4% de mujeres no tienen depresión, el **18,4% depresión leve y 17,3% con depresión establecida; sumando ambos se tiene que el 35,7% están en riesgo de depresión las adultas mayores**. En el sexo masculino se tiene que el 19,4% no sufren de depresión, el 17,3% depresión leve y 7,1% de depresión establecida; sin embargo, si sumamos el 24,4% de varones sufren de depresión esta cantidad es menor al de las mujeres adultas mayores. (Jaque, 2013) en su investigación con pacientes con artritis reumatoide en el Hospital Regional de Huacho encontró que de 8 pacientes varones, sólo el 25% presentó depresión leve y ninguno establecida. La presencia de depresión más frecuente se evidenció en el sexo femenino, de las 88 pacientes mujeres, el 28,4% tuvieron depresión leve y 37,5% tuvieron depresión establecida. (p.21). (Nance, 2010) señaló que la depresión es doblemente común en mujeres que en hombre, al parecer existen elementos biológicos preponderantes como factores hormonales y psicosociales que son únicos de la mujer, al parecer está bastante asociada a los índices de depresión sean altas entre las mujeres (p.243) A esto se puede agregar los resultados del presente estudio que coincide con los rangos establecidos por Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe, más conocido como SABE impulsado por la Organización Panamericana de la Salud, señala que esta prevalencia varía de 16.5% a 30.1% en mujeres mientras que

en varones es menor (11.8% a 19.6%). El grupo de investigación de demencias 10/66 ha encontrado que Perú, México y Venezuela comparten una prevalencia similar a la de Europa y a la del SABE (Citado en Becerra, s.f., parr.13). Por último, González (2013) señala que el 22,2 % son hombres y tienen riesgo de depresión moderada; y el 28,1% son mujeres y tienen riesgo de depresión moderada. (p.46). Ósea se reafirma la presencia mayoritaria de depresión en mujeres y menor en varones.

Finalmente, en el siglo presente es importante el estudio de las neurociencias ha avanzado de forma significativa. Es la fisiología de la neurotransmisión, es muy significativa y adecuada en la comprensión de los diferentes procesos fisiopatológicos que se dan en la depresión, por lo que es necesario señalar las bases orgánicas de fisiología neuronal y así comprender dichos procesos fisiopatológicos y por consecuencia las bases de su tratamiento. (Becerra, y otros, 2010) manifestaron que:

La depresión sobre todo en los adultos mayores, se considera multicausal y por ello, es prudente mencionar que las personas adultas mayores están expuestas a múltiples factores relacionados (...) como son: el incremento de las enfermedades físicas, múltiples pérdidas, condiciones psicosociales adversas y el propio envejecimiento cerebral; que contribuyen a la elevada prevalencia de este padecimiento.

Todo esto explica la necesidad de reafirmar que a través de la teoría biológica como la neurociencia que nos brinda una mayor explicación a la existencia de la depresión en los seres humanos y en este caso de los adultos mayores como la interacción entre las enfermedades físicas y la depresión es compleja, sin embargo, existe una relación interdependiente entre ambas, que es necesario conocer y dar alternativas.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

En relación a las características de la población de tiene que la edad de los adultos mayores, tenemos 77,7 de edad promedio, el 53,1% son menores de 72 años y una edad modal de 64 años de edad. El 56,1% son mujeres y el 43,9% son varones. Su estado civil el 55,2% tiene un estado civil de casados y convivientes, mientras que el 44,8% no tienen parejas, es decir tienen el estado civil soltero, divorciado y viudo. El 67,3% no tienen actividad laboral actual y 32,7% si laboral.

En cuanto a sus dimensiones tenemos que el 64,3% no evidencia depresión En estado cognitivo, mientras que 35,7% si evidencia trastorno depresivo. El 74,5% presenta depresión en la dimensión conductual y solo el 25,5% no presenta este trastorno. Por último, el 54,1% manifiesta trastorno depresivo en la dimensión afectiva, y el 45,9% no presenta.

En relación al objetivo general se logró determinar los niveles encontrándose que el 39,8% de los adultos mayores no presentan depresión, mientras que el 60,2% (35,7% leve y 24,5% establecida) manifiesta depresión en sus dos niveles investigados.

En relación al primer objetivo específico, se encontró que los adultos mayores comprendidos entre 60 a 80 años de edad en un 34,7% no presentan depresión,

mientras que ente rango de edades el 50,2% manifiestan depresión leve y establecida donde el 19,4% es esta última.

En relación al segundo objetivo específico, tenemos que el 24,4% de casados y convivientes no presentan depresión, y el 30,6% de casados y convivientes presentan depresión. De otro tipo de estado civil se encontró que el 29,5% presentan depresión leve y establecida.

