

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**Factores asociados al nivel de depresión de los adultos
mayores atendidos en el Consultorio de Medicina del
Hospital Apoyo II-2 Sullana, 2019**

Tesis para Obtener el Título Profesional de Licenciada (o) en Enfermería

Autora:

García Martínez, Mary Ginger

Asesora:

Dra: Juana Elsy Arrestegui Alcantara De Gomez

Piura, Perú

2019

1. Palabra clave

Factores , depresion ,adulto mayor

Tema

Factores Asociados al nivel de depresión de los Adultos Mayores atendidos en el
Consultorio de Medicina del hospital apoyo II -2 Sullana ,2019

Especialidad

Enfermeria

Topic

Factors associated with the level of depression in older adults treated in the Medicine Office of
the Apoyo II-2 Sullana Hospital, 2019

Speciality

Nursing

Area Ciencias medica de salud

Subarea ciencias de la salud

Disciplina Epidemiologia

Linea de Investigacion Epidemiologia del cuidado de salud

1. Título

**Factores asociados al nivel de depresión de los adultos mayores
atendidos en el Consultorio de Medicina del Hospital Apoyo II-2
Sullana, 2019**

2. Resumen

La presente investigación se realizó, con el **Objetivo:** Determinar si los factores sociales y psicológicos están asociados con el nivel de depresión de los adultos mayores atendidos en el Consultorio de Medicina del Hospital Apoyo II-2 Sullana, 2019. **Material y Métodos:** El presente estudio de investigación es de enfoque cuantitativo tipo descriptivo, correlacional, no experimental y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 35 participantes. Para la recolección de datos se empleó la técnica de la encuesta y como instrumento un cuestionario, utilizado y validado por Montenegro y Baldera (2016). **Resultados:** La información general de la población adulta mayor que ha participado en el estudio, la mayoría tiene entre 65 a 69, con primaria, casados, El nivel de depresión el 77,1% normal y el 22,9% con depresión moderada, no hay casos de depresión severa. El nivel de autoestima, el 60,0% nivel de autoestima medio y el 40,0% presenta un nivel de autoestima baja. La relación de las variables nivel de autoestima con nivel de depresión y factores psicosociales y depresión al ser evaluados en el programa estadístico chi cuadrado se logra una frecuencia menor a cinco, lo cual indica que las variables guardan relación. **Conclusiones:** El estudio

revelan el 22,9% presenta depresión moderada, y el 60,0% nivel de autoestima medio y el 40,0% presenta un nivel de autoestima baja.

Palabras clave: Factores sociales y psicológicos, Depresión, Adultos mayores.

3. Abstract

The present investigation was carried out, with the Objective: To determine if the social and psychological factors are associated with the level of depression of the elderly attended in the Medicine Office of the Hospital Apoyo II-2 Sullana, 2019. Material and Methods: The present Research study is descriptive, correlational, non-experimental and cross-sectional quantitative approach. The sample consisted of 35 participants. For the data collection, the survey technique was used and as a tool a questionnaire, used and validated by Montenegro and Baldera (2016). Results: The general information of the elderly population that has participated in the study, the majority has between 65 and 69, with primary, married, The level of depression 77.1% normal and 22.9% with moderate depression, There are no cases of severe depression. The level of self-esteem, 60.0% level of average self-esteem and 40.0% have a low level of self-esteem. The relationship between the level of self-esteem variables with the level of depression and psychosocial factors and depression when evaluated in the chi-square statistical program achieves a frequency lower than five, which indicates that the variables are related. Conclusions: The study revealed 22.9% have moderate depression, and 60.0% level of average self-esteem and 40.0% have a low level of self-esteem.

Keywords: Social and psychological factors, Depression, Older adults.

Índice

| | |
|------------------------|--------|
| Palabras clave | 1 |
| línea de investigación | 1 |
| Título | 2 |
| Resumen | 3 |
| Abstrac | 4 |
| Índice | 5 |
| Tablas | 6 |
| Gráficos | 7 |
| Introducción | 1-33 |
| Metodología | 34-38 |
| Resultados | 39-48 |
| Análisis y Discusión | 49- 51 |

| | |
|--------------------------------|-------|
| Conclusiones y Recomendaciones | 52-43 |
| Referencia Bibliográfica | 56-58 |
| Anexos y Apéndice | 59-63 |

4. Introducción

5.1 antecedentes y fundamentación científica

5.1.1 Antecedentes

Francia, k. (2010) efectuó un estudio relacionado a los Factores Biopsicosociales, la investigación tuvo como objetivo determinar su influencia en los niveles de depresión de adultos mayores en el Centro de Salud Materno Infantil Tablada de Lurín. La investigación tuvo un diseño descriptivo correlacional de corte transversal, que tuvo una población de 44 adultos mayores, a los cuales se les aplicó un cuestionario de factores biopsicosociales y la Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage. El autor concluye que: la mayor parte de los adultos mayores mostró niveles leves de depresión, seguidos de un nivel normal y en menor nivel una depresión severa. La depresión aqueja principalmente al adulto mayor en su estado de ánimo, con alteraciones cognitivas, así como en su funcionalidad, pierde el placer, entre otras cosas, así mismo causa disminución en su calidad de vida. Además, los resultados recalcan que: los factores biopsicosociales tienen influencia a mayor escala en el nivel de depresión leve, que tiene un factor biológico de 38,6%, factor psicológico de 50% y un factor social de 34,1%. Así mismo el factor biológico más relevante indica una reducción de la libido en 59,1%, seguido del factor psicológico, con sentimiento de soledad y autoestima con un 50% cada respectivamente

y en el factor social, relacionado a las dificultades económicas con una influencia de 59,1%, entre los más principales.

Juárez, León y Alata (2010) realizaron un estudio relacionado a evaluar el grado de depresión en personas mayores de 60 años, el estudio se llevó a cabo en el AA. HH “Viña alta”, y tuvo como objetivo determinar la prevalencia de depresión en dichas personas en el distrito de la Molina - Lima, el estudio fue tipo básico y diseño descriptivo, de corte transversal, utilizando la entrevista como instrumento de recolección de datos, se tuvo una muestra de 280 casas. Se encontró adultos mayores en un total de 112 que tenían edad mayor a 60 años y se entrevistó a 68 de ellos, se evaluaron mediante la Escala de depresión geriátrica de Yesavage de 15 ítems (GDS-15). Los estudios concluyeron que las personas evaluadas tenían alta prevalencia de depresión en algún grado, comparándolo con el 9,8% de personas mayores en la ciudad de Lima, estableciéndose que no existe asociación significativa con ninguna de las variables en estudio.

Crespo (2011) realizó un estudio relacionado a la prevalencia de la depresión en personas mayores de la provincia de Cañar - Ecuador, el estudio tuvo como objetivo determinar la proporción de adultos mayores que padecen depresión y que vivían en los asilos Rosa Elvira De León, Fundación de Protección al Anciano, Casa de Reposo Padre Nello Storoni y San Bartolomé, el estudio fue de diseño descriptivo y se tuvo una población de 84 adultos mayores; Al aplicar el instrumento de recolección de datos basado en la escala de depresión de Yesavage, se obtuvo que el 70% de los adultos mayores tenían un puntaje mayor a 4, que corresponde a depresión, el 30% salieron a escala normal con un puntaje igual o menor a 4 que 24 corresponde a normal. Por otro lado, de los 33 varones que realizaron el test el 69,70% tienen depresión, y de las 51 mujeres el 70,59% también tienen depresión. Así mismo el autor concluye que la depresión está más presente

en el asilo Rosa Elvira de León, con un 33,90%. Los resultados evidenciaron que la depresión está presente en ambos sexos en aquellas personas que tienen edad los 80 – 89 años, con un 47.83% en el sexo masculino y el 36.11% en el femenino.

