



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL
CENTRO POBLADO LOS CORONADOS MOCHUMÍ
– LAMBAYEQUE - 2016.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA**

Autores
**Bach. Enf. Montenegro Valdivia Jessica del
Milagro**
Bach. Enf. Santisteban Baldera Yessica Medaly

Pimentel, Julio 2016

**FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN ADULTOS
MAYORES DEL CENTRO POBLADO LOS CORONADOS MOCHUMÍ –
LAMBAYEQUE - 2016.**

Aprobación del Informe de Investigación

Dra. Vallejos Sosa Tomasa
Asesora Metodológica

Lic. Enf. Bernal Corrales Fátima del Carmen
Asesora Especialista

Mg. Avalos Hubeck Janet
Presidenta de jurado de tesis

Lic. Benavides Fernández Yanet Marisol
Secretaria del Jurado de tesis.

Lic. Bernal Corrales Fátima del Carmen
Vocal del Jurado de tesis

DEDICATORIA

A mis familiares padres y hermanos, por ser la fuerza y motivo que me mueven a seguir adelante, por apoyarme siempre y por todo el amor que me han dado y siguen dando, porque sin su apoyo jamás hubiera llegado hasta donde estoy ahora.

Yessica Santisteban Baldera

A mis padres y esposo por su profundo amor y dedicación, por su apoyo brindado para poder alcanzar mis objetivos, y a mi hija por ser el gran motivo de seguir adelante y ser alguien mejor.

Jessica Montenegro Valdivia

AGRADECIMIENTO

A Dios Nuestro Señor; por darnos la vida y permitirnos conservar la fe, por qué la confianza en ti nos ayuda a seguir luchando, para alcanzar las metas trazadas y ser cada día mejor para nuestro desarrollo personal y profesional.

A nuestra asesora de desarrollo de tesis Dra. Vallejos Sosa Tomasa, quién ha aportado con la asesoría de esta presente investigación, pues con sus conocimientos, disposición y paciencia nos supo guiar para hacer posible nuestro logro.

A nuestra asesora especialista Lic. Bernal Corrales Fátima del Carmen por sus consejos y respuestas a nuestras dudas.

Agradecemos a los adultos mayores del Centro Poblado Los Coronados Mochumí - Lambayeque que participaron en el presente proyecto de investigación.

Yessica Santisteban Baldera y Jessica Montenegro Valdivia

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
INDICE	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCION	vi
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Situación Problemática	2
1.2. Formulación del Problema	8
1.3. Delimitación de la Investigación	8
1.4. Justificación e Importancia de la investigación.	9
1.5. Limitaciones de la Investigación	10
1.6. Objetivos de la investigación	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	12
2.1. Antecedentes de estudios	13
2.2. Bases teórica científica	18
2.3. Definición de términos básicos	32
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	34
3.1. Tipo y diseño de la investigación	35
3.2. Población y muestra	36
3.3. Hipótesis	37
3.4. Variables	37
3.5. Operacionalización	38
3.6. Abordaje metodológico, técnicas e instrumentos de recolección de datos	41
3.7. Procedimiento para la recolección de datos	43
3.8. Plan de análisis Estadístico de datos	43
3.9. Principios éticos	44
3.10. Criterios de rigor científico	44
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	46
4.1. Resultados en tablas y gráficos.	47
4.2. Discusión de resultados	52
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	56
5.1. Conclusiones	57
5.2. Recomendaciones	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXO	68

RESUMEN

La depresión es un padecimiento frecuente en los adultos mayores a nivel mundial. Es importante determinar los factores asociados a este padecimiento para desarrollar estrategias efectivas en la atención integral de esta población. Investigación de tipo descriptivo correlacional. **Objetivo:** Determinar los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores, del Centro Poblado “Los Coronados” Mochumí - Lambayeque. **Metodología:** Participaron 36 adultos mayores voluntariamente, a quienes se le aplicó la Escala de Yesavage, la Escala de Rosenberg y el cuestionario de factores sociales; procesando los datos con el SPSS 22.0, respetándose los principios éticos y de rigor científico. **Resultado:** Encontramos que el 45.8% de los adultos mayores presentan un estado depresivo severo; en relación al factor psicológico el 61,1% presenta autoestima media; y en relación al factor social se encontró que el 55.6% son mayores de 65 años; 38.9% con instrucción secundaria; 41.7% son casados; 55.6% son masculino; el 66.7% no participan en actividades sociales y 63.9% no participa en actividades familiares; el 55.6% viven solos (as), hablan por teléfono con 1 a 2 personas y ven a sus amigos o vecinos 1 a 2 veces; el 50% está contento con la frecuencia que ve a su familia y el otro 50% está descontento; y el 58.3% refieren contar con apoyo. **Conclusión:** Ambos factores, tienen asociación con la presencia del estado depresivo, $p < 0.05$ evidenciando que el factores psicológicos: autoestima tiene un alto grado de asociación al igual que el factor social: integración social - apoyo familiar y social.

Palabras Clave: Depresivo, adulto mayor, factores psicológicos, factores sociales

ABSTRACT

Depression is a condition common in seniors around the world. It is important to determine the factors associated with the condition to develop effective strategies in the comprehensive care of this population. Descriptive correlational research. **Objective:** To determine the psychosocial factors associated with depression in seniors, Center populated "Los Coronados" Mochumi - Lambayeque. Metodologia: participated 36 older adults voluntarily, to whom applied it the scale of Yesavage, the Rosenberg scale and the questionnaire of social factors; processing data with SPSS 22.0, respecting the principles of ethical and scientific rigor. Result: Found that the 45.8% of older adults have a severe depressive state; In relation to the psychological factor 61.1% presents average self-esteem; and in relation to the social Factor is found that the 55.6% are older than 65 years; 38.9% with secondary education; 41.7% are married; 55.6% are male; 66.7% do not participate in activities social and 63.9% does not participate in family activities; the 55.6% live alone (as), speaking by phone with 1-2 people and see their friends or neighbors 1-2 times; 50% are happy with the frequency that sees his family and the other 50% is unhappy; and the 58.3% refer to have support. **Conclusion:** Both factors, have association with the presence of the depressive state, $p < 0.05$ evidencing that the psychological factors: self-esteem has a high degree of association as well as the social factor: social integration - social and family support.

Keywords: Depressive, elderly, psychological factors, social factors

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La población adulta mayor comprende de los 65 años a más, sin embargo es uno de los grupos de mayor riesgo de problemas de depresión, tanto por el proceso de envejecimiento, necesidades, sociales, económicos, psicológicos, entre otros, factores que desencadenan cambios en la calidad de vida del adulto mayor.

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, que se produce a través del ciclo de vida, por lo tanto, no todas las personas envejecen de la misma forma, la calidad de vida, están relacionadas con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta, los estilos de vida, exposición a factores de riesgo y posibilidades de acceso a la educación y a la promoción de la salud en el transcurso de la vida.

Actualmente los estados depresivos constituye uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes e incapacitantes entre la población geriátrica, siendo un importante problema de salud pública, ya que, entre otros factores, aumentan con la edad¹. La depresión del anciano no es bien conocida. La mayoría de los trabajos sobre etiología y tratamiento de los trastornos afectivos (depresión) se efectúan en la población joven, sin embargo, el envejecimiento poblacional en los países, muestran una tendencia clara para el incremento de este problema en el futuro, tal vez encontremos como causa la longevidad que estamos alcanzando al incrementar la expectativa de vida de las poblaciones. Vivir muchos años implica vivir siendo viejo y este fenómeno, a su vez, supone un aumento de las discapacidades físicas, mentales, sociales y funcionales que pueden incidir en la presencia de la depresión².

Todo esto trae como consecuencia que la depresión en el anciano no se detecte adecuadamente, se infradiagnostique y que con frecuencia estemos ante depresiones enmascaradas recogiendo en estudios diferentes sucesos que pueden actuar como desencadenantes de la depresión en personas mayores, entre los cuales tenemos: la muerte del cónyuge o ser querido (riesgo: mayor en el primer año, mantenido 3 años), una enfermedad médica/quirúrgica o problemas crónicos de salud o incluso que el mayor tenga una mala autopercepción de salud. La pérdida de funcionalidad e incapacidad, hace que el adulto mayor se sienta menos útil y ello también puede acarrear la depresión ¹.

Según Pacheco S, citado en el trabajo de Cuadros A ¹, la prevalencia de la depresión severa fue el doble en personas que viven solas que en personas que viven con otros familiares, por lo tanto, el aislamiento social se convierte en un factor de riesgo; y ante esta realidad que no se diferencia de la problemática que vive el geronto en nuestro país y comunidad lambayecana es que nos permitimos plantear la pregunta de investigación ¿Cuáles son los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del centro poblado Los Coronados Mochumí – Lambayeque - 2016?.

Por ello el objeto de estudio son los factores psicosociales del adulto mayor del Centro Poblado Los Coronados – Mochumí; en concordancia con el objetivo general de determinar los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores, del Centro Poblado Los Coronados - Mochumí - Lambayeque, planteándose como hipótesis que los factores sociales tienen un alto grado de asociación con la depresión de los adultos mayores, del Centro Poblado Los Coronados – Mochumí. Lambayeque - 2016.

Este estudio se justifica porque la depresión es un trastorno de ánimo con una prevalencia en los mayores de 65 años con valores de 16.5% en la comunidad y un 29% en la atención primaria, sin embargo menos de la mitad de los pacientes con depresión son reconocidos o se desconoce el factor que ha desencadenado este estado por la escasa toma de conciencia del impacto de la enfermedad en esta población sin embargo en nuestro país aún no se tienen claros los factores de

riesgo y signos tempranos de esta enfermedad³ que no permite tener evidencias para realizar medidas preventivas sólidas y permanentes en el tiempo.

Este informe está estructurado en cinco capítulos: En el capítulo I, se describe el problema de investigación a nivel internacional, nacional y local, mostrando estadísticas que sustentan la situación problemática, luego se plantea la pregunta y se delimita la investigación especificando que se realizó en el centro poblado “Los Coronados” Mochumí - Lambayeque, posteriormente se justifica el estudio teniendo en cuenta el rol protagónico del profesional de enfermería en el cuidado del adulto mayor y se sustenta su importancia, al final de éste capítulo se describe las limitaciones que las investigadoras tuvieron en la ejecución del estudio y se plantean los objetivos generales y específicos.

Capítulo II, se presenta en este apartado el marco teórico, en el cual se hace una compilación de investigaciones relacionadas sobre las variables de estudio a nivel internacional, nacional y local, y bases teóricas científicas entre las cuales tenemos la “Teoría de la adaptación” por Callista Roy, para finalmente definir los términos básicos.

Luego en el Capítulo III; denominado marco metodológico, se especifica el tipo y diseño de la investigación, el cual es descriptivo correlacional - transversal, así como la población y muestra a utilizar, la cual se obtuvo por muestreo no probabilístico, posteriormente se presenta la hipótesis y se operacionaliza las variables; así mismo se describe el abordaje metodológico, la técnica, instrumento y el procedimiento para la recolección de los datos, el análisis estadístico e interpretación de los datos y finalmente se describe los principios éticos y de rigor científico que utilizó el estudio.

Capítulo IV, en el cual se presenta el análisis e interpretación de los resultados mediante tablas, para posteriormente proceder a la discusión de los resultados utilizando los antecedentes de estudio y las bases teóricas descritas anteriormente.

Finalmente en el capítulo V se mencionan las conclusiones y recomendaciones del estudio

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Situación Problemática

Uno de los cambios asociados a la modernidad, inédito en la historia de la humanidad y que se observa en la actualidad en nuestras sociedades, es el envejecimiento de la población. Este fenómeno encuentra explicación en cambios culturales, sociales, políticos y económicos, que han intuido en la reducción de las tasas de natalidad y fecundidad ⁴.

El envejecimiento debe ser valorado por la sociedad como un logro que genera oportunidades que deben ser aprovechadas, para lograr una mejora en la calidad de vida de las personas mayores, para que estos años los vivan de manera digna y en pleno bienestar; teniendo en cuenta que el envejecimiento, es proceso que abarca todo el ciclo vital y que cruza a toda la población, como la vejez, conforman un fenómeno complejo y multidimensional que acarrea consecuencias y desafíos, tanto para los sujetos que experimentan la vejez, como para la sociedad en su conjunto ⁴.

Asumiendo que en estos últimos siglos las sociedades están cambiando su pirámide poblacional viendo incrementada la población adulta mayor en relación a la población total. Como consecuencia de este proceso de envejecimiento, aparecen problemas sanitarios y sociales que hace poco tiempo eran escasamente considerados; teniendo en cuenta que el adulto mayor es el grupo de población que padece un sin número de enfermedades⁵, con evolución más lenta, y que se hacen crónicas dejando secuelas que pueden conducirlo a estados de dependencia parcial y/o total, y a un riesgo de aislamiento social y depresión.

Por ello podemos decir que el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importantes de finales de siglo, a nivel mundial, este grupo poblacional se duplicará, pasando del 10% (580 millones) al 15% (1,200 millones) entre 2000 y 2025, llegando a 2,000 millones en el 2050 representando el 25% de la población. Este impacto demográfico y el rápido crecimiento de la población en la primera mitad del siglo XX significa que el número de personas de más de 60 años, que eran alrededor de 600 millones, llegarán a casi 2,000 millones en el 2050, incrementándose del 10% de 1998 al 15% en el 2025, siendo más notable en los países en desarrollo ⁶.

El proceso de envejecimiento de la población se encuentra en diferentes etapas en el mundo. De acuerdo a las Perspectivas de Población Mundial de Naciones Unidas, en el 2010, Japón, contará con 225 adultos mayores por cien menores de 15, Italia y Alemania con alrededor de 190, convirtiéndose en los países de mayor envejecimiento. Para ese año, Japón tendrá cuatro veces más Adultos Mayores por cada 100 niños y niñas⁶.

Así mismo se proyecta que en el año 2030 habrá más personas mayores de 60 años que los niños menores de 10 años. En 2050, habrá 2 mil millones de personas mayores en el planeta, la mayoría de las cuales serán mujeres. Las cifras actuales muestran que existen 84 hombres por cada 100 mujeres mayores de 60 años, y las personas mayores vivirán principalmente en países en desarrollo ⁵.