En referencia al tercer objetivo específico, se encontró los hallazgos siguientes el 20,4% de adultas mayores de sexo femenino, así como el 19,4% de varones no presentan depresión. El 35,7% presentan depresión leve y establecida en el sexo femenino, mientras el 24,4% de sexo masculino presentan depresión leve y establecida.

6.2 Recomendaciones

Es necesario que intervenga todo un equipo interdisciplinario de salud en el manejo de estos pacientes, se debe tener cuidado y claridad en su diagnóstico, y atención en la medida que son paciente que al diagnosticarse hay que iniciar de inmediato su intervención.

Generar actividades diseñadas para cada paciente con medidas o recomendaciones en sus hábitos, especialmente las adultas mayores si padecen de depresión leve y establecida; derivando los pacientes tratamientos medicados y grupos de autoayuda, donde se les proporcionen una mayor orientación en los cuidados que deben de tener las personas que viven en su entorno familiar y social.

Identificar oportunamente este tipo de padecimiento sobre todo en las primeras edades de la vejez entre 60 y 80 años como señalan nuestros resultados y canalizar en tiempo y forma las áreas específicas para determinar el diagnóstico definitivo y establecer el manejo concreto.

Propuesta de Salud Biopsicosocial

FORTALECIENDO LA SALUD MENTAL, FISICA Y ESPIRITUAL DEL ADULTO MAYOR

I. INTRODUCCION

El envejecimiento de la población peruana es una situación demográfica cuyos efectos sociales y económicos requieren de una respuesta activa de los diferentes sectores de la sociedad en general y del sector salud en particular, involucrados en la temática del adulto mayor. En tal sentido, el sistema de salud requiere de manera urgente responder a las necesidades de salud producto del cambio demográfico y epidemiológico que se observa en nuestra población peruana en el ámbito de la salud pública, los actores sociales tenemos que trabajar en acciones innovativas.

El adulto mayor en las últimas décadas atraviesa una transformación epidemiológica dentro de nuestra realidad estas tras población nos trae consecuencias nocivas para la salud en esta etapa de vida que se convierte en reto para transformar el equilibrio hemodinámica del adulto mayor y actuar desde la contribución a los efectivos del cumplimiento de la norma técnica del organismo rector de las acciones sectoriales de salud N° 769-2004-MINSA particularmente en la Ley del Adulto Mayor norma técnica N° 951 que por ello se hace necesario la propuesta que permitirá contribuir en valorar y poner en práctica una serie estrategias que ayuden a disminuir los estados depresivos en sus diferentes variedades, que conlleven al adulto mayor a un estado de equilibrio biopsicológico y espiritual., de esta forma dando respuesta a los resultados de la investigación en consideración a sus recomendaciones

La depresión según la OMS es una enfermedad frecuente en todo el mundo y puede convertirse en un problema serio de salud, sino se le da el tratamiento debido; especialmente cuando es de larga duración e intensidad de moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales escolares y familiares, por ello se hace imprescindible promover estrategias desde los equipos interdisciplinarios de salud, sobre todo de los que existen en el nivel de la atención primaria en este ciclo de vida como son los adultos mayores, porque ahí es donde se puede aportar de mejor manera en el diagnóstico, tratamiento, evaluación y seguimiento y de esta manera

contribuir con su eficacia y utilización por parte de los profesionales sanitarios del sistema de salud, y de esta forma el adulto mayor disfrute de su vejez con óptima calidad de vida.

La propuesta se sustenta en documentos internacionales y nacionales; en relación a las propuestas internacionales de la OPS-OMS en su documento Guía Regional para la promoción de la actividad física del adulto mayor (2002) donde se señala nueve principios orientadores de la actividad física y envejecimiento, de los cuales el quinto principio precisa que “Los gobiernos locales, los centros de salud, así como los programas sociales y culturales, identificarán las oportunidades para promover el envejecimiento activo en sus comunidades” tal es la responsabilidad que se señala en estas organizaciones en la medida que es imperativo postergar la discapacidad y promover personas adultas mayores activas y participativas en las actividades físicas y sociales, gozando de buena salud y calidad de vida (p.5). En cuanto a documentos nacionales tenemos los Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores del Ministerio de Salud (2005), donde se considera seis principios básicos que orientan las prestaciones para la atención integral de la salud para las personas adultas mayores en el Perú, que orientan y guían la atención integral de las personas de edad avanzada trascendiendo nuestra propuesta en el marco del principio *Integralidad de la persona y de la atención* que señala dicho escrito:

La persona adulta mayor, en el marco de la integralidad de la atención se concibe como un sujeto biopsicosocial, inmerso en un complejo sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y eco-biológicas. Por tanto la atención aborda las diferentes necesidades de salud integrando los aspectos preventivos promocionales con los asistenciales-curativos y reconoce a la persona como el centro del cuidado de la salud (Ministerio de Salud, 2005, pág. 29)