Borda (2012) realizó un estudio relacionado a la depresión en personas mayores, el objetivo de la de investigación fue determinar el nivel de depresión que tenían estas personas en las casas de reposo de Barranquilla (Colombia), así como factores de riesgo para la depresión en personas adultas de entre 65 y 95 años. El diseño de investigación fue del tipo descriptivo transversal, con análisis de casos y controles. Se tuvo una población de 66 personas mayores a quienes se les aplicó una encuesta de factores de riesgo, Minimental Test y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Para las variables como la edad, sexo, nivel educativo, economía, comorbilidad y tipo, polifarmacia y tipo de institución, se realizó análisis bivariado de depresión. Se efectuó el análisis mediante porcentaje, tendencia central y media y desviación estándar y asociación (Or e IC 95 % y Chi-cuadrado y p). Los resultados arrojan que la depresión se encuentra en un tercio de la población, afectó a los adultos con primaria incompleta, así como también algún trastorno neurológico o psiquiátrico. De igual manera, a los hombres solteros, con ingresos muy bajos, procedentes de familias que tienen ingresos menores a 1 salario mínimo, además padecen de hipotensión arterial y viven en hogares geriátricos públicos.

Silva (2015), en su investigación sobre factores que asocian a la depresión con personas mayores, realizó un estudio que tuvo por objetivo identificar los factores que se asocian a la depresión en adultos mayores institucionalizados. La investigación tuvo un diseño descriptivo de carácter mixto con estudio de caso. Para el estudio se contó con 8 adultos mayores, se usó 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 hizo un análisis bivariado para medir la relación entre las variables (Chi-cuadrado) los resultados demostraron que: la prevalencia de depresión de forma general fue del 50%, de estos el 25% fue depresión leve, 12.5% depresión moderada y 12.5 % fue depresión grave. Así mismo se encontró que los factores que se asocian a la depresión es: pérdida de roles, falta de redes de apoyo emocional, estado de dependencia, esquemas disfuncionales y procesos de duelos no resueltos que la ayudan a que dichas personas puedan tener síntomas depresivos. Además, la investigación determinó la predicción de la depresión en las tres variables independientes ya que en un 85% la varianza de la variable dependiente se tenían niveles de depresión ($R^2 = 0,85$)

Salazar y Reyes (2015) realizaron un estudio sobre prevalencia y los factores de riesgo en Bogotá –Colombia, el estudio tuvo como objetivo estimar la prevalencia de depresión en adultos mayores y describir los factores de riesgo psicosocial asociados, el diseño de la investigación fue de corte transversal observacional-descriptivo, para ello se contó con una población de 889 adultos mayores autónomos. Se utilizó el test de depresión geriátrica Yesavage y los factores de riesgo con la sección de acontecimientos vitales del cuestionario. Los resultados fueron el 74% de la muestra fueron mujeres, con edad media de 72,51 (DS 9,4) años y la escolaridad promedio en años fue de 7,50 (DS 5,64). Se realizó la prevalencia de depresión arrojando un 18,6%, esta prevalencia fue más en mujeres con un 20% y en sujetos de 70 y 79 años con 18%, adultos con escolaridad baja un 43%, y personas dependientes económicamente con un 22%. En este sentido se determinó la existencia de relación entre la depresión y cinco factores de riesgo psicosocial vitales adversos, estos fueron el insomnio, que vivan solos, enfermedades crónicas, sufrimiento de crisis económica, y el fallecimiento de familiares o amigos en el último año.

Montenegro (2016) en su estudio relacionado a los factores psicosociales de depresión, realizó una investigación que tuvo por objetivo determinar los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Centro Poblado Los Coronados Mochumí –Lambayeque. Se tuvo una población de 36 personas mayores de manera voluntaria, se aplicó la escala de Yesavage, la escala de Rosenberg y el cuestionario de factores sociales; los datos fueron procesados con la herramienta de software SPSS 22.0 de forma ética en el análisis de datos. Los resultados encontraron que casi la mitad de adultos mayores tienen depresión severa (45.8%); más de la mitad padece de autoestima media representando un 61.1% relacionado al factor psicológico; en el factor social, más de la mitad (55.6%) son mayores de 65 años; menos de la mitad con un 38.9% tienen secundaria completa; 41.7% son casados; 55.6% son del sexo masculino; más de la mitad (66.7%) no tienen actividad en reuniones sociales y de igual manera más de la mitad (63.9%) no tienen actividad familiar; así mismo el 55.6% viven solos, en cuestión de comunicación, estas personas tienen relación con 1 a 2 personas y viéndolos de 1 a 2 veces; la mitad de dichas personas adultas siempre está contenta (50%) ya que tienen a sus familiares cerca y la otra mitad (50%) no está muy contenta; así mismo más de la mitad (58.3%) requieren de apoyo de otras personas. Se concluye que los dos factores, tienen asociación con la presencia del estado depresivo.

Cabrera, Gutiérrez y Mendoza (2010) realizaron un estudio sobre los factores que están asociados a la depresión, el estudio se llevó a cabo en la ciudad de Lima que tuvo como objetivo identificar los factores que se asocian a la depresión en pacientes oncológicos. El estudio se desarrolló mediante un enfoque cuantitativo, diseño descriptivo y de corte transversal el cual se ejecutó en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el servicio de servicio de oncología. Para el estudio se contó con una muestra de 44 pacientes hospitalizados. Se utilizó el inventario de depresión de Beck, que identifica factores asociados, así mismo se utilizó un cuestionario de

preguntas cerradas, los resultados arrojaron que el factor sociocultural sentimiento ante el diagnóstico y el significado del cáncer están asociados a la depresión con valores de ($p=0.004$), ($p=0,014$) respectivamente; en relación al factor concerniente con la enfermedad, se identificó asociación con la depresión solo en el nivel de satisfacción del paciente respecto a la enfermedad y tratamiento ($p=0,002$). Los autores concluyen que la depresión en pacientes oncológicos es influenciada por factores socioculturales y propios de la enfermedad.

5.1.2 Fundamentación Científica.

5.1.2.1 Adulto mayor

Definición

Adulto mayor término recientemente expresado para asignar a personas con edades mayores a 65 años, también se le llama personas de la tercera edad. El termino adulto mayor tiene características y rasgos que son adquiridos desde ámbito biológico, por cambios naturales o sociales y psicológicos (experiencias y circunstancias durante su vida).

Según la Organización Mundial de la Salud establece que personas entre 60 y 74 años están en considerados como de edad avanzada, entre 75 a 90 años se les considera viejas o ancianas, y los que tienen más de 90 años son los denominados viejos o longevos. En general a toda persona que supere los 60 años se le denomina: de la tercera edad. Según Harman (s.f) define a la vejes: como la acumulación progresiva de cambios que suceden con el paso del tiempo, responsables del aumento de la probabilidad de que una persona se enferme o de morir.

