

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES Y  
DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES  
RESIDENTES DE LA CASA DE REPOSO DIVINA  
PROVIDENCIA SAN MIGUEL, LIMA - 2018”**

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

**YEMILY YENCY, TORRES MEDINA**

**ILENE GEORGETTE, URETA SAENZ**

**Callao, Junio, 2018**

**PERÚ**

## **HOJA DE REFERENCIA**

### **MIEMBROS DEL JURADO**

Dra. Ana Elvira López y Rojas	Presidenta
Dra. Ana Lucy Siccha Macassi	Secretaria
Mg. Haydeé Blanca Román Aramburú	Vocal

### **ASESOR**

Mg. William Holden Horna Pizarro

NÚMERO DE LIBRO: 01

NÚMERO DE ACTA: 022

FECHA DE APROBACIÓN DE TESIS: 14 de noviembre del 2018

RESOLUCIÓN DE SUSTENTACIÓN: 1453-2018-D/FGS

## **AGRADECIMIENTO**

*A Dios por habernos acompañado y guiado a lo largo de nuestra carrera, por ser nuestra fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarnos una vida llena de aprendizaje, experiencias y sobre todo felicidad.*

*Nuestro profundo y sincero agradecimiento a la Directora de la Casa de Reposo Divina Providencia por brindarnos facilidades para la realización del presente trabajo de investigación.*

*Con gratitud a nuestras docentes: Dra. Ana López de Gómez, Dra. Lulilea Ferrer Mejía, Lic. Yrene Blas Sancho, Lic. Kadí Ureta Soto, Dr. César Guevara Llacza, por sus enseñanzas, motivación, y apoyo incondicional que nos brindaron para la elaboración de la tesis.*

*A nuestros familiares, por su apoyo constante y amor inigualable, por su motivación para la culminación de nuestra tesis.*

*Gracias a cada persona que nos brindó su apoyo, sus palabras de motivación fueron de mucha importancia para compartir este logro con éxito.*

## INDICE

TABLAS DE CONTENIDO .....	2
RESUMEN.....	3
ABSTRACT .....	4
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>5</b>
1.1. Identificación del problema .....	5
1.2. Formulación del problema .....	9
1.3. Objetivos de la investigación .....	10
1.4. Justificación .....	10
1.5. Importancia.....	12
<b>II. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>14</b>
2.1. Antecedentes del estudio .....	14
2.2. Bases epistémicas.....	18
2.3. Bases culturales .....	23
2.4. Bases científicas.....	25
2.5. Definiciones de términos básicos .....	47
<b>III. VARIABLES E HIPÓTESIS .....</b>	<b>48</b>
3.1. Variables de la investigación .....	48
3.2. Operacionalización de variables.....	50
3.3. Hipótesis general e hipótesis específicas .....	52
<b>IV. METODOLOGÍA.....</b>	<b>53</b>
4.1. Tipo de investigación .....	53
4.2. Diseño de la investigación .....	53
4.3. Población y muestra .....	54
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	55
4.5. Procedimientos de recolección de datos .....	58
4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos .....	58
<b>V. RESULTADOS .....</b>	<b>59</b>
<b>VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....</b>	<b>69</b>
6.1. Contrastación de hipótesis con los resultados .....	69
6.2. Contrastación de resultados con otros estudios similares .....	72
<b>VII. CONCLUSIONES.....</b>	<b>81</b>
<b>VIII. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>82</b>
<b>IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>84</b>
ANEXOS.....	88
Matriz de consistencia .....	89
Otros anexos necesarios para respaldo de la investigación.....	91



## TABLAS DE CONTENIDO

<b>TABLA N° 5.1 NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE LA CASA DIVINA PROVIDENCIA SAN MIGUEL, LIMA - 2018.....</b>	<b>59</b>
<b>TABLA N° 5.2 CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES SEGÚN DIMENSIÓN SOCIODEMOGRÁFICA EN LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE LA CASA DE REPOSO DIVINA PROVIDENCIA SAN MIGUEL, LIMA - 2018.....</b>	<b>60</b>
<b>TABLA N° 5.3 CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES SEGÚN DIMENSIÓN INTEGRACIÓN SOCIAL EN LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE LA CASA DE REPOSO DIVINA PROVIDENCIA SAN MIGUEL, LIMA - 2018.....</b>	<b>61</b>
<b>TABLA N° 5.4 CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES SEGÚN DIMENSIÓN APOYO FAMILIAR EN LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE LA CASA DE REPOSO DIVINA PROVIDENCIA SAN MIGUEL, LIMA - 2018.....</b>	<b>62</b>
<b>TABLA N° 5.5 CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES SEGÚN DIMENSIÓN SOCIODEMOGRÁFICA ASOCIADAS AL NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE LA CASA DE REPOSO DIVINA PROVIDENCIA SAN MIGUEL, LIMA - 2018.....</b>	<b>63</b>
<b>TABLA N° 5.6 CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES SEGÚN DIMENSIÓN INTEGRACIÓN SOCIAL ASOCIADAS AL NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE LA CASA DE REPOSO DIVINA PROVIDENCIA SAN MIGUEL, LIMA - 2018.....</b>	<b>65</b>
<b>TABLA N° 5.7 CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES SEGÚN DIMENSIÓN APOYO FAMILIAR ASOCIADAS AL NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE LA CASA DE REPOSO DIVINA PROVIDENCIA SAN MIGUEL, LIMA - 2018.....</b>	<b>67</b>
<b>TABLA N° 5.8 CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES ASOCIADAS A LA DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE LA CASA DE REPOSO DIVINA PROVIDENCIA SAN MIGUEL, LIMA - 2018.....</b>	<b>70</b>

## RESUMEN

La depresión es un trastorno mental muy frecuente a nivel mundial, y en la tercera edad se caracteriza por ser sub-diagnosticada. **Objetivo:** Determinar las características socio-familiares asociadas al nivel de depresión en adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia. **Metodología:** Fue un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo correlacional, prospectivo, de corte transversal, de diseño no experimental y descriptivo correlacional. La población estuvo constituida por 134 adultos mayores, con una muestra de 35 adultos mayores. Se usó la técnica de la entrevista y observación, como instrumentos la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage de 15 ítems y un cuestionario de 14 ítems para evaluar las características socio-familiares. **Resultados:** el 54.3% (19) de adultos mayores presentaron depresión moderada, seguido de un 22.9% (8) con depresión leve, el 17.1% (6) con depresión severa y sólo el 5.7% (2) no presentan depresión. Finalmente se demuestra que las características socio-familiares tienen asociación con el nivel de depresión en los adultos mayores residentes de la Casa de reposo Divina Providencia.

**Palabras clave:** Depresión, características socio-familiares, adulto mayor, casa de reposo, anhedonía.

## ABSTRACT

Depression is a very common mental disorder worldwide, and in old age it is characterized by being under-diagnosed. **Objective:** To determine the socio-family characteristics associated with the level of depression in elderly residents of the Divine Providence Rest House. **Methodology:** It was a study of quantitative approach, of correlational type, prospective, of transversal cut, of non-experimental design and descriptive correlational. The population consisted of 134 older adults, with a sample of 35 older adults. The technique of interviewing and observation was used, such as the Yesavage Geriatric Depression Scale of 15 items and a 14 items questionnaire to assess socio-family characteristics. **Results:** 54.3% (19) of older adults presented moderate depression, followed by 22.9% (8) with mild depression, 17.1% (6) with severe depression and only 5.7% (2) did not present depression. Finally, it is demonstrated that the socio-family characteristics are associated with the level of depression in the elderly residents of the Divine Providence Resting House.

**Key words:** Depression, socio-family characteristics, older adult, resting house, anhedonia.

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Identificación del problema:**

La Organización Mundial de la salud señala que la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados, indicando que entre el año 2000 y 2050 la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará pasando del 12% al 22%, se estima que la población mundial en esta franja de edad llegue a los 2000 millones en el 2050, con un aumento de 900 millones con respecto al 2015. (1)(2) Esta proyección también se aplica en el caso de América Latina y el Caribe ya que todos los países marchan hacia sociedades más envejecidas, se proyecta que para el año 2025 superarán los 100 millones de adultos mayores, dicha cifra se duplicará en el 2050 representando más del 24% del total de la población. (3) Por otra parte el Instituto Nacional de Estadística del Perú, refiere que, debido a grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en el país, tales como la disminución progresiva de la mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida de la población, está ocurriendo un progresivo proceso de envejecimiento, reflejado en el incremento de la población adulta mayor la cual representaba un 5,7% en el año 1950 cifra que aumentó a un 10,1% en el año 2017. (4)

Así mismo la Organización Mundial de la salud informa que la depresión es la principal causa mundial de discapacidad, afectando a más de 300 millones de personas y es responsable de unas 800 mil muertes cada año, principalmente por suicidios. (5) Además el Ministerio de Salud del

Perú señala que los trastornos afectivos afectan a gran parte de la población, siendo uno de los problemas centrales la depresión, con mayor incidencia en Lima, Arequipa, Cusco, La Libertad y el Callao. (6) Esta enfermedad 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. En su forma más grave, 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. Se puede diagnosticar de forma fiable y ser tratada por especialistas en el ámbito de la atención primaria. (1) Cabe resaltar que la enfermedad no distingue entre edad y sexo, pero a partir de la sexta década es más probable presentar un humor deprimido porque hay mucho tiempo libre y si no se ocupa productivamente en un hobby, ocio, familia y red de apoyo inmediata, puede desencadenar en un humor deprimido o trastorno depresivo. Además de otras causas como la genética, la etapa de jubilación, la disposición de menos dinero, la sensación de molestias o dolores, los problemas físicos, la pérdida de un ser querido. Por lo que el aspecto psicológico, biológico y social, se tornan importantes para la identificación precoz de la depresión y más aún en su prevención. (5)

Con respecto a la situación socio-familiar del adulto mayor, se le considera como un ser socialmente deficiente, en el sentido de haber perdido algunos de sus pilares básicos en los que sustentaba su vida,

estos cambios inciden en el aumento de las discapacidades físicas, mentales, sociales y funcionales que puedan desencadenar la presencia de alteraciones afectivas como la depresión. Sin embargo el adulto mayor desempeña diversos roles en la familia y la sociedad según diferentes épocas y culturas, por ello es necesario reconocer y valorar su aporte, incorporándolos en diversas actividades, promoviendo una perspectiva de la vejez sin estereotipos para su propio beneficio, la familia y la sociedad.

A nivel local, según Paz V. (2012) *Perú*, encontró asociación entre el episodio depresivo y todos los factores sociodemográficos, siendo significativamente más prevalente en personas de 75 años a más, de sexo femenino, separadas, divorciadas o viudas, con nivel educativo bajo; de la misma forma se encontró relacionado al grado de satisfacción con el aspecto físico, grado de satisfacción con las relaciones sociales, al hecho de sufrir alguna discapacidad y con las dificultades para desempeñarse eficientemente según el rol que mantienen en sus familias. (7) Además varios estudios señalan que aquellos adultos mayores que mantienen un contacto directo, cercano y frecuente con todos los miembros de su familia, presentan menos probabilidades de desarrollar alteraciones en su estado de ánimo.

A su vez durante las prácticas pre profesionales desarrolladas en el área de Medicina y Cirugía del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión y en el Hospital Nacional Dos de Mayo, se pudo observar a muchos adultos mayores con el ánimo decaído, sin ganas de hablar, algunos llorosos y

tristes, presentando signos de encontrarse deprimidos, aparentemente en esta situación por su estado de salud, hospitalizados o por presentar alguna enfermedad crónica. Los adultos mayores están propensos a padecer de enfermedades crónicas, consecuente a éstas, es que surge la depresión en muchos casos.

Igual panorama se pudo observar en la Casa hogar De la Paz, en La Victoria, al interrelacionarnos con los adultos mayores, observamos nuevamente el estado de ánimo decaído, con pocas ganas de hacer sus actividades diarias, no prestando atención, prefiriendo estar solos en lugar de socializar con sus compañeros, se sienten inútiles ya que las enfermedades que padecen les origina limitaciones, e incluso se muestran sin ganas de hablar durante las entrevistas, quejándose por la ausencia de familiares o si los tienen no los visitan, considerándose una carga para ellos, la mayoría de éstos se encuentran en completo estado de abandono, sintiéndose olvidados, llegando muchas veces a desear la muerte con expresiones como *"mejor me muriera y así no vería nada"*, en esta casa hogar los adultos mayores, algunos con enfermedades, discapacidades y otros aparentemente sanos, son atendidos por religiosas y por personas que realizan trabajo voluntario, aquí les brindan un lugar para descansar, alimentos y asistencia por personal de salud. En sus tiempos de ocio, sólo conversan, leen el periódico, ven televisión y asisten a misa. Al conversar con ellos manifiestan lo mencionado anteriormente, encontrándose nuevamente los signos y síntomas que

evidencian que estas personas se encuentran atravesando estados emocionales dañinos, que incrementan el deterioro de su salud física y sobre todo mental.

Algo semejante se pudo observar al visitar el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor en La Perla y en la Casa de Reposo Divina Providencia en San Miguel, que a pesar de contar con una administración de tipo privada, también los residentes presentan características similares, aunque aparentemente en menor nivel de evidencia.

Desde esta óptica de cifras que cada vez están en aumento es importante la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento, teniendo en cuenta no sólo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial. (1) Por todo lo expuesto anteriormente se formula la siguiente interrogante.

## **1.2. Formulación del problema**

### **Problema general:**

¿Cuáles son las características socio-familiares asociadas al nivel de depresión en los adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia San Miguel, Lima - 2018?

### **Problemas específicos:**

- ¿Cuál es el nivel de depresión en los adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia San Miguel, Lima - 2018?



- ¿Cuáles son las características socio-familiares en las dimensiones sociodemográfica, integración social y apoyo familiar en los adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia San Miguel, Lima - 2018?

### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### **Objetivo general:**

Determinar las características socio-familiares asociadas al nivel de depresión en adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia San Miguel, Lima - 2018.