Por otro lado, en relación a la fundamentación teórica se precisa la teoría del Aprendizaje Social de Bandura de quien se ha extraído algunos de sus planteamientos como la explicación que hace de los procesos de aprendizaje en la interacción entre el estudiante y el ambiente que le rodea; es decir, entre el aprendiz y el entorno social. Bandura intentó explicar por qué los sujetos que aprenden unos de otros pueden ver cómo su nivel de conocimiento da un salto cualitativo importante de una sola vez, sin

necesidad de muchos ensayos. Según el autor las personas influyen sobre otra y hace que se desencadenen mecanismos de asociación, ósea la propuesta de Bandura incluye el factor conductual (comportamientos) y el factor cognitivo (capacidad de reflexión y simbolización) los elementos sin el cual no se podría entender las relaciones sociales. Así mismo, señala cuando aprendemos estamos asociados a ciertos condicionamientos y refuerzos sea esto positivo o negativo, no se puede entender nuestras conductas sino se toma en cuenta nuestro ambiente que nos rodea y este influye en el comportamiento presionando y orientando nuestra forma de ser. El sujeto además tiene un aprendizaje vicario (por imitación) donde es capaz de extraer lecciones a partir de la observación que hace otro sujeto, en este proyecto pretende a partir de estos elementos teóricos de Bandura expliquen una nueva mirada de intervención con los adultos mayores quienes necesitan otra oportunidad de transformar sus experiencias en actos originales en un sentido social previniendo situaciones futuras que nunca antes se habían producido en ellos por los niveles de responsabilidades familiares o por su situación económica precaria en su vida adulta.

Por último se ha tomado en cuenta los modelos Psicosociales como parte de las estrategias de atención implementadas. Por ello la siguiente propuesta que presentamos a continuación se enmarca en esta validación resultado de las evidencias encontradas en la investigación realizada con los adultos mayores que acuden a la consulta ambulatoria del Centro de Salud de Hualmay para hacer puesta en la acción como elemento dinamizante que coadyuve a las acciones del equipo multidisciplinario del Centro de Salud de Hualmay en el mantenimiento de la calidad y acción del adulto mayor.

II. PROPÓSITO

Promover una vida saludable y de calidad con plena satisfacción en el adulto mayor, aportando en su equilibrio hemodinámico, a fin de minimizar los niveles de depresión en el adulto mayor que se atiende en el Centro de Salud de Hualmay periodo 2015. Considerando para ello una propuesta de salud biopsicosocial.

III. MARCO LEGAL

Constitución Política del Perú, artículo 4º, el cual señala que el Estado protege, entre otros, al anciano en estado de abandono.

Ley N° 28803 (2002) Ley de las personas adultas mayores.

Plan nacional para las personas adultas mayores 2013-2017.

Decreto Legislativo N° 346 – Ley de Política Nacional de Población, la cual concuerda con lo establecido en el artículo 4° de la Constitución Política del Perú respecto a la protección que brinda el Estado al anciano. Su modificatoria la Ley N° 26530.

Decreto Supremo N° 011-2011-MIMDES – Aprueba la “Política Nacional en relación a las Personas Adultas Mayores”.

Decreto Supremo N° 013-2006-MIMDES – Reglamento de la Ley de las Personas Adultas Mayores.

Resolución Ministerial N° 017-2003-MIMDES, dispone que organismos públicos, descentralizados del MIMP procedan a priorizar ejecución de proyectos a favor de niños, adolescentes, personas adultas mayores y personas con discapacidad.

IV. OBJETIVOS

En concordancia con los objetivos del Plan nacional de los adultos mayores se propone los objetivos de esta alternativa:

- 4.1. Disminuir nivel de depresión que sufren los adultos mayores en este distrito.
- 4.2. Elevar el grado de satisfacción de los adultos mayores para mejorar su calidad de vida en lo física, mental y espiritual, en el marco del enfoque de envejecimiento activo.
- 4.3. Promover cambios de estilos de vida que fortalezcan su salud mental de los adultos mayores y mejoren su bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores.

V. POBLACION BENEFICIADA

La presente propuesta está dirigida a beneficiar a los adultos mayores de 60 a más años que se atienden en el Centro de Salud de Hualmay.

VI. METODOLOGIA DE LA PROPUESTA

PRIMERA FASE: Elaboración y aprobación de la propuesta ante las instancias superiores.

SEGUNDA FASE: Empadronamiento y coordinación con los participantes a las diversas actividades a implementar.