Por eso debemos asegurarnos que las voces de las personas mayores sean escuchadas y su participación esté garantizada en el proceso de desarrollo dotándolos de herramientas que les permita ejercer su autocuidado ⁶ y esto sólo se logrará al brindarles habilidades que le permitan tomar decisiones y erradicar hábitos no saludables; que lo conducen a sufrir de patologías consideradas las nuevas epidemias de este siglo como las enfermedades cardiovasculares, la obesidad, la depresión y los problemas de ansiedad, los cuales están asociados a los hábitos alimenticios, al sedentarismo, al consumo de tabaco, al estrés y a nuestra forma de relacionarnos y resolver nuestros problemas cotidianos⁵.

Los factores socioeconómicos y psíquicos de las personas también adquieren protagonismo en la vejez, aumentando la demanda de servicios de salud. Según la

Organización de la Naciones Unidas (ONU), consideran anciano a toda persona mayor de 65 años (países desarrollados) y de 60 años (países en vías de desarrollo). De acuerdo a la Organización mundial de la salud (OMS), las personas de 60 a 74 años son de edad avanzada, de 75 a 90 años son ancianos y mayores de 90 años son grandes viejos⁷.

En Cuba, el Policlínico Docente “Felipe Poey”, 2012. Realizó un estudio en gerontos en cuyos resultados predominó el sexo femenino en un 64.38 %, siendo el grupo de 75 a 79 años el de mayor incidencia, para el 26,04 %, el factor psicológico que más influyó en la depresión fue, un 78, 08 %, el factor social, la necesidad de comunicación social, para un 56, 85 %, entre los síntomas psicósomáticos se encontró la desesperanza, para 86.98 %, predominando la depresión establecida, en un 50.69 %⁸.

En México, el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) reportó que para el 2010 serán 9.4 millones de la población adulta mayor lo que representó un 8.7% de la población total, donde la tasa de crecimiento promedio anual de este grupo aumentó a 3.59% entre 2007 y 2010. El Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), notificó que para el 2050, los mayores de 65 años de edad, constituirán la cuarta parte de esta población en un 5.54%, siendo la depresión uno de los padecimientos más frecuentes y incapacitantes, lo cual representará condiciones que afectan de manera directa la calidad de vida de la población adulta mayor determinando un costo social y de salud⁹.

A nivel nacional; en el Perú el incremento demográfico de la población adulta mayor se evidencia a través de los datos estadísticos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el Perú está envejeciendo de manera lenta pero inevitable. Es un proceso presente en todo el país, aunque con diferentes grados de volumen e intensidad de cambios semi patológicos como la depresión u estado de ansiedad. El grupo de personas de 65 – 70 años de edad, se incrementará sostenidamente en las próximas décadas. De poco menos de 1.5 millones de adultos mayores en el 2010, se pasará a casi 6.5 millones en 2050; 5 millones adicionales, la mayor parte de los cuales serán mujeres. El proceso de

envejecimiento demográfico plantea desafíos y exigencias de diferentes naturalezas¹⁰.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) consideran que para la región de América Latina la población adulta mayor, pasó de apenas un 5,6% del total regional en 1950 a un 10% en el año 2010. En el contexto de América Latina, el Perú aparece con un crecimiento de población adulta mayor de 8.76% al año 2010 ¹¹.

El crecimiento de la población adulta mayor trae consigo un aumento de la enfermedad relacionada con la edad, como la depresión, siendo esta el principal problema de salud mental. La alta prevalencia de la depresión en esta población es un importante problema de salud pública, considerando que los estudios demográficos señalan un aumento en la población adulta mayor, especialmente en los países desarrollados¹².

La OMS informa que los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer. Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad ¹³.

A nivel mundial, según la OMS, la depresión afecta a unos 121 millones de personas en el mundo, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos y advierte que una de cada cinco personas llegó a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como comorbilidad o situaciones de estrés. Además, debido a su inicio temprano, impacto funcional y a que tiende a la cronicidad y a la recurrencia, actualmente la depresión es una de las principales causas de discapacidad y representa un 4,3% de la carga global de enfermedad¹⁴.

Lamentablemente, en el proceso de envejecimiento existen acontecimientos como la pérdida de amigos, seres queridos, y la incapacidad para participar en

actividades que antes disfrutaba, que pueden a la larga convertirse en una carga muy pesada para el bienestar emocional de una persona que está envejeciendo¹⁵.

Una persona de edad avanzada también puede sentir una pérdida de control sobre su vida, debido a factores patológicos como las enfermedades crónicas degenerativas entre las que tenemos a la diabetes, hipertensión, problemas oftalmológicos, pérdida de la audición, entre otros; así también sufren modificaciones en su dimensión socioeconómica como por ejemplo, recursos financieros limitados, jubilación, ya que constituye un cambio en el cual la persona deja de realizar actividades que en un determinado momento de su vida lo hicieron sentirse seguro. Estos y otros asuntos suelen dejar emociones negativas como la tristeza, la ansiedad, la soledad, que a su vez conducen al aislamiento social y la apatía ¹⁵.

Otro cambio importante en el adulto mayor es que se ve afectada la autoestima y su vida emocional sufre modificaciones que originan actitudes acerca de sí mismo y acerca de los demás que pueden tener efectos negativos en sus relaciones afectivas y en el trato con otros. Del mismo modo a nivel social este grupo de personas son fuertemente discriminados, considerados como un estorbo para las familias, incapaces de realizar actividades por estar enfermos o simplemente viejos que no pueden cumplir con las tareas más básicas dentro del entorno social. Un problema creciente en la sociedad actual es el abandono, por ello tienen una alta probabilidad de convertirse en adultos mayores con depresión ¹⁶.

La depresión puede variar, el anciano infeliz tiene un sentimiento de incapacidad, desaliento, inutilidad y pérdida de interés por las actividades habituales. En la depresión un poco más profunda hay una constante tensión desagradable; cada experiencia se acompaña de pena, el enfermo puede estar temeroso, preocupado, angustiado, agitado o perplejo y padecer un sufrimiento físico o emocional ¹⁷.

Estimar la prevalencia de depresión en la vejez es especialmente difícil. Hawthorne ¹⁸. Refirió que los estudios de cohortes muestran un aumento de la depresión en el tiempo, que no se evidencia en los estudios de corte transversal.

En el meta análisis de Barua et al. se incluyeron estudios publicados entre 1955 y 2005 de corte transversal, de Asia, Europa, Australia y América, estimando una prevalencia mundial de depresión de 10,3%. El estudio Share realizado en el Reino Unido describió prevalencias desde 18% en Dinamarca y hasta 36% en España.

Y países como Chile, México y Cuba refieren prevalencias menores del 11 y 15%. Por el contrario, estudios longitudinales revelan prevalencias más altas. En Australia la depresión en mayores varió del 1,1% al 34 % en pocos años de seguimiento. Los instrumentos utilizados para la medición de depresión parecen influir en la estimación de casos reportados¹⁸.

La depresión según algunos autores es común en la adultez mayor. De acuerdo con los datos del Instituto de la Medición y Evaluación de Salud (sigla en inglés, IHME) del año 2010, los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD, sigla en inglés, DALYs) por depresión (trastorno depresivo mayor más distimia) sobre 60 es 9,17 millones de años o 1,6% del total de AVAD en este grupo etario¹⁹.

Los síntomas de la depresión de los adultos mayores difieren solamente en parte de una depresión en etapas tempranas de vida. Ellos pueden sin embargo tener más presentación somática. Esto, junto con una alta comorbilidad con otras condiciones físicas, puede crear un desafío para el diagnóstico y hay que tener cuidado en el diagnóstico pues en estado severo, la depresión puede llevar a suicidio y si tiene una comorbilidad con trastornos de uso de alcohol incrementan la probabilidad¹⁸.

Frente a toda esta problemática expuesta en párrafos anteriores los estados entre ellos el Peruano han creado instituciones y programas dirigidos a apoyar al adulto mayor, con la finalidad de incrementar la calidad de vida, a través de actividades de índole educativa, recreativa y promoción a la salud entre otros, sin embargo, aún son pocos los programas que ofrecen el apoyo a este grupo vulnerable en materia de salud mental. Por otra parte existe poca profundidad en el tema y los estudios acerca de la depresión siguen siendo escasos y poco concluyentes.

En Lambayeque las instituciones de salud pública también desarrollan el tema del adulto mayor, dentro de dicho departamento se encontró el distrito de Mochumí enfocado con una población de femenina y masculina de 9710, distribuida en sus 30 centros poblados.

Los adultos (as) mayores son 1020, que representan el 10% de la población general, el nivel educativo de esta grupo etario varía desde el analfabetismo hasta nivel primario y en muy pocos casos encontramos mujeres y varones que hallan culminado sus estudios secundarios, de esta manera el bajo nivel académico limita los espacios donde ellos tienen la oportunidad de desarrollarse progresivamente al cambio de vida.

En el centro poblado Los Coronados - Mochumí - Lambayeque se observó que adultos mayores de dicha población sufren trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria y con actividades que realizan.

Dado la problemática descrita y conscientes del rol protagónica, del enfermero se enfocará en los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores que pueden estar afectando a la población en general. Por lo que nos planteamos el siguiente problema de investigación.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuáles son los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del centro poblado Los Coronados Mochumí - Lambayeque - 2016?

1.3. Delimitación de la Investigación

La presente investigación se realizó en el centro poblado “Los Coronados” ubicado en el departamento de Lambayeque, provincia Lambayeque; dentro del caserío de Mochumí, tuvo una duración desde agosto del 2015 a junio 2016; aplicándose los instrumentos en enero del 2016 participando de esta investigación los adultos mayores de esta comunidad, con el objetivo de determinar los factores psicosociales asociados a la depresión de los adultos mayores que forman parte de esta centro poblado.

1.4. Justificación e importancia

En la actualidad a nivel mundial estadísticamente la población adulta mayor está logrando tener mayor expectativa de vida, alcanzando dentro de la pirámide poblacional porcentajes entre el 2000 y 2025 de 10% (580 millones) al 15% (1,200 millones), llegando a 2,000 millones en el 2050 representando el 25% de la población⁶, convirtiéndose el envejecimiento de la población en un problema para sociedades como la nuestra cuyas políticas de salud aún no están preparadas en la atención de las necesidades particulares del adulto mayor, originando muchas veces que esta población se encuentre en estado de vulnerabilidad, al estar solos o sin apoyo familiar.

Así mismo su condición de vulnerabilidad se incrementa teniendo en cuenta que el adulto mayor es el grupo de población que padece un sin número de enfermedades⁵, con evolución más lenta conllevándolo al deterioro de sus capacidades físicas, a esto se suman los problemas sociales, y psicológicos del geronto como el abandono, nivel económico bajo, baja autoestima, niveles altos de estrés e incluso una inadecuada autopercepción, y los estados depresivos que según algunos estudios constituyen uno de los padecimientos más frecuentes e incapacitante, asociado a la alta mortalidad en esta población encontrando una prevalencia en los mayores de 65 años con valores de 16.5% en la comunidad y un 29% en la atención primaria³.

La depresión contribuye a elevar la morbimortalidad, disminuyendo la calidad de vida de quien lo padece e incrementa costos del cuidado de la salud, a pesar de ello es poco reconocida en el adulto mayor y mucho menos tratada a pesar de ser una patología prevenible y tratable del envejecimiento patológico, pues mayormente es considerada erróneamente como parte normal del envejecimiento.

Por lo anterior expuesto y teniendo en cuenta el rol protagónico del profesional de enfermería en la promoción de la salud, prevención y diagnóstico precoz de las enfermedades y sus factores de riesgo se justifica la realización del presente estudio, conociendo que para poder planificar y ejecutar estas actividades preventiva promocionales se requiere tener un mayor conocimiento sobre los factores de riesgo asociados a la depresión entre los cuales se encuentran los

factores psicosociales que a su vez nos permiten caracterizar a nuestra población adulta mayor de Centro Poblado “Los Coronados” Mochumí – Lambayeque.

Este estudio beneficia a los trabajadores del sector salud a cargo del cuidado de esta población en especial al profesional de enfermería, porque los resultados permitirán sentar las bases para el desarrollo de estrategias efectivas en el ámbito de la salud pública y en especial de la salud mental, ya que al conocer descriptivamente los factores que se asocian a la presencia de estados depresivos en esta población podrán diseñar y planificar actividades preventivas promocionales para solucionar la problemática encontrada y buscar alianzas estratégicas con las organizaciones de base y organismos gubernamentales en favor de esta población vulnerable.

Los resultados de este estudio beneficia a las autoridades municipales y porque le servirá de base para elaborar proyectos de desarrollo y de inversión que permitan darle una mejor calidad de vida al adulto mayor.

Así mismo aportará a la Universidad Señor de Sipán, pues el estudio se convertirá en un referente teórico para otras investigaciones, demostrando la calidad educativa que se imparte en sus aulas.

1.5. Limitaciones de la Investigación

La presente investigación tuvo las siguientes limitaciones:

El tiempo utilizado para el desarrollo de la tesis fue corto ya que además del internado comunitario otras actividades y que como investigadoras tuvimos que tratar de avanzar al mismo ritmo que la asesora metodológica avanzaba para no perder la ilación del proyecto de investigación.

Los procesos de sentimientos encontrados y estilos de vida que atravesaban los adultos mayores, nos causaron dificultad a la aplicación del instrumento, pues algunas mostraban incomodidad, tristeza, depresión, etc. Para contestar, tuvimos que orientarlas(os) y ayudarlas(os) con la intención de que emitan una respuesta verdadera y confiable para el estudio.

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo General

Determinar los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores, del centro poblado Los Coronados Mochumí - Lambayeque - 2016.

1.6.2. Objetivos Específicos

Identificar el nivel de depresión en adultos mayores del centro poblado Los Coronados Mochumí - Lambayeque - 2016.

Identificar el factor psicológico asociados a la depresión en adultos mayores, del centro poblado Los Coronados Mochumí - Lambayeque - 2016.