#### **Objetivos específicos:**

- Identificar el nivel de depresión en los adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia San Miguel, Lima - 2018.
- Describir las características socio-familiares en las dimensiones sociodemográfica, integración social y apoyo familiar en los adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia San Miguel, Lima - 2018.

### **1.4. Justificación del problema**

Siguiendo los Lineamientos de Política Sectorial 2002 - 2012, se busca atender de manera integral las necesidades de salud de la población adulta mayor, a fin de lograr el bienestar físico, funcional, mental y social, además el Ministerio de Salud a través de la implementación del lineamiento, Modelo de Atención Integral de Salud, prioriza la promoción y

prevención de la salud en el adulto mayor, de esta manera mantener un envejecimiento activo y saludable.

La relevancia social del estudio está basada en conocer la prevalencia de depresión en adultos mayores, de esta manera implementar acciones para la prevención de dicha alteración de la salud mental en este grupo etario, el cual es considerado como una de las poblaciones de mayor vulnerabilidad. Simultáneamente evaluar sus características socio-familiares, ya que la familia junto y su condición social son consideradas fuentes importantes de apoyo y cuidado en la vejez. Así mismo, el profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención cumple una función primordial, porque brinda una atención holística al ser humano, de este modo debe considerar no menos importante el aspecto emocional ya que es un elemento fundamental en la valoración que realiza la enfermera para brindar el cuidado integral al adulto mayor.

Además desde el punto de vista práctico debido a la carencia de personal calificado y suficiente para llevar a cabo estrategias destinadas a la prevención y al tratamiento de las enfermedades de salud mental como la depresión en instituciones que brindan apoyo a este tipo de población, el estudio permitirá al profesional de enfermería tener mayor conocimiento sobre la depresión en el adulto mayor, e intervenir en su identificación temprana mediante la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, tratar a nivel primario los casos de depresión menos graves

evitando su complicación y derivar los casos severos para que reciban tratamiento oportuno.

En cuanto al valor teórico por ser un estudio descriptivo correlacional se logrará incrementar el marco de conocimientos sobre aquellas características socio-familiares que tengan mayor asociación con el nivel de depresión en adultos mayores que participarán en este estudio, considerando que muchos de ellos emplean su tiempo libre en realizar talleres ocupacionales, sin embargo, la comorbilidad presente en este grupo etario, el riesgo social y el poco apoyo familiar que presentan pueden influir de manera favorable, al desarrollo de estados emocionales dañinos.

Finalmente el estudio presenta utilidad metodológica, al desarrollar un instrumento para la valoración de las características socio-familiares en los adultos mayores institucionalizados, quienes se encuentran en un ambiente más regulado y formalizado, donde al verse alejados del ambiente familiar pueden presentar en muchos casos sentimientos de soledad, mostrándose más pasivos y poco participativos en las actividades, lo cual conlleva a factores de riesgo como el aislamiento, la dependencia y alteraciones emocionales.

### **1.5. Importancia**

Debido a los altos índices de depresión en la población adulta mayor y al incremento vertiginoso de los adultos mayores, es importante desarrollar estrategias para disminuir el nivel de depresión en la población adulta

mayor, es por eso que la importancia del presente trabajo de investigación es contribuir en la disminución del nivel de depresión, para ello brindar datos que aporten conocimientos y ser motivo de reflexión sobre éste padecimiento que afecta frecuentemente al adulto mayor, brindando soporte teórico y así poder atenderlo de manera holística. Se busca también la integración y participación activa de la persona con su medio social logrando su desarrollo personal, así como la intervención en su cuidado. Se planteó estrategias que fomenten el envejecimiento activo y de ésta manera aportar en mejorar la calidad de vida.

## **II. MARCO TEORICO**

### **2.1. Antecedentes del estudio**

#### **Antecedentes a nivel Internacional:**

**Palomeque F. A. y Peralta M. E. (Ecuador-2013).** Realizaron un estudio titulado: **“Prevalencia de depresión y factores asociados en el adulto mayor en la parroquia de Cañaribamba, Cuenca 2013”**. Cuyo objetivo general fue determinar la prevalencia de depresión del adulto mayor y los factores asociados. Teniendo como resultados que la prevalencia de depresión fue del 14,7% (44 casos). Siendo más prevalente en adultos mayores de más de 74 años (20,1%), de sexo masculino (21%), sin pareja (21,5%) y aquellos sin ocupación (20,8%). La edad tuvo asociación significativa (IC 95% 1-2,9) con la depresión en los mayores de 74 años. Así mismo hubo significancia estadística ( $p < 0,05$ ) en los que no tenían pareja y en los desocupados. La probabilidad de depresión al vivir solo fue de 1,9 veces (IC 95% 1,08-3,3) en comparación con los pacientes que residen acompañados. (8)

**Almeida A. M. (Ecuador-2013).** Realizó un estudio titulado: **“Análisis de los factores asociados a la depresión de los adultos mayores del Hogar de ancianos “Santa Catalina Laboure”, 2012 – 2013”**. Presentando como objetivo general analizar los factores asociados a la depresión que existen en pacientes institucionalizados. Teniendo como resultados que de todos los residentes hombres el 38% presentaban depresión moderada, el 25% llegaron a depresión grave y un 38%

presentaban depresión. Entre las mujeres el 38% presentaban depresión moderada y un 19% depresión grave, el 42,8% presentaron depresión leve. Del total, el 42% presento depresión leve, 38% depresión moderada y solo 20% depresión grave. Además, el 58% están solteros, sintiendo un vacío por la falta de una pareja que haya pasado tiempo valioso con ellos, un 34% ya han perdido a su pareja al paso de los años, pero cuando se habla de ellos demuestran un vacío y tristeza por la falta de aquella persona importante para ellos. (9)

**Sánchez G. L. y Marín M. A. (Costa Rica-2015).** Realizaron un estudio titulado: **“Depresión en adultos mayores de Costa Rica: situación y factores de riesgo en centros diurnos”**. Cuyo objetivo consistía en determinar la prevalencia de depresión mediante el Test de Yesavage y factores de riesgo como nivel educativo y riesgo social. Obteniendo como resultados con riesgo de depresión el 31% y con depresión el 13%. Donde en el sexo femenino el 38% resultó con riesgo de depresión y el 15% con depresión. Con respecto al grupo etario de 70 a 74 años, el 60% presentó riesgo de depresión y 20% depresión. En relación al nivel educacional, en el total de personas en riesgo de depresión, el 7% fueron analfabetos, 71% de primaria y el 22% de secundaria. Dentro de la población con depresión el 84% tenían primaria y el 16% secundaria. Con problemas sociales el riesgo de depresión fue alto con 65% y con depresión 12%, manteniendo los problemas sociales alta relación con rasgos depresivos. (10)

**Antecedentes a nivel Nacional:**

**Vásquez F. D. (Arequipa-2016).** Realizó un estudio titulado: **“Valoración Sociofamiliar relacionada al estado funcional y mental en adultos mayores. Clubes del adulto mayor de la Microred Edificadores Misti. Miraflores, Arequipa 2016”**. El cual presenta como objetivo general determinar la relación de la Valoración Sociofamiliar con el Estado Funcional y Mental. Teniendo como resultados que el 63.0% tenía riesgo social y el 25.5% problema social, el 57.60% fue independiente para las actividades básicas de la vida diaria. El 71.50% tuvo manifestaciones depresivas. Del total que presentó manifestaciones depresivas el 58.50% tuvo riesgo social. Asimismo, de los que tuvieron deterioro cognitivo moderado el 61.10% tuvo riesgo social. Finalmente llegaron a la conclusión de que si existe relación entre la Valoración Sociofamiliar con el Estado Funcional y Mental de la población de estudio. (11)

**Montenegro V. J. y Santisteban B. Y. (Lambayeque-2016).** Realizaron un estudio titulado: **“Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del centro poblado Los Coronados Mochumí-Lambayeque – 2016”**. El cual presenta como objetivo general determinar los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores. Teniendo como resultado que el 45.8% presenta depresión severa, el 37.5% moderada y el 16.7% no depresión. El 55.6% son mayores de 65 años, el 38.9% cuentan con secundaria; el 41.7% son casados; el 55.6% es masculino y el 44.4% femenino. Se encontró que los factores sociales:

características demográficas no guardan asociación depresión. Así mismo en el factor social: integración social un 66.7% no participa en actividades sociales y el 63.9% no participa en actividades familiares. Además, el 55.6% viven solos, hablan por teléfono regularmente y ven a sus amigos o vecinos 1 a 2 veces; en relación a la frecuencia con la que ven a su familia el adulto mayor responde en un 50% estar contento; y el 58.3% de los adultos mayores refieren contar con apoyo. Encontrándose en el factor social: integración social, apoyo familiar y social asociación significativa con depresión. (12)

**Licas T. M. (Lima-2014).** Realizó un estudio titulado: **“Nivel de depresión del adulto mayor en un Centro de Atención Integral San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo 2014”**. Teniendo como objetivo general Determinar el nivel de depresión de los adultos mayores que acuden a un centro de atención integral. Obteniendo como resultados que el 58% tienen un nivel de depresión leve, 23% depresión normal y 19% depresión severa. En el nivel de depresión normal el 9.5% tienen 60-64 años, en el nivel de depresión leve el 27.3% tienen 65-69 años, y en el nivel de depresión severa el 6.8% tienen 70-74 años. En el nivel de depresión normal predomina el 11% con primaria, seguido de un con un 8.2% con analfabetismo. Así mismo en el nivel de depresión leve en su mayoría predomina el grado de instrucción primaria con un 30%, seguido de un grado de instrucción con analfabetismo con un 15%. Finalmente, en el nivel de depresión severa predomina el grado de instrucción primaria



con un 16% seguida de un grado de instrucción con analfabetismo con un 2.7%. (13)

**Torrejón Q. R. (Amazonas-2015).** Realizó un estudio titulado: **“Nivel de depresión en adultos mayores, Asentamiento Humano Señor De los Milagros, Chachapoyas-2015”**. Teniendo como objetivo general determinar el nivel de depresión en las personas adultas mayores. Obteniendo como resultados, que el 65% presentan depresión severa, el 25% depresión moderada mientras que el 10% depresión leve. Así mismo, el 37.5% presentan depresión moderada, el 32.5% depresión severa y solo el 30% depresión leve en la dimensión estado de ánimo depresivo; así mismo del 100% de adultos mayores que presentan depresión en la dimensión la anergia o vaciamiento de impulsos el 40% presentan depresión severa, el 35% depresión moderada y el 25% depresión leve; del 100% de adultos mayores que presentan depresión en la dimensión la discomunicación el 52.5% presenta depresión grave, el 27.5% depresión moderada y el 20% depresión leve. (14)

## **2.2. Bases epistémicas**

### **Teorías de enfermería**

La teorista Nola Pender según su modelo de promoción y prevención de la salud resalta la importancia de promover la vida saludable y óptima, antes que el hecho de brindar los cuidados a la persona por encontrarse enferma, además de prevenir las enfermedades, se reducirían gastos, se alcanzaría la independencia del individuo, mejorando de esta manera

hacia un futuro. Además, su modelo estuvo basado en responder a cómo las personas se enfrentan al cuidado de su propia salud, describiendo tanto sus características personales, como sus experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales. Asimismo, esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que pueden verse alterados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo que generaría en la persona su participación o no mediante conductas favorecedoras de salud. En el área de investigación mediante este modelo se identificarán conceptos importantes sobre la misma promoción de la salud, integrando hallazgos de modo que permitan la generación de hipótesis comprobables. (15) Esta teoría está relacionada con el presente trabajo de investigación, puesto que al identificar de manera precoz un estado de ánimo depresivo menos grave, e identificar si existe alguna relación en cuanto a las características socio-familiares de los adultos mayores, se logrará intervenir de manera oportuna, previniendo de esta manera la gravedad de los casos, del mismo modo si se identificaran casos severos de depresión, la intervención de enfermería estaría destinada a prevenir consecuencias fatales como el suicidio. Así mismo, se pretende promocionar un estado óptimo de la salud mental mediante la intervención de enfermería, brindando un cuidado integral de salud en el adulto mayor.

Por otro lado, la teorista Jean Watson según el concepto interpersonal, centra el enfoque de la profesión y del actuar enfermero a cubrir las

necesidades del adulto mayor mediante una relación de asistencia interpersonal. A través de este tipo de promoción de la salud se involucra a las personas en cualquier situación de su salud, considerando el conocimiento que presenten sobre la misma y teniendo en cuenta sus actividades sanitarias, creando un entorno donde los mismos pacientes tomen sus propias decisiones sobre cómo actuar frente a su estado de salud. El cuidado de enfermería está representado por un enfoque científico-humanístico, utilizando la asistencia como un marco para la actividad directa. El cuidado humanizado brindado a los adultos mayores debe ser de forma positiva, holística, utilizando la fe y la esperanza de manera libre, logrando que el enfermero y el paciente pueden desarrollar la docencia y el aprendizaje, la ayuda y la confianza, y la aceptación de los sentimientos, lo cual será esencial para promover la vida saludable.

(16)

### **Teorías de la depresión**

**Teoría conductual:** Según esta teoría la depresión se caracteriza por una falta de refuerzos en la sociedad que provoca que él que la padece se mantenga inactivo y por ello este trastorno mental perdure. Desde esta teoría el tratamiento consistiría en la planificación de actividades y ejecución de las mismas, que brinden a la persona que presenta depresión los refuerzos que necesita. Tras el comienzo se establece una realimentación positiva. Sin embargo, el paciente depresivo es quien manifiesta no tener fuerzas para realizar alguna actividad, que cuando ya

no esté deprimido, se sentirá mejor y saldrá a practicar actividades que le agraden, de acuerdo a esta teoría se propone lo contrario, cuando te mantengas activo te sentirás bien y con ganas de seguir realizando más actividades. La programación de actividad física es gradual (por ejemplo: caminar) favorece a la recuperación del paciente.