5.1.2.2 Proceso de envejecimiento: cambios que se producen

Conforme pase el tiempo se desarrolla el envejecimiento que es una serie de cambios biológicos y psicológicos en una persona. Así mismo, también se

desarrolla una transformación social. Los cambios que más se manifiestan durante el envejecimiento son los cambios físicos que es una continuación del declive de la persona, el cual se inicia cuando alcanza la madurez física, aproximadamente entre 18 y 22 años, puesto que termina la etapa de crecimiento y empieza la regresión física. Estos cambios no suceden en la misma época y al mismo ritmo. Aun no se puede distinguir cuales son los cambios que general el envejecimiento y cuáles derivan de la enfermedad o de factores ambientales y genéticos, por lo que no se llega a una conclusión exacta.

La persona mayor es considerada vulnerable porque la recuperación de cualquier enfermedad o padecimiento toma más tiempo en recuperarse. Así mismo, desarrollan mecanismos de adaptación y de estrategias que compensan carencias físicas permitiendo continuar su vida con autonomía. Ejemplos de envejecimiento son tales como la disminución de fuerza física a diferencia de personas jóvenes que pueden comprar y cargar más cosas.

5.1.2.3 Cambios biológicos relacionados con la edad

Sistemas sensoriales:

A. Visión:

- Las personas mayores de edad tienen una disminución del tamaño de la pupila, así mismo se reduce la transparencia y aumenta el espesor del cristalino, haciendo que tenga menor recepción de luz a la retina reduciendo la visión lejana.
- Se reduce la agudeza visual y la capacidad para separar colores.

B. Audición:

- Al igual que la visión se reduce la captación de frecuencias altas (tonos agudos), lo que ocasiona que una persona pierda la capacidad de escuchar palabras y comprender conversaciones. Por esta razón una persona mayor tiene más problemas para oír las voces femeninas, ya que estas son más agudas que el de los varones.

C. Gusto y olfato

- Se deteriora las papilas gustativas, haciendo que se pierda sensibilidad para diferenciar los sabores salados, dulces y ácidos.
- También, se pierde la capacidad diferenciar los diferentes olores de los alimentos.
- Por estas dos razones, los adultos mayores se quejan de las comidas que son servidas en las instituciones de atención socio sanitaria.

D. Tacto. La piel es uno de los cambios físicos en el cual la vejes se evidencia con el transcurrir el tiempo, está relacionado con la capacidad sensorial del tacto. Estos cambios son:

- Aparecen arrugas en la frente y debajo de los ojos.
- La piel se mancha de color marrón.
- Se vuelve flácida lo que facilita su arruga.
- Se pone más seca y pierde la hidratación natural.

Todos estos cambios son como consecuencia de transformaciones internas, así como disminución de colágeno, pérdida de grasa subcutánea y masa muscular. También son producidos falta de buena alimentación, enfermedades o excesiva exposición al sol sin la suficiente hidratación aplicada por vía tópica. (Gutiérrez, L. 2009).

Sistemas orgánicos.

A. Estructura muscular

Se pierde masa muscular y se atrofia las fibras musculares, haciendo que la persona disminuya de peso, número y diámetro. Por lo que traen consigo la disminución de fuerza muscular.

B. Sistema esquelético

Reducción de la masa esquelética, haciendo que los huesos se pongan más porosos (menos densidad del hueso) y pueden quebrarse fácilmente.

Así mismo los huesos se desmineralizan haciendo que estos sean más frágiles y vulnerables a fracturas. Las mujeres son más susceptibles en estos aspectos ya que tienen mayor pérdida de calcio por factores genéticos, hormonales (menopausia) e inactividad.

C. Articulaciones

Se tiene más rigidez articular, ocasionado por la degeneración de cartílagos, tendones y ligamentos, haciendo que las articulaciones sean menos eficientes al reducirse la flexibilidad. Estos trastornos son las principales causas del dolor de huesos en los adultos mayores.

D. Sistema cardiovascular

El órgano también directamente afectado es el corazón, en el cual se produce aumento del ventrículo izquierdo, se acumula grasa envolvente, se produce alteraciones de colágeno ocasionando que las fibras musculares se endurezcan, así como también pérdida de contracciones, entre otros.

- Los vasos sanguíneos se reducen y estrechan, perdiendo elasticidad, aumentan de grosor, acumulando lípidos en las arterias (arterioesclerosis). Este estrechamiento y la pérdida de elasticidad dificultan el paso de la sangre.

- Las válvulas cardiacas necesitan más tiempo para cerrarse ya que se tornan más gruesas y pierden flexibilidad. Esto reduce el aporte de sangre oxigenada y esto produce la disminución de la fuerza y la resistencia física.

E. Sistema respiratorio

Queda reducido debido a que los músculos intercostales se atrofian y debilitan, así mismo hay cambios esqueléticos como en la caja torácica y columna, así como se deteriora el tejido pulmonar (bronquios). Todo esto reduce el contenido de oxígeno en la sangre, entre un 10% y 15%, también aparece el enfisema enfermedad respiratoria, muy común en personas de edad avanzada.

F. Sistema excretor

El riñón pierde la capacidad para eliminar desechos a través de la orina, aumentando la necesidad de ir al baño a miccional. El deterioro del sistema excretor hace que muchas personas adultas sufran de incontinencia.

G. Sistema digestivo

El Sistema digestivo sufre cambios relacionados a una digestión dificultosa, reduciendo el metabolismo de ciertos nutrientes en el estómago y el intestino delgado.

- La pérdida de dientes también ocasionan problemas considerables en la digestión por lo que se necesita una buena masticación.

- Reducción de movimientos esofágicos (contracción/relajación), cuya función es facilitar la deglución.
- Se reduce la secreción de enzimas digestivas, dificultando la buena digestión.
- Se Atrofia la mucosa gastrointestinal, ocasionando menor absorción de nutrientes es menor.
- Disminución del tono muscular y el peristaltismo del intestino, ocasionando la producción de menos masa y frecuencia en la eliminación de sólidos por lo que las personas mayores sufren de estreñimiento.
- Con la vejes la vesícula e hígado producen cálculos, así como un menor tamaño y eficiencia del hígado.

5.1.2.3 Cambios sociales relacionados con la edad

El conjunto de funciones, normas, comportamientos y derechos definidos social y culturalmente que una persona ejerce, con el paso de los años el estatus concreto que ha ganado y desempeñado van cambiando, obligándolo a abandonar roles desempeñados toda su vida. Esta nueva situación ocasiona en el individuo cambios sociales y psicológicos.

Cambios sociales

Existen teorías que pretenden explicar los cambios psicosociales cuando un individuo llega a viejo, así como el origen de los siguientes cambios:

- La disminución de actividad social se realiza paulatinamente con el paso del tiempo y no repentinamente.

- Al reducirse la frecuencia de las relaciones sociales, las personas refuerzan su valor personal y son más gratificantes, dedicando más tiempo a su mantenimiento.
- La interacción social tiene más un carácter de calidad que de cantidad.

Las teorías que sustentan los cambios sociales tenemos:

Una de las teorías es de la desvinculación, del autor Cumming y Henry (1961) que establece es parte normal y natural que una persona se desvincule del entorno en el que vive, además establece que hay un envejecimiento satisfactorio que cuando la misma sociedad, amigos, familiares entre otros ayudan a la persona a abandonar los roles y obligaciones que realizaba, el autor considera: importantes los factores endógenos (de dentro de la persona o de su medio). Así como la desvinculación selectiva (solo de algunos aspectos) y desvinculación transitoria en determinados periodos.

Otra teoría es la de la actividad, del autor Tartler (1961), que fundamenta que ha mayor actividad, se tiene mayor satisfacción. Establece que la sociedad tiene responsabilidad en los individuos para que estos pierdan actividad uno de ellos son las jubilaciones. Por lo que no todos poseen la capacidad para reorganizar sus actividades después de ser jubilado y llevando incluso a una desesperanza.