Identificar los factores sociales asociados a la depresión en adultos mayores, del centro poblado Los Coronados Mochumí – Lambayeque - 2016.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 A Nivel Internacional:

A nivel internacional encontramos como antecedentes de investigación los siguientes estudios:

Silva M, Vivar V ²⁰, 2015, Ecuador. “Factores Asociados a la Depresión en el Adulto Mayor Institucionalizado”. Cuyo objetivo fue identificar los factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado. Estudio descriptivo de carácter mixto, utilizó el método de estudio de caso. Participaron 8 adultos mayores institucionalizados, Se aplicaron instrumentos como la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), guía de observación (Q-LES-Q), Escala de Soledad en el Adulto Mayor (IMSOL-AM), Historia Clínica, Entrevista semiestructurada, Inventario de Historias de Pérdidas. Se realizó análisis bivariado mediante porcentaje, asociación (Chi-cuadrado) Resultados: La prevalencia de depresión en esta investigación fue del 50%, de los cuales fueron depresión leve el 25,0%, depresión moderada el 12,5% y depresión grave el 12, 5%. Factores asociados como: la pérdida de roles, estado de dependencia, falta de redes de apoyo emocional, esquemas disfuncionales y procesos de duelos no resueltos favorecen a la aparición de síntomas depresivos en los adultos mayores. Además se encontró que las tres variables independientes son predictores de depresión puesto que se explicó en un 85% la varianza de la variable dependiente niveles de depresión ($R^2 = 0,85$)

Salazar, A; Reyes, M ¹⁸. 2015, Bogotá, realizaron un estudio denominado “Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores”, que tuvo como objetivo estimar la prevalencia de depresión en un muestra de adultos mayores de Bogotá y describir los factores de riesgo psicosocial asociados, el método que utilizaron para el estudio fue de corte transversal observacional-descriptivo, en 889 adultos mayores autónomos. La depresión fue evaluada con el test de depresión geriátrica Yesavage y los factores de riesgo con la sección de acontecimientos vitales del cuestionario. Como resultados fueron el 74% de la muestra estuvo constituida por mujeres, la media de edad fue de 72,51 (DS 9,4) años y la escolaridad promedio en años fue de 7,50 (DS 5,64). Así mismo, se estimó una prevalencia de depresión del 18,6%, siendo mayor en mujeres (20%) y (18%) en sujetos entre 70 y 79 años, los adultos con baja escolaridad sumaron un 43%, y el 22% lo constituyeron personas dependientes económicamente. Por otra parte, se encontró relación entre la depresión y cinco de los factores de riesgo psicosocial conocidos como acontecimientos vitales adversos, insomnio, vivir solo, padecer enfermedades crónicas, haber sufrido una crisis económica, y la muerte de un familiar o amigo cercano en el último año.

Llanes H, López Y et.al ². 2015, Habana. “Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor”. Métodos: estudio exploratorio, descriptivo, de corte transversal de enero a diciembre del 2012, en el Policlínico Docente “Felipe Poey”, Nueva Paz, la muestra de 146 ancianos, seleccionados por criterio opinático con criterios de inclusión determinados, se le aplicó un cuestionario, explorando variables edad, sexo, factores psicológicos, sociales, y la depresión; con una Escala de Depresión Geriátrica para conocer el comportamiento de la enfermedad. Resultados: predominó el sexo femenino en un 64.38 %, siendo el grupo de 75 a 79 años el de mayor incidencia, para el 26,04 %, el factor psicológico que más influyó en la depresión fue el temor a la muerte, con un 78, 08 %, el factor social, la necesidad de comunicación social, para un 56, 85 %, entre los síntomas psicosomáticos se encontró la desesperanza, para 86.98 %, predominando la depresión establecida, en un 50.69 %. Conclusiones: son múltiples los factores psicosociales de la depresión en el adulto mayor combinándose los factores psicológicos y sociales que están presentes en la convivencia familiar como la

inadaptación a la jubilación y la comunicación social, siendo típico la desesperanza que los lleva a una depresión mayor.

Dander E ¹⁷, 2013, México. Realizó la investigación “Síntomas físicos relacionados con depresión en adultos mayores de 60 años de edad en el Csr. Santa Catarina Tabernillas”. Cuyo objetivo fue determinar la relación entre la depresión y síntomas físicos en adultos mayores de 60 años de edad. Estudio descriptivo y transversal el cual aborda la relación que existe entre síntomas físicos y la depresión en los adultos mayores de 60 años de edad en el CSRSD Santa Catarina Tabernillas, Estado de México, a quienes se les aplicó la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada (Yesavage 1986) y un cuestionario de síntomas físicos, así como otro para establecimiento de factores de riesgo asociados. Encontrándose que el 42.1% de la población estudiada presentó algún grado de depresión, así mismo se registró que los grupos con mayor número de casos de depresión, tendieron a manifestar mayor cantidad de quejas somáticas, aumentando estas de manera proporcional al grado de depresión.

Segura, A; Cardona, D; Segura, Á; Garzón, M²¹. El 2012 en Colombia, realizaron una investigación como título “Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores” que tuvo como objetivo explorar la asociación entre el riesgo de depresión y los aspectos demográficos, sociales y funcionales de los adultos mayores del departamento de Antioquia en el año 2012, métodos que utilizaron fue un estudio transversal analítico de fuente primaria de 4 248 adultos mayores. Se valoraron características demográficas, sociales y funcionales. Se calculó la razón de oportunidad crudos y ajustados para buscar asociación entre el riesgo de depresión medida con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y demás variables de interés. Como resultado el riesgo de depresión se asoció con la edad, el estado civil, el nivel educativo, el consumo de alcohol y cigarrillo; al igual que con la poca o nula participación en actividades comunitarias (OR=1,9; IC95 % [1,2;3,0], la percepción de mala calidad de vida (OR=10,0; IC95 % [2,0;48,8] y la pérdida de capacidad funcional (OR=6,3; IC95 % [2,9;13,9].

Carrasco M, Herrera S, Fernández B, Barros C²², 2011, Chile, realizó su estudio titulado “Impacto del apoyo familiar en la presencia de quejas depresivas

en personas mayores de Santiago de Chile”, estudio correlacional cuyo objetivo fue evaluar el impacto del apoyo familiar sobre la presencia de quejas depresivas en personas mayores de la comunidad. Utilizó una encuesta cara a cara a una muestra representativa de adultos de 60 y más años de Santiago de Chile. Se usó la pregunta única de depresión y se correlacionó con composición familiar, disponibilidad de apoyo afectivo e instrumental, presencia de conflicto, autopercepción de salud, funcionalidad, autoeficacia, percepción de ingresos. Se calcularon asociaciones bivariadas de variables predictoras y luego un modelo de remisión logística binaria. Resultados: Se incluyeron 394 personas, 62% mujeres, edad promedio 74 años. Un 16% refirieron sentirse deprimidos casi todos los días y esto se asoció en forma independiente con autopercepción de salud regular o mala, baja percepción de autoeficacia, mala percepción de disponibilidad de apoyo instrumental y presencia de conflicto. La variable que más contribuyó en el modelo fue la autopercepción de salud regular o mala (odds ratio = 3,2). Conclusiones: La autopercepción de salud aparece muy asociada con las quejas depresivas en las personas mayores de la comunidad, lo que avala los esfuerzos enfocados en optimizar la salud y los programas de apoyo dirigidos a este grupo. Cabe destacar que el apoyo familiar, específicamente el apoyo instrumental y la ausencia de conflicto, tienen importancia, aunque secundaria.

Vallejo Crespo J ²³. El 2011 en Ecuador, realizaron un estudio denominado “Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los Cantones Azogues, Cañar, Tambo Y Déleg de la provincia del Cañar”, con el objetivo de determinar la prevalencia de la depresión en Adultos Mayores, en asilos de la provincia del Cañar, su estudio fue descriptivo donde la muestra estuvo conformado por 84 adultos mayores residentes en casas de reposo. Se usó el Test de Yesavage, el análisis estadístico se realizó mediante SPSS 15.0 y Excel y como resultados se obtuvieron que el 70% de los adultos mayores obtuvo un puntaje mayor a 4, que según esta escala corresponde a depresión, el restante 30% obtuvo un puntaje igual o menor 4 que corresponde a normal. De los 33 varones a los que se aplicó el test el 69,70% presentan depresión, y de las 51 mujeres el 70,59% presentan depresión. El asilo, que más casos de depresión presenta, es el asilo Rosa Elvira de León, con 20 casos que representan el 33,90%. El rango de edad

que más casos de depresión presenta, tanto para el sexo masculino como para el femenino, es el comprendido entre los 80 – 89 años, representando el 47.83% para el sexo masculino y el 36.11% para el femenino.

2.1.2 A Nivel Nacional

A nivel nacional encontramos como antecedentes de investigación los siguientes estudios:

Cabrera, Gutiérrez, L; Mendoza, L ²⁴. El 2010 en Lima, realizó un estudio acerca de “Factores asociados a los niveles de depresión situacional en pacientes oncológicos”, que tuvo como objetivo identificar los factores asociados a la depresión en pacientes oncológicos, Métodos: estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal realizado en el servicio de oncología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins de Lima durante los meses de mayo a junio de 2010. La muestra estuvo conformada por 44 pacientes hospitalizados que cumplieron con los criterios de inclusión. El instrumento utilizado para medir el nivel de depresión fue el inventario de depresión de Beck, para identificar los factores asociados se utilizó un cuestionario de preguntas cerradas elaborado por las investigadoras y validado a través de juicio de expertos y prueba piloto, como resultado tuvieron que el factor sociocultural sentimiento ante el diagnóstico ($p=0.004$) y el significado del cáncer ($p=0,014$) están asociados a la depresión; por otro lado, en lo que respecta al factor relacionado con la enfermedad, solo hubo asociación con la depresión en relación con el nivel de satisfacción del paciente respecto a la enfermedad y tratamiento ($p=0,002$). Con estos datos se concluye que la depresión en pacientes oncológicos se ve influenciada por factores socioculturales y propios de la enfermedad.

Capuñay, Chafloque, J; Figueroa, Alvarado, M ²⁵. El 2010 en Lima, realizaron un estudio acerca de “Factores Biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín”, con el objetivo de determinar los factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores., su estudio fue de tipo descriptivo de correlación y de corte transversal, su población estuvo constituida por 44 adultos mayores que conforman el grupo “Edad de Oro”. La técnica utilizada fue la entrevista y los instrumentos un cuestionario de factores biopsicosociales y la

Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage. En dicho estudio se concluyó con lo siguiente: “La mayoría de adultos mayores presentó un nivel de depresión leve, seguidos por un nivel normal y en su minoría un nivel de depresión severa. La depresión en el adulto mayor es una enfermedad que afecta fundamentalmente el estado de ánimo, alteraciones cognitivas, alteraciones en la funcionalidad, pérdida de placer, entre otras y ocasiona una disminución en la calidad de vida de la persona que la presenta.” “Se encontró que los factores biopsicosociales influyen mayoritariamente en el nivel de depresión leve, donde el factor biológico indica un 38,6%, el factor psicológico un 50% y el factor social un 34,1%. El factor biológico más relevante indica la disminución de la libido con un 59,1%, seguido por el factor psicológico, donde el sentimiento de soledad y autoestima evidenciaron un 50% cada uno y en el factor social, las dificultades económicas influyen con un 59,1%, entre los más principales.

2.1.3 A Nivel Local.

No se encuentran investigaciones en la localidad relacionados a las variables de estudio en los últimos 5 años.

2.2 Bases teórico científico

El ser humano al nacer sufre un proceso de cambios que se da a lo largo de toda su vida, este proceso es llamado envejecimiento, el cual se caracteriza por ser un conjunto de transformaciones y cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida: es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales. También se hace mención, del envejecimiento individual, el cual está determinado por las condiciones sociales, económicas, ambientales, nutricionales y culturales en las que viven los seres humanos, es progresivo, y comienza con el nacimiento y termina con la muerte, evolucionando progresivamente a medida que avanza la vida ²⁶. El envejecimiento es un fenómeno multifactorial, que afecta todos los niveles de organización biológica, desde las moléculas a los sistemas fisiológicos²⁷.

La población de personas mayores se ha incrementado a una tasa de 2,8% por año en todo el mundo y, paralela mente, se ha notado una reducción de la fecundidad y el crecimiento demográfico general que ha sido menor a 1,6% por año. En la actualidad el período de vida del ser humano se cuantifica con un máximo de 120 años, siempre y cuando el individuo se desarrolle en un medio ambiente adecuado. La perfección estaría representada por una curva de esperanza de vida promedio igual a la esperanza de vida máxima²⁷.

Durante el último siglo la humanidad se ha estado desplazando gradualmente en esta dirección aunque, hoy por hoy, la longevidad es un concepto ligado a la edad cronológica y de significación relativa, ya que las edades consideradas como longevas, es decir, por encima de la actual esperanza de vida, están marcadamente por debajo del valor considerado como de máxima duración²⁷.

Determinar el momento en que el envejecimiento se inicia no es tarea fácil. Desde un punto de vista biológico, no hay organismos viejos ni envejecidos, ya que esta terminología tiene el significado estático de un proceso ya llevado a cabo, en tanto que el envejecimiento es un proceso que finaliza cuando sucede la muerte. Una forma arbitraria de definir la vejez es decir que empieza en la edad convencional de jubilarse (60 ó 65 años). Pero los aparatos y sistemas de los individuos envejecen a un ritmo diferente y muchas personas de edad viven más allá de los 80 años. Así, los términos comúnmente aceptados son: los viejos jóvenes (60 a 74 años), los viejos (75 a 84 años) y los viejos más viejos (85 en adelante). No obstante, algunas personas parecen viejas mucho antes de los 60 años y algunos viejos pueden parecer más jóvenes que los viejos jóvenes²⁷.

Recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el envejecimiento activo como el proceso "por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez"²⁷.

El envejecimiento se asocia con pérdida de habilidades, demencia y depresión. Muchas personas creen que la vejez es una pendiente hacia abajo. Los pensamientos acerca de la vejez son pesimistas, casi nihilistas, y ello redundo en actitudes negativas que obstaculizan un envejecimiento sano. Ya que, al menos por

el momento, no es posible detener el proceso de envejecimiento sí se puede trabajar para lograr una buena calidad de vida²⁷.

Hay que tener en cuenta que las personas mayores hacen aportes a la sociedad de muchas maneras, ya sea en el seno de sus familias, en la comunidad local o en la sociedad en general. Sin embargo, el alcance de esos recursos humanos y sociales y las oportunidades que tendremos al envejecer dependerán en gran medida de algo fundamental: nuestra salud. Si las personas viven esos años adicionales de vida en buen estado de salud, su capacidad para hacer lo que valoran apenas tendrá límites. Pero si esos años adicionales se caracterizan por la disminución de la capacidad física y mental, las consecuencias para las personas mayores y para la sociedad serán mucho más negativa²⁸.