**Teoría Cognitiva:** Afirma que la depresión es el resultado de pensamientos inadecuados, en la que el paciente se ve de forma negativa en la llamada triada cognitiva (el mismo, el mundo y el futuro). El tratamiento se basaría en identificar los pensamientos automáticos negativos, analizarlos y modificarlos racionalmente. Además, esta teoría aporta desde el punto de vista corporal indica que las sensaciones son producidas por los pensamientos automáticos. En el caso, del paciente que presenta depresión se siente incompetente de actuar y esto le produce una sensación que le deja tan decaído en consecuencia no puede actuar. Se puede concluir que los efectos y la conducta de una persona están determinados principalmente por el modo que tiene de estructurar el mundo, por lo tanto, el objetivo de la terapia sería delimitar y poner a prueba falsas creencias del paciente.

**La indefensión aprendida:** Esta teoría define a la depresión como la incapacidad de resolver algún problema, y que se encuentra muy relacionada a la teoría de la desesperanza. El problema es la pérdida de esperanza para conseguir los refuerzos, debido a esto las personas que frente a circunstancias negativas mantienen responsabilidad de las

mismas, presentan mayor probabilidad de padecer depresión. En conclusión, la desesperanza en interacción con el afrontamiento de algunos sucesos negativos ocasionaría el cuadro depresivo.

**Teoría Biológica:** Esta teoría señala que la depresión se debe a un desequilibrio de los neurotransmisores. Está demostrado que cuando estamos deprimidos presentamos ese desequilibrio y que cuando tomamos los medicamentos indicados, los neurotransmisores se equilibran por lo tanto nuestro estado de ánimo mejora. Pero no es suficiente esta teoría para explicar la depresión, ya que si ésta es reactiva a una situación específica hasta que no se solucione, el cuadro depresivo se presentará, aunque se tomen antidepresivos. Por ello es muy importante seguir una terapia integradora o combinada.

**Teoría Interpersonal:** La psicoterapia interpersonal (TIP) se desarrolla como si fuera una intervención psicosocial, ya que entiende al trastorno depresivo desde una causalidad biológica, psicológica y social que conlleva una limitación en la capacidad de adaptarse o manejar el estrés psicosocial o interpersonal. De esta manera, la intervención se centra en problemas sociales o dificultades interpersonales actuales que se presentan al inicio de los síntomas. Prioriza las relaciones entre patología y el contexto psicosocial; evaluando las relaciones personales del paciente en la actualidad e intentando intervenir en la presentación de los síntomas y en la problemática social relacionada al presente cuadro depresivo. En esta psicoterapia lo "psicosocial" está basado

fundamentalmente en los diferentes roles desempeñados por un paciente y sus interacciones ambientales, entendiéndose por rol, la forma de ser individual y lo que es presentado a los demás. Estos roles y relaciones se pueden ver modificados por sobrecargas emocionales o laborales, conflictos y pérdidas. De este modo la alteración por sobrecarga tiende a disminuir las fuerzas, los conflictos producen angustia y las pérdidas desencadenan depresión. Frecuentemente las pérdidas a tratar en psicoterapia interpersonal son duelo, divorcio o desempleo. (17)

### **2.3. Bases culturales**

Durante el proceso de envejecimiento en el adulto mayor se generan diversidad de cambios tanto biológicos, psicológicos, como sociales, muchos de los cuales predisponen a la aparición de varias enfermedades. Dentro de los cambios psicosociales asociados podemos mencionar: "La ideología del viejismo", es aquí donde existen muchos prejuicios sobre el "viejo", tales como la edad del retiro forzado del trabajo, debido a las limitaciones físicas que pudieran presentar, considerándolos como personas incapaces, dependientes e inútiles sociales. Este rechazo que perciben de la sociedad, les hace asumir una actitud de resignación, con ausencia de sentimientos de superación y temor. Otro cambio psicosocial sería el cambio del rol desempeñado, es aquí donde cabe recordar que las diferentes etapas de vida presentan perfectamente establecidos sus roles, sin embargo, en el adulto mayor no existe esa definición, es por ello que ellos empiezan a sentirse inútiles, incapaces, viéndose alterado su

aspecto emocional dentro de ellos su autoestima. Sumado a esta falta de rol, deben enfrentar otros cambios como la pérdida de su cónyuge, o de un ser querido, agregando la carga de ser cuidadores en el caso de las mujeres, quienes asumen ese rol al ocuparse de sus esposos e hijos.

Frente a este tipo de situaciones que tiene que vivir el adulto mayor, es que resulta sumamente importante mantenerlos ocupados en su tiempo de ocio, dándoles ciertas tareas y responsabilidades que puedan ser valiosas para ellos, brindándoles el reconocimiento social que merecen para que de este modo no se aíslen en el mundo de las cuatro paredes.

Por otro lado muchos adultos mayores ya se sienten realizados en el matrimonio, conforme van dejando de mantener a los miembros que integran la familia, y es que poco a poco van escogiendo a las amistades y disfrutan recordando su juventud, al igual que disfrutan de los nuevos integrantes de la familia como son los nietos.

De esta manera es importante mencionar a la familia como uno de los factores protectores más importantes para el adulto mayor, por ello debe recibir el conocimiento suficiente para responsabilizarse sobre los nuevos roles que debe compartir, valorando sus capacidades, resaltando lo valioso que es el adulto mayor gracias a sus experiencias y vivencias, brindándole la importancia debida, aceptando sus limitaciones, con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de vida de todos los miembros de la familia.

Por la diversidad de cambios durante el proceso de envejecimiento, sumado a la aparición de enfermedades, es que en muchos casos se ve alterado finalmente el estado de ánimo del adulto mayor, manifestándose con la pérdida del entusiasmo de vivir, surgiendo así la depresión. Esta alteración mental comprende síntomas somáticos y fisiológicos, los cuales son más frecuentes e importantes que los emocionales y psicológicos, porque se suelen confundir con los cambios normales que se producen durante el envejecimiento. Además, comprende sensaciones de soledad, conlleva al aislamiento social por el déficit sensorial que presentan, disminuye su poder adquisitivo, se ven afectados por los cambios de vivienda, por la poca cantidad de los contactos familiares, amigos y por la pérdida de sus seres queridos. (18)

#### **2.4. Bases científicas**

##### **Aspecto Social y Familiar del adulto mayor**

El ser humano se caracteriza fundamentalmente, por ser un ser social. Los aspectos sociales determinantes de la salud de las personas adultas mayores forman parte de la valoración geriátrica integral. Desde el punto de vista sociológico, la familia tradicional en América Latina ha ido evolucionando. Gradualmente, se ha ido convirtiendo en familia nuclear con características propias de áreas urbanas y con cambios importantes en el rol de la mujer en el hogar y en la sociedad. Por otro lado, es frecuente que las viviendas presenten dimensiones reducidas y no están adaptadas para personas con dificultades funcionales. Adicionalmente, en



la sociedad, la mayoría de las personas adultas mayores necesitan desempeñar un rol productivo para poder sobrevivir económicamente, aunque pocas veces obtengan un trabajo adaptado a sus necesidades físicas, en un ambiente adecuado y que mantenga su funcionalidad. Es primordial, que los adultos mayores tengan la información, el apoyo y las oportunidades para continuar contribuyendo a la sociedad y de esta manera mantener su propio bienestar. Además, deberán tener las protecciones adecuadas para poder envejecer y vivir con dignidad y sobre todo con el apoyo familiar y social.

Los factores sociales determinantes de la salud en las personas adultas mayores son: Los factores demográficos, la situación socioeconómica, los factores psicosociales como adaptabilidad y estrés, además del capital social del individuo.

#### **Características demográficas y sociales:**

##### **- Edad**

La edad está fuertemente relacionada con muchas dimensiones de la salud. Por ejemplo, se encontrará mayores porcentajes de enfermedades crónicas en mayores de 60 años, así mismo las pérdidas funcionales tendrán una fuerte correlación en la población de 75 años a más.

##### **- Sexo**

Muchos estudios han determinado que el pertenecer al sexo femenino es un factor de riesgo importante y predisponente para la aparición de

síntomas depresivos. Además, las mujeres mayores tienen una prevalencia más alta de enfermedades crónicas.

- **Educación**

El grado de instrucción se encuentra asociado con la autopercepción de salud y el nivel funcional del adulto mayor. Aunque algunos estudios refieren que deja de estar asociado, si existe un acceso universal a los servicios de salud.

- **Integración social**

Es un factor protector de la salud y está relacionado a los vínculos sociales que mantiene el adulto mayor, ya sea por medio de roles sociales, participación en grupos de voluntariados o participación en organizaciones laborales, clubes, iglesias, etc. Varios estudios reportan una fuerte correlación de la integración social con la mortalidad, así como con otros indicadores de salud.

- **Estrés social**

Está relacionado con el hecho de no contar con suficiente dinero para cubrir las necesidades básicas de la vida diaria y con el sentido de duelo por la muerte de un ser querido, la pérdida de un rol social importante para el individuo, los cuales al mismo tiempo asociados a otros factores demográficos repercuten negativamente en la salud física y mental. Otros cambios como la jubilación, la falta de empleo, cambios en el estado de salud, pérdida de autonomía generando dependencia, cambios en la vida familiar como la viudez o separación,

cambios en relocalización como la institucionalización, maltrato, violencia o exclusión familiar, son condiciones que generan en el adulto mayor este tipo de estrés.

#### - **Apoyo social**

Para determinar el apoyo social se estudia el tamaño de la red social y el estado civil. El vivir en pareja y la cantidad de contactos positivos de una red social resultan factores protectores para el adulto mayor viéndose asociado a los síntomas depresivos y a la funcionalidad de la persona. Es así que el rol del apoyo social, de la actividad social y física de la persona adulta mayor promueve un envejecimiento saludable y activo.

#### **Valoración social del adulto mayor**

La salud se relaciona recíprocamente con el funcionamiento social, de tal manera que personas con un buen funcionamiento social tienen un mejor desempeño diario, así mismo, personas que gozan de buena salud mantienen un funcionamiento social adecuado. Entonces el funcionamiento social puede ser considerado factor protector o factor de riesgo en el bienestar de los adultos mayores. Por otro lado en la atención primaria, es primordial que la valoración social de las personas adultas mayores se incorpore como elemento integral a la valoración médica y de enfermería.

La evaluación del funcionamiento social sirve para determinar los factores protectores que mantiene el individuo para su bienestar y los factores de

una enfermedad que afecta al estado de ánimo, se le conoce también como trastorno del humor o trastorno afectivo. Dentro de sus manifestaciones predominan los síntomas afectivos, también se presentan síntomas cognitivos, conductuales y somáticos. (20) Los sentimientos de tristeza pueden resultar invalidantes para desarrollarse tanto en su entorno familiar y laboral, se tiende a perder el deseo de realizar sus actividades, presentando un estado de apatía y fatalismo frente al futuro. Frecuentemente presenta el ánimo decaído y se encuentra sin energía, de tal manera que se sienten cansadas sin haber realizado mucho esfuerzo. Se produce alteraciones en el sueño y el apetito, finalmente se pierde la confianza en sí mismo y la persona se desvaloriza. (21)

Según la Organización Mundial de la Salud la depresión es una de las principales causas de incapacidad a nivel mundial, con su alta prevalencia en promedio puede estar afectando a más de 300 millones de personas. Si las manifestaciones se presentan en un tiempo prolongado y son de intensidad moderada a grave, se convierte en un problema de salud serio, ya que causa un gran sufrimiento y altera el desempeño de la persona en todos sus aspectos. Al ser una alteración que afecta tanto a la mente como al cuerpo, genera un riesgo vital puesto que se ve afectada la persona en todas sus actividades de la vida diaria, en cómo se percibe y se valora a sí misma. Los casos de depresión, así como también de otro tipo de trastornos mentales están en aumento en nuestra sociedad. Si no

es diagnosticada y tratada a tiempo pueden tener consecuencias fatales, ya que se convierte en la causa de miles de muertes anuales. (5)

### **Sintomatología**

Los síntomas más característicos de este trastorno mental son:

- Tristeza patológica: se diferencia de la tristeza el cual puede ser un estado de ánimo considerado normal y pasajero. La tristeza patológica es un estado que interfiere de manera negativa, en la realización de las actividades de la vida cotidiana, tanto en lo social, en el ámbito familiar y en lo personal. Aparece sin motivos o luego de un acontecimiento significativo para el individuo. Es una sensación muy profunda, en el que el paciente no siente placer de vivir. Se considera incapaz de brindar amor o afecto, lo cual incrementan sus sentimientos de culpa.
- Desgano y Anhedonia: la persona se muestra apática, no tiene ganas de nada, en algunos casos ni siquiera el deseo de vivir en consecuencia ya nada le procura satisfacción, además disminuye o desaparece el placer en el trabajo, en los deportes, en las actividades recreativas entre otras tareas que anteriormente le eran gratificantes.
- Ansiedad: se presenta como un síntoma habitual del deprimido, ya que presentan constantes preocupaciones de manera que puedan sentir una extraña sensación de intranquilidad.
- Insomnio: el paciente presenta dificultad para conciliar el sueño, es por esto que se despierta temprano e irritable. Sin embargo, en algunos casos, puede presentarse exceso de horas de sueño.

- Alteraciones del pensamiento: El pensamiento se caracteriza por presentar alteraciones ya que sigue un curso lento, se mantiene ideas derrotistas, intensos sentimientos de culpa, excesivas críticas hacia uno mismo, pensamientos obsesivos. Además, surgen problemas de memoria y la dificultad para concentrarse.
- Alteraciones somáticas: pueden sentir síntomas físicos asociados, es muy frecuente los dolores musculares crónicos en cuello y espalda, los dolores de cabeza, taquicardia, el dolor torácico incluso problemas digestivos. Además, se experimenta una persistente sensación de fatiga o cansancio.
- Alteraciones del comportamiento: el paciente puede estar quieto, así mismo puede experimentar crisis de angustia o llorar sin motivo aparente. Además, le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su desempeño laboral.
- Modificaciones del apetito y del peso: es frecuente que la mayoría de los pacientes presenten cambios en el apetito lo cual a veces conduce a un aumento o disminución de peso.
- Culpa excesiva: sienten la carga de una culpa inexistente, lo cual puede desencadenar delirios, que en ocasiones pueden ser de ruina (estar convencido de que está arruinado sin ser cierto).
- Pensamiento suicida: los pacientes presentan deseos de muerte o ideas de suicidio en consecuencia refuerzan los sentimientos autodestructivos que experimentan.