TERCERA FASE: Designación de responsable de los profesionales que conforman el equipo multidisciplinario por actividad y poner en práctica las actividades con sus estrategias específicas y la participación de actores sociales que trabajen en acciones innovativas.

CUARTA FASE: Evaluación del equipo multidisciplinario de los avances realizadas y en el cumplimiento de los objetivos propuestos.

VII. CONTENIDO DE LA PROPUESTA

7.1. Taller de terapia ocupacional en cueros y zapatos

A.- Fundamentación

El desarrollo de este taller ocupacional en cueros y zapatos se enfoca a que los adultos mayores mantengan en ocupadas a las esferas mentales, desviando los problemas internos (familiares), evidenciándose en satisfacción personal y grupal. Por lo tanto se evitara los estados depresivos en el adulto mayor.

B.- Objetivo

- Disminuir los estados depresivos en el adulto mayor.
- Establecer en el adulto mayor sentimientos positivos (alegría, felicidad) a través de sus logros.

C.- Actividades

1. Realizar las diferentes manualidades en cueros con apoyo de las profesoras del CETPRO CARMELITAS de Hualmay.
2. Realizar los diferentes zapatos en cuero con apoyo de las profesoras del CEPRO CARMELITAS de Hualmay.
3. Participar en las diferentes ferias con los productos en cueros para generar ingresos para el desarrollo de otras actividades, además de generar los recursos para el mantenimiento del taller.

7.2. Taller de Thai Chi Chuan

A.- Fundamentación

En los diferentes estilos y escuelas se practican diferentes ejercicios básicos tales como movimientos individuales, ejercicios de postura y de respiración, así como de meditación. Estos sirven al aprendizaje de los principios del Thai Chi Chuan, para soltar las articulaciones, relajar el cuerpo entero y modificar poco a poco la

postura con el fin de evitar sobrecargas inconvenientes de las articulaciones y fortaleciendo de los miembros inferiores.

B.- Objetivo

- Mejorar la calidad de vida tanto física como mental.
- Mejorar la parte espiritual en el adulto mayor.
- Promover la meditación interna.

C.- Actividades

1. Desarrollar ejercicios de relajación corporal
2. Desarrollar ejercicios de respiración
3. Desarrollar ejercicios de concentración

7.3. Taller de danza

A.- Fundamentación

Según la danza-terapia, mente, cuerpo y alma forman una unidad psicofísica e interactúan constantemente entre sí. El movimiento y la postura influyen en el pensamiento y los sentimientos. La meta esencial de la danza-terapia es permitir la unión entre mente, cuerpo y alma, asimismo los movimientos repetitivos promueven la activación de la memoria.

B.- Objetivo

- Recuperar modos de expresión y la comunicación gestual.
- Mejorar y fortalecer la adaptación que se realice a través de la contracción muscular, la respiración, el ritmo, las formas, la postura y dinámica de movimiento.

C.- Actividades

1. Desarrollar la técnica de imitación en la danzaterapia.
2. Desarrollar la técnica de improvisación en la danzaterapia.
3. Desarrollar la técnica de creación en la danzaterapia.

7.4. Taller de gimnasia

A.- Fundamentación

El ejercicio aeróbico será de gran importancia porque mejorará la eficacia cardiaca, la capacidad respiratoria y mejorará la postura. Hay que tener en cuenta que las personas de avanzada edad llegan a rangos aeróbicos menores que para

otros grupos; es necesario considerar la toma de frecuencia cardiaca para controlar la intensidad del ejercicio. Debido a la mayor fragilidad ósea por la osteoporosis y a la propensión a las lesiones de ligamentos y tendones, no se deben recargar las articulaciones con sobrecargas importantes.

B.- Objetivo

- Mejorar el tono muscular, a través de rangos aeróbicos menores.
- Mejorar los movimientos articulados proponiendo ejercicios que puedan efectuarse en forma apropiada para evitar que se produzcan frustraciones.

C.- Actividades

1. Realizar actividades de ejercicios pasivos y activos.
2. Realizar movimientos de articulación sincronizada.
3. Evaluar el desarrollo muscular y articular por periodos.

7.5. Taller de motricidad.

A.- Fundamentación

El desarrollo del interés motriz se encuentra en la base de las actividades físico-recreativas y decrece con la edad, disminuyendo la motivación por estos tipos de actividad, sin embargo, la inclusión en ellas se presenta como un requisito de salud y eficiencia social y económica. Ello nos hace pensar en la necesidad de –culturizar- desde tempranas edades de la vida, el interés por el movimiento, lo que resulta lógico, si observamos que el interés cultural crece y se desarrolla en el proceso de socialización del individuo. Se trata en definitiva de crear desde la infancia una cultura física y recreativa que prolongue la práctica de este tipo de actividad.