Dentro del proceso de envejecimiento se producen cambios en el individuo en sus diferentes dimensiones, además los factores biológicos, psicológicos y sociales, juegan un papel importante en la conducta de los adultos mayores, en la percepción sobre sí mismo, en la forma de relacionarse y en todas las actividades que llevan a cabo, no sólo en este período, sino a lo largo de toda su vida¹⁰.

Como es sabido, llega un momento en la vida, en el que se van originando cambios en el aspecto físico, que no necesariamente son causa de enfermedades; algunos cambios físicos que podemos mencionar son: declinación de las funciones sensoriales y perceptivas, disminución de la estatura, propensión a la osteoporosis (principalmente en las mujeres), atrofia de las glándulas sebáceas del rostro, pérdida de la adaptación al frío y al calor, disminución de la fuerza y rapidez para realizar actividades físicas, endurecimiento de las paredes de las arterias, pérdida de eficiencia de los mecanismos inmunológicos que defienden de las infecciones y también del cáncer, pérdida de las células productoras del pigmento melanina en el cabello y aparecen las canas ¹⁰.

También en esta etapa de vida aparece la dificultad para respirar, porque a medida que pasan los años, se requiere de un mayor esfuerzo para introducir y expeler aire de los pulmones; los cambios significativos en la vista, aún en ausencia de una enfermedad en particular; la disminución del apetito con la edad, esto debido a que varios alimentos se hacen menos atractivos en su aroma y sabor entre otros

cambios que provocan además que la energía disminuya, también la resistencia a enfermedades y el cuerpo se hace un poco más lento y flexible; razón por la cual se excluye al geronto de muchas actividades ¹⁰.

En el aspecto psicológico sucede algo similar, ya que la persona mayor, se concibe de determinada forma, dependiendo de los cambios en la atención, en la inteligencia, en la memoria, en las actitudes, en las motivaciones, en la capacidad de aprendizaje, en la percepción y en el carácter general de los individuos ¹⁰.

En este grupo observamos que la percepción que se tiene de sí mismo, se modifica con la edad, debido a dichos cambios. Algunos de los cambios psicológicos que se pueden encontrar son: disturbios de la personalidad que pueden generar sentimientos de aislamiento, la incapacidad para retener nuevas cosas y recordar acontecimientos recientes, la necesidad de sentirse escuchados, el temor a la soledad, síntomas depresivos, entre otros¹⁰.

En relación a los cambios sociales que se producen en el envejecimiento se refieren principalmente al cambio de rol del anciano, tanto en el ámbito individual como en el contexto de la propia sociedad. Así mismo abarca las diferencias generacionales existentes a nivel del comportamiento social y la dificultad de adaptación e integración del anciano a estos cambios; en el aspecto social, hay diversos factores que repercuten en la forma de concebirse y de comportarse de los adultos mayores, como son: la familia, el estado laboral, el trato que reciben de las personas cercanas a ellos ¹⁰.

Al evaluar toda esta problemática y las necesidades de salud que derivan de ellas en la persona mayor, reflexionamos que no solo es importante tener en cuenta las enfermedades concretas que puede presentar, sino también cómo estas interactúan con el entorno y repercuten en las trayectorias de funcionamiento. Tales evaluaciones funcionales exhaustivas de la salud en la vejez predicen considerablemente mejor la supervivencia y otros resultados que la presencia de enfermedades en particular o incluso el grado de comorbilidad. Además, se ha demostrado que los sistemas de salud que tienen en cuenta las necesidades complejas de la vejez y se ocupan de ellas de una manera integrada son más

eficaces que los servicios que simplemente reaccionan a las enfermedades específicas por separado²⁸.

Los enfoques basados en el funcionamiento también pueden ser útiles para elaborar una respuesta de salud pública al envejecimiento de la población. Sin embargo, el nivel de funcionalidad se determina no solo mediante la evaluación de las capacidades físicas y mentales, sino también por las interacciones que tenemos con los entornos que habitamos a lo largo de la vida²⁸.

Estas influencias del entorno en la salud durante la vejez pueden ser muy diferentes y abarcan, por ejemplo, las políticas generales que nos afectan, la situación económica, las actitudes o normas de la comunidad, las características físicas de los entornos naturales y construidos, las redes sociales a las que podemos recurrir e, incluso, los dispositivos de apoyo que podemos tener a disposición.

Se trata de influencias que definen las capacidades físicas y mentales que presentamos en cada momento (por ejemplo, al influir en nuestras opciones y nuestras decisiones relativas a la salud) y determinan, para un determinado nivel de capacidad, si podemos hacer las cosas que queremos (por ejemplo, si queremos ir a algún lugar, ¿tenemos transporte a disposición para llegar hasta allí?)²⁸. Para definir estrategias encaminadas a promover la salud en la edad avanzada, es fundamental comprender la función que desempeñan estos factores contextuales tan diversos.

Es por ello que el presente estudio pretende comprender como se asocian los factores psicosociales del adulto mayor con la presencia de la depresión. Por ello es relevante ubicar estos factores desde la visión de determinante de la salud.

Se comenzó a hablar de los grandes determinantes de la salud de los individuos y de las poblaciones, a partir del estudio presentado por Marc Lalonde, quien denomina como determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones²⁹.

Posteriormente Tarlov ²⁹ estableció los determinantes de salud en cinco niveles, desde el más individual y dependiente del campo sanitario hasta el más generalizado e independiente. Además, considera la atención sanitaria como una estrategia reparadora de salud, no como un determinante de salud años después la atención sanitaria fue considerada como una determinante.

En particular, considera este autor los siguientes determinantes: Nivel 1. Determinantes biológicos, físicos y psíquicos; Nivel 2. Determinantes de estilo de vida; Nivel 3. Determinantes ambientales y comunitarios; Nivel 4. Determinantes del ambiente físico, climático y contaminación medioambiental; y Nivel 5. Determinantes de la estructura macro social, política y percepciones poblacionales³⁰.

Estos diferentes determinantes se pueden agrupar también en función del momento en que su influencia se hace patente con relación al proceso de enfermedad. En este sentido, los determinantes se clasificarían como factores predisponentes, factores precipitantes y factores perpetuadores. También se consideran aquellos otros factores que dificultan la aparición de la enfermedad, refiriéndonos en este caso a los denominados factores protectores³⁰.

Teniendo en cuenta lo referido en párrafos anteriores, los factores psicosociales son características personales del individuo presentes dentro de su dimensión biológica, psicológica y social que actúan en este caso como factores predisponentes, precipitantes o perpetuadores e influyen en la aparición y/o permanencia de una enfermedad (depresión) en el adulto mayor.

Para fines de este estudio consideraremos dentro de estas características a la edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, autoestima, apoyo familiar y social, integración social, y para poder estructurar nuestras ideas y explicar las conexiones causales entre estas características y la depresión utilizaremos constructos basados en la teoría psicosocial, que plantea “potencial del estrés psicológico para dañar la salud”, “generado por circunstancias desesperantes, tareas insuperables o falta de apoyo social”. Conceptualizado generalmente en relación con el individuo, su hipótesis central es que los factores agudos y crónicos generadores de estrés en el “ambiente social”: a) alteran la susceptibilidad del huésped o se vuelven

directamente patogénicos por alteración de la función neuroendócrina, o b) inducen comportamientos que dañan la salud³¹.

El “ambiente social” comprende los factores psicosociales generados por la interacción humana: jerarquías dominantes, desorganización social, cambio social rápido, marginalidad, incluyendo el aislamiento social. Neutralizando a los anteriores, el “capital social” y la “cohesión social” se proponen (y refutan) como ventajas psicosociales poblacionales que pueden mejorar la salud de la población a través de su influencia sobre las normas y del fortalecimiento de los vínculos de la “sociedad civil”, pero con la advertencia de que la pertenencia a determinadas formaciones sociales puede dañar a los miembros del grupo (vg. las normas del grupo alientan comportamientos de alto riesgo) o a quienes no son miembros de él (vg. el daño causado a los grupos sujetos a discriminación por los grupos que apoyan la discriminación); la atención cambia de la “etiología específica” a la “susceptibilidad generalizada”. Por lo tanto, la mayoría de las intervenciones para reducir la enfermedad deberían mejorar y fortalecer los apoyos sociales en lugar de reducir la exposición a los factores estresantes³¹.

Un abordaje integrado para investigar la enfermedad y su prevención necesariamente requiere comprender: niveles de causalidad, trayectorias de curso de vida, tipos de causas, y tipos de enfermedades³¹. Para lograr entender la influencia de los factores psicosociales es importante conocer que:

La salud se deteriora cuando no hay oportunidades para demostrar habilidades y se tiene poca autoridad decisoria. Las recompensas inadecuadas, ya sea en términos de dinero, estatus o autoestima, están asociadas con aumento del riesgo cardiovascular³¹; el apoyo de familiares, amigos y comunidades está asociado con una mejor salud. Constituye una relación de contención y cuidado que parece actuar como buffer. Puede afectar: la salud psicológica (emocional), la salud física, la percepción de salud y la manera en que individuos y familias manejan la enfermedad y la dolencia. Los lugares de trabajo, escuelas, familias, amigos e iglesias dan y reciben apoyo social en la comunidad. Las personas con menos apoyo social y emocional experimentan menos bienestar, más depresión, y de invalidez en las enfermedades crónicas. La cohesión social – definida como la calidad de las relaciones sociales y la existencia de confianza, obligaciones mutuas,

y el respeto en las comunidades o en la sociedad ayuda a proteger a las personas y su salud. La pobreza contribuye a la exclusión social y el aislamiento³¹.

En promedio, las personas con mayores niveles educativos, tienen mayores probabilidades de: ser empleados, tener trabajos con más alto estatus social y tener ingresos estables. La educación: incrementa las elecciones y oportunidades disponibles, la seguridad y satisfacción en el trabajo, mejora la “alfabetización en salud”, aumenta la seguridad financiera y brinda a las personas las habilidades necesarias para identificar y resolver problemas individuales y grupales³¹.

El orden de valores y normas en una sociedad influye sobre la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones de varias maneras. La estabilidad social, el reconocimiento de la diversidad, la seguridad, las buenas relaciones laborales y la cohesión comunitaria brindan la contención que reduce o elimina muchos riesgos potenciales para una buena salud. Se ha demostrado que una baja disponibilidad de apoyo emocional y una escasa participación social tienen un impacto negativo en la salud y el bienestar³¹.

El género se refiere al orden de los roles socialmente determinados, rasgos de personalidad, actitudes, conductas, valores, poder e influencia relativos que la sociedad adscribe a ambos sexos sobre una base diferente, más que a sus diferencias biológicas. Muchas cuestiones de salud son función de roles o estatus basados en el género³¹.

Los valores culturales “dominantes” determinan el medio social y económico de las comunidades. Por lo tanto, algunos grupos enfrentan mayores riesgos de salud debido a: marginación, pérdida/devaluación de la cultura y el lenguaje y falta de acceso a servicios de salud culturalmente apropiados³¹.

Las circunstancias estresantes, que hacen a las personas sentirse preocupados, ansiosos e incapaces de superación, son dañinas para la salud y pueden conducir a una muerte prematura. A más bajo nivel en la jerarquía social, mayor frecuencia de estos problemas y mayor vulnerabilidad para: enfermedades infecciosas, diabetes, hipertensión, infarto, ACV, depresión y agresión, y muerte prematura³¹.

“La vida es corta cuando es de mala calidad”. La pobreza absoluta es la falta de las necesidades materiales de la vida (vg. desempleados, grupos étnicos minoritarios, obreros golondrina). La pobreza relativa comprende a los que perciben menos de 60% del ingreso medio nacional (no acceden al albergue decente, la educación y el transporte). La exclusión social es particularmente dañina durante el embarazo, y para los bebés, los niños y los ancianos. También es resultado del racismo, la discriminación, la estigmatización, la hostilidad y el desempleo. La pobreza y la exclusión social aumentan los riesgos de divorcio, invalidez, enfermedad, adicciones y aislamiento social y viceversa³¹.

Durante los últimos 15 años, se han desarrollado varios modelos para mostrar los mecanismos por los cuales los determinantes afectan los resultados de salud, para hacer explícitas las relaciones entre los diferentes tipos de determinantes de salud; y para localizar puntos estratégicos para la acción política³¹. Dentro de este modelo se encuentra el de las influencias múltiples en el ciclo de vida (Brunner, Marmot y Wilkinson); El modelo ilustra cómo las desigualdades socio-económicas en salud resultan del diferencial de la exposición a riesgos medio ambiental, psicológico y conductual a lo largo del ciclo de la vida. Este modelo relaciona la estructura social con la salud y la enfermedad a través de las vías material, psicosocial, y conductual. La genética, la infancia temprana y los factores de la cultura son importantes influencias en la salud de la población ³¹.

En este estudio para poder interpretar y analizar la influencia de los factores psicosociales sobre el estado depresivo del adulto mayor también asumiremos la teoría de enfermería propuesta por Callista Roy: “Teoría de la adaptación”; quien definió la adaptación como el proceso y el resultado por el que las personas de pensamiento y de sensación, como individuos o en grupos, utilizan el conocimiento y la opción consciente para crear la integración humana y ambiental; señala que los seres humanos como sistemas adaptantes tienen la capacidad de adaptarse y crear cambios en el ambiente. La capacidad de responder positivamente a estos cambios es una función del nivel de adaptación del sistema humano ³².

El nivel de adaptación es un punto cambiante que refleja, la habilidad de la persona para responder positivamente a los cambios del ambiente. Este incluye las capacidades, esperanzas, sueños, aspiraciones, motivaciones que llevan a la

persona hacia la excelencia. La adaptación descrita por Callista en su modelo es un nivel integrado, donde describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que funcionan como un todo para satisfacer las necesidades humanas, un nivel compensatorio; el cual se presenta cuando los mecanismos reguladores y cognitivo del afrontamiento se activan por un estímulo, y se produce alteración de los procesos integrados y un nivel comprometido que aparece cuando los procesos integrado y compensatorio son inadecuados³².