- Disminución de la energía: sienten cansancio sin motivo alguno. Las personas afectadas de depresión suelen sentirse más fatigadas durante la mañana. (22)

Por otro lado, el Trastorno Depresivo es considerado una de las subcategorías de los trastornos del estado de ánimo indicados en el manual de clasificación de enfermedades mentales DSM-IV-TR. Las características sintomáticas de los trastornos depresivos vienen determinadas por el denominado Episodio Depresivo Mayor, cuyos criterios para el diagnóstico son:

- La presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante 2 semanas: estado de ánimo depresivo la mayor parte del día o pérdida de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades; disminución o aumento del apetito casi todos los días, por esto se produce pérdida importante de peso o aumento del mismo; insomnio o hipersomnia casi cada día; agitación o enlentecimiento psicomotores observable por los demás casi todos los días; fatiga o pérdida de energía a diario; sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos casi a diario; disminución de la capacidad para concentrarse, casi cada día; pensamientos recurrentes de muerte acompañados de ideación suicida sin un plan específico para suicidarse.
- Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

- Los síntomas ocasionan deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad de la persona.
- Los síntomas no son producidos por los efectos fisiológicos directos de una sustancia o por una enfermedad.
- Los síntomas pueden persistir más de 2 meses además se caracterizan por una marcada incapacidad funcional, sentimientos intensos de inutilidad, ideación suicida y enlentecimiento psicomotor.

Así mismo los cambios del trastorno depresivo, pueden clasificarse en tres niveles:

- Conductual o Comportamental: se presenta una marcada reducción de la actividad y del nivel general de respuesta de la persona.
- Cognitivo: la capacidad de procesamiento disminuye, se presenta alteraciones de la forma de analizar la realidad y de la percepción de sí mismo como de su entorno.
- Emocional-Fisiológico: percepción intensa de inutilidad, desesperanza, miedo, ira y a nivel fisiológico se producen cambios de funciones tan básicas como el sueño, la alimentación y la actividad sexual.

En conclusión, se puede afirmar que el Trastorno Depresivo afecta de un modo global a la persona, produciéndose así alteraciones que afectan todas las áreas de su comportamiento. (17)



## **Clasificación**

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima edición.

**(CIE-10)**

### **F32 Episodios depresivos**

En los episodios depresivos típicos se presenta: humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. Además, se presenta: disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza, sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de inutilidad, perspectiva sombría del futuro, los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, se ve alterado el sueño y apetito. La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. Además, se puede ver enmascarada por otros síntomas, como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de

cualquiera de los tres niveles de gravedad se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes). Pérdida marcada de la libido, aunque este habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes. Incluye:

- Episodios aislados de reacción depresiva.
- Depresión psicógena (F32.0, F32.1 ó F32.2).
- Depresión reactiva (F32.0, F32.1 ó F32.2).
- Depresión mayor (sin síntomas psicóticos).

### **F32.0 Episodio depresivo leve**

Este nivel comprende las manifestaciones más típicas: Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad. Al menos dos de estos tres deben estar

presentes para un diagnóstico definitivo, sumado a dos de los síntomas enumerados anteriormente. Sin embargo, ninguno debe presentarse en un grado intenso y debe tener una duración de al menos dos semanas. En este caso las personas llegan a presentar dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, pero es probable que no las abandonen del todo. Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

- **F32.00 Sin síndrome somático:** corresponde al episodio depresivo leve con presencia de pocos síndromes somáticos o ninguno.
- **F32.01 Con síndrome somático:** corresponde al episodio depresivo leve con presencia de cuatro o más de los síndromes somáticos (si están presentes sólo dos o tres, con una gravedad excepcional).

### **F32.1 Episodio depresivo moderado**

En este nivel deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve, sumado a al menos tres, de preferencia cuatro de los demás síntomas. Varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si hay muchos síntomas presentes. Debe tener una duración de al menos dos semanas. La persona tiende a presentar grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica. Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

- **F32.10 Sin síndrome somático:** corresponde al episodio depresivo moderado, sin presencia de síndromes somáticos.
- **F32.11 Con síndrome somático:** corresponde al episodio depresivo moderado, sumado a cuatro o más del síndrome somático ((si están presentes sólo dos o tres, con una gravedad excepcional).

### **F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos**

Durante un episodio depresivo grave, la persona presenta 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.

Dentro de las manifestaciones deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. Similar a los anteriores casos debe tener una duración de al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con

una duración menor de dos semanas. Aquí la persona probablemente no sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado. Incluye:

- Episodios depresivos aislados de depresión agitada.
- Melancolía.
- Depresión vital sin síntomas psicóticos.

### **F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos**

Episodio depresivo grave en el cual están presentes además 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. Incluye: Episodios aislados de:

Depresión mayor con síntomas psicóticos.

- Depresión psicótica.
- Psicosis depresiva psicógena.
- Psicosis depresiva reactiva.

### **F32.8 Otros episodios depresivos**

Son aquellos episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados anteriormente, pero que por la

impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Se presentan mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas. Se incluye:

- Depresión atípica.
- Episodios aislados de depresión "enmascarada" sin especificación.

### **F32.9 Episodio depresivo sin especificación**

Incluye:

- Depresión sin especificación.
- Trastorno depresivo sin especificación. (22)

En los casos menos graves si la persona busca ayuda o se le diagnostica oportunamente, con el tratamiento y la terapia adecuada puede sobrellevar esta enfermedad. En términos más sencillos decimos que la gravedad de la depresión es muy variable, y se puede clasificar según la forma en que afecta el desempeño de la persona:

- Depresión leve: las manifestaciones afectan poco a la vida diaria o lo hacen solo en algún aspecto.
- Depresión moderada: los síntomas y las limitaciones son moderados: ni tan específicos como en la depresión leve, ni tan generalizados como en la depresión grave.

- Depresión grave: pueden presentarse muchos síntomas que llegan a causar deterioro o incapacidad en diferentes aspectos de la vida cotidiana y diaria. (20)

### **Factores contribuyentes**

Según la Organización Mundial de la Salud la depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, los factores psicológicos y los factores biológicos. Así mismo quienes han afrontado circunstancias vitales adversas tienen más probabilidades de padecer depresión por ello el trastorno depresivo puede generar más estrés y empeorar la situación vital de la persona afectada. También existe relación entre la depresión y las enfermedades; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa. (5)

No existe una causa única conocida de la depresión. Viene a ser el resultado de una combinación de factores. Algunos tipos de depresión tienden a transmitirse de generación en generación, lo que sugiere una relación genética. Sin embargo, la depresión también puede presentarse en personas sin antecedentes. La investigación genética indica que el riesgo de desarrollar depresión es consecuencia de la influencia de múltiples genes que actúan junto con factores ambientales u otros. Además, los traumas, la pérdida de un ser querido, una relación dificultosa, o cualquier situación estresante puede provocarla. (21) Dentro de estos factores podemos encontrar:

- Situacional: Eventos difíciles en la vida (divorcio, problemas financieros, muerte de un ser querido) pueden contribuir a la depresión. (17)

### **Depresión en el Adulto Mayor**

El envejecimiento es un proceso de la vida del ser humano en el cual ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales, se inicia en la concepción y ocasiona cambios durante todo el ciclo de la vida. Estas variaciones conducen a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente la muerte. También está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, la muerte de la pareja y de los amigos. (1)

Se debe agregar que el trastorno depresivo es probablemente el más común de los trastornos psiquiátricos en los adultos mayores; su diagnóstico en el adulto mayor, debe evitar esquematizaciones simplistas, puesto que las enfermedades del estado del ánimo pueden manifestarse a través de frecuentes síntomas y signos físicos como: pérdida de peso, boca seca, alteración de la conciencia, el humor, la percepción y el pensamiento. Así mismo la depresión en los adultos mayores es más compleja puesto que, no sólo dependen de los factores genéticos, fisiológicos, psicológicos, socioeconómicos y subjetivos, sino que los pacientes sufren de una o más enfermedades incapacitantes.



Los eventos desafortunados de la vida como la anticipación de la pérdida de Imagen de individuo maduro o la pérdida de salud, sus seres queridos, su seguridad económica, su posición de poder y de prestigio. Todos se constituyen nocivos para los adultos mayores, precisamente porque son más frágiles y vulnerables, debido a esto suelen reaccionar con un cuadro depresivo. Por lo que se refiere a la sintomatología del cuadro depresivo en la persona adulta mayor, suele presentarse con un cuadro paranoide o se oculta tras el insomnio, el dolor. Estos síntomas que enmascaran la depresión se convierten en el contenido de quejas reiteradas que hacen que los enfermos sean personas polisintomáticas y policonsultantes los cuales, si no reciben atención y tratamiento, pueden mostrar enfermedades físicas, institucionalizaciones, deterioro psicosocial y un total desapego por la vida apareciendo la ideación suicida. Más que a la muerte lo que el adulto mayor teme es a la soledad, al sufrimiento y a la miseria. Por ello las amenazas de suicidio, en los adultos mayores debe considerarse una muerte casi inminente si no se actúa oportunamente, porque ellos no realizan el intento o gesto suicida sino su finalidad es acabar con su vida ya que el desprecio y el despecho lo hacen sentir indeseable e inútil. Por esto, todos los cuadros depresivos en el adulto mayor deben ser diagnosticados lo antes posible y tratados. Generalmente el cuadro depresivo en los adultos mayores es subdiagnosticado y como consecuencia de esto, no siempre recibe el tratamiento adecuado; su reconocimiento se ve comprometido por el

estigma, presentaciones atípicas, asociación con deterioro cognitivo, atribuciones de disforia al proceso normal de envejecimiento, aparición paralela de problemas sociales, problemas físicos y muchas veces carencia de pruebas diagnósticas fiables en el primer nivel de atención.

### **Causas o factores de depresión en el adulto mayor**

El trastorno depresivo en el adulto mayor se produce por un conjunto de factores o una combinación de los mismos, tales como: las pérdidas ya sean las percibidas o reales, que incluye la juventud, roles como el de padre, pérdida de la salud, limitación de la movilidad, privación sensorial, la jubilación, la disminución del ingreso económico, la pobreza, el aislamiento social, las pérdidas afectivas como la de la pareja principalmente, también la muerte de amigos, familiares, vecinos, compañeros de trabajo y hasta de una mascota que fue compañera durante muchos años; la personalidad previa; las pérdidas significativas en la infancia; los antecedentes familiares de depresión; los cambios fisiológicos (reducción de enzimas biogénicas como la acetilcolina, serotonina, noradrenalina y dopamina en el sistema nervioso central); los cambios neuroendocrinos (Los cambios físicos y psicológicos estimulan la secreción de cortisol vía eje hipotálamo-hipófisis-adrenal pudiendo producir una desincronización del ritmo del ciclo circadiano, ocurriendo así un trastorno en el ciclo del sueño-vigilia causante del cuadro depresivo); así mismo el consumo habitual de fármacos; y las enfermedades o

trastornos orgánicos tanto neurológicos, endocrinos, metabólicos, tumores, cardiovasculares e infecciones. (23)

## **2.5. Definiciones de términos básicos**

**Depresión:** Trastorno afectivo que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad donde predominan los síntomas afectivos, aunque en mayor o menor grado también están presentes síntomas de tipo cognitivo, conductual.

**Características socio-familiares:** Conjunto de características esenciales como sociodemográfica, integración social y el apoyo familiar, propios de cada individuo, de la familia y de su entorno social, que determinan su estado de salud.

**Adulto Mayor:** Persona que tenga 60 o más años de edad.

**Casa de Reposo:** Son espacios donde la persona con avanzada edad puede encontrar los cuidados y la atención que precisa tener; así como renovar vínculos sociales y costumbres necesarias para su existencia.

**Anhedonía:** Disminución de la capacidad para disfrutar u obtener placer, la cual se evidencia en la pérdida de interés, por actividades que previamente agradaban a la persona.

### **III. VARIABLES E HIPÓTESIS**

#### **3.1. Variables de la Investigación**

##### **Características socio-familiares**

###### **Definición conceptual:**

Conjunto de características esenciales como sociodemográfica, integración social y el apoyo familiar, propios de cada individuo, de la familia y de su entorno social, que determinan su estado de salud.

###### **Definición Operacional (Dimensiones)**

- Sociodemográfica, son aspectos propios de cada persona como son la edad, sexo, grado de instrucción y estado civil.
- Integración social, comprende los vínculos sociales que mantiene la persona adulta mayor, ya sea por medio su participación en actividades, las relaciones interpersonales y la necesidad de apoyo para realizar sus actividades diarias.
- Apoyo familiar, ayuda que se recibe por parte de la familia en caso de necesidad mediante una buena relación, comunicación, participación y protección.

##### **Depresión**

###### **Definición conceptual:**

La depresión es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente, comprende una serie de síntomas afectivos, cognitivos y conductuales,

que se manifiestan en diferentes niveles tales como depresión leve, moderada y severa, dependiendo de la gravedad de los síntomas.

#### **Definición Operacional (Dimensiones)**

- Depresión leve, nivel de depresión donde los síntomas afectan poco a la vida diaria o lo hacen solo en algún aspecto específico. Medido por la escala de Yesavage con una puntuación de 5 a 8 puntos.
- Depresión moderada, nivel de depresión en el cual los síntomas y las limitaciones son moderados: ni tan específicos como en el nivel leve, ni tan generalizados como en el nivel severo. Medido por la escala de Yesavage con una puntuación de 9 a 11 puntos.
- Depresión severa, nivel de depresión con presencia de muchos síntomas que pueden llegar a causar deterioro o incapacidad en diferentes aspectos de la vida cotidiana. Medido por la escala de Yesavage con una puntuación de 12 a 15 puntos.