Atchley (1971), en su teoría de la continuidad, establece y se fundamenta en los estilos de vida de otras etapas. Es decir, se mantiene continuidad con sus propios estilos, pero acentuados. Lo que mejora un envejecimiento satisfactorio.

Cambios psicológicos

Para explicar los cambios psicológicos existen dos teorías principales: la teoría de Erikson y la de Peck.

La teoría de Erikson (integración vs. desesperación), dice que el ser humano tiene un proceso de cambio, que conlleva a pasar por ocho crisis, correspondientes a cambios de etapa vital, y en la última etapa el individuo acepta el modo de vida a ha vivido (integración), si esto no se produce ocasionará una desesperación.

Teoría de Peck, establece que la persona pasa por 03 crisis correspondientes a la etapa vital y que es necesario resolver estas crisis para tener una vejez saludable y extender su identidad más allá de su trabajo, bienestar físico y existencia propia.

Evolución del entorno socioafectivo

El entorno social es muy importante para el individuo, el hecho que una persona reduzca sus contactos sociales al entrar a la vejez, no equivale a la reducción de apoyo que pueda recibir el individuo, así como tampoco un mayor número de interacciones trae como obligada consecuencia un aumento en la percepción subjetiva de apoyo.

Los conceptos de apoyo social, entorno socioafectivo y red social son comprendidos fácilmente, la dificultad es a la hora de delimitar y especificar dichos conceptos, estos apoyos pueden ser de varios tipos:

- Apoyo instrumental: Cuando se le suministra con bienes materiales y servicios, ayudando a solucionar problemas prácticos.
- Apoyo emocional: Relacionado al trato afectivo de la persona de ser respetado, amado, valorado e integrado en una red social.
- Apoyo de estima: relacionado con la amistad y confianza de alguien con quien la persona pueda conversar y exponer sus problemas.

El hecho de poder conversar y exponer sus contrariedades hace que se fortalezca la autoestima de la persona, ya que sienten que son valorados y aceptados por otra persona, esto es positivo en situaciones de estrés y la potenciación de nuestros propios recursos para hacer frente a esos problemas.

. • Apoyo informativo: es el brindar información que ayude a resolver un problema, reduciendo el sentimiento de confusión e impotencia, e aumentar sensaciones de control sobre la situación, ayudando así al bienestar psicológico.

- Compañía social: estas actividades en especial los relacionados a juegos tiene un efecto generador de ánimos positivo. Por ello estas actividades, lúdicas, deportivas, formativas, entre otras, se deben apoyar en ambos sexos, porque inciden positivamente en el aspecto psíquico y físico de la persona, reconociendo que la persona no tiene limitaciones.

Al llegar a la vejez, la red social con la cual había interactuado cambia:

- La familia es el principal vínculo social que se tiene: la pareja y los hijos son mayormente el principal apoyo de la persona.
- En el caso de las mujeres, siempre están presente las relaciones vecinales de toda la vida.
- Rol de abuelo(a). pasa de ser fuente de ayuda a ser una carga familiar por lo que muchos familiares plantean el ingreso en una institución).
- Existe pérdida de los vínculos con compañeros de trabajo, fallecen amistades de toda la vida, vecinos, familiares... pero también puede ganar nuevos dependiendo de la actitud que adopte en su nueva situación.

La pérdida de las relaciones sociales hace que de alguna manera se pierda los roles, así como los recuerdos, hasta la misma identidad.

Cuando se pierden las personas con las que se relacionaba o personas significativas también desaparecen los anclajes de su historia personal, dejando de establecer nuevas relaciones, en la misma proporción que la autonomía y la autoestima, ocasionando que la persona se aísle y se refugie en la soledad en la que se siente segura.

Por ello es importante promover programas adecuados donde las personas puedan participar, favorecer sus relaciones entre usuarios y aumentar la actividad social.

5.1.2.5 Cambios biológicos Evolución de la sexualidad de la persona mayor.

La sexualidad es la tercera necesidad básica de la persona, después de la alimentación y de la seguridad, está enmarcada dentro de una relación de pareja o de amistad. Pero en la conducta sexual tienen diferencias influidas por factores bio-psico-sociales, como en otros aspectos de la vida, pero la diferencia con ellos es que la sexualidad es una relación bidireccional, ya

que una sexual activa tiene influencias positivas en la parte fisiológica y psicológica de las personas.

La sexualidad es condicionada en las personas mayores por creencias religiosas, la educación recibida y por actitud de otras personas como familiares, amigos y compañeros. Influye mucho la opinión de otros grupos etarios más jóvenes como los hijos y nietos.

La sexualidad en la vejez tiene los mismos objetivos que en otra etapa de la vida, tales como contacto corporal, dignidad, comunicación, aceptación sin paternalismos y la seguridad emocional que da sentirse querido.

La conducta sexual está motivada por tres aspectos: la reproducción, el deseo de placer y la comunicación afectiva.

La actividad sexual es favorable para la intimidad y la autoestima de ambos partícipes, no implica necesariamente el coito. Las personas mayores en su juventud tuvieron una educación sexual inadecuada y siguen desinformados, teniendo creencias negativas y tienen miedo pedir información, y si la piden mayormente les responden evasivamente incluidos los propios profesionales. Los mayores que mantienen una actividad sexual se sienten avergonzados por personas que proyectan que la sexualidad y la vejez son situaciones incompatibles.

Como profesionales nuestras actitudes irán encaminados a los siguientes aspectos:

- Promover que las personas mayores expresen su «problemática sexual» y erradicar falsas creencias.
- Dar a conocer los cambios normales de envejecimiento corporal, y que se adapte a la nueva situación y optimice sus posibilidades.

- Beneficiar a las personas mayores teniendo vínculos afectivos estables y también íntimos.

5.1.3 Depresión en el adulto mayor.

Definición

Problema médico que afecta la vida diaria y el funcionamiento normal de las personas. No está relacionado con el envejecimiento, ni es señal de debilidad ni mucho menos defecto de carácter. En este caso se necesita tratamiento para sentirse mejor.

Para la Organización Mundial de la Salud – OMS: es un trastorno mental frecuente, caracterizado por la 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.

La depresión en el adulto mayor puede hacerse crónica dificultando el desempeño en el trabajo, puede conducir al suicidio, si la depresión es leve es tratable sin medicamentos, pero si existe un carácter moderado o grave se es necesario medicamentos y psicoterapia. Se puede diagnosticar de forma fiable y puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.

Una gran cantidad de personas que sufren de depresión no buscan ayuda porque desconocen que ese sufrimiento podría ser evitado en gran parte. En este sentido el Asesor Principal en Salud Mental de la OPS/OMS, Jorge Rodríguez establece que en América Latina y el Caribe la depresión afecta en un 5% de las personas adultas, dice que es un trastorno que afecta a todas las personas en algún momento, y debe ser atendida, apoyada psicológicamente y socialmente.

Los médicos Psiquiatras Rubén Alvarado y Macarena Moral dicen que los cuadros depresivos en los adultos mayores pueden llegar a deteriorar la parte cognitiva e incluso llegar a la demencia en el individuo a poco tiempo de

iniciar con la patología depresiva. En este contexto, todo antecedente de episodio depresivo es un factor de riesgo para desarrollar Alzheimer.

Clasificación

Los sistemas internacionales de diagnóstico más utilizados son:

- El de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV TR).
- Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud.