Entonces teniendo en cuenta lo escrito párrafos anteriores diremos:

En un primer acercamiento, parece que existe un claro consenso acerca de lo que son vejez y envejecimiento. Vejez se refiere a un estado, relativamente largo, por el que pasan los seres humanos; pero un estado que además es el último período del ciclo vital. Por su parte, el envejecimiento es un proceso biológico, social y psicológico, como resultado de la interacción de la herencia, el ambiente y la conducta. No parece que esto suscite ninguna discusión. Otra cosa diferente es establecer si se trata de un período de declive o de producción y si es un proceso normal o patológico, respectivamente. Esta bipolaridad en la visión de vejez y envejecimiento como positivo o negativo, desde luego, no es contemporánea³³.

Sin ánimo de agotar el campo, vamos a enumerar algunos de los cambios y/o problemas acaecidos a consecuencia del proceso de envejecimiento. Es más fácil hacer ese inventario apelando de nuevo a los tres grandes grupos, aunque reiteramos que entre los tres existe una cierta dosis de interdependencia³³.

Problemas físicos: como consecuencia del deterioro biológico, aparecen, al menos, los siguientes problemas, no asociados directamente a la edad ni presentes en todas las personas cuya edad los hace pertenecer al grupo de personas mayores, o ancianas, o viejas, o como quiera denominárseles: incontinencia urinaria, osteoporosis, artrosis y artritis, problemas coronarios, insuficiencia respiratoria, diferentes procesos oncológicos, problemas hormonales problemas sexuales, aumento en la frecuencia de caídas, enfermedad de Parkinson, problemas sensoriales, deterioros dermatológicos y cambios neurocerebrales³³.

Problemas psicológicos: A parte del deterioro cognitivo, principalmente problemas de memoria y aprendizaje de tareas nuevas, hay otros problemas

psicológicos que aparecen a lo largo del proceso de envejecimiento y que, al menos, incluyen los siguientes (de nuevo sin la intención de agotar todos ellos: depresión, esquizofrenia, psicosis, parafrenia, trastornos de personalidad, fobias, efectos producidos por estrés y sucesos vitales estresantes, problemas de pareja y familiares, problemas sexuales, afrontamiento de enfermedad y/o muerte, hábitos no salutogénicos (fumar, tomar alcohol como forma de superar los cambios), afrontamiento de pérdida de personas queridas, afrontamiento de pérdida de trabajo, etc³³.

También, como en el caso de los problemas físicos, en el grupo de personas mayores hay una alta incidencia de comorbilidad de diferentes problemas psicológicos, pero también eso ocurre en otras etapas del ciclo vital. Lo que debe llamar nuestra atención es que además de los problemas cognitivos, que tanto preocupan a legos, investigadores y políticos, los ancianos también pueden experimentar sufrimiento psicológico por otros problemas tan importantes como los cognitivos, que perjudican una vida satisfactoria. Esto implica la necesaria preparación y estudio en la problemática psicológica-social-física-económica-...a lo largo de todo el ciclo vital³³.

Problemas sociales: Dentro de esa interrelación que ya hemos mencionado entre los factores físicos, psicológicos y socio-culturales, encontramos una serie de consecuencias problemáticas de clara apariencia social, siendo algunos de ellos los cambios de roles, estrés laboral, los problemas económicos, cambios en las redes socio-laborales, problemas asociados a la jubilación o al paro sin jubilación, consecuencias por ser cuidador de un familiar enfermo y/o discapacitado, consecuencias por ser una persona dependiente de otra que le cuida, consecuencias para los cuidadores de un anciano enfermo y/o discapacitado, consecuencias para los familiares, consecuencias para la sociedad (sistemas de pensión y seguros sociales y médicos), papel de "anciano", mitos sobre la vejez, realidad social de residencias y asilos públicos y/o privados, etc³³.

Las personas utilizan tres tipos de estrategias de afrontamiento: las estrategias comportamentales; buscan controlar el estímulo o estresor en forma directa, actuando frente al problema que la persona considera es susceptible a

modificar. Estas también pueden ser evasivas cuando la persona siente que no puede actuar frente al estímulo y lo rechaza. Las estrategias afectivas hacen referencia a los intentos que realiza la persona para controlar las reacciones emocionales que el problema genera. Se manifiestan con la expresión de sentimientos frente a sí mismos y frente a otros, aceptando estos sentimientos o resignándose a permanecer en esa condición. Las estrategias cognitivas pueden ser de dos tipos, aquellas que buscan minimizar las consecuencias y el impacto de la situación, negando su gravedad o ignorándola, y aquellas que, por el contrario se enfocan en la situación y se ocupan de ella ³⁴.

El afrontamiento según Roy son los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza las personas para atender las demandas del ambiente, que actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad³⁴.

El subsistema de afrontamiento cognitivo tiene relación con la conciencia. La conciencia monitorea y regula el comportamiento humano gracias a los procesos cognitivos en donde, mediante el desarrollo del proceso de información, la persona otorga un significado a los estímulos del ambiente, interactúa con este y alcanza los niveles más altos de integración consigo mismo y con la sociedad. Este procesamiento de la información se da en tres etapas secuenciales, las cuales están íntimamente relacionadas entre sí; Roy las ha denominado como entradas, procesos centrales y salidas³⁴.

Entradas: Son los estímulos que puedan llegar desde el entorno o desde el interior de la persona. Se clasifican en focales (afectan a la persona inmediatamente), contextuales (todos los demás estímulos que están presentes) y residuales (inespecíficos, tales como ciencias culturales o actitudes ante la enfermedad) ³⁴.

Procesos centrales: Hace uso de los procesos (mecanismos de control que una persona utiliza como sistema de adaptación) y los efectores (hacen referencia a la función fisiológica, el auto concepto y la función de rol incluidos en la adaptación) ³⁴.

Salidas: Se refiere a las conductas de las personas, se dividen en respuestas adaptativa (aquellas que promueven la integridad de la persona; logran las metas de la supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio), y en respuestas ineficaces (aquellas que no fomentan el logro de las metas). Las respuestas proporcionan, la retroacción del sistema³⁴.

Aunque es normal que las personas utilicen mecanismos de afrontamiento, también es claro que en algunos pacientes estos mecanismos no sean eficientes y como resultado se presenten problemas de adaptación como ansiedad, baja autoestima, disfunción sexual, aflicción y culpabilidad; estos problemas se convierten en estímulos importantes que no permitirán la adaptación en los otros modos adaptativos sobre todo en el fisiológico, ya que influirá en la realización de actividades y apego al tratamiento lo que puede complicar o dificultar la adaptación de estos pacientes. Para establecer dichas intervenciones es necesario que el personal de enfermería elabore planes de cuidado y guías de práctica clínica específicas que les permita la adaptación de sus pacientes³⁴.

El proceso de afrontamiento es complejo, multidimensional, por lo que hay que tener en cuenta que las estrategias son cambiantes en el tiempo y sensibles tanto a las características personales como a factores externos o del entorno³⁴.

Las personas vistas como sistemas adaptativos holísticos, según Roy, se encuentran en una continua interacción con un ambiente cambiante. Los estímulos ambientales, al entrar en contacto con el sistema, activan los subsistemas de afrontamiento regulador y cognitivo y desencadenan una serie de respuestas observables a través de los cuatro modos de adaptación (fisiológico, auto concepto, función del rol e interdependencia); estas respuesta buscan afrontar la situación y de esta manera, promover la adaptación³⁴.

El ambiente se define como todas las condiciones, circunstancias e influencias que afectan el desarrollo y comportamiento como sistemas adaptativos, con particular consideración de la persona y los recursos de la tierra. En el ambiente se encuentran los estímulos que Roy clasifica como focales, contextuales y residuales³⁴.

Los contextuales son otros estímulos que están presentes en la situación, y aunque no son el centro de atención y consumo de energía, influyen en la forma como la persona puede afrontar el estímulo focal. Haciendo referencia a la influencia del ambiente en cuanto al aspecto laboral, social, cultural en su proceso de afrontamiento. Los estímulos residuales son factores desconocidos que se encuentran en el ambiente, cuyos efectos no han sido confirmados. Estos pueden ser una expectativa un valor, una actitud o una creencia producto de experiencias pasadas³⁴.

En el momento que se conocen como están actuando en la situación se vuelven contextuales. Estos estímulos activan los subsistemas de afrontamiento regulador y cognitivo, con el propósito de desencadenar respuestas que permitan controlar la situación. El primero responde automáticamente a los estímulos del ambiente interno y externo. Y las respuestas mediadas por el subsistema regulador se ven reflejadas particularmente en el modo fisiológico de adaptación³⁴.

A través de estos subsistemas el individuo interpreta en forma particular los estímulos generando comportamiento o respuestas que pueden ser adaptativas o inefectivas; estas actúan como retroalimentación para incrementar o reducir los esfuerzos de afrontamiento. Las respuestas se evidencian en forma interrelacionada en cuatro modos de adaptación:

El fisiológico: La categoría del comportamiento que pertenece a los aspectos físicos del sistema humano se llama modo fisiológico físico para los individuos y los grupos. El comportamiento en este modo es la manifestación de las actividades fisiológicas de todas las células, tejidos finos, órganos, y sistemas que abarcan el cuerpo humano. Para el individuo, el modo fisiológico tiene cinco necesidades básicas: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso y protección³⁴.

El auto concepto: se centra específicamente en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano. Para el individuo el auto concepto se define como el conjunto de creencias y sensaciones que una persona tiene de sí mismo en una situación dada. La opinión interna y de otros, genera reacciones que son influyentes en el comportamiento. Los componentes del modo del auto concepto son el uno mismo físico, incluyendo la sensación del cuerpo y la imagen del cuerpo y el uno

mismo personal, abarcando la autoconsistencia, auto ideal, y moral – ético - espiritual³⁴

La función de Rol: Se centra específicamente en los roles que la gente ocupa en sociedad. La necesidad básica subyacente en el modo de la función del rol, se ha identificado como la integridad del rol social con claridad del individuo por sí solo y en sociedad. Para la integridad individual y social implica la necesidad de saber quién es uno en lo referente a otros de forma que se pueda actuar³⁴.

La Interdependencia: Se centra en relaciones cercanas con la gente, como individuos y grupos, más que roles en sociedad. Está relacionado con los procesos afectivos, de desarrollo y de los recursos con los que el individuo continúa creciendo como persona y como miembro que contribuye en la sociedad. Las relaciones interdependientes se dividen en dos categorías: significativas y sistemas de ayuda³⁴.

La condición cambiante del nivel de adaptación afecta la habilidad del sistema adaptativo humano para responder positivamente a la situación. Actúa como un sistema de amortiguación del estímulo focal y se comporta a su vez como otro estímulo; de aquí la importancia de establecer el nivel previo a la situación actual del individuo³⁴.

2.3. Definición de términos básicos

*Definición del adulto mayor*¹⁰: En la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento realizada en Viena en el año de 1982, se tomó como la edad umbral los 60 años y en el año de 1984 la organización mundial de la salud establece el uso del término “Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 a más años de edad, lo cual también se aplica en el Perú.

*Depresión*¹⁰: Para la Organización Mundial de la Salud – OMS La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

*Nivel de depresión*¹⁰: es la respuesta expresada por el adulto mayor acerca de las diversas manifestaciones que intervienen en su estado psico emocional y que afecta su modo de vida Utilizando para ello la escala de depresión geriátrica del adulto mayor, el test de Yesavage, el cual es un instrumento psicológico conformado por 15 ítems que describen manifestaciones conductuales relacionadas con la depresión del adulto mayor. Categorizando el nivel de depresión en: normal; depresión leve; depresión severa.

Factores psicológicos: Son aquellas disposiciones personales las cuales tienen una carga afectiva que lucha por satisfacer las necesidades ²⁴.

Factores sociales: Son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio²⁴.

Afrontamiento: El afrontamiento cognitivo se relaciona con la habilidad para afrontar las situaciones adversas, la cual es muy amplia en los seres humanos; cada persona interpreta y reacciona ante una situación en forma diferente, y de acuerdo con esto responde a los estímulos ambientales, teniendo en cuenta que la capacidad de afrontamiento es el resultado de la interacción entre demanda sobre el individuo, los recursos personales disponibles y los recursos ambientales entre los cuales se incluyen los sociales. Los problemas de afrontamiento surgen cuando se altera la estabilidad en la relación entre la persona y el ambiente ³⁴.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

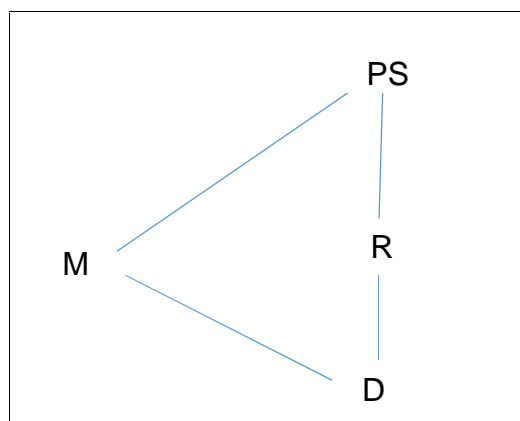
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo y diseño de la investigación

Teniendo en cuenta a Hernández³⁵; el enfoque de investigación del presente trabajo fue cuantitativo porque se usaron magnitudes numéricas como promedio, moda, mediana y porcentajes para procesar los datos cumpliendo con los objetivos planteados.

La investigación es descriptivo correlacional; los resultados se centran en identificar y describir las relaciones entre las categorías de la variables factor psicosocial y estados depresivos en un momento determinado, sin embargo es transversal por que recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito fue describir las variables, analizar su incidencia e interpretación en un momento dado.

La investigación se representó con el siguiente diagrama.



Leyenda:

M= Adultos mayores del centro poblado “Los Coronados”

PS= Factores psicosociales

D= Depresión

r = Relación que existe entre las tres variables.

3.2 Población y Muestra

Teniendo en cuenta lo referido por Hernández³⁵ la población del presente estudio estuvo constituida por 36 adultos mayores del Centro Poblado “Los Coronados” - Mochumí – Lambayeque 2016, por ser una población pequeña se consideró también como muestra de estudio.

Criterios de inclusión:

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

Adultos mayores que vivan en el Centro Poblado “Los Coronados” Mochumí - Lambayeque – 2016

Adultos mayores orientados en tiempo, espacio y persona.

Adulto mayor que aceptaron participar voluntariamente en la entrevista.

Criterios de exclusión:

Adultos mayores de 60 años que presenten alguna enfermedad mental.