### 3.2. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores	Escala de Medición
Características socio-familiares	Conjunto de características esenciales como sociodemográfica, integración social y apoyo familiar, propios de cada individuo, de la familia y de su entorno social, que determinan su estado de salud.	Sociodemográfica	Aspectos propios de cada persona como son la edad, sexo, grado de instrucción y estado civil.	- Edad - Sexo - Grado de instrucción - Estado civil	- Ordinal - Nominal
		Integración social	Comprende los vínculos sociales que mantiene la persona adulta mayor, ya sea por medio su participación en actividades, las relaciones interpersonales y la necesidad de apoyo para realizar sus actividades diarias.	- Participación en actividades - Relaciones interpersonales - Necesidad de apoyo	- Nominal
		Apoyo familiar	Ayuda que se recibe por parte de la familia en caso de necesidad mediante una buena relación, comunicación, participación y protección.	- Relación familiar - Comunicación familiar - Participación familiar - Protección familiar	- Nominal

Depresión	<p>La depresión es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente, comprende una serie de síntomas afectivos, cognitivos y conductuales, que se manifiestan en diferentes niveles tales como depresión leve, moderada y severa, dependiendo de la gravedad de los síntomas.</p>	<p>Leve</p> <p>Moderada</p> <p>Severa</p>	<p>Nivel de depresión donde los síntomas afectan poco a la vida diaria o lo hacen solo en algún aspecto específico. Medido por la escala de Yesavage con una puntuación de 5 a 8 puntos.</p> <p>Nivel de depresión en el cual los síntomas y las limitaciones son moderados: ni tan específicos como en el nivel leve, ni tan generalizados como en el nivel severo. Medido por la escala de Yesavage con una puntuación de 9 a 11 puntos.</p> <p>Nivel de depresión con presencia de muchos síntomas que pueden llegar a causar deterioro o incapacidad en diferentes aspectos de la vida cotidiana. Medido por la escala de Yesavage con una puntuación de 12 a 15 puntos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insatisfacción con la vida.</li> <li>- Abandono de actividades habituales.</li> <li>- Pensamiento de vacío.</li> <li>- Aburrimiento.</li> <li>- Mal humor.</li> <li>- Temor.</li> <li>- Sentimiento de infelicidad.</li> <li>- Pensamiento de desamparo.</li> <li>- Preferencia por quedarse en casa.</li> <li>- Problemas de memoria.</li> <li>- Pensamiento negativo respecto a la vida.</li> <li>- Sentimiento de inutilidad.</li> <li>- Falta de energía</li> <li>- Sentimiento de desesperanza.</li> <li>- Pensamiento que los demás están mejor.</li> </ul>	- Nominal
-----------	--	---	--	--	-----------

### **3.3. Hipótesis general e hipótesis específicas**

#### **Hipótesis general:**

Hi: Las características socio-familiares tienen asociación con el nivel de depresión en los adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia San Miguel, Lima - 2018.

Ho: Las características socio-familiares no tienen asociación con el nivel de depresión en los adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia San Miguel, Lima - 2018.

#### **Hipótesis específicas:**

- Existe depresión en los adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia San Miguel, Lima - 2018.
- Las características socio-familiares que se asocian con la depresión son sociodemográfica, integración social y apoyo familiar en los adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia San Miguel, Lima - 2018.



## IV. METODOLOGÍA

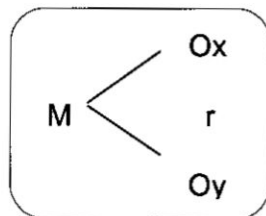
### 4.1. Tipo de investigación

El estudio es de enfoque cuantitativo, porque al realizar el estudio los datos pudieron ser medidos; de tipo correlacional, ya que tuvo como propósito medir la asociación que existe entre las variables; prospectivo, puesto que los datos se obtuvieron mediante dos cuestionarios aplicados a la población de estudio y fueron registrados durante un tiempo establecido y ser analizados en un futuro; de corte transversal, porque el estudio de la variable se realizó en un determinado momento.

### 4.2. Diseño de la Investigación

El diseño de estudio es de tipo No experimental, porque se observó tal como se presentan los hechos con la variable de estudio, en su contexto natural; así mismo es de diseño descriptivo correlacional, ya que se encontró la asociación existente entre las variables de interés, en una misma muestra de sujetos.

En este estudio se utilizará el siguiente esquema:



Dónde:

- M = Tamaño de la muestra de adultos mayores de la Casa de reposo Divina Providencia.

- Ox = Características socio-familiares
- Oy = Depresión

### 4.3. Población y muestra

#### Población

La población estuvo conformada por 134 adultos mayores de cuatro casas de reposo formales, ubicados en el distrito de San Miguel, Lima. Se requirió el cumplimiento de los siguientes criterios:

#### Criterios de inclusión

- Adultos mayores de 60 años a más de ambos sexos.
- Adultos mayores que acepten participar del estudio previo consentimiento informado.

#### Criterios de exclusión

- Adultos mayores que presenten deterioro cognitivo grave.
- Adultos mayores que no deseen participar en la investigación.
- Adultos mayores que presenten alguna discapacidad que les impida realizar el test.

#### Muestra

La muestra se obtuvo mediante la técnica del Muestreo No Probabilístico por Conveniencia, estuvo conformada por 35 adultos mayores, calculada mediante la siguiente fórmula.

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

**Dónde:**

N: Población del estudio (N=40)

p: Proporción estimada P=0.5

q: 1-0.5 = 0.5 complemento de p

Z: Coeficiente de confiabilidad al 95% igual a 1.96

e: Máximo error permisible en la investigación e = 0.06

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot (40) \cdot (0.5) \cdot (0.5)}{(0.06)^2 \cdot (40 - 1) + (1.96)^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5)}$$

$$n = \frac{(38.416)}{(0.1404) + (0.9604)}$$

$$n = \frac{38.416}{1.1008}$$

$$n = 34.89$$

$$n \approx 35$$

#### **4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Para la recolección de datos se utilizaron las técnicas de la observación y la entrevista. Los instrumentos comprenden un Cuestionario para determinar las características socio-familiares (Anexo N° 03), el cual fue elaborado de acuerdo al marco teórico, además se aplicó la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage abreviada (Anexo N° 04),

El primer instrumento elaborado por las investigadoras, para la evaluación de las características socio-familiares, fue un cuestionario de 14 ítems constituido por 4 partes: La primera parte es la presentación, donde se mencionó a las autoras, la importancia de la participación y el

agradecimiento; la segunda conformado por 4 ítems orientados a recoger información sobre la dimensión sociodemográfica; en la tercera parte estuvo conformado por 5 preguntas de respuestas dicotómicas (Si y No), que responden a la dimensión integración social y por último la cuarta parte conformado también por 5 preguntas de respuestas dicotómicas (Si y No), que responden a la dimensión apoyo familiar. Dicho instrumento fue sometido a validez de contenido por 7 expertos en el área (Anexo N° 05) cuyas opiniones y sugerencias sirvieron para realizar las modificaciones y correcciones de las preguntas, donde los resultados fueron evaluados mediante la prueba binomial con un valor de significancia estadística ( $p < 0,05$ ) para que se evidencie la validez del instrumento.

Para la medición del nivel de confiabilidad del instrumento se evaluó mediante la prueba piloto a 20 adultos mayores residentes de la Casa de Reposo María Reyna ubicado en el distrito de San Martín de Porres, se aplicó la fórmula 20 de Kuder - Richardson (20 k-r) (Anexo N° 06). Luego de dar validez y confiabilidad se realizaron los reajustes pertinentes quedando la versión final del instrumento para ser aplicado. (Anexo N° 03)

El segundo instrumento ya validado, adaptado y utilizado comúnmente para identificar depresión en el adulto mayor, fue la Escala de depresión Geriátrica de Yesavage, cuestionario que consta de 15 preguntas con respuestas dicotómicas (Si y No), 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. Respondiendo respecto a cómo se sintió durante la semana anterior a la fecha en que se aplicó dicho cuestionario. Fue aplicado a los adultos mayores con el objetivo de identificar el nivel de depresión y para medir síntomas depresivos. (Anexo N° 04)

Puntuación para la evaluación del nivel depresión:

- Normal: 0-4 puntos
- Depresión leve: 5-8 puntos
- Depresión moderada: 9-11 puntos
- Depresión severa: 12-15 puntos

La Escala de Yesavage puede utilizarse con las personas saludables y se recomienda específicamente cuando hay alguna indicación de alteración afectiva. Se ha utilizado extensamente en entornos comunitarios.

Según estudios en los Estados Unidos, se ha encontrado que este instrumento tiene una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89% cuando se evalúa contra criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido apoyadas, tanto mediante la práctica como la investigación clínica. Sin embargo, éste no es un sustituto para una entrevista diagnóstica por profesionales de salud mental. Es una herramienta útil de detección en el entorno clínico para facilitar la evaluación de la depresión en los adultos mayores. (24)

#### **4.5. Procedimientos de recolección de datos**

Para la recolección de datos se envió un oficio a la directora de la Casa de Reposo Divina Providencia, la Licenciada en Enfermería Norma Delgado Ortiz, solicitando el acceso a la institución para el desarrollo del trabajo de investigación. Una vez obtenida la autorización se coordinó con el enfermero de turno la programación de las fechas para la aplicación de los instrumentos. Posteriormente se informó a los adultos mayores sobre el estudio a realizar, su importancia, objetivos, beneficios de la investigación, el cual fue plasmado en el consentimiento informado. (Anexo N° 02). Finalmente se aplicaron los instrumentos durante el mes de setiembre de 2018, durante 3 días (lunes a miércoles) de 10 a. m. hasta 12 p. m.

#### **4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos**

Después de recolectar los datos, estos fueron codificados e ingresados a una tabla matriz y hoja de codificación utilizando el programa estadístico Excel, haciendo uso de la estadística descriptiva se presentaron los datos en tablas. Asimismo, se realizó el análisis sobre la asociación de las características socio-familiares y el nivel de depresión de los adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia, los resultados fueron determinados utilizando la prueba Chi - cuadrado, en una base de datos creada en el programa estadístico SPSS Versión 22 (programa Estadístico para las Ciencias Sociales), con el fin de comprobar la existencia de asociación significativa.

## V. RESULTADOS

**TABLA N° 5.1**

NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE LA CASA DE REPOSO DIVINA PROVIDENCIA SAN MIGUEL, LIMA - 2018.

<b>NIVEL DEPRESIÓN</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
NO DEPRESIÓN	2	5,7%
DEPRESIÓN LEVE	8	22,9%
DEPRESIÓN MODERADA	19	54,3%
DEPRESIÓN SEVERA	6	17,1%
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

En la tabla N° 5.1 observamos que del total 100% (35) de adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia San Miguel, el 54.3% (19) presentan depresión moderada, seguido de un 22.9% (8) presentan depresión leve, el 17.1% (6) presentan depresión severa y sólo el 5.7% (2) no presentan depresión.

**TABLA N° 5.2**

**CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES SEGÚN DIMENSIÓN  
SOCIODEMOGRÁFICA EN LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE  
LA CASA DE REPOSO DIVINA PROVIDENCIA SAN MIGUEL, LIMA - 2018.**

<b>SOCIODEMOGRÁFICA</b>		<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>EDAD</b>	60-69	4	11,4%
	70-79	25	71,4%
	80 a más	6	17,1%
<b>SEXO</b>	MASCULINO	9	25,7%
	FEMENINO	26	74,3%
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	SUPERIOR	8	22,9%
	SECUNDARIA	10	28,6%
	PRIMARIA	11	31,4%
	SIN NIVEL /ED. INICIAL	6	17,1%
<b>ESTADO CIVIL</b>	CASADO	2	5,7%
	SOLTERO	1	2,9%
	DIVORCIADO	1	2,9%
	VIUDO	31	88,6%

Fuente: Aplicación del cuestionario de características socio-familiares.

En la tabla N° 5.2 se puede observar que, del total de los adultos mayores, el 71.4% (25) tienen de 70-79 años, el 74.3% (26) pertenecen al sexo femenino, el 31.4% (11) cuentan con primaria y 88.6% (31) son viudos.



**TABLA N° 5.3**

**CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES SEGÚN DIMENSIÓN  
INTEGRACIÓN SOCIAL EN LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE  
LA CASA DE REPOSO DIVINA PROVIDENCIA SAN MIGUEL, LIMA - 2018.**

<b>INTEGRACIÓN SOCIAL</b>		<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES</b>	SI	15	42,9%
	NO	20	57,1%
<b>CONVERSA CON SUS COMPAÑEROS</b>	SI	23	65,7%
	NO	12	34,3%
<b>BUENA RELACION CON SUS CUIDADORES</b>	SI	24	68,6%
	NO	11	31,4%
<b>DIFICULTAD EN SU CUIDADO Y MOVILIDAD</b>	SI	19	54,3%
	NO	16	45,7%
<b>APOYO SUFICIENTE DE SUS CUIDADORES</b>	SI	33	94,3%
	NO	2	5,7%

Fuente: Aplicación del cuestionario de características socio-familiares.

En la tabla N° 5.3 se aprecia que, del total de los adultos mayores, el 57.1% (20) participa en actividades, el 65.7% (23) conversa con sus compañeros, un 68.6% (24) mantiene una buena relación con sus cuidadores, el 54.3% (19) presentan alguna dificultad en su cuidado y movilidad y un 94.3% (33) percibe el apoyo suficiente de sus cuidadores.

**TABLA 5.4**

CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES SEGÚN DIMENSIÓN APOYO FAMILIAR EN LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE LA CASA DE REPOSO DIVINA PROVIDENCIA SAN MIGUEL, LIMA - 2018.

<b>APOYO FAMILIAR</b>		<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>REGRESAR A CASA</b>	SI	31	88,6%
	NO	4	11,4%
<b>VISITA A LA FAMILIA</b>	SI	7	20,0%
	NO	28	80,0%
<b>RECIBE LLAMADAS DE LA FAMILIA</b>	SI	3	8,6%
	NO	32	91,4%
<b>RECIBE VISITAS DE LA FAMILIA</b>	SI	7	20,0%
	NO	28	80,0%
<b>AYUDA FAMILIAR</b>	SI	27	77,1%
	NO	8	22,9%

Fuente: Aplicación del cuestionario de características socio-familiares.

En la tabla N° 5.4 se muestra que, del total de los adultos mayores, el 88.6% (31) desea regresar a casa, el 80.0% (28) no visita a su familia, un 91.4% (32) no recibe llamadas frecuentemente de su familia, el 80.0% (28) no recibe visita de sus familiares y un 77.1% (27) tienen ayuda familiar.