El de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV TR):

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (American Psychiatric Association) tiene una serie de clasificaciones de los diversos trastornos mentales y pone a disposición documentos con descripciones claras de las categorías diagnósticas, para que los médicos, clínicos e investigadores de las ciencias de la salud puedan tener a la mano información que les permita diagnosticar, estudiar, cruzar e intercambiar información que les permita el tratamiento de estos trastornos. Actualmente se encuentran en la cuarta versión (DSM-IV). Ya se ha publicado un calendario de investigación para la publicación del DSM-V, que, al igual que el DSMIV, provoca controversia entre los profesionales en cuanto a su uso diagnóstico. La OMS recomienda el uso del Sistema Internacional denominado CIE-10, cuyo uso está generalizado en todo el mundo.

El DSM está elaborado con datos empíricos y una metodología que describe cada una de las clasificaciones, permitiendo mejorar la comunicación entre los diferentes profesionales de la salud con los investigadores. Por esta razón no explica las diversas patologías, no se proponen tratamientos farmacológicos o psicoterapéuticos, ni tampoco establecen una teoría

específica dentro de la psicología o de la psiquiatría, y debe ser usado por personas con experiencia clínica, funciona como una guía que tiene que tener un juicio clínico, además de los conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios. (Wikipedia, 2009)

Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud.

El *CIE-10* actualmente se encuentra en la décima revisión, es una clasificadora internacional de enfermedades, realizada por la OMS, tiene como fin registrar sistemáticamente, analizar, interpretar, y comparar datos de mortalidad y morbilidad recolectados en todas las partes del mundo y en diferentes épocas.

Diagnóstica para depresión según CIE 10 y DSM IV-TR: según los sistemas de clasificación

F32.0 Episodio depresivo leve CIE-10

A. Deben cumplirse los criterios generales del episodio depresivo

B. Presencia de, por lo menos, 2 de los 3 síntomas siguientes

- 1) Humor depresivo en grado anormal en la persona, en casi todo el día y todos los días, influido por las situaciones externas y persistentes durante dos semanas.
- 2) Pérdida de interés para disfrutar actividades que son placenteras.
- 3) Reducción de energía o aumento de la fatigabilidad.

C. Además, debe estar presente por lo menos 4 de los síntomas siguientes:

- 1) Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.
- 2) Sentimientos de autorreproche o de culpa excesiva.
- 3) Disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación

- 4) Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).
- 5) Alteraciones de sueño.
- 6) Aumento o disminución del apetito con el correspondiente cambio de peso.

F32.1 Episodio depresivo moderado CIE-10

A. Cumplimiento de criterios generales del episodio depresivo

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

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

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

- 1) Pérdida de la confianza o disminución de la autoestima.
 - 2) Sentimientos irrazonables de autorreproche o de culpa inapropiada.
 - 3) Disminución en la capacidad de pensar o concentrarse.
 - 4) Cambio en la actividad psicomotriz, agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).
 - 5) Alteraciones del sueño.
 - 6) Aumento o disminución del apetito cambio correspondiente de peso.
- Stucchi, S., médico psiquiatra del Hospital Nacional de Salud Mental Honorio Delgado HideyoNoguchi (2010) dice principales síntomas son:

- Ánimo depresivo bajo el cual sienten tristeza la mayor parte del día y casi todos los días. En casos de depresiones melancólicas el ánimo no mejora ni con buenas noticias ni acontecimientos buenos de su vida, es decir siempre está triste "pase lo que pase".
- Pierde interés de actividades sociales que antes le agradaban.
- Alteraciones del apetito, lo que implica en el aumento o disminución del peso.
- Tiene insomnio o hipersomnio. Es decir la persona duerme poco tiempo y ya no puede volver a dormir.
- Retardo psicomotor, se vuelven lentas al caminar, hablar, demora en responder las preguntas. Sin embargo, en algunas personas, aumenta la actividad motora.
- Fatiga o pérdida de energía, es decir pérdida de las fuerzas, se cansa fácilmente en las actividades cotidianas.
- Tiene ideas de minusvalía y de culpa, la persona se siente inferior a otros o se culpa de desgracias propias y ajenas ("no sirvo para nada", "todo es por mi culpa").
- Desesperanza, las personas tienen miedo del futuro, lo ven como algo dudoso y que no tiene posibilidades.
- Dificultad para concentrarse o para tomar decisiones.
- Ideación suicida. La persona siente deseos de morir hasta idear un plan que culmina en la muerte. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15) La escala de depresión geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS), diseñada por Brink y Yesavage en 1982, permite evaluar el estado afectivo de los adultos mayores, es el más efectivo ya que otras escalas sobrevaloran los síntomas somáticos o neurovegetativos. Se usa con personas mayores de

buena salud, con enfermedad médica, y aquellos con deterioro cognitivo de leve a moderado.

La herramienta es muy confiable el cual arroja un 92% de sensibilidad y con un 89% de especificidad en estudios de evaluación diagnóstica. La validez y confiabilidad fue respaldadas tanto con la consulta como con la investigación clínica. En un estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo de GDS para la auto calificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ($r = 0,84$, $p < 0,001$) (Sheikh & Yesavage 1986). La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, se seleccionaron los que tenían relación con la puntuación total y mostraban una validez test-retest mayor. Los autores desarrollaron una nueva versión en 1986 que estaba reducida a 15 ítems, siendo muy difundida y utilizada. Posteriormente otros autores elaboraron versiones más reducidas de entre 4, 5 o 10 ítems. La escala de depresión del adulto mayor test de yesavage de la OPS/OMS, fue validada a una escala de 15 ítems. Para estandarizar estas medidas se usó medidas de tendencia central y los coeficientes de correlación punto biserial para cada ítem. El coeficiente de confiabilidad de la escala es del 0,7268, indicando que la escala GDS-15 es altamente confiable; 14 de los 15 ítems estadísticamente predicen moderadamente el constructo de depresión; sin embargo, desde el análisis psicológico, los 15 ítems son pertinentes para evaluar rasgos depresivos (28). Su contenido se centra en aspectos cognitivo conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el adulto mayor. Cada ítem se valora como 0/1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las 38 negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0-30 o de 0-15, según la versión. Para la versión de 15 ítems, se aceptan los siguientes puntos de corte: Normal: 0-5 puntos. Depresión leve: 6-9 puntos. Depresión severa: 10-15 puntos.

5.2 Justificación de la investigación

La Organización Mundial De La Salud (2013), refiere que las personas mayores están aumentando rápidamente en todo el mundo, calculan que entre el 2000 al 2050 la proporción pasará de 11% a 22%. Este aumento de personas mayores de 60 años está vulnerables a sufrir problemas físicos y mentales y el 6.6% presentan discapacidad, en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso.

Este proceso de envejecimiento demográfico para la región de América latina la población adulta mayor, pasó de un 5,6% del total en 1950 a un 10% en el año 2016. En el contexto de América latina. Para la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 10,4% en el año 2018. (INEI 2018). En departamento de Piura cuenta con una población de 1.844.129 habitantes donde el 8.9% representa la población del adulto mayor conformada por 164,625. El distrito de Sullana cuenta con una población 10, 093 de adultos mayores.