El muestreo que se utilizó es no probabilístico por conveniencia o por criterio por contar una población de estudio pequeña y concentrada en un solo lugar de residencia.

3.3 Hipótesis

Hipótesis General: Los factores sociales tienen un alto grado de asociación con la depresión de adultos mayores, del Centro Poblado “Los Coronados” Mochumí – Lambayeque –2016.

3.4 Variables

Variable Independiente: Factores Psicosociales

Definición conceptual: Son aquellas condiciones psicológicas y sociales que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren, generando necesidades.

Definición Operacional: Son aquellas condiciones sociales y psicológicas que afectan a los adultos mayores, se identifican al aplicar el cuestionario de factores sociales elaborado por las investigadoras teniendo de base el instrumento de Gertrude Fillenbaum, Ph.D, que recolecta información sobre aspectos sociales (Anexo N° 1), y la escala de autoestima de Rosenberg (Anexo2) , lo cual evalúa el nivel de autoestima, cuyo puntaje equivale de 30 a 40 puntos: Autoestima elevada, considerada como autoestima normal; de 26 a 29 puntos: Autoestima media, no presenta problemas de autoestima grave, pero es conveniente mejorarla; menos de 25 puntos: autoestima baja, existen problemas significativos de autoestima.

Variable Dependiente: Estado depresivo

Definición conceptual: Son reacciones subjetivas del ser humano al ambiente que viene acompañada de cambios fisiológicos y endocrinos de origen innato, influidos por la experiencia. En el adulto mayor este está ligado directamente a los estados depresivos ³⁶.

Definición Operacional: Estado depresivo que presenta el adulto mayor y se categoriza en:

Normal: 0 a 5 puntos.

Estado depresivo moderado: 6 a 10 puntos

Estado depresivo severo: 11 a 15 puntos.

3.5 Operacionalización

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES ÍTEMS O RESPUESTAS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS
V ¹ : Factores psicosociales	Características demográficas y sociales	Edad Sexo Grado de instrucción Estado civil	Técnica : Entrevista Instrumento: Cuestionario guiado por la valoración de recursos sociales: adaptado por las investigadoras teniendo en cuenta lo elaborado
	Integración social	¿Participa algún tipo de actividad recreativa, deportiva o social? ¿Participa en actividades familiares como quehaceres del hogar o cuidado de los nietos?	
	Apoyo familiar y social	¿Quién vive con usted?	

		<p>¿Con cuantas personas ha hablado por teléfono en la última semana?</p> <p>¿Cómo se siente respecto a la frecuencia que tiene contacto con sus familiares?</p> <p>¿Con que frecuencia tiene contacto con sus amigos o vecinos?</p> <p>¿Si usted enfermase ocasionalmente, cuenta con alguien que le puede ayudar?</p>	<p>por Gertrude Fillenbaum.</p>
	AUTOESTIMA	<p>Alta</p> <p>Media</p> <p>Baja</p>	<p>Técnica: Entrevista</p> <p>Instrumento:</p> <p>Escala de autoestima de Rosenberg</p>

<p>V²: Depresión en adultos mayores</p>	<p>Depresión</p>	<p>Normal Depresión Moderada Depresión Severa</p>	<p>Técnica: entrevista</p> <p>Instrumento: Escala de depresión geriátrica abreviada- Escala de Yasavage</p>
--	------------------	---	---

3.6 Abordaje metodológico, técnicas e instrumentos de recolección de datos.

3.6.1 Abordaje metodológico

Según Hernandez Sampieri y col.³⁵ En el desarrollo de esta investigación se usó el método científico, desarrollando en su proceso los métodos inductivo y deductivo ya que se analizó la realidad y se contrastaron los resultados encontrados con la teoría existente relacionada con las variables de estudio.

3.6.2 Técnicas de Recolección de datos.

Se utilizó como técnica la encuesta, ampliamente utilizada como procedimiento de investigación, ya que permite obtener y elaborar datos de modo rápido y eficaz; esta técnica utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características³⁵.

3.6.3 Instrumentos de Recolección de datos.

El presente estudio utilizó tres instrumentos para la recolección de información:

Se Utilizó un cuestionario para evaluar factores sociales el cual consta de 11 preguntas. Validado por jueces de expertos.

Así mismo se utilizó La Escala de Yesavage³⁷, Es un cuestionario breve en el cual se le pide al individuo responder a 15 preguntas, contestando sí o no respecto a cómo se sintió durante la semana anterior a la fecha en que se administra dicho cuestionario. Una puntuación de 0 a 5 se considera normal, 6 a 10 indica depresión leve y 11 a 15 indica depresión severa.

En estudios en los Estados Unidos, se ha encontrado que la Escala de Yesavage 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 ³⁸.

Las preguntas que se plantearon en el instrumento, constituyeron la base para recabar la información pertinente y estuvieron relacionadas con el objetivo trazado en la presente investigación.

Cuestionario para explorar la autoestima personal de Rosenberg ³⁹, entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia. Autoadministrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada Considerada como autoestima normal

De 26 a 29 puntos: Autoestima media, no presenta problemas de autoestima grave, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas: La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escala se encuentra entre 0.76 y 0.87, la fiabilidades de 0.80.

3.7 Procedimiento para la recolección de datos

Para llevar a cabo la recolección de los datos se procedió a solicitar la aprobación del proyecto de investigación por la Escuela Académico Profesional de Enfermería USS, quedando aprobado por resolución.

Posteriormente se presentó la carta de presentación del trabajo de investigación junto con una copia al teniente gobernador del centro poblado para solicitar su colaboración en la ejecución del presente estudio, y solicitarle convoque a reunión a la comunidad para informarle la importancia y relevancia de la ejecución de la investigación.

Después de la coordinación; se planificó la reunión informativa con la comunidad y especialmente con los adultos mayores y en la cual se firmó el consentimiento informado de los gerontos que voluntariamente desearon participar del estudio. (Anexo N° 04)

Luego se programó un cronograma de visitas para la aplicación de los instrumentos.

3.8 Plan de análisis estadístico de datos

Siguiendo lo referido por Hernandez Sampieri y col.³⁵ Para el análisis de esta investigación se utilizó un software estadístico de los datos, (Programa SPSS versión 22.0), el cual permitió ingresar los datos, dándonos los valores promedios aritmético, la desviación estándar, la moda, la varianza y el coeficiente de variabilidad que sirvieron para verificar la relación entre las variables.

Los resultados se presentan en valores absolutos, porcentajes y promedios a través de tablas de doble entrada y gráficos, el grado de significancia se obtuvo aplicando el estadístico de correlación de Chi cuadrado.

3.9 Principios éticos

Durante el desarrollo de la investigación se puso en práctica los criterios éticos expuestos en el Informe Belmont ⁴⁰.

El respeto a la dignidad humana: tratando al adulto mayor como una persona con autonomía y libre de elegir., Por ello los adultos mayores tuvieron la potestad de entrar en la investigación voluntariamente y con la información adecuada, evidenciándolo con la firma del consentimiento informado. (**Anexo 3**)

El principio de beneficencia: el cual se evidenció en el cuidado que tuvieron los investigadores de proteger la identidad del participante a través del uso de un código, así como evitar su exposición a cualquier daño, procurando su bienestar, asegurando que sus opiniones sólo sirvan para fines de esta investigación.

Los investigadores brindaron seguridad al adulto mayor participante de la investigación que la información obtenida no será usada en contra de ellos.

El principio de Justicia y equidad: el cual se evidenció en el trato y respeto que los investigadores brindaron a los adultos mayores antes, durante y después de su participación, empezando por una selección sin discriminación alguna y el cumplimiento de lo establecido entre los investigadores y el participante.

3.10 Criterios de rigor científico

Teniendo en cuenta lo referido por Hernandez Sampieri y col. ³⁵ para asegurar la calidad de los datos y los resultados en esta investigación se tomó en cuenta los siguientes criterios de rigor científico:

La Validez: en la presente investigación se inició con la preparación de la operacionalización de las variables de estudio, para ello se utilizó autores o teóricos, representativos en el tema, entre los cuales se encuentra Sor Callista Roy con su "Teoría de la adaptación", bibliografía actualizada y otros medios que ayudaron a la investigación. (**Anexo 4**), así como la validación teórica de los instrumentos, por jueces de expertos y prueba piloto, demostrando la relevancia de

las variables de estudio abarcando todas las dimensiones que incorporan los objetivos específicos de la investigación.

La generalizabilidad: se asumió desde la validez externa del mismo, al asumir las investigadoras a la población como muestra (36 adultos mayores), permitiendo su participación, asegurando generalizar los resultados.

La fiabilidad: se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados la presente investigación se sustenta en la precisión obtenida de la medición a través de la minimización del error sustentado en el tamaño de muestra asumido.

La replicabilidad: de los resultados se sustentó en el cumplimiento de la validez interna y externa que da la posibilidad de que se pueda repetir la investigación y que los resultados no se contradigan así mismo se examinó que tanto se ajustan los resultados con otro contexto al concluir la investigación, pudiendo de esta manera este estudio ser tomado como ejemplo para otros investigadores interesados en el tema.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados en tablas.

Tabla 1

Nivel de depresión en adultos mayores del centro poblado “Los Coronados” Mochumí – Lambayeque, -2016.

Niveles Depresión

Total	Normal	Moderada	Severa
100 %	16,7 %	37,5 %	45,8 %
36 f	8	13	15

Fuente: Escala de Depresión Geriátrica aplicada en adultos mayores, enero 2016.

En la tabla N° 01 podemos apreciar que el 45.8% de la población adulta mayor presenta un estado depresivo severo, seguido de un 37.5% de estado depresivo moderado y sólo un 16.7% no presenta estado depresivo.

Tabla 2

Factor psicológico: autoestima asociado a la depresión en adultos mayores, del centro poblado “Los Coronados” Mochumí – Lambayeque, 2016.

Factor Psicológico	Depresión			X ²	Sig. (Bilateral)	p valor	Sig.
	Normal	Moderada	Severa				
Baja	2	4	4	11,875	,018	0,05	Hay relación
Media	2	9	11				
Elevada	4	0	0				
Total	8	13	15				

Fuente: Escala de Depresión Geriátrica y la Escala de Autoestima de Rosemberg aplicadas a adultos mayores, enero 2016.

En la tabla N° 02 se puede apreciar que el 61,1% de los adultos mayores tienen una autoestima media, el 27.8% tiene una autoestima baja y solo el 11,1% tiene una autoestima alta; al aplicar el Chi cuadrado encontramos que existe asociación entre el factor psicológico con la presencia del estado depresivo $p < 0.05$

Tabla 3

Factor social asociados a la depresión en adultos mayores, del centro poblado “Los Coronados” Mochumí – Lambayeque, 2016.

Factor Social		Depresión			X ²	Sig. (Bilateral)	p valor	Sig.
		Normal	Moderada	Severa				
Edad	60 años	2	0	0	5,576	,233	0,05	No hay relación
	65 años	2	5	7				
	65 años +	4	8	8				
	Total	8	13	15				
Grado de Instrucción	Analfabeto	0	4	6	10,586	,102	0,05	No hay relación
	Primaria	0	3	4				
	Secundaria	8	3	3				
	Superior	0	3	2				
	Total	8	13	15				
Estado civil	Soltero	0	0	3	11,896	,156	0,05	No hay relación
	Casado	6	3	6				
	Conviviente	2	2	0				
	Viudo	0	5	6				
	Divorciado	0	3	0				
	Total	8	13	15				
Sexo	Masculino	6	8	6	6,434	,427	0,05	No hay relación
	Femenino	2	5	9				
	Total	8	13	15				
Participación actividades sociales	Si	5	4	3	12,606	,050	0,05	Hay relación
	No	3	9	12				
	Total	8	13	15				
Participación actividades familiares	Si	8	3	2	18,678	,001	0,01	Hay relación
	No	0	10	13				
	Total	8	13	15				
Personas que conviven	Esposo (a)	0	3	4	10,583	,391	0,05	No hay relación
	Hijos	0	2	2				
	Hermanos	0	2	0				
	Nietos	3	0	0				
	Sol (a)	5	6	9				

	Total	8	13	15				
	Ninguna	0	2	10				
Personas que habla por teléfono	1 a 2 per	4	11	5				
	3 a 4 per	2	0	0	18,095	,006	0,01	Hay relación
	Varias per	2	0	0				
	Total	8	13	15				
	Contento	8	5	5				
Como se siente a la frecuencia que ve a su familia	Descontento	0	8	10	6,795	,033	0,05	Hay relación
	Total	8	13	15				
	Ninguna	0	4	4				
Frecuencia que ve a sus amigos o vecinos	1 a 2 veces	2	9	9				
	2 a 4 veces	6	0	2	12,344	,015	0,05	Hay relación
	Varias	0	0	0				
	Total	8	13	15				
Cuenta con apoyo	Si	8	5	8				
	No	0	8	7	4,959	,084	0,05	No hay relación
	Total	8	13	15				

Fuente: Escala de Depresión Geriátrica y el Cuestionario de Factores Sociales en la Etapa del Adulto Mayor aplicadas a adultos mayores, enero 2016.

En la tabla N° 03 podemos evidenciar que el 55.6% de los adultos mayores se encuentra en el grupo etáreo de mayores de 65 años, el 38.9% tiene grado de instrucción secundaria; el 41.7% de la población adulta mayor tiene como estado civil casado; el 55.6% es masculino y el 44.4% femenino. Al aplicar el Chi cuadrado para medir asociación encontramos que los factores sociales: características demográficas no guardan asociación con el estado depresivo. $p > 0.05$.

Así mismo observamos 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 encontramos que este factor si guardan asociación significativa con el estado depresivo. $p < 0.05$.

Finalmente apreciamos en esta tabla 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 encontramos que los factores sociales: apoyo familiar y social si guardan asociación significativa con el estado depresivo. $p < 0.05$. en los aspectos personas con las que habla por teléfono, como se siente con la frecuencia que ve a su familia y frecuencia que ve a sus amigos y vecinos.

Rechazando la hipótesis de estudio “Los factores sociales tuvieron un alto grado de asociación con la depresión de adultos mayores, del centro poblado “Los Coronados” Mochumí – Lambayeque –2016”; comprobándose que ambos factores tienen asociación $p < 0.05$ evidenciando que el factores psicológicos: autoestima tiene un alto grado de asociación al igual que el factor social: integración social y el apoyo familiar - social en sus indicadores personas con las que habla por teléfono, como se siente con la frecuencia que ve a su ven a sus amigos o vecinos 1 a dos vece familia y frecuencia que ve a sus amigos y vecinos. $p < 0.05$.