**TABLA N° 5.5**

**CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES SEGÚN DIMENSIÓN  
SOCIODEMOGRÁFICA ASOCIADAS AL NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS  
ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE LA CASA DE REPOSO DIVINA  
PROVIDENCIA SAN MIGUEL, LIMA - 2018.**

SOCIODEMOGRÁFICA		NIVEL DE DEPRESIÓN								TOTAL	
		NO DEPRESIÓN		LEVE		MODERADA		SEVERA			
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>EDAD</b>	60-69	1	2,9%	3	8,6%	0	0,0%	0	0,0%	4	11,4%
	70-79	1	2,9%	5	14,3%	14	40,0%	5	14,3%	25	71,4%
	80 a más	0	0,0%	0	0,0%	5	14,3%	1	2,9%	6	17,1%
<b>SEXO</b>	MASCULINO	1	2,9%	3	8,6%	5	14,3%	0	0,0%	9	25,7%
	FEMENINO	1	2,9%	5	14,3%	14	40,0%	6	17,1%	26	74,3%
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	SUPERIOR	2	5,7%	2	5,7%	4	11,4%	0	0,0%	8	22,9%
	SECUNDARIA	0	0,0%	3	8,6%	7	20,0%	0	0,0%	10	28,6%
	PRIMARIA	0	0,0%	3	8,6%	3	8,6%	5	14,3%	11	31,4%
	SIN NIVEL / ED. INICIAL	0	0,0%	0	0,0%	5	14,3%	1	2,9%	6	17,1%
<b>ESTADO CIVIL</b>	CASADO	0	0,0%	2	5,7%	0	0,0%	0	0,0%	2	5,7%
	SOLTERO	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,9%	1	2,9%
	DIVORCIADO	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,9%	1	2,9%
	VIUDO	2	5,7%	6	17,1%	19	54,3%	4	11,4%	31	88,6%

Fuente: Aplicación del cuestionario de características socio-familiares y Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

En la tabla N° 5.5, según los datos recolectados en la investigación del total de adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia, la depresión moderada fue más prevalente en los adultos mayores de 70 a 79 años representado por un 40,0% (14), y un 14,3% (5) en los adultos mayores de 80 a más. Así mismo, un 14,3% (5) de 70 a 79 años presentan depresión severa. Referente al nivel de depresión según sexo, se aprecia que, en los casos de depresión moderada, el mayor porcentaje está conformado por el 40,0% (14) que pertenecen al sexo femenino, y sólo el 14,3% (5) al sexo masculino; y con respecto a los casos de depresión severa, el 17,1% (6) pertenecen al sexo femenino. Con respecto al grado de instrucción, se observa que la depresión moderada fue más prevalente en los adultos mayores con educación secundaria representada por el 20,0% (7) y un 14,3% (5) sin nivel/educación inicial; en relación a la depresión severa, el 14,3% (5) cuenta con educación primaria; sin embargo con respecto a la depresión leve, un 8,6% (3) cuenta con secundaria y se encontró casos de no depresión en un 5,7% (2) con educación superior. En cuanto al estado civil, se observa que la depresión moderada predomina en los adultos mayores viudos representado por un 54,3% (19), con depresión leve un 17,1% (6) son viudos y con depresión severa el 11,4% (4) son viudos; además se encontró depresión severa en 2,9% (1) adulto mayor soltero y en un adulto mayor divorciado 2,9% (1).

**TABLA N° 5.6**

**CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES SEGÚN DIMENSIÓN  
INTEGRACIÓN SOCIAL ASOCIADAS AL NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS  
ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE LA CASA DE REPOSO DIVINA  
PROVIDENCIA SAN MIGUEL, LIMA - 2018.**

INTEGRACIÓN SOCIAL		NIVEL DE DEPRESIÓN								TOTAL	
		NO DEPRESIÓN		LEVE		MODERADA		SEVERA			
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES	SI	2	5,7%	7	20,0%	6	17,1%	0	0,0%	15	42,9%
	NO	0	0,0%	1	2,9%	13	37,1%	6	17,1%	20	57,1%
CONVERSA CON SUS COMPAÑEROS	SI	2	5,7%	8	22,9%	11	31,4%	2	5,7%	23	65,7%
	NO	0	0,0%	0	0,0%	8	22,9%	4	11,4%	12	34,3%
BUENA RELACION CON SUS CUIDADORES	SI	1	2,9%	8	22,9%	13	37,1%	2	5,7%	24	68,6%
	NO	1	2,9%	0	0,0%	6	17,1%	4	11,4%	11	31,4%
DIFICULTAD EN SU CUIDADO Y MOVILIDAD	SI	0	0,0%	2	5,7%	11	31,4%	6	17,1%	19	54,3%
	NO	2	5,7%	6	17,1%	8	22,9%	0	0,0%	16	45,7%
APOYO SUFICIENTE DE SUS CUIDADORES	SI	2	5,7%	8	22,9%	17	48,6%	6	17,1%	33	94,3%
	NO	0	0,0%	0	0,0%	2	5,7%	0	0,0%	2	5,7%

Fuente: Aplicación del cuestionario de características socio-familiares y Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

En la tabla N° 5.6, referente a las características socio-familiares según la dimensión integración social asociadas al nivel de depresión, del total de adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia, en cuanto a la participación en actividades el 37,1% (13) no participa y presenta depresión moderada, el 17,1% (6) no participa y presenta depresión severa. Respecto a la comunicación con sus compañeros el 31,4% (11) si conversan y presentan depresión moderada, seguido de un 22,9% (8) no conversan y presentan depresión moderada; también un 11,4% (4) no conversan y presentan depresión severa. Referido a la buena relación con sus cuidadores el 37,1% (13) mantiene buena relación y presentan depresión moderada, un 22,9% (8) mantienen buena relación y presentan depresión leve. Relacionado a la dificultad en su cuidado y movilidad el 31,4% (11) tienen dificultad y presentan depresión moderada, un 17,1% (6) tienen dificultad y presentan depresión severa. Finalmente, en cuanto al apoyo suficiente de sus cuidadores un 48,6% (17) si recibe apoyo y presentan depresión moderada, el 22,9% (8) recibe apoyo y presentan depresión leve, el 17,1% (6) recibe apoyo y presentan depresión severa.

**TABLA N° 5.7**

**CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES SEGÚN DIMENSIÓN APOYO FAMILIAR ASOCIADAS AL NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE LA CASA DE REPOSO DIVINA PROVIDENCIA SAN MIGUEL, LIMA - 2018.**

APOYO FAMILIAR		NIVEL DE DEPRESIÓN									
		NO DEPRESIÓN		LEVE		MODERADA		SEVERA		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
REGRESAR A CASA	SI	2	5,7%	8	22,9%	18	51,4%	3	8,6%	31	88,6%
	NO	0	0,0%	2	5,7%	1	2,9%	3	8,6%	6	17,1%
VISITA A LA FAMILIA	SI	2	5,7%	3	8,6%	2	5,7%	0	0,0%	7	20,0%
	NO	0	0,0%	5	14,3%	17	48,6%	6	17,1%	28	80,0%
RECIBE LLAMADAS DE LA FAMILIA	SI	1	2,9%	2	5,7%	0	0,0%	0	0,0%	3	8,6%
	NO	1	2,9%	6	17,1%	19	54,3%	6	17,1%	32	91,4%
RECIBE VISITAS DE LA FAMILIA	SI	1	2,9%	4	11,4%	2	5,7%	0	0,0%	7	20,0%
	NO	1	2,9%	4	11,4%	17	48,6%	6	17,1%	28	80,0%
AYUDA FAMILIAR	SI	2	5,7%	8	22,9%	15	42,9%	2	5,7%	27	77,1%
	NO	0	0,0%	0	0,0%	4	11,4%	4	11,4%	8	22,9%

Fuente: Aplicación del cuestionario de características socio-familiares y Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

En la tabla N° 5.7, referente a las características socio-familiares según la dimensión apoyo familiar asociadas al nivel de depresión, del total de adultos

mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia, en cuanto al deseo de regresar a casa el 51,4% (18) si quieren volver y presentan depresión moderada, el 22,9% (8) si quieren volver y presentan depresión leve. Respecto a si visita a la familia el 48,6% (17) no visitan a su familia y presentan depresión moderada, seguido de un 17,1% (6) no visitan a su familia y presentan depresión severa. Referido a si recibe llamadas de su familia constantemente el 54,3% (19) no reciben llamadas y presentan depresión moderada, un 17,1% (6) no reciben llamadas y presentan depresión severa. Relacionado a si recibe visitas de su familia constantemente el 48,6% (17) no reciben visitas y presentan depresión moderada, el 17,1% (6) no reciben visita y presentan depresión severa. Finalmente, en cuanto a la ayuda familiar el 42,9% (15) si reciben ayuda y presentan depresión moderada, seguido de un 22,9% (8) si reciben ayuda y presentan depresión leve; además un 11,4% (4) no reciben ayuda y presentan depresión severa.



## **VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

### **6.1. Contrastación de hipótesis con resultados**

Hi: Las características socio-familiares tienen asociación con el nivel de depresión en los adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia San Miguel, Lima - 2018.

Ho: Las características socio-familiares no tienen asociación con el nivel de depresión en los adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia San Miguel, Lima - 2018.

- Nivel de confianza: 95% = 0.05
- Prueba estadística escogida: Prueba de Chi cuadrado
- Resultado: Los valores de la asociación se resumen en la Tabla N° 5.8  
(Véase en la página 76)

**TABLA N° 5.8**

**CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES ASOCIADAS A LA DEPRESIÓN  
EN LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE LA CASA DE REPOSO**

**DIVINA PROVIDENCIA SAN MIGUEL, LIMA - 2018.**

CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES / DEPRESIÓN	Chi-cuadrado de Pearson			
	Valor	gl	Sig.	Sig. < 0,05 (Asociación)
<b><u>SOCIODEMOGRÁFICA</u></b>				
EDAD Y DEPRESIÓN	13,217 <sup>a</sup>	6	0,040	Si hay asociación
SEXO Y DEPRESIÓN	3,280 <sup>a</sup>	3	0,350	No hay asociación
GRADO DE INSTRUCCIÓN Y DEPRESIÓN	19,577 <sup>a</sup>	9	0,021	Si hay asociación
ESTADO CIVIL Y DEPRESIÓN	17,218 <sup>a</sup>	9	0,045	Si hay asociación
<b><u>INTEGRACIÓN SOCIAL</u></b>				
PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES Y DEPRESIÓN	14,664 <sup>a</sup>	3	0,002	Si hay asociación
CONVERSA CON SUS COMPAÑEROS Y DEPRESIÓN	8,525 <sup>a</sup>	3	0,036	Si hay asociación
BUENA RELACION CON SUS CUIDADORES Y DEPRESIÓN	7,444 <sup>a</sup>	3	0,059	No hay asociación
DIFICULTAD EN SU CUIDADO Y MOVILIDAD Y DEPRESIÓN	10,292 <sup>a</sup>	3	0,016	Si hay asociación
APOYO SUFICIENTE DE SUS CUIDADORES Y DEPRESIÓN	1,786 <sup>a</sup>	3	0,618	No hay asociación
<b><u>APOYO FAMILIAR</u></b>				
REGRESAR A CASA Y DEPRESIÓN	10,822 <sup>a</sup>	3	0,013	Si hay asociación
VISITA A LA FAMILIA Y DEPRESIÓN	12,097 <sup>a</sup>	3	0,007	Si hay asociación
RECIBE LLAMADAS DE LA FAMILIA Y DEPRESIÓN	9,479 <sup>a</sup>	3	0,024	Si hay asociación
RECIBE VISITAS DE LA FAMILIA Y DEPRESIÓN	8,191 <sup>a</sup>	3	0,042	Si hay asociación
AYUDA FAMILIAR Y DEPRESIÓN	9,529 <sup>a</sup>	3	0,023	Si hay asociación

Fuente: Aplicación del cuestionario de características socio-familiares y Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

De la tabla N° 5.8, respecto a las características socio-familiares en la dimensión sociodemográfica se puede inferir que con un nivel de confianza del 95% se ha encontrado asociación significativa entre la edad (0,040), el grado de instrucción (0,021) y el estado civil (0,045).

En cuanto a la dimensión integración social se puede inferir que con un nivel de confianza del 95% se ha encontrado asociación significativa entre el aspecto participación en actividades (0,002), conversa con sus compañeros (0,036) y la dificultad en su cuidado y movilidad (0,016).

Además, respecto a la dimensión apoyo familiar se puede inferir que con un nivel de confianza del 95% se ha encontrado asociación significativa entre el aspecto deseo de regresar a casa (0,013), visita a su familia (0,007), recibe llamadas de su familia constantemente (0,024), recibe visitas de su familia constantemente (0,042) y cuenta con ayuda familiar (0,023).

Conclusión: Como el nivel de significancia es menor que 0,05, rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alternativa, luego podemos concluir que a un nivel de significancia de 0,05 las características socio-familiares tienen asociación con el nivel de depresión en los adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia San Miguel, Lima - 2018.

## **6.2. Contratación de resultados con otros estudios similares**

De acuerdo al análisis de los antecedentes consultados sobre el tema, podemos contrastar los hallazgos con algunas investigaciones realizadas a nivel internacional y nacional, los cuales han estudiado la depresión en los adultos mayores. Por lo tanto, guardan una relación directa con el planteamiento del estudio.