B.- Objetivo

- Mejorar la motricidad gruesa en el adulto mayor.
- Mejorar la motricidad fina en el adulto mayor.

C.- Actividades

1. Realizar ejercicios que se oriente a la motricidad gruesa.

2. Realizar ejercicios de pinza- pulgar.

7.6. Taller de motivación

A.- Fundamentación

La motivación es un tema de inmensa relevancia para lo concerniente a la temática del adulto mayor, específicamente en lo que se refiere al desarrollo de un envejecimiento activo, enfocado en el mantenimiento de una vida dinámica y saludable tanto en los ámbitos fisiológicos como en los afectivos, es decir, el adulto mayor optará por una vida con hábitos más saludables y con mayor proactividad en la medida que se vea más incentivado para ello; esto es un tema que tanto a profesionales de la salud física y mental, como a los mismos adultos mayores, no se le puede perder de vista.

B.- Objetivo

- Fortalecer la autoestima en el adulto mayor.

C.- Actividades

1. Realizar talleres de motivación individual, grupal y familiar.
2. Desarrollar roles dentro del grupo del adulto mayor.

7.7. Taller de Liderazgo y desarrollo personal

A.- Fundamentación

A través de la metodología vivencial/experiencia, apoyándonos en el coaching ontológico y el coaching para la acción, se logra obtener herramientas que le permitirá al adulto mayor alcanzar los resultados en su vida. Durante el desarrollo se trabajará en diferentes áreas de su vida como: familia, trabajo/carrera, dinero/finanzas, relaciones de pareja, relaciones humanas, salud/acondicionamiento físico, recreación y medio ambiente.

B.- Objetivo

- Fomentar el liderazgo en el adulto mayor parara el desarrollo personal.
- Fomentar capacidad de desarrollo de problemas.

C.- Actividades

Realizar talleres de liderazgo con apoyo del departamento de psicología y Trabajo Social.

7.8. Taller de espiritualidad

A.- Fundamentación

La espiritualidad en el adulto mayor, tiene que ver con el bienestar psicológico de la persona en su relación con los demás, con su propio crecimiento personal y el propósito que le da a su vida. El envejecimiento produce cambios naturales en los ritmos de vida, deja espacios propicios para practicar nuevas rutinas y disminuir la ansiedad que implicó el cumplimiento de un sinnúmero de obligaciones en la etapa media de la vida, favoreciendo el desarrollo de la espiritualidad.

B.- Objetivo

Mejorar la espiritualidad en el adulto mayor

C.- Actividades

1. Fomentar la participación de eventos litúrgicos.
2. Realizar oración de agradecimientos en cada reunión.

VIII. PRESUPUESTO

Recursos ordinarios: Remuneración del Estado (sueldo) de los profesionales que integran el equipo multidisciplinario del Centro de Salud, que será conformado por nombrados y/o contratados quienes trabajaran para llevar adelante la propuesta.

Ingresos propios: Se desarrollará actividades económicas para financiar refrigerios e implementación de los talleres.

Donaciones y apoyo institucional: Universidad, Iglesia, CEPRO, convenio UGEL 3, entre otros.

IX. EVALUACION

Estará bajo la responsabilidad del equipo multidisciplinario del Centro de Salud de Hualmay, quienes implementaran las actividades y al finalizar presentaran un informe del impacto esperado y de las sugerencias respectivas.

REFERENCIAS

7.1 Fuentes documentales

Congreso de la Republica. (2006). *Ley de las Personas Adultas Mayores N° 28803*. Lima.

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2013). *PLANPAM promoviendo el envejecimiento activo y saludable*. Obtenido de Cuadernos sobre Poblaciones Vulnerables N° 5, año 1: https://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf

Ministerio de Salud. (2005). Lineamientos para la atención integral de salud de las personas Adultas mayores. Lima, Perú: Centro de Documentación de OPS/OMS en el Perú. Obtenido de http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/adultoMayor/archivos/lineamiento%20normas%20tecnicas_%20primera%20parte.pdf

Ministerio de Salud. (2008). *Guía Práctica Clínica en Depresión*. Lima, Perú: En Guías prácticas de Salud Mental y Psiquiatría.

OPS-OMS. (2002). *Guía Regional para la promoción de la actividad física del adulto mayor: Promover: Un estilo de vida para personas adultas mayores*. Obtenido de Washington,DC.USA: OPS.: recuperado de: p.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/promover.pdf

7.2 Fuentes bibliográficas

Acosta, A. (2016). *Prevalencia de depresión en el Adulto Mayor en los Centros de Vida en Cartagena*. Cartagena, Colombia: Universidad de Cartagena.