4.2. Discusión de resultados

El reconocer como los factores psicosociales se asocian con la presencia de estados depresivos nos permite conocer con mayor detalle los aspectos que intervienen en la problemática que envuelve a este grupo etario. Permittiéndonos prepararnos para ese futuro tan cercano que diferentes estudios nos han mostrado, el que nos lleva a incrementar nuestra longevidad y por ende vivir muchos más años dentro de esta etapa de vida que no siempre es placentera teniendo en cuenta los cambios biopsicosociales propios de esta edad.

Hecho que para muchos no es satisfactorio además, por las múltiples pérdidas a las que el individuo se enfrenta, como la dependencia, alejamiento de los hijos, el aislamiento social, inactividad laborar etc. entre otros aspectos que nos conduce a enfermedades degenerativas físicas y mentales, deteriorando la calidad de vida de la persona que se encuentra en esta etapa.

Problemática que no podríamos enfrentar sin implementar actividades que nos aseguren adecuados sistemas de apoyo, que permitirán que el geronto se adapte a esta etapa con facilidad, tal como lo refiere la teórica Callista Roy, en su teoría de la adaptación, evitando el riesgo de presentar estados depresivos.

Por ello este estudio buscó evaluar el estado depresivo de los adultos mayores del Centro Poblado “Los Coronados” Mochumí, encontrando que el 45.8% de la población adulta mayor presenta un estado depresivo severo, seguido de un 37.5% de estado depresivo moderado y sólo un 16.7% no presenta estado depresivo.

Similares resultados obtuvo Silva M, Vivar V ²⁰, quienes evidenciaron que su población presentó depresión leve (25,0%), depresión moderada (12,5%) y depresión grave (12,5%) ; a diferencia del estudio de Dander E ¹⁷ quien encontró que el 42.1% de la población estudiada presentó algún grado de depresión.

Al evaluar el factor Psicológico encontramos que el 61.1% de los adultos mayores tienen una autoestima media, el 27.8% tiene una autoestima baja y solo el 11.1% tiene una autoestima alta; al aplicar el Chi cuadrado encontramos que existe asociación entre el factor psicológico con la presencia del estado depresivo $p < 0.05$ Similar asociación encontró el estudio de Llanes H, López Y et.al ² quien

evidencia que en el 26,04 % de su población, el factor psicológico fue el que más influyó en la depresión.

Al evaluar los factores sociales: características demográficas encontramos que el 55.6% son mayores de 65 años, el 38.9% de la población tiene grado de instrucción secundaria; el 41.7% de la población adulta mayor tiene como estado civil casado y el 55.6% son del sexo masculino. Al aplicar el Chi cuadrado para medir asociación encontramos que las características demográficas no guardan asociación con el estado depresivo. $p > 0.05$.

Nuestros resultados difieren del estudio realizado por Salazar, A; Reyes, M y col.¹⁸ quienes evidenciaron en su población que el 74% de la muestra estuvo constituida por mujeres, la media de edad fue de 72,51 (DS 9,4) años y la escolaridad promedio en años fue de 7,50 (DS 5,64). Así mismo, se estimó una prevalencia de depresión del 18,6%, siendo mayor en mujeres (20%) y (18%) en sujetos entre 70 y 79 años, los adultos con baja escolaridad sumaron un 43%, y el 22% lo constituyeron personas dependientes económicamente.

Segura, A; Cardona, D; Segura, Á; Garzón, M²¹ también presenta resultados diferentes a los nuestros, encontrando asociación con el riesgo de depresión de la edad, el estado civil, el nivel educativo, el consumo de alcohol y cigarrillo; al igual que con la poca o nula participación en actividades comunitarias (OR=1,9; IC95 % [1,2;3,0], la percepción de mala calidad de vida (OR=10,0; IC95 % [2,0;48,8] y la pérdida de capacidad funcional (OR=6,3; IC95 % [2,9;13,9]).

Nuestro estudio arroja el adulto mayor 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 encontramos que este factor si guarda asociación significativa con el estado depresivo. $p < 0.05$.

Al evaluar el factor social: apoyo familiar y social, nuestro estudio encuentra 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 encontramos que el factor social: apoyo familiar y social si guardan asociación significativa con el estado depresivo. $p < 0.05$. en los aspectos personas con las que habla por teléfono, como se siente con la frecuencia que ve a su familia y frecuencia que ve a sus amigos y vecinos.

Similar resultado encontramos en el estudio de Llanes H, López Y et.al ², cuando muestra que el 78,08 %, de los adultos mayores en su estudio expresan la necesidad de comunicación social. A diferencia de lo encontrado por Carrasco M, Herrera S, Fernández B, Barros C²² el cual encuentra que un 16% refirieron sentirse deprimidos casi todos los días y esto se asoció mala percepción de disponibilidad de apoyo instrumental y presencia de conflicto.

Rechazando la hipótesis de estudio “Los factores sociales tuvieron un alto grado de asociación con la depresión de adultos mayores, del centro poblado “Los Coronados” Mochumí – Lambayeque - 2016”; comprobándose que ambos factores tienen asociación $p < 0.05$ evidenciando que el factores psicológicos: autoestima tiene un alto grado de asociación al igual que el factor social: integración social y el apoyo familiar - social en sus indicadores personas con las que habla por teléfono, como se siente con la frecuencia que ve a su ven a sus amigos o vecinos 1 a dos vece familia y frecuencia que ve a sus amigos y vecinos. $p < 0.05$.

Esta misma asociación encontró Llanes H, López Y et.al ² y lo muestra en su conclusión cuando afirma que los factores psicosociales de la depresión en el adulto mayor combinándose los factores psicológicos y sociales que están presentes en la convivencia familiar como la inadaptación a la jubilación y la comunicación social, siendo típico la desesperanza los lleva a una depresión mayor mala percepción de disponibilidad de apoyo instrumental y presencia de conflicto.

Al evaluar la hipótesis nuestro estudio rechaza la hipótesis de estudio “Los factores sociales tuvieron un alto grado de asociación con la depresión de adultos mayores, del centro poblado “Los Coronados Mochumí” Lambayeque 2016”; evidenciando que son los factores psicológicos: autoestima quien tiene un alto grado de asociación a diferencia del estudio de Salazar, A; Reyes, M ¹⁵. Quien

encontró que los dos factores tienen un grado de asociación significativa para el desarrollo de estados depresivos, evidenciando que son cinco los factores de riesgo psicosocial entre los que tenemos acontecimientos vitales adversos, insomnio, vivir solo, padecer enfermedades crónicas, haber sufrido una crisis económica, y la muerte de un familiar o amigo cercano en el último año. Llanes H, López Y et.al ¹. Hace referencia a la asociación de estos dos factores con la depresión cuando concluye que son múltiples los factores psicosociales de la depresión en el adulto mayor combinándose los factores psicológicos y sociales que están presentes en la convivencia familiar como la inadaptación a la jubilación y la comunicación social, siendo típico la desesperanza que los lleva a una depresión mayor. Mientras nuestro estudio sólo demuestra la asociación del factor psicológico y lo los sociales.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Se evidencia en el Centro Poblado “Los Coronados” Mochumí, 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.

Se demuestra que la autoestima como factor psicológico tiene un nivel de asociación elevado con el estado depresivo que presentan los adultos mayores del Centro Poblado “Los Coronados” Mochumí, encontrándose un valor de $p < 0.05$, así mismo obtuvo como resultado que el 61,1% de los participantes tienen una autoestima en nivel medio.

Dentro del factor social se encuentra una asociación significativa con la depresión, siendo los indicadores: integración social y apoyo familiar ($p < 0.05$) respectivamente, encontrándose como datos específicos que: el 66.7% de los adultos mayores no participan en actividades sociales, el 63.9% no participa en actividades familiares, el 55.6% viven solos (as), hablan por teléfono regularmente con 1 a 2 personas y ven a sus amigos o vecinos 1 a dos veces; un 50% está contento y el otro 50% está descontento en relación a la frecuencia que ve a su familia; y el 58.3% de los adultos mayores refieren contar con apoyo; a diferencia del indicador “características demográficas” el cual no guardan asociación con el estado depresivo ($p > 0.05$), así mismo se obtuvo como resultados dentro de este indicador que el 55.6% se encuentra en el grupo etario de mayores de 65 años; el 38.9% de los adultos mayores tiene grado de instrucción secundaria; el 41.7% tiene

como estado civil casado; el 55.6% de la población es masculino y el 44.4% es femenino.

Se rechaza la hipótesis de estudio “Los factores sociales tienen un alto grado de asociación con la depresión de adultos mayores, del centro poblado “Los Coronados” Mochumí - Lambayeque - 2016”; comprobándose que tanto el factor social como el psicológico tienen asociación significativa con la depresión ($p < 0.05$) en esta población.

5.2. Recomendaciones

Se recomienda a las autoridades del Centro Poblado “Los Coronados” Mochumí, tratar en la mesa de concertación el problema evidenciado en la presente investigación, para que ayudados del sector salud y otros sectores se pueda implementar proyectos de desarrollo y/o inversión que permitan disminuir el porcentaje de adultos mayores con estados depresivos, en busca de la implementación de sistemas de apoyo para este grupo poblacional que le permita adaptarse mejor a esta etapa a través de charlas educativas sobre el autocuidado y talleres psicológicos, yoga, reflexología y medicina alternativa etc.

A las autoridades del Centro de salud y el equipo multidisciplinario que labora en esta institución se recomienda implementar diferentes estrategias dentro del programa del adulto mayor que permitan elevar la autoestima de estas personas teniendo en cuenta los resultados mostrados en esta investigación de lo importante que es el tener un nivel de autoestima adecuado para evitar los estados depresivos.

Al profesional de enfermería que labora en el establecimiento de salud que atiende a la población del Centro Poblado “Los Coronados” Mochumí, para que teniendo en cuenta los resultados de este estudio, planifiquen actividades que le permita al adulto mayor mejorar su integración social y familiar, motivando a los familiares cuidadores a compartir espacios con sus adultos mayores, en la consulta, visita domiciliaria y/o la ejecución de actividades extramural como caminatas, deporte entre otras que permitan revalorar al adulto mayor y la importancia de su contribución en la trasmisión de nuestra cultura y formación de valores a las nuevas generaciones.

A los estudiantes, profesionales de enfermería y otros profesionales para que realicen investigaciones propositivas y aplicativas que intervengan la problemática del adulto mayor de nuestra región.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cuadros; A. Aproximación desde el Trabajo Social: depresión y bienestar subjetivo en mayores institucionalizados vs no institucionalizados. Documentos de Trabajo Social · nº52 · ISSN 1133-6552 / ISSN Electrónico 2173-8246. Pag 109 -132. Disponible en; http://www.trabajosocialmalaga.org/archivos/revista_dts/52_5.pdf.
2. Llanes H, López Y et.al. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. Revista de ciencias médicas. La Habana. 2015 21(1). <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2015/cmh151h.pdf> (último acceso: 9 de octubre del 2015)
3. Aldana R; Pedraza J, Análisis de la Depresión en el Adulto Mayor en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Tesis pre grado.Universidad del Rosario. Colombia 2012. <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3002/93206082-2012.pdf;jsessionid=E9B484F587A8C0E6732DF63D7F4A250C?sequence=3> (último ingreso:26 de setiembre del 2015)
4. Forttes P, Massad C, col. Las personas mayores en Chile: situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez. Ministerio de salud Chile, Santiago de Chile, 2009. p.156. http://www.senama.cl/filesapp/las_personas_mayores_en_chile_situacion_avances_y_desafios_2.pdf
5. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica: Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010. México; 2011. <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/>

[monografias/P EPI DEL ADULTO MAYOR EN MEXICO 2010.pdf](#).

(último acceso 25 setiembre 2015).

6. Schkolnik A. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile., Enfoque Estadístico Adulto Mayor., 2007, 'p. http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ine_adulto_mayor.pdf
7. OMS. Datos y cifras. envejecimiento y ciclo de vida. OMS. entrada en vigor el 28 de agosto de 2011. http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/ (último acceso 14 septiembre 2015).
8. Rozados, R. Prevención de la Depresión. [En línea](2007) [3 de agosto de 2007] Disponible en: http://www.depresion.psicomag.com/como_prevenir/la.php. (Ultimo acceso 17 Octubre 2015).
9. Aguilar-Navarro S, Fuentes-Cantú A. Ávila-Funes J, MI; García-Mayo E, Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. SPH [en línea] 2006 julio 3[fecha de acceso 25 septiembre 2008]; 49 (19) URL disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000400005&lng=es&nrm=iso.
10. Licas Torres M. "Nivel de Depresión del Adulto mayor en un centro de atención integral s.j.m - v.m.t 2014". Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Lima - Perú 2015. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas_tm.pdf
11. Documento Técnico PLANPAM 2013: Cuadernos sobre N° 5 Poblaciones Vulnerables Año 1 - 2013. Octubre 2013. http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf (último acceso 16 septiembre 2015).

12. González Ramos S, Silvestre López S, Depresión en el Adulto Mayor. Universidad Veracruzana, consultado: abril de 2011. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/29284/1/tesis5.pdf>.
13. Organización Mundial de la salud. Clasificación de los Adultos Mayores: entrada en vigor el 1 de Julio de 2014. OMS. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es> (último acceso 09 septiembre 2015).
14. Álvarez Ariza M, Atienza Merino G. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto versión completa, Última actualización: Enero 2015. disponible En: <http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/apartado00/autoria.htm>
15. American Psychological Association. La Tercera Edad y la Depresión. Entrada en vigencia el 23 de agosto del 2013. <http://www.apa.org/centrodeapoyo/edad.aspx> (último acceso 14 septiembre 2015).
16. Quintana A. Análisis de la Calidad de Vida en Adulto Mayores del Municipio de Tetepango, Hidalgo: a través del Instrumento WHOQOL - BREF. Tesis Pre grado. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2010.
17. Dander E, Síntomas físicos relacionados con depresión en adultos mayores de 60 años de edad en el Csrd. Santa Catarina Tabernillas. Estado de México, febrero 2013. Tesis pre grado. Universidad autónoma del Estado de México. 2013
18. Salazar A (col). Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. Acta Neurol Colomb. 2015; 31(2):176-183. http://www.academia.edu/13444392/Prevalencia_y_factores_de_riesgo_psicosociales_de_la_depresi%C3%B3n_en_un_grupo_de_adultos_mayores_en_Bogot%C3%A1 (último acceso: 5 de octubre del 2015)

19. Gonzales M. Salud Mental y Adultos Mayores. Día mundial de la salud mental. 2013. Chile. <http://wfmh.com/wp-content/uploads/2014/03/WMHDAY-2013-FINAL-Spanish-version-4.pdf> (último acceso 25 setiembre 2015).