Ante el evidente incremento de la población mayor de 60 años y el aumento de la esperanza de vida al nacer en nuestro país y a nivel mundial, esta situación ha generado un especial interés y atención a este grupo poblacional debido a las características particulares y necesidades específicas, tornándose una población vulnerable a cualquier alteración de tipo familiar, emocional, social, económica. Es necesario investigar los factores asociados al nivel de depresión en adultos mayores porque permitirá estos resultados a desarrollar acciones de prevención en grupos de riesgo identificados, en este contexto. El profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención cumple un rol protagónico, pues brinda una atención holística al ser humano como un todo, considerando que el aspecto emocional es un factor importante en la salud y

bienestar de la persona además de ser un elemento fundamental en la valoración que hace la enfermera al brindar cuidado al adulto mayor.

Por ello resulta necesario realizar esta investigación pues una depresión severa en este grupo poblacional puede tener efectos negativos y producir sentimientos de inseguridad, lo que incide en su autopercepción, asimismo dificultando su adaptación a los cambios que se presentan, alterando su desarrollo como persona y su relación con los demás. En esta área del cuidado de salud mental del adulto mayor corresponde al profesional de enfermería la educación orientada a la satisfacción de sus necesidades no solamente físicas sino en la parte emocional que le permita desarrollar su autoestima. El resultado de este estudio de investigación permitirá implementar estrategias para la interacción con la persona y familia, que permita un envejecimiento activo y saludable.

5.3 Problema

¿Cuáles son los factores asociados al nivel de depresión de los adultos mayores atendidos en el Consultorio de Medicina del Hospital Apoyo II-2 Sullana, 2019?

5.4 Conceptuación y Operalización de las variables

Factores Psicológicas y sociales:

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.

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

Variables

Variable 1

Factores psicosociales

Variable 2

Estado depresivo

5.4.1 Operacionalización de variables

| Variable | Definición | Dimensión | Indicador |
|------------------------------|---|--|---|
| Factores psicosociales | condiciones psicológicas y sociales que afectan a los seres humanos | Características demográficas y sociales. | Edad Sexo Grado de instrucción Estado civil |
| | | 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? ¿Cómo se siente respecto a la frecuencia que tiene contacto con sus familiares? ¿Con que frecuencia tiene contacto con sus amigos o vecinos? ¿Si usted enfermase ocasionalmente, cuenta con alguien que le puede ayudar? |
| | | Autoestima | Alta Media Baja |
| Depresión en adultos mayores | Manifestaciones que intervienen en su estado psicoemocional y que afecta su modo de vida. | Depresión | Normal Depresión Moderada. Depresión Severa |

5.5 Hipótesis

5.6.1 Hipótesis General

H1: Los factores sociales y psicológicos están asociados significativamente al nivel de depresión de los adultos mayores atendidos en el Consultorio de Medicina del Hospital Apoyo II-2 Sullana.

H0: Los factores sociales y psicológicos no están asociados significativamente al nivel de depresión de los adultos mayores atendidos en el Consultorio de Medicina del Hospital Apoyo II-2 Sullana.

5.7 Objetivos

5.7.1 Objetivo general

Determinar si los factores sociales y psicológicos están asociados con el nivel de depresión de los adultos mayores atendidos en el Consultorio de Medicina del Hospital Apoyo II-2 Sullana, 2019.

5.7.2 Objetivos específicos

Identificar el nivel de depresión de los adultos mayores atendidos en el Consultorio de Medicina del Hospital Apoyo II-2 Sullana, 2019.

Determinar los factores psicológicos asociados al nivel de depresión de los adultos mayores atendidos en el Consultorio de Medicina del Hospital Apoyo II-2 Sullana, 2019.

Identificar los factores sociales asociados al nivel de depresión de los adultos mayores atendidos en el Consultorio de Medicina del Hospital Apoyo II-2 Sullana, 2019.

5. Metodología

a. Tipo y Diseño de investigación

Tipo de investigación

El tipo de investigación es cuantitativo, porque la recolección de datos y la presentación de los resultados se han utilizado procedimientos estadísticos e instrumentos de medición y de acuerdo a la contrastación es:

- Descriptivo
- Correlacional
- No Experimental

Es descriptiva porque se describió las variables de estudio: factores sociales y psicológicos están asociados con el nivel de depresión de los adultos mayores atendidos en el Consultorio de Medicina del Hospital Apoyo II-2 Sullana, 2019

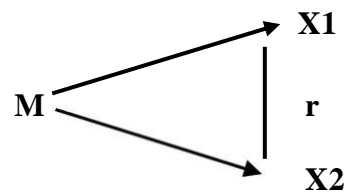
Es correlacional porque se determinó la relación de dichas variables

Es no experimental porque el investigador no manipulo las variables de estudio.

Diseño de investigación

El diseño a utilizar en la presente investigación es el que corresponde a no experimental, descriptivo - correlacional, cuya representación gráfica es:

Su esquema es el siguiente:



X1: Factores sociales y psicológicos

X2: Nivel de depresión

M: Muestra del estudio: 35 adultos mayores atendidos en el consultorio externo del Medicina.

Población y Muestra

Población

La población estuvo constituida por un total de 36 adultos mayores atendidos en el consultorio externo del Medicina del Hospital II-2 Sullana.

Muestra

Se utilizó la siguiente formula:

$$n = \frac{Z^2 pq N}{(N-1)E^2 + Z^2 pq}$$

Dónde:

N: es el tamaño de la población.

α: es el valor del error 5% = 0.05.

Z = 1.96

P= probabilidad del éxito= 0.5.

q= probabilidad de éxito= 0.5

n: es el tamaño de la muestra.

El valor que para el error alfa, es del 5% (0.05) con un nivel de confianza de 95% (0.95) lo que equivale a un valor de Z de 1.959963985 (a nivel práctico 1.96).

Reemplazando:

$$n = \frac{3.84 \times 0.25 \times 36}{34 \times 0.0025 + 3.84 \times 0.25}$$

$$n = \frac{34,56}{0,9818}$$

$$n = 35,20$$

La muestra estuvo constituida por 35 adultos mayores, tomando en consideración criterios principales, tales como:

Criterios de Inclusión:

- Adultos mayores a partir desde los 60 años a más de ambos sexos.
- Adultos mayores orientados en tiempo, espacio y persona.

- Que acepten y firmen el consentimiento informado para participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores de 60 años que presenten alguna enfermedad mental.
- Adultos mayores que no sepan leer y escribir.
- Adultos mayores que se nieguen a participar en el estudio.

b. Técnicas e instrumentos de investigación

En el estudio se utilizó la técnica de la encuesta y tres instrumentos, para evaluar factores sociales y psicológicos el cuestionario, elaborado y utilizado por Montenegro y Baldera (2016), que consta de 11 preguntas validada por juicio de expertos. Para evaluar en nivel de depresión se utilizará la escala de depresión geriátrica abreviada de Yasavage, donde el participante deberá responder 15 preguntas de respuestas SI/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. El cuestionario para explorar la autoestima personal de Rosemberg, entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. La escala consta de 10 ítems, la puntuación será: De 30 a 40 puntos, catalogando como Autoestima elevada Considerada como autoestima normal. De 26 a 29 untos: Autoestima media y menos de 25 puntos: Autoestima baja.

c. Técnicas Procesamiento y análisis de la información

Para llevar a cabo la recolección de los datos se procedió a solicitar la aprobación del proyecto por la Universidad. Posteriormente se presento una solicitud dirigida al Director de la Institución para solicitar el permiso

respectivo, luego se procederá a la selección de la muestra y al recojo de la información aplicando los instrumentos, posteriormente los resultados se ingresaron al programa SPSS versión 22 obteniendo tablas y gráficos respectivas. Finalmente se interpretarán los datos según los resultados, confrontando con otros trabajos similares o con la base teórica disponible y se ejecutara el informe final.