Acosta, A., Fernandez, M., Torres, N., Romero, K., Guzmán, L., & Gonzales, D. (2016). *Prevalencia de depresión en el adulto mayor en los Centros de vida en Cartagena*. Cartagena: Universidad de Cartagena.

- Ander-Egg, E. (2011). *Aprender a Investigar: Nociones Básicas para la Investigación Social* (1ª ed.). Còrdova, Argentina: Brujas.
- Becerra, M., Calleja, J., García, E., Sosa, A., Lozano, M., Medina, L., . . . Trujillo, Z. (2010). *Depresión en la Persona adulta mayor. Guía de consulta para el medico de primer nivel de atención*. Mexico D.F.: Subsecretaria de Prevención y Promoción a la Salud Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Programa Nacional de Atención al Envejecimiento.
- Brink, T., Yesavage, J., Lum, O., & Heersema, P. (1982). Escala de Depresión Geriátrica. Madrid, España: Universidad Complutense.
- Crespo, R. (2011). *Prevalencia de la depresion en adultos mayores de los asileos de los Cantones Azogues, Cañar, Tambo y Deleg de la Provincia del Cañar, en el año 2011*. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca.
- González, M., & Robles, J. (2013). *Riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro, diciembre de 2011*. Lima, Perú: Universidad Wiener.
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2006). *Metodologia de la Investigacion*. Mexico: Mc Graw Hill.
- Jaque, R. (2013). *Prevalencia de depresión en pacientes con artritis reumatoide en el Hospital Regional de Huacho: octubre -noviembre del 2011*. . Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. .
- Licas, M. (2015). *Nivel de depresión del adulto mayor en un Centro de Atención Integral S.J.M.-V.M.T 2014*. Lima, Peru: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Montenegro, J., & Santisteban, Y. (2016). *Factores PSsicosociales Asociados a la depresion en adultos mayores del Centro Poblado los Coronados Mochumi-Lambayeque-2016*. Pimentel: Universidad Señor de Sipàn.
- Nance, D. (2010). Depresión en el Adulto Mayor. En i. d. Mexicano, *ENVEJECIMIENTO HUMANO una vision transdisciplinaria* (Primera ed.). Mexico.

Silva, M., & Vivar, v. (2016). *Factores asociados a la depresión del adulto mayor institucionalizado*. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca.

7.3 Fuentes Hemerográficas

Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2), 50-63.

De La Torre, J., Shimabukuro, R., Varela, L., Krüger, H., Huayanay, L., Cieza, J., & Galvez, M. (2006). Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Acta medica peruana. Version On-line*, 23(3), 144-147. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000300003

Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167.

Gómez-Angulo, C., & Campos-Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10(3), 735-743.

Juárez, J., León, A., & Alata, V. (2012). Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH “Viña alta” – La Molina, Lima-Perú. *Revista Oficial de la facultad de Medicina Horizonte Medio*, 12(2), 28-31.

Santander, J. (2005). Depresión en el Adulto Mayor: abordaje diagnóstico. 5(3). *Medwave*. doi:10.5867/medwave.2005.03.655

Varela, L. (2016). SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 199-201.

Vázquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). DEPRESIÓN: DIAGNÓSTICO, MODELOS TEÓRICOS. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449.

7.4 Fuentes electrónicas

Frances, A., Pincus, H., & Firts, M. (1995). *MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES*. (A. P. Washington, Ed.) Barcelona, España: MASSON, S.A. Obtenido de <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagn3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>

Instituto de Salud Mental. (s.f). *Personas Mayores y la Depresión*. Obtenido de Departamento de salud y Servicios Humanos: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/personas-mayores-y-la-depresion/spanish-older-adults-and-depression_142485.pdf

Kurlowicz, L., & Grenberg, S. (2007). *La escala de depresión geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés)*. (N. Y. The Hartford Institute for Geriatric Nursing, Ed.) Obtenido de <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-4-spanish.pdf>

Ministerio de Salud. (2005). Lineamientos para la atención integral de salud de las personas Adultas mayores. Lima, Perú: Centro de Documentacion de OPS/OMS en el Perú. Obtenido de http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/adultoMayor/archivos/lineamiento%20normas%20tecnicas_%20primera%20parte.pdf

Ministerio de Salud, Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, Red de Municipios y Comunidades Saludables y Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Políticas saludables para adultos mayores en los Municipios*. (C. d. Perú, Ed.) Obtenido de http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/812_MS-PROM-CPS12.pdf

Organización de las Naciones Unidas. (2007). *El Desarrollo en un Mundo que Envejece*. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Obtenido de <http://www.un.org/esa/policy/wess/index.html>

Organización de las Naciones Unidas. (2002). Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Madrid: España. Obtenido de <https://undocs.org/es/A/CONF.197/9>

Organizacion Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento Activo: Un Marco Político. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 37(S2), 74-105. Obtenido de http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf

Organizacion Mundial de la Salud. (2016-2017). *Depresión: que debe saber*. Obtenido de Campañas mundiales de salud pública de la OMS: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/what-you-should-know/es/>

Organizacion Mundial de la Salud. (2017). *Hablemos de la depresión*. Obtenido de <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/event/es/>

Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad, comunicado*. Obtenido de Campaña por el Día Mundial de la salud.: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1152:depresion-hablemos-dice-la-oms-mientras-la-depresion-encabeza-la-lista-de-causas-de-enfermedad&Itemid=340



ANEXOS

01 Matriz de consistencia

TITULO	VARIABLE	PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES/ DIMENSIONES	METODOLOGÍA
<p>NIVEL DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD HUALMAY 2015 – PROPUESTA DE SALUD BIOPSIOSOCIAL</p>	<p>DEPRESION DEL ADULTO MAYOR</p>	<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es el nivel de depresión con la escala de Yesavage de 15 ítems en los adultos mayores atendido en el Centro de Salud de Hualmay 2015?</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <p>¿Qué nivel de depresión predomina según la edad de los adultos mayores atendido en el Centro de Salud de Hualmay 2015?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar el nivel de depresión de los adultos mayores atendido en el Centro de Salud de Hualmay 2015.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>Identificar el nivel de depresión según la edad de los adultos mayores atendido en el Centro de Salud de Hualmay 2015.</p>	<p>VARIABLE PRINCIPAL:</p> <p>Depresión del adulto Mayor</p> <p>DIMENSIONES</p> <p>Estado cognitivo</p> <p>Estado Conductual</p> <p>Estado afectivo</p>	<p>Tipo de investigación Es básica</p> <p>Nivel de la investigación Descriptivo</p> <p>Diseño de la Investigación Es una investigación no experimental.</p> <p>Enfoque Investigación Cuantitativa</p> <p>Población 98 adultos mayores atendidos en el consultorio de la institución.</p> <p>Muestra Después de realizar los cálculos estadísticos adecuados se obtuvo una muestra de 73 adultos mayores siendo una muestra representativa, con un nivel de confianza del 95% y error</p>

		<p>¿Qué nivel de depresión predomina según el estado civil de los adultos mayores atendido en el Centro de Salud de Hualmay 2015?</p> <p>¿Qué nivel de depresión predomina según el sexo de los adultos mayores atendido en el Centro de Salud de Hualmay 2015?</p>	<p>Identificar el nivel de depresión según el estado civil de los adultos mayores atendido en el Centro de Salud de Hualmay 2015.</p> <p>Identificar el nivel de depresión según el sexo de los adultos mayores atendido en el Centro de Salud de Hualmay 2015.</p>	<p>estándar del 5%. Sin embargo se ha considerado al total de la población con algunos criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>Técnicas e Instrumentos de Recolección De Datos En la investigación se va a utilizar como técnica la entrevista Se orientará a los pacientes que la encuesta es anónima, previo consentimiento.</p> <p>La Escala De Depresión Geriátrica – Test de Yesavage, autor: Brink y Yesavage en (1982) que consta de 15 ítems con respuestas dicotómicas (sí/no)</p> <p>Técnicas de análisis de datos Para la presente investigación se utilizara como técnica de análisis de datos la estadística descriptiva.</p>
--	--	---	---	---

02. Instrumento de medición

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSE FASUTINO SANCHEZ CARRION
Escuela de Postgrado. Maestría en Salud Pública

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA – TEST DE YESAVAGE DE 15 ITEMS

Autor: Brink y Yesavage (1982)

I. Presentación:

Estimados señores, se está realizando un estudio de investigación en coordinación con el Centro de Salud de Hualmay, a fin de obtener información sobre el nivel de depresión del adulto mayor para lo cual le solicito su colaboración a través de su respuesta.

La información será de carácter anónimo para lo cual se le solicita responder de la manera más real posible.

II. Instrucciones

Lea cuidadosamente y responda las siguientes preguntas

1.1 Datos generales

Edad:.....

Sexo: Masculino () Femenino ()

Estado civil: Soltero () Casado () Viudo () Divorciado () Conviviente ()

¿Trabaja? Si () No ()

1.2 Aplicación del instrumento

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

Nº	ITEMS	SI	NO
1	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	NO
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	NO
5	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	SI	NO
6	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SI	NO
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	SI	NO
9	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SI	NO
10	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	NO
11	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	SI	NO
12	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	SI	NO
13	¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
14	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	NO
15	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	SI	NO

¡Muchas Gracias!