Según el estudio realizado por Torrejón Q. R. (Amazonas - Perú 2015), obtuvo como resultado que el 65% presentan depresión severa, el 25% depresión moderada mientras que el 10% depresión leve. Lo cual contrastado con el estudio se evidencia que del total de adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia, el 54.3% (19) presentan depresión moderada, seguido de un 22.9% (8) presentan depresión leve, el 17.1% (6) presentan depresión severa y sólo el 5.7% (2) no presentan depresión. Mostrándose de esta manera una alta prevalencia de depresión en algún grado en los adultos mayores, generado en muchos casos por eventos desafortunados de la vida como: la pérdida de su salud, sus seres queridos, situación económica inestable, entre otras condiciones que afectan negativamente el estado de su salud mental. Resulta importante la detección oportuna de los casos más graves de depresión, ya que contribuyen al elevado riesgo de suicidio en este grupo etario. Datos similares fueron encontrados por Almeida A. M. (Quito-Ecuador, 2012-2013),

donde obtuvo como resultado que, de los 50 residentes tomados en cuenta para su investigación, el 42% presentó niveles leves de depresión, el 38% depresión moderada y solo el 20% niveles graves de depresión. Así mismo, según Montenegro V. J. y Santisteban B. Y. (Lambayeque, 2016) donde se evidencia un alto porcentaje de adultos mayores con estado de salud mental deteriorado, presentando el 45.8% un estado depresivo severo y un 37.5% estado depresivo moderado. Cabe destacar que la identificación de depresión en más del 50% de la muestra estudiada, nos hace inferir que se está comenzando a dar casos más graves de depresión y si no son tratados a tiempo pueden ir en aumento, y necesitar no solo tratamiento psiquiátrico sino también tratamiento farmacológico.

Respecto a los resultados encontrados sobre las características socio-familiares asociados al nivel de depresión en la dimensión sociodemográfica: según la edad del total de adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia la depresión moderada fue más prevalente en los adultos mayores de 70 a 79 años representado por un 40,0% (14), y un 14,3% (5) en los adultos mayores de 80 a más. Así mismo, un 14,3% (5) de 70 a 79 años presentan depresión severa. Datos similares son los encontrados por Palomeque F. A. y Peralta M. E. (Ecuador, 2013) quienes afirmaron que la depresión fue más prevalente en adultos mayores de más de 74 años (20,1%). Así mismo, Licas T. M. (Lima, 2014) obtuvo como resultados que en el nivel de depresión normal el 9.5% tienen 60-64 años, en el nivel de

depresión leve el 27.3% tienen 65-69 años, y en el nivel de depresión severa el 6.8% tienen 70-74 años. Se observa que, a mayor edad, se eleva el nivel de depresión, ya que conforme va avanzando el proceso de envejecimiento, el organismo sufre diversas alteraciones en su anatomía general, disfunciones en los órganos de los sentidos y diversos cambios en los sistemas, que pueden ocasionar en los adultos mayores enfermedades crónicas o degenerativas. Esta pérdida de salud condiciona un deterioro funcional con tendencia a la dependencia física y pérdida de autonomía, por lo tanto, predomina un estado de ánimo triste, que puede desencadenar en algún nivel de depresión.

En el estudio realizado por Sánchez G. L. y Marín M. A. (Costa Rica, 2015) obtuvieron como resultados, que el sexo femenino presentaba más datos de depresión, pese a que la mayoría de personas eran féminas, comparando con los totales de cada género se identificó, 38% de la población femenina con riesgo de depresión y 15% con depresión, en los masculinos estos índices fueron bajos siendo el más alto el no riesgo de depresión con 79%. Contrastando con los resultados del estudio donde el nivel de depresión según sexo, del total de adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia se aprecia que en los casos de depresión leve el 14,3% (5) pertenecen al sexo femenino y el 8,6% (3) al sexo masculino, en los casos de depresión moderada el mayor porcentaje está conformado por el 40,0% (14) que pertenecen al sexo femenino, y sólo el 14,3% (5) al sexo

masculino; y con respecto a los casos de depresión severa, el 17,1% (6) pertenecen al sexo femenino. Todos los niveles de depresión están presentes en ambos sexos. Este trastorno emocional no distingue el sexo, por lo tanto, es de suma importancia poder identificar los síntomas depresivos, ya que es muy frecuente que los adultos mayores estén menos dispuestos a hablar sobre los sentimientos de tristeza o dolor.

Por otro lado, tal y como afirman Sánchez G. L. y Marín M. A. (Costa Rica, 2015), en el total de personas en riesgo de depresión, se documentó la persona analfabeta 7%, de primaria con 71% y de secundaria 22%. Dentro de la población con depresión la mayoría fueron de primaria 84% y de secundaria 16%. Así mismo, según el estudio realizado por Licas T. M. (Villa María del Triunfo, 2014), quien refiere que, en el nivel de depresión leve, en su mayoría predomina el grado de instrucción primaria con un 30 % (22), seguido de un grado de instrucción con analfabetismo con un 15% (11). Finalmente, en el nivel de depresión severa predomina el grado de instrucción primaria con un 16% (12) seguida de un grado de instrucción con analfabetismo con un 2.7% (2). Datos similares fueron encontrados en los adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia, donde se aprecia que la depresión moderada fue más prevalente en los adultos mayores con educación secundaria representada por el 20,0% (7) y un 14,3% (5) sin nivel/educación inicial; en relación a la depresión severa, el 14,3% (5) cuenta con educación primaria; sin embargo con respecto a la

depresión leve, un 8,6% (3) cuenta con secundaria y se encontró casos de no depresión en un 5,7% (2) con educación superior. Según el estudio realizado se concluye que existe algún nivel de depresión en todos los grados de instrucción; siendo más frecuente la depresión en el grado de instrucción secundaria, primaria y sin nivel/educación inicial. Cabe recalcar que un bajo nivel de escolaridad influye sobre la presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor, sin embargo, la presencia de factores como la realización de actividades recreativas, el soporte emocional, la integración social y la capacidad cognitiva pueden beneficiar el estado emocional del adulto mayor, disminuyendo la presencia de síntomas depresivos.

Respecto a los resultados encontrados sobre depresión y el estado civil del total de adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia, se observa que la depresión moderada predomina en adultos mayores viudos representada por el 54,3% (19), con depresión leve el 17,1% (6) son viudos y con depresión severa el 11,4% (4) son viudos; además se encontró depresión severa en 2,9% (1) adulto mayor soltero y en un adulto mayor divorciado 2,9% (1). Afirmado así por Palomeque F. A. y Peralta M. E. (Ecuador, 2013), quienes identificaron que la prevalencia de depresión fue en adultos mayores sin pareja 21,5% (36), así mismo hubo significancia estadística ( $p < 0,05$ ). Caso similar fue encontrado por Almeida A. M. (Quito-Ecuador, 2012-2013), quien refiere que el 58% están solteros, sintiendo un vacío por la falta de una pareja que haya pasado tiempo valioso con ellos, y



un 34% ya han perdido a su pareja al paso de los años, pero cuando se habla de ellos demuestran un vacío y tristeza por la falta de aquella persona que fue muy importante para ellos y quisieran encontrarse lo más pronto posible con ellos. De este modo se identifica nivel de depresión elevado en los adultos mayores viudos y solteros, sin embargo, los casos de depresión menos graves son más frecuentes en los adultos mayores casados. Así mismo, las evidencias señalan que el contar con un compañero de vida, brinda apoyo emocional para enfrentarse a las adversidades, siendo el matrimonio el que ofrece mayor protección en comparación de otras formas de relación social. Por otro lado, la viudez está asociada con el aumento de enfermedades y riesgo de muerte.

Al evaluar las características socio-familiares asociadas al nivel de depresión en la dimensión Integración Social, se encontró que del total de adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia, en cuanto a la participación en actividades el 37,1% (13) no participa y presenta depresión moderada, el 17,1% (6) no participa y presenta depresión severa. Respecto a la comunicación con sus compañeros un 22,9% (8) no conversan y presentan depresión moderada; también un 11,4% (4) no conversan y presentan depresión severa. Relacionado a la dificultad en su cuidado y movilidad el 31,4% (11) tienen dificultad y presentan depresión moderada, un 17,1% (6) tienen dificultad y presentan depresión severa. Al aplicar el Chi cuadrado para medir asociación se encontró que estas características

guardan asociación significativa con el estado depresivo ( $p < 0,05$ ). Similar asociación encontraron Montenegro V. J. y Santisteban B. Y. (Lambayeque - 2016), quienes observan que en el factor social: integración social un 66.7% no participa en actividades sociales y que el 63.9% no participa en actividades familiares. Al aplicar el Chi cuadrado para medir asociación encontraron que este factor si guarda asociación significativa con el estado depresivo.  $p < 0.05$ .

El proceso de envejecimiento conlleva a las limitaciones físicas en los adultos mayores, esto produce un cambio en las relaciones familiares y sociales, por lo que se debe estar preparado para brindar una atención adecuada y permitir que continúen siendo actores sociales importantes en su desarrollo, asegurando su condición de personas activas en pleno ejercicio de sus derechos y deberes, y permitiendo que lleven una vida digna y segura. Las personas que tienen menos contacto social y comunitario tendrán mayor probabilidad de morir a diferencia de aquellas con mayores relaciones sociales, puesto que las ayudan a resolver los problemas y enfrentar las adversidades, al igual que a mantener un sentido de dominio y control sobre las circunstancias de su vida, todo esto se asocia a mejores estados de salud.

Al evaluar las características socio-familiares asociadas al nivel de depresión en la dimensión Apoyo familiar, se encontró que del total de adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia, en cuanto al deseo de

regresar a casa el 51,4% (18) si quieren volver y presentan depresión moderada. Respecto a si visita a la familia el 48,6% (17) no visitan a su familia y presentan depresión moderada, seguido de un 17,1% (6) que no visitan a su familia y presentan depresión severa. Referido a si recibe llamadas de su familia constantemente el 54,3% (19) no reciben llamadas y presentan depresión moderada, un 17,1% (6) no reciben llamadas y presentan depresión severa. Relacionado a si recibe visitas de su familia constantemente el 48,6% (17) no reciben visitas y presentan depresión moderada, el 17,1% (6) no reciben visitas y presentan depresión severa. También en cuanto al apoyo suficiente de sus cuidadores un 48,6% (17) si recibe apoyo y presentan depresión moderada, el 22,9% (8) recibe apoyo y presentan depresión leve, el 17,1% (6) recibe apoyo y presentan depresión severa. Finalmente, en cuanto a la ayuda familiar el 11,4% (4) no reciben ayuda y presentan depresión severa. Al aplicar el Chi cuadrado para medir asociación se encontró que estas características guardan asociación significativa con el estado depresivo ( $p < 0,05$ ). Similar asociación encontró Vásquez F. D. (Arequipa-2016), quien identificó que del total de adultos mayores que presentó manifestaciones depresivas el 58.50% tuvo riesgo social y un 33.90% ya tiene problema social. E infiere que los indicadores de riesgo social pueden conducir al adulto mayor a sentirse insatisfecho con su vida, inseguro, desprotegido y desmotivado respecto a las actividades, llegando a la conclusión de que si existe relación entre la Valoración

Sociofamiliar con el Estado Mental de la población de estudio. Por otro lado Montenegro V. J. y Santisteban B. Y. (Lambayeque-2016), observan que el 55.6% de los adultos mayores viven solos (as), hablan por teléfono regularmente con 1 a 2 personas y ven a sus amigos o vecinos 1 a 2 veces; en relación a la frecuencia con la que ven a su familia el adulto mayor responde en un 50% estar contento y el otro 50% estar descontento; y el 58.3% de los adultos mayores refieren contar con apoyo. Al aplicar el Chi cuadrado para medir asociación encontraron que los factores sociales: apoyo familiar y social si guardan asociación significativa con el estado depresivo.  $p < 0.05$ .

El apoyo de la familia y de los amigos se asocia a un mejor estado de salud. Varios estudios muestran que aquellos adultos mayores que mantienen un contacto cercano y frecuente con sus familiares presentan menor número de síntomas depresivos. Estas personas desempeñan diversos roles en la familia y en la sociedad según diferentes épocas y culturas, por eso debemos descartar una serie de prejuicios sobre sus limitaciones, capacidades y habilidades, así mismo ser capaces de reconocer y valorar su aporte, incorporándolos en actividades diversas e incluso capacitarlos para desempeñar otras, promoviendo de esta manera una mirada de la vejez sin estereotipos para su propio beneficio, para la familia y la sociedad.

### 6.3. CONCLUSIONES

- a) Entre la dimensión sociodemográfica y el nivel de depresión existe asociación significativa con un valor de  $p < 0,05$  en los indicadores: edad, grado de instrucción y estado civil.
- b) Entre la dimensión integración social y el nivel de depresión existe asociación significativa con un valor de  $p < 0,05$  en los indicadores: participación en actividades, conversa con sus compañeros y dificultad en su cuidado y movilidad.
- c) Entre la dimensión apoyo familiar y el nivel de depresión existe asociación significativa con un valor de  $p < 0,05$  en los indicadores: deseo de regresar a casa, visita a su familia, recibe llamadas de su familia constantemente, recibe visitas de su familia constantemente y cuenta con ayuda familiar.
- d) Finalmente se demuestra que las características socio-familiares tienen asociación con el nivel de depresión en los adultos mayores residentes de la Casa de reposo Divina Providencia San Miguel, Lima - 2018.
- e) En los adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia se identificó que el 54.3% (19) presentan depresión moderada, seguido de un 22.9% (8) con depresión leve, el 17.1% (6) con depresión severa y sólo el 5.7% (2) no presentan depresión.