6. Resultados

Tabla 1: Edad de los adultos mayores atendidos en el consultorio de medicina. Hospital Apoyo II-2 Sullana 2019

| Edad | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|------------|------------|
| De 60 a 64 años | 6 | 17.1 |
| De 65 a 69 años | 14 | 40.0 |
| De 70 a 74 años | 8 | 22.9 |
| De 75 a más años | 7 | 20.0 |
| Total | 35 | 100.0 |

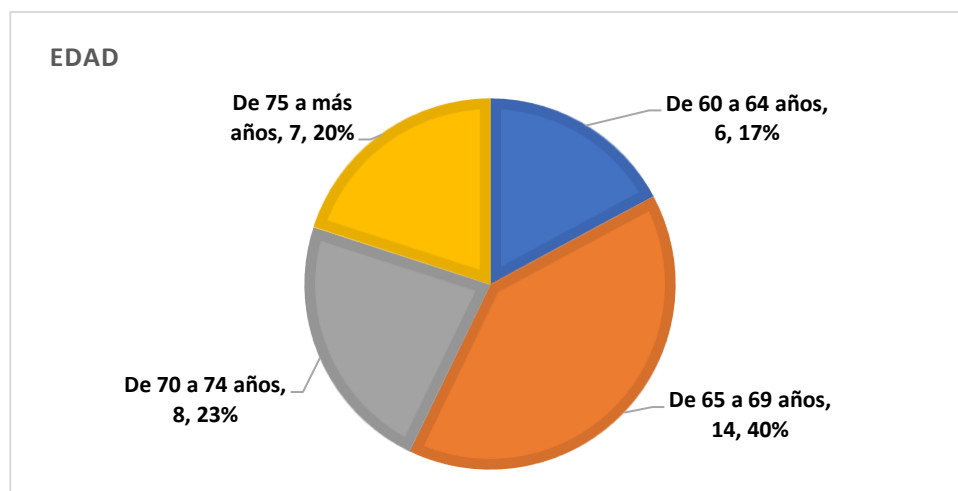


Gráfico 1: Edad de los adultos mayores atendidos en el consultorio de medicina. Hospital Apoyo II-2 Sullana 2019

Interpretación: La edad de los adultos mayores en estudio tenemos que el 40,0% tenían entre 65 a 69 años, el 22,9% entre 70 a 74 años, el 20,0% más de 75 años, y el 17,1% entre 60 a 64 años.

Tabla 2: Sexo de los adultos mayores atendidos en el consultorio de medicina. Hospital Apoyo II-2 Sullana 2019

| Sexo | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Masculino | 16 | 45.7 |
| Femenino | 19 | 54.3 |
| Total | 35 | 100.0 |

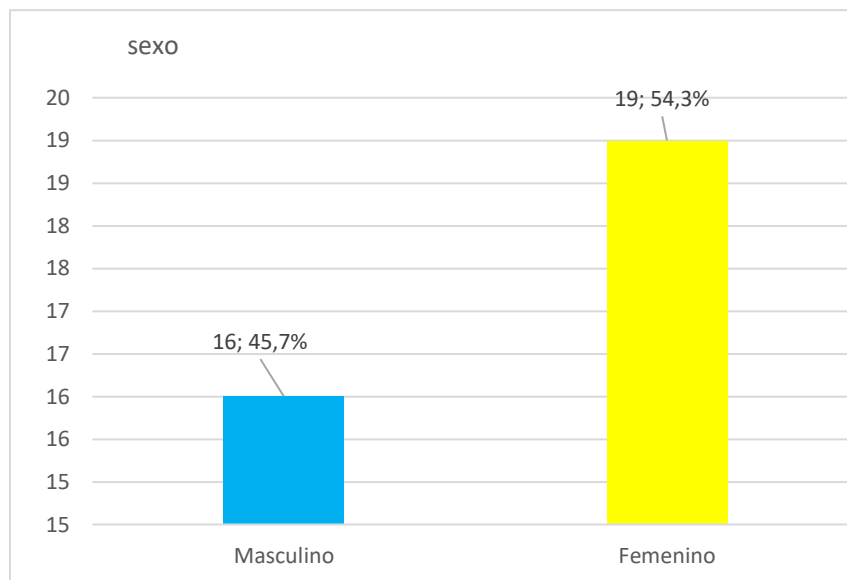


Grafico 2: Sexo de los adultos mayores atendidos en el consultorio de medicina. Hospital Apoyo II-2 Sullana 2019

Interpretación: El sexo de los adultos mayores en estudio, el 54,3% son de sexo femenino y el 45,7% masculino.

Tabla 3: Grado de instrucción de los adultos mayores atendidos en el consultorio de medicina. Hospital Apoyo II-2 Sullana 2019

| Grado de instrucción | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|------------|------------|
| Analfabeto | 10 | 28.6 |
| Primaria | 15 | 42.9 |
| Secundaria | 9 | 25.7 |
| Superior | 1 | 2.9 |
| Total | 35 | 100.0 |

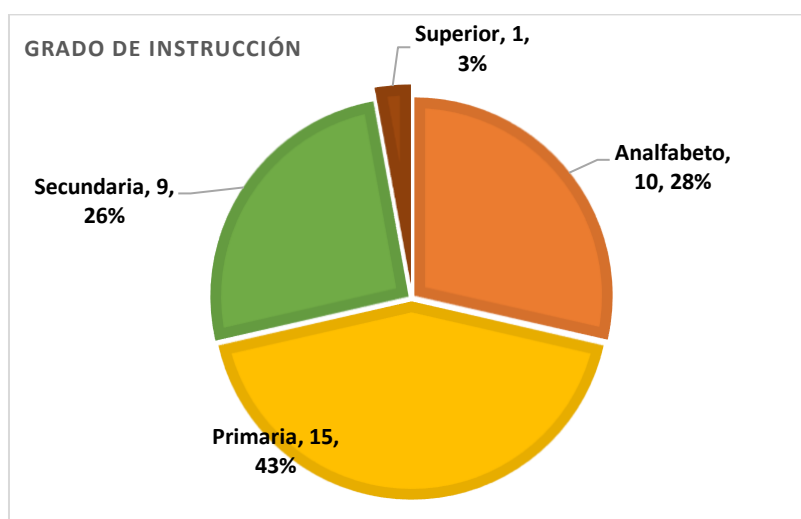


Gráfico 3 Grado de instrucción de los adultos mayores atendidos en el consultorio de medicina. Hospital Apoyo II-2 Sullana 2019

Interpretación: El grado de instrucción de los adultos mayores en estudio, el 42,9% primaria, el 28,6% analfabetos, el 25,7% con secundaria y el 2,9% superior.