03. Consentimiento Informado

Al firmar este documento, el adulto mayor **CONSENTIMIENTO** para participar en la investigación propuesta por la estudiante de post grado de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión; denominada “NIVEL DE DEPRESION DEL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD DE HUALMAY 2015- PROPUESTA DE SALUD BIOPSIOSOCIAL” habiéndose explicado la naturaleza y los propósitos de este estudio y las posibles contrariedades que se puedan presentar.

La presente investigación tiene como objetivo determinar el nivel de depresión en el adulto mayor que se atiende en el centro de salud de Hualmay periodo 2015.

Los resultados de este estudio permitirán plantear y diseñar posibles soluciones ante este problema de salud pública, siendo nuestro papel fundamental como futuros profesionales en el campo de la salud publica el de llevar como forma de vida la Promoción y Prevención de la salud.

Su participación es ANONIMA, es VOLUNTARIA y CONFIDENCIAL, no existen riesgos físicos ni psicológicos y tiene la oportunidad de hacer cualquier pregunta con respecto al proceso investigativo. La información obtenida será tratada de manera confidencial.

INVESTIGADOR

Edwin Percy Pérez Gutierrez

FIRMA DE PARTICIPANTE

04. Base de Datos

*Base-de-datos-YESAVAGE (1).sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 28 de 28 variables

	Codigo	Edad	Sexo	Estado civ	trabaja	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V13	V14	V15	depresi ontotal	depresi on1	edadre co	conduc tual1	afect...	edarec o2	conduc tualpro m	depresi onfinal	var	var
1	1	75	2	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	8	2	2	1	0	4	1	2		
2	2	77	1	5	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	4	1	2	0	0	4	0	1		
3	3	61	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	14	3	1	1	1	1	1	3		
4	4	69	2	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	2	0	1		
5	5	78	1	2	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	3	1	2	0	0	4	0	1		
6	6	79	2	2	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	9	2	2	1	1	4	1	2		
7	7	85	1	2	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	7	2	3	1	0	5	0	2		
8	8	75	2	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	4	0	1		
9	9	68	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	1		
10	10	63	2	4	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	10	3	1	1	1	1	1	3		
11	11	73	1	5	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1	2	0	0	3	0	1		
12	12	76	1	1	2	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	7	2	2	1	0	4	0	2		
13	13	79	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	12	3	2	1	1	4	1	3		
14	14	75	2	3	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	12	3	2	1	1	4	1	3		
15	15	73	2	2	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	2	1	0	3	0	1		
16	16	70	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	7	2	1	1	0	3	1	2		
17	17	64	2	2	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	10	3	1	1	1	1	1	3		
18	18	81	1	5	2	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	9	2	3	1	1	5	1	2		
19	19	61	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1		
20	20	60	1	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1		
21	21	74	2	3	2	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	6	2	2	1	0	3	0	2		

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo

1:52 13/09/2017

*Base-de-datos-YESAVAGE (1).sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 28 de 28 variables

	Codigo	Edad	Sexo	Estado civ	trabaja	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V13	V14	V15	depresi ontotal	depresi on1	edadre co	conduc tual1	afect...	edarec o2	conduc tualpro m	depresi onfinal	var	var		
80	80	82	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	14	3	3	1	1	5	1	3				
81	81	65	1	2	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	9	2	1	1	1	2	1	2				
82	82	66	1	1	2	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3	1	1	1	0	2	0	1				
83	83	60	1	2	2	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4	1	1	1	0	1	0	1				
84	84	68	2	2	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4	1	1	1	0	2	0	1				
85	85	69	2	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	4	1	1	1	0	2	0	1				
86	86	79	2	2	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	10	3	2	1	1	4	1	3				
87	87	63	1	4	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	9	2	1	1	1	1	1	2				
88	88	69	2	1	2	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	9	2	1	1	1	2	1	2				
89	89	61	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	1	1	0	0	1	0	1				
90	90	60	2	2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	11	3	1	1	1	1	1	3				
91	91	72	1	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5	1	2	1	0	3	0	1				
92	92	72	2	2	2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	9	2	2	1	0	3	1	2				
93	93	79	1	2	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	1	0	4	0	1				
94	94	81	2	3	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	7	2	3	1	0	5	0	2				
95	95	71	2	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	6	2	2	1	0	3	0	2				
96	96	64	2	2	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	1	0	0	1	0	1				
97	97	65	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	13	3	1	1	1	2	1	3				
98	98	60	2	5	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	8	2	1	1	1	1	1	2				
99																																
100																																

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo

1:53

Mostrar iconos ocultos 2017

M(a) Margarita Betzabe Velásquez Oyola
ASESOR

M(o) Gustavo Augusto Sipan Valerio
PRESIDENTE

Dra. Maritza Isabel Martínez Loli
SECRETARIO

M(a) Flor María Castillo Bedon
VOCAL