#### 6.4. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones del presente estudio son:

- a) Proponer a las autoridades de la Casa de Reposo Divina Providencia, la atención integral del adulto mayor, utilizando la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para la valoración de su estado emocional, además de instrumentos que evalúen el aspecto socio-familiar, al momento del ingreso del residente y durante toda su estadía.
- b) Sugerir a los directivos de la Casa de Reposo Divina Providencia, la integración de los familiares, compartiendo espacios con sus adultos mayores mediante la ejecución de actividades como caminatas, paseos culturales, celebración de cumpleaños y fechas especiales del año, donde el adulto mayor pueda compartir y convivir con su familia.
- c) Teniendo en cuenta los resultados de este estudio se sugiere al profesional de enfermería el diseño y ejecución de talleres, implementando actividades ocupacionales, recreativas y sociales como: la ludoterapia, laborterapia, musicoterapia, risoterapia y actividades físicas; ya que ayudan al adulto mayor a mejorar su estado emocional, previniendo y/o afrontando de esta manera la depresión.
- d) Motivar la participación de los adultos mayores institucionalizados en diversas actividades, permitiendo su interacción social con el fin de

- (13) Licas T. M. Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S. J. M – V. M. T 2014. Lima [Tesis en internet para el Título de Licenciada en Enfermería]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. [Consultado: 6 de mayo de 2018] Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4159>
- (14) Torrejón Q. R. Nivel de depresión en adultos mayores, Asentamiento Humano Señor De los Milagros, Chachapoyas-2015. [Tesis en internet para el Título de Licenciada en Enfermería]. [Amazonas]: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas; 2015. [Consultado: 6 de mayo de 2018] Disponible en: <http://repositorio.untrm.edu.pe/handle/UNTRM/143>
- (15) Aristizábal HG, Blanco BD, Sánchez RA, Ostiguín MR. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Rev Enfermería Universitaria ENEO-UNAM • Vol. 8. • Año. 8 • No.4• Octubre-diciembre 2011 [Internet]. [Consultado: 8 de mayo de 2018] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>
- (16) Burke MM, Walsh BM. Enfermería Gerontológica: Cuidados integrales del adulto mayor. 1998 Segunda Edición en español/ Harcourt Brace de España, S.A. pág. 62. [Libro en internet]. [Consultado: 10 de mayo de 2018] Disponible en: [http://books.google.com.pe/books?id=fRmGZFpVfVAC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.pe/books?id=fRmGZFpVfVAC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- (17) Cervera G. Guía para el tratamiento de los trastornos depresivos o ansiosos. Segunda edición 2011. [Consultado: 10 de mayo de 2018] Disponible en [http://clinica-snc.com/files/2011/02/Libro\\_depresion\\_y\\_ansiedad\\_2aED.pdf](http://clinica-snc.com/files/2011/02/Libro_depresion_y_ansiedad_2aED.pdf)
- (18) Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Instituto Nacional de Bienestar Familiar. Autocuidado de la salud para el adulto mayor: Manual de información para profesionales. [Consultado: 20 de agosto de 2018] Perú Lima, 2003 pág.23-28.

- (19) Organización Panamericana De La Salud (OPS). Evaluación social del adulto mayor [Página web en Internet]. [Consultado: 11 de mayo de 2018] Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo7.pdf>
- (20) Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad. Guía de práctica clínica sobre el Manejo de la depresión en el adulto. Edición 2014 [Guía en Internet]. [Consultado: 14 de mayo de 2018] Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_534\\_Depresion\\_Adulto\\_Avaliat\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf)
- (21) Ministerio De Salud Del Perú. Módulo de Atención Integral en Salud Mental 6 dirigido a trabajadores de primer nivel de atención: La depresión. Lima-Perú, 2005. [Guía en Internet] [Consultado: 18 de mayo de 2018] Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/820\\_MS-PROM14.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/820_MS-PROM14.pdf)
- (22) Ministerio De Salud Del Perú. Guía de Práctica Clínica en Depresión. [Guía en Internet] Lima. MINSA, 2008. [Consultado: 18 de mayo de 2018] Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1084\\_DGSP261.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1084_DGSP261.pdf)
- (23) Morales MF. Temas prácticos en Geriátría y Gerontología. Primera Edición. Costa Rica 2007. [Libro en Internet]. [Consultado: 20 de mayo de 2018] Disponible en: [https://books.google.com.pe/books?id=msoU0hLgBgC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=msoU0hLgBgC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- (24) Kurlowicz L, Serie: "La escala de depresión geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés) " 2007. [Serie internet]. [Consultado: 20 de mayo de 2018] Disponible en: <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-4-spanish.pdf>



# **ANEXOS**

Anexo N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES Y DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE LA CASA DE REPOSO DIVINA PROVIDENCIA SAN MIGUEL, LIMA - 2018”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>General: ¿Cuáles son las características socio-familiares asociadas al nivel de depresión en los adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia San Miguel, Lima - 2018?</p> <p>Específicos: ¿Cuál es el nivel de depresión en los adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia San Miguel, Lima - 2018?</p>	<p>General: Determinar las características socio-familiares asociadas al nivel de depresión en adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia San Miguel, Lima - 2018.</p> <p>Específicos: Identificar el nivel de depresión en los adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia San Miguel, Lima - 2018.</p>	<p>General: Hi: Las características socio-familiares tienen asociación con el nivel de depresión en los adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia San Miguel, Lima - 2018.</p> <p>Ho: Las características socio-familiares no tienen asociación con el nivel de depresión en los adultos mayores residentes de la Casa de Reposo</p>	<p><b>V1: Características socio-familiares</b> Dimensión 1: Sociodemográfica. Indicadores: - Edad - Sexo - Grado de instrucción - Estado civil</p> <p>Dimensión 2: Integración social Indicadores: - Participación en actividades - Relaciones interpersonales - Necesidad de apoyo</p> <p>Dimensión 3: Apoyo familiar Indicadores: - Relación familiar - Comunicación familiar - Participación familiar - Protección familiar</p>	<p><b>Tipo de investigación:</b> El presente estudio es de enfoque cuantitativo, de tipo correlacional, es prospectivo y de corte transversal.</p> <p><b>Diseño de la Investigación:</b> El diseño de estudio será de tipo No experimental, de diseño descriptivo correlacional.</p> <p>En este estudio se utilizará el siguiente esquema:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <math display="block">M &lt; \begin{matrix} Ox \\ r \\ Oy \end{matrix}</math> </div>	<p><b>Población</b> La población está conformada por 134 adultos mayores de cuatro centros de Atención residencial formales, ubicados en el distrito de San Miguel, Lima. Se requerirá el cumplimiento de los siguientes criterios:</p> <p><b>Criterios de inclusión</b> - Adultos mayores de 60 años a más de ambos sexos. - Adultos mayores que acepten participar del estudio previo consentimiento informado.</p> <p><b>Criterios de exclusión</b> - Adultos mayores que presenten deterioro cognitivo grave. - Adultos mayores que</p>	<p>Para la recolección de datos se utilizará la técnica de la observación y la entrevista. Los instrumentos comprenden un Cuestionario para determinar las características socio-familiares, el cual fue elaborado de acuerdo al marco teórico, además se aplicará la Escala de Depresión geriátrica de Yesavage abreviada.</p>

<p>¿Cuáles son las características socio-familiares en las dimensiones sociodemográfica, la integración social y apoyo familiar en los adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia San Miguel, Lima - 2018?</p>	<p>2018. Describir las características socio-familiares en las dimensiones sociodemográfica, integración social y apoyo familiar en los adultos mayores residentes de la Casa de reposo Divina Providencia San Miguel, Lima - 2018.</p>	<p>Divina Providencia San Miguel, Lima - 2018.</p> <p>Específicas: Existe depresión en los adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia San Miguel, Lima - 2018.</p> <p>Las características socio-familiares que se asocian con la depresión son sociodemográfica, integración social y apoyo familiar en los adultos mayores residentes de la Casa de reposo Divina Providencia San Miguel, Lima - 2018.</p>	<p><b>V2: Depresión</b></p> <p>Dimensión 1: Depresión leve</p> <p>Dimensión 2: Depresión moderada</p> <p>Dimensión 3: Depresión severa</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insatisfacción con la vida.</li> <li>- Abandono de actividades habituales.</li> <li>- Pensamiento de vacío.</li> <li>- Aburrimiento.</li> <li>- Mal humor.</li> <li>- Temor.</li> <li>- Sentimiento de infelicidad.</li> <li>- Pensamiento de desamparo.</li> <li>- Preferencia por quedarse en casa.</li> <li>- Problemas de memoria.</li> <li>- Pensamiento negativo respecto a la vida.</li> <li>- Sentimiento de inutilidad.</li> <li>- Falta de energía</li> <li>- Sentimiento de desesperanza.</li> <li>- Pensamiento que los demás están mejor.</li> </ul>	<p>Dónde:</p> <p>M = Tamaño de la muestra de adultos mayores de la Casa de reposo Divina Providencia.</p> <p>Ox = Características socio-familiares</p> <p>Oy = Depresión</p>	<p>no deseen participar en la investigación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adultos mayores que presenten alguna discapacidad que les impida realizar el test.</li> </ul> <p><b>Muestra</b></p> <p>La muestra se obtuvo mediante la técnica del Muestreo No Probabilístico por Conveniencia, estuvo conformada por 35 adultos mayores, calculada mediante la siguiente fórmula.</p> $n = \frac{z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$ <p style="text-align: center;">n = 35</p>	
--	---	---	---	--	---	--

**Anexo N° 02**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo....., después de la explicación acepto participar voluntariamente en el desarrollo de dos cuestionarios, que las Srtas. Bachilleres en Enfermería de la Universidad Nacional del Callao me están solicitando. También declaro haber sido informado del motivo de mi elección para participar en esta investigación, entiendo que los cuestionarios formarán parte de un estudio sobre mi situación emocional, mi estado de ánimo, importante para poder determinar si presento algún nivel de depresión y de algunas características socio-familiares. Asimismo, mis respuestas no serán reveladas a nadie ya que no se me identificará de ninguna manera, además yo no recibiré ningún beneficio económico como resultado de mi participación y me comprometo ser veraz en mis respuestas. En señal de conformidad firmo el presente consentimiento informado.

.....  
Firma

.....  
Firma del investigador

Lugar: Casa de Reposo Divina Providencia San Miguel, Lima.

Fecha: ..... /..... /.....

## Anexo N° 03

### CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIO-FAMILIARES

#### I. PRESENTACIÓN:

Sr(a) Buenos días, somos bachilleres de la Universidad Nacional del Callao de la Escuela Profesional de Enfermería y estamos realizando una investigación con el objetivo de determinar sus características socio-familiares. Para lo cual requerimos que respondan el siguiente cuestionario, este documento es ANÓNIMO y CONFIDENCIAL. Se le solicita a Ud. Absoluta sinceridad. Le agradecemos de antemano su colaboración.

Marque con un aspa según sus consideraciones personales (x)

#### II. DIMENSIÓN SOCIODEMOGRÁFICA:

Edad:

60 – 69 años ( ) 70 – 79 años ( ) 80 a más ( )

Sexo:

Femenino ( ) Masculino ( )

Grado de instrucción:

Primaria ( ) Superior ( )  
Sin nivel/Educación inicial ( ) Secundaria ( )

Estado civil:

Viudo ( ) Casado ( )  
Divorciado ( ) Soltero ( )

#### III. DIMENSIÓN INTEGRACIÓN SOCIAL:

1. ¿Participa de algún tipo de actividad recreativa o social?
  - a. Si
  - b. No
  
2. ¿Conversa usted con sus compañeros de la casa de reposo?
  - a. Si
  - b. No
  
3. ¿La relación con las personas que lo(a) cuidan, es buena?
  - a. Si
  - b. No

4. ¿Tiene alguna dificultad en su cuidado personal y movilidad?  
a. Si  
b. No

5. ¿Recibe el apoyo suficiente en la casa de reposo?  
a. Si  
b. No

IV. DIMENSIÓN APOYO FAMILIAR:

6. ¿Le gustaría estar en su casa rodeado por su familia?  
a. Si  
b. No

7. ¿Usted sale de la casa de reposo para visitar a su familia?  
a. Si  
b. No

8. ¿Recibe llamadas de sus familiares constantemente?  
a. Si  
b. No

9. ¿Usted recibe visitas de sus familiares constantemente?  
a. Si  
b. No

10. ¿Tiene familiares dispuestos a ayudarlo(a)?  
a. Si  
b. No

## Anexo N° 04

### ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

#### I. INSTRUCCIONES

Lea detenidamente cada pregunta y luego marque con un aspa (x) Si o No, según sus consideraciones personales.

PREGUNTAS	RESPUESTA	
	SI	NO
1. En general ¿Está satisfecho de su vida?	SI	NO
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades habituales?	SI	NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI	NO
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SI	NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SI	NO
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
11. En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SI	NO
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI	NO
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	SI	NO
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI	NO
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	NO
TOTAL		

## Anexo N° 05

### VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	JUEZ 4	JUEZ 5	JUEZ 6	JUEZ 7	p valor
1	1	1	1	1	1	1	1	0,00781
2	1	1	1	1	1	1	1	0,00781
3	1	1	1	1	1	1	1	0,00781
4	1	1	1	1	1	1	1	0,00781
5	1	1	1	1	1	1	1	0,00781
6	1	1	1	1	1	1	1	0,00781
7	1	1	1	1	1	1	1	0,00781
8	0	0	0	0	0	0	0	0,00781
9	0	0	0	0	0	0	0	0,00781
10	1	1	1	1	1	1	1	0,00781
11	1	1	1	1	1	1	1	0,00781

En la tabla de validez de contenido se observa que los 7 expertos opinaron favorablemente respecto al instrumento para evaluar características socio-familiares en los adultos mayores residentes de la Casa de Reposo Divina Providencia San Miguel, Lima - 2018, dando como resultado un valor de significancia de  $p = 0,00781$  obteniendo el grado de concordancia significativa ya que  $p < 0,05$ .

Se ha considerado:

$$P = \sum p / \text{Items}$$

$$P = 0,007813$$

Indicando que el instrumento tiene una aprobación del 82% de las respuestas de los jueces por lo tanto es válido.

Porcentaje de acuerdo a jueces:

$$b = (Ta) / (Ta + Td) \times 100$$

Reemplazando los valores obtenidos:

$$Ta = 63$$

$$Td = 14$$

$$b = (63) / (63 + 14) \times 100$$

$$b = 82\%$$



## Anexo N° 06

### EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO SEGÙN ESTADÍSTICO KUDDER RICHARDSON (VARIABLES DICOTÓMICAS)

Según el estadístico Kuder Richardson (KR=0,763) el instrumento resultó confiable (KR<0,7)

$$KR20 = \frac{K}{(K-1)} * \left(1 - \frac{\sum p * q}{\sigma^2}\right)$$

p = probabilidad de éxito para cada pregunta.

q = probabilidad de fallo para cada pregunta.

p\*q = varianza de cada pregunta.

$\sigma^2$  = varianza de los puntajes totales.

K = número de ítems.

$$KR20 = \frac{10}{10-1} * \left(1 - \frac{2,36}{7,54}\right)$$

$$KR20 = 0,763$$