20. Silva M, Vivar V. Factores Asociados a la Depresión en el Adulto Mayor Institucionalizado. [Tesis Pre grado.] Cuenca Ecuador. Universidad de Cuenca. 2015. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21620/3/TESIS.pdf> (último acceso 9 de octubre 2015)

21. Segura A , Cardona D ,Segura Á, Garzón M . Revista de Salud Pública. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. Publicado el (2), Abril 2015, disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/41295/53035>.

22. Carrasco M, Herrera S, Fernández B, Barros C. Impacto del apoyo familiar en la presencia de quejas depresivas en personas mayores de Santiago de Chile. Rev Esp Geriatr Gerontol; [Internet]. 2013 Abr [citado 2016 Mayo 11] ; 48(1):9–14 : Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90186107&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=124&ty=23&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=124v48n01a90186107pdf001.pdf

23. Vallejo Crespo J. “Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones azogues, cañar, Tambo y Déleg de la provincia del cañar cuenca - ecuador, en el año 2011”. Tesis previa a la obtención del título de Médico. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3497/1/MED68.pdf>.

24. Cabrera Gutiérrez Mendoza L. Factores asociados a los niveles de depresión situacional en pacientes oncológicos. Publicado en lima en el año 2010, por la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Disponible en:

<http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/Revistas/2010/febrero/oncologico.pdf>.

25. Capuñay Chafloque J. Figueroa Alvarado M, Depresión en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en el 2010. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v7n4/v7n4ao4.pdf>.
26. Ministerio de la Protección Social. Política nacional de envejecimiento y vejez. Colombia; 2007. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>
27. Allevato M, Gaviria J. Envejecimiento, Rev. Act Terap Dermatol 2008; 31: 154 http://www.atdermae.com/pdfs/atd_31_03_02.pdf (último acceso: 5 de octubre del 2015)
28. OMS: Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.2015, Estados Unidos.p.p 282. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf (último acceso: 12 abril 2016)
29. Villar M, Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención, Rev. Acta Médica Peruana, Perú 2011. 28(4), pp. 237-24. <http://www.redalyc.org/pdf/966/96621053011.pdf>. (último acceso: 12 abril 2016)
30. Girón P. Determinantes de la salud percibida en España, Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, 2010, p.p.251. <http://eprints.ucm.es/11024/1/T32155.pdf> . (último acceso: 21 abril 2016).
31. Barragán H. Fundamentos de Salud Pública. La Plata. 2007.p.p. 672. http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29128/Documento_completo____.pdf?sequence=4 (último acceso: 10 mayo 2016)

El%20Papel%20de%20La%20Oxitocina.html (ultimo acceso: 4 de octubre 2015.)

38. OMS/OPS, Evaluación Del Estado Mental Y Emocional Del Adulto Mayor – Módulo 4 Escala de autoestima de Rosemberg.
<http://www.cop.es/colegiados/PV00520/Escala%20Rosenberg.pdf>
39. El Informe Belmont. Principios Y Guías Éticos Para La Protección De Los Sujetos Humanos De Investigación Comisión Nacional Para La Protección De Los Sujetos Humanos De Investigación Biomédica Y Del Comportamiento U.S.A. Abril 18 De 1979.

ANEXO

ANEXO N°1

FACTORES SOCIALES EN LA ETAPA DEL ADULTO MAYOR

¿Qué edad tiene actualmente?*	a) 60 años b) 65 años c) 65 a más
¿Cuál es su grado de instrucción?*	a) Analfabeto b) Primaria c) Secundaria d) Superior
¿Qué sexo tiene? *	a) Masculino b) Femenino
¿Cuál es su estado civil?*	a) Soltero b) Casado c) Conviviente d) Viudo e) Divorciado
¿Participa algún tipo de actividad recreativa, deportiva o social? **	a) Si b) No
¿Participa en actividades familiares como quehaceres del hogar o cuidado de los nietos? **	a) Si b) No
¿Quién vive con usted? ***	a) Esposo (a) b) Hijos c) Hermanos d) Nietos e) Solo (a)
¿Con cuántas personas ha hablado por teléfono en la última semana? ***	a) Ninguna b) 1 a 2 personas c) 3 a 4 personas d) Varias personas
¿Cómo se siente respecto a la frecuencia que tiene contacto con sus familiares? ***	a) Contento b) Descontento
¿Con qué frecuencia tiene contacto con sus amigos o vecinos? ***	a) Ninguno b) Poco c) Mucho d) Bastante
¿Si usted enfermase ocasionalmente, cuenta con alguien que le puede ayudar? ***	a) Si b) No

Leyenda:

* Características demográficas y sociales

** Integración social

*** Apoyo familiar y social

ANEXONº2

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

A. Muy de acuerdo B. De acuerdo C. En desacuerdo D. Muy en desacuerdo

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
En general, estoy satisfecho conmigo mismo.				
A veces pienso que no soy bueno en nada.				
Tengo sensación de que poseo algunas buenas cualidades.				
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.				
Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso.				
A veces me siento realmente inútil.				
Tengo la sensación de que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente.				
Ojala me respetara más a mí mismo.				
En definitiva, teniendo a pensar que soy un fracasado				
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.				

De 30 a 40: autoestima elevada.

De 26 a 29 puntos: autoestima media.

Menos de 25 puntos: autoestima baja.

ANEXO 03

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA

Ref: Yessavage et als.j.psychitry

¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SÍ	NO
¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	SÍ	NO
¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
¿Se siente a menudo aburrido?	SÍ	NO
¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	SÍ	NO
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
¿Se siente a menudo sin esperanza?	SÍ	NO
¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	SÍ	NO
¿Cree que es maravilloso estar vivo?	SÍ	NO
¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	SÍ	NO
¿Piensa que su situación es desesperada?	SÍ	NO
¿Se siente lleno de energía?	SÍ	NO
¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	SÍ	NO

Si las respuestas coinciden con alternativas en negrita anotar un punto.

Valoración: 0-5= normal

5 -10 = Depresión Moderada

+ 10= Depresión Severa

ANEXOS 05

MATRIZ DE COHERENCIA METODOLOGICA

Problema de investigación: ¿Cuáles son los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del centro poblado los coronados - Lambayeque – 2015?			
Objeto de estudio: los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores			
Objetivo general: "Determinar los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores, del centro poblado Los Coronados - Lambayeque – 2015			
Objetivo Especifico 1 Identificar la depresión en adultos mayores del centro poblado los coronados Mochumí- Lambayeque – 2015.	Objetivo específico 2 Identificar los factores psicológicos asociados a la depresión en adultos mayores, del centro poblado los coronados Mochumí - Lambayeque – 2015.	Objetivo específico 3 Identificar los factores sociales asociados a la depresión en adultos mayores, del centro poblado los coronados Mochumí - Lambayeque – 2015.	
Hipótesis General: " Los factores sociales tienen un grado de asociación a la depresión mayor que los psicológicos en los adultos mayores, del centro poblado Los Coronados - Lambayeque – 2015			
Diseño Trayectoria de Investigación:	Técnica de recolección de datos:	Instrumento de recolección de datos: Escala de depresión geriátrica abreviada –	

Cuantitativa / Descriptiva Correlacional transversal	En esta investigación se empleara la entrevista, encuesta.	Escala de Yasavage, como guía para la encuesta Instrumento De Valoración De Recursos Sociales: elaborado por Gertrude Fillenbaum, Ph.D., Escala de Autoestima de Rosenberg	
---	--	--	--

ANEXO N° 06

VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS EN LA INVESTIGACION CUANTITATIVA FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN LA ETAPA DEL ADULTO MAYOR

- I. **OBJETIVO:** Determinar los factores asociados a la depresión en adultos mayores, en el distrito Mochumí, provincia Lambayeque – 2015
- II. **INSTRUCCIONES:** marque con un aspa (x) la respuesta que crea que es la correcta.

III. DATOS GENERALES:

Nombres y apellidos: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Definición

Variable 1: Factores Psicológicosociales

Definición conceptual: Son aquellas disposiciones personales y/o aquellas cosas del entorno que afectan a los seres humanos en su conjunto.

Definición Operacional: Para evaluar esta variable se utilizó los siguientes indicadores:

Escala De Autoestima De Rosemberg: De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1 .De los items del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada, considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media, no presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Instrumento de valoración de recursos sociales elaborado por Gertrude Fillenbaum, Ph.D: que brindar conocimientos sobre aspectos sociales y del funcionamiento social, asociados al envejecimiento, que permitan a los proveedores de atención primaria de salud, integrarlos a la valoración y manejo de las personas adultas mayores.

Variable 2: Depresión

Definición conceptual: Estado de ánimo que afecta el comportamiento y bienestar de una persona, limitando su capacidad para llevar a cabo las actividades normales de su vida cotidiana, caracterizado por sentimientos de indiferencia, soledad y pesimismo, afecta el cuerpo, su estado de ánimo, y sus pensamientos, afecta la forma en el que el paciente opina de sí mismo, su concepto de la vida y su comportamiento en general.

Definición Operacional: Estado afectivo medido por la escala de **Yessavage**. Esta variable utilizará las siguientes categorías Una puntuación de 0 a 5 se considera normal, 6 a 10 indica depresión moderada y 11 a 15 indica depresión severa.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES ÍTEMS O RESPUESTAS	TÉCNICAS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS
V¹: Factores Psicosociales	Características demográficas y sociales	Edad Sexo Grado de instrucción Estado civil	Técnica : Entrevista Instrumento: Cuestionario guiado por la valoración de recursos sociales: elaborado por Gertrude Fillenbaum.
	Integración social	¿Participa algún tipo de actividad recreativa, deportiva o social? ¿Participa en actividades familiares como quehaceres del hogar o cuidado de los nietos?	
	Apoyo familiar y social	¿Quién vive con usted? ¿Con cuantas personas ha hablado por teléfono en la última semana?	

		<p>¿Cómo se siente respecto a la frecuencia que tiene contacto con sus familiares?</p> <p>¿Con que frecuencia tiene contacto con sus amigos o vecinos?</p> <p>¿Si usted enfermase ocasionalmente, cuenta con alguien que le puede ayudar?</p>	
	AUTOESTIMA	<p>Alta</p> <p>Media</p> <p>Baja</p>	<p>Técnica: Entrevista</p> <p>Instrumento: Escala de autoestima de Rosenberg</p>

V²: Depresión en adultos mayores	Depresión	Normal Depresión moderada Depresión Severa	Técnica: entrevista Instrumento: Escala de depresión geriátrica abreviada- Escala de Yassavage
--	-----------	--	---

ANEXO N° 7
ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA
INVESTIGACION

Yo,..... ;
identificado (a) con D.N.I declaro haber sido
informado de manera clara, precisa y oportuna de los fines que busca
la presenta investigación titulada “Factores psicosociales asociados a
la depresión en adultos mayores del centro poblado Los Corados
Mochumí - Lambayeque – 2016

Que tiene como objetivo principal determinar los factores psicosociales
a la depresión en adultos mayores, del centro poblado Los Coronados
- Mochumí Lambayeque – 2015.

Los datos obtenidos de mi participación, serán fielmente copiados por
los investigadores, además procesados en secreto y en estricta
confidencia respetando mi intimidad.

Por lo expuesto otorgo mi consentimiento a mi padre, que realice la
encuesta así como respetando sus derechos para responder con una
negativa.

USUARIO (A) PARTICIPANTE

INVESTIGADORA RESPONSABLE

INVESTIGADORA RESPONSABLE

ANEXO N° 8

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

Validez alcanzada en la Escala de Depresión Geriátrica– EDG

Ítem	R	Decisión	Ítem	R	Decisión
1	0.336	Válido	9	0.622	Válido
2	0.721	Válido	10	0.360	Válido
3	0.481	Válido	11	0.380	Válido
4	0.319	Válido	12	0.632	Válido
5	0.308	Válido	13	0.405	Válido
6	0.535	Válido	14	0.377	Válido
7	0.398	Válido	15	0.530	Válido
8	0.633	Válido			

Nota: Se considera válido los ítems que superen el valor de 0,3 por tanto no se excluyeron los ítems de la versión original de la escala de depresión de Geriátrica

Fiabilidad alcanzada en la Escala de Depresión Geriátrica– EDG

ESTADÍSTICO	Total
Nº	10
Prom	8,208
DS	2,084 ,753

Validez alcanzada en la Escala de Autoestima de Rosemberg – EAR

Ítem	R	Decisión	Ítem	R	Decisión
1	0.440	Válido	6	0.352	Válido
2	0.383	Válido	7	0.386	Válido
3	0.613	Válido	8	0.311	Válido
4	0.698	Válido	9	0.319	Válido
5	0.568	Válido	10	0.446	Válido

Nota: Se considera los ítems válidos los que están por encima del valor 0,30 por tanto no se excluyeron los ítems de la versión original de la Escala Autoestima de Rosemberg

Fiabilidad alcanzada en la Escala de Autoestima de Rosenberg – EAR

ESTADÍSTICO	Total
N°	10
Prom	19,041
DS	2,274 ,999

Validez alcanzada en el Cuestionario de Factores Sociales en la Etapa del Adultos Mayor

Ítem	R	Decisión	Ítem	R	Decisión
1	0.381	Válido	7	0.511	válido
2	0.398	Válido	8	0.490	Válido
3	0.634	Válido	9	0.429	Válido
4	0.603	Válido	10	-0.333	Válido
5	0.615	válido	11	0.301	Válido
6	0.524	Válido			

Nota: Se considera válido los ítems que superen el valor de 0,3 por tanto no se excluyeron los ítems de la versión original de la escala de depresión de Geriátrica

Fiabilidad alcanzada en el Cuestionario de Factores Sociales en la Etapa del Adultos Mayor (Anexo #)

ESTADÍSTICO	Total
Nº	11
Prom	30,625
DS	3,727
	,986