Tabla 4: Estado civil de los adultos mayores atendidos en el consultorio de medicina. Hospital Apoyo II-2 Sullana 2019

| Estado civil | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Soltero | 1 | 2.9 |
| Casado | 17 | 48.6 |
| Conviviente | 2 | 5.7 |
| Viudo | 12 | 34.3 |
| Divorciado | 3 | 8.6 |
| Total | 35 | 100.0 |

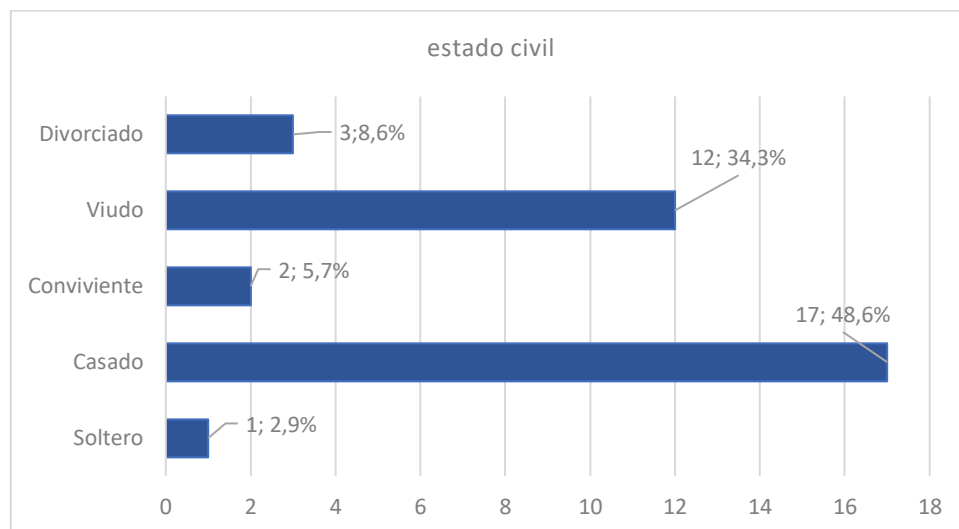


Gráfico 4: Estado civil de los adultos mayores atendidos en el consultorio de medicina. Hospital Apoyo II-2 Sullana 2019

Interpretación: El estado civil de los adultos mayores en estudio, el 48,6% son casados, el 34,3% viudos, el 8,6% divorciados, el 5,7% convivientes y el 2,9% solteros.

Tabla 5: Nivel de depresión de los adultos mayores atendidos en el consultorio de medicina. Hospital Apoyo II-2 Sullana 2019

| Nivel de depresión | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------|------------|------------|
| Normal | 27 | 77.1 |
| Depresión moderada | 8 | 22.9 |
| Depresión severa | 0 | 0,0 |
| Total | 35 | 100.0 |

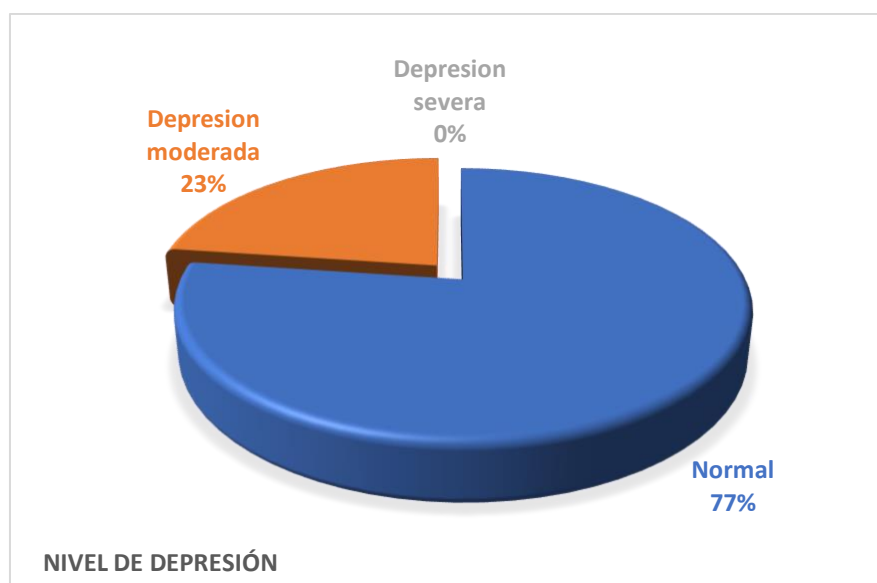


Gráfico 5: Nivel de depresión de los adultos mayores atendidos en el consultorio de medicina. Hospital Apoyo II-2 Sullana 2019

Interpretación: El nivel de depresión de los adultos mayores en estudio, el 77,1% normal y el 22,9% con depresión moderada, no hay casos de depresión severa.

Tabla 6: Nivel de autoestima de los adultos mayores atendidos en el consultorio de medicina. Hospital Apoyo II-2 Sullana 2019

| Nivel de autoestima | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| Baja | 14 | 40.0 |
| Media | 21 | 60.0 |
| Alta | 0 | 0,0 |
| Total | 35 | 100.0 |

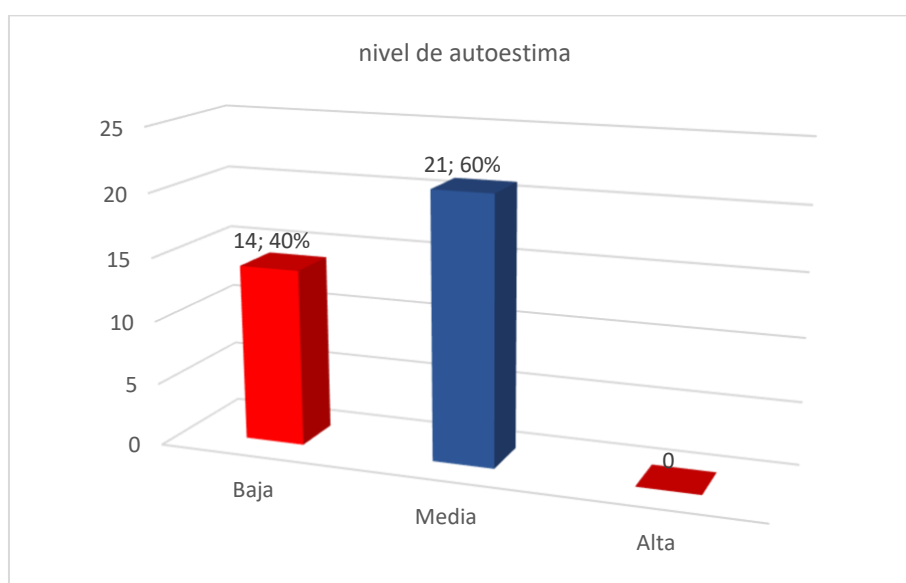


Gráfico 6: Nivel de autoestima de los adultos mayores atendidos en el consultorio de medicina. Hospital Apoyo II-2 Sullana 2019

Interpretación: El nivel de autoestima de los adultos mayores en estudio, el 60,0% nivel de autoestima medio y el 40,0% presenta un nivel de autoestima baja.

Tabla 7: Factor psicológico: Relación entre nivel de autoestima y depresión en los adultos mayores atendidos en el consultorio de medicina. Hospital Apoyo II-2 Sullana 2019

| Nivel de depresión | Autoestima | | | | Total | |
|--------------------|------------|------|-------|------|-------|-------|
| | Baja | | Media | | | |
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| Normal | 14 | 40,0 | 13 | 37,1 | 27 | 77,1 |
| Depresión moderada | 0 | 0,0 | 8 | 22,9 | 8 | 22,9 |
| Depresión severa | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Total | 14 | 40,0 | 21 | 60,0 | 35 | 100,0 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) | Sig. exacta (bilateral) | Sig. exacta (unilateral) |
|---|--------------------|----|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 6,914 ^a | 1 | ,009 | | |
| Corrección por continuidad ^b | 4,922 | 1 | ,027 | | |
| Razón de verosimilitudes | 9,718 | 1 | ,002 | | |
| Estadístico exacto de Fisher | | | | ,012 | ,009 |
| Asociación lineal por lineal | 6,716 | 1 | ,010 | | |
| N de casos válidos | 35 | | | | |

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,20.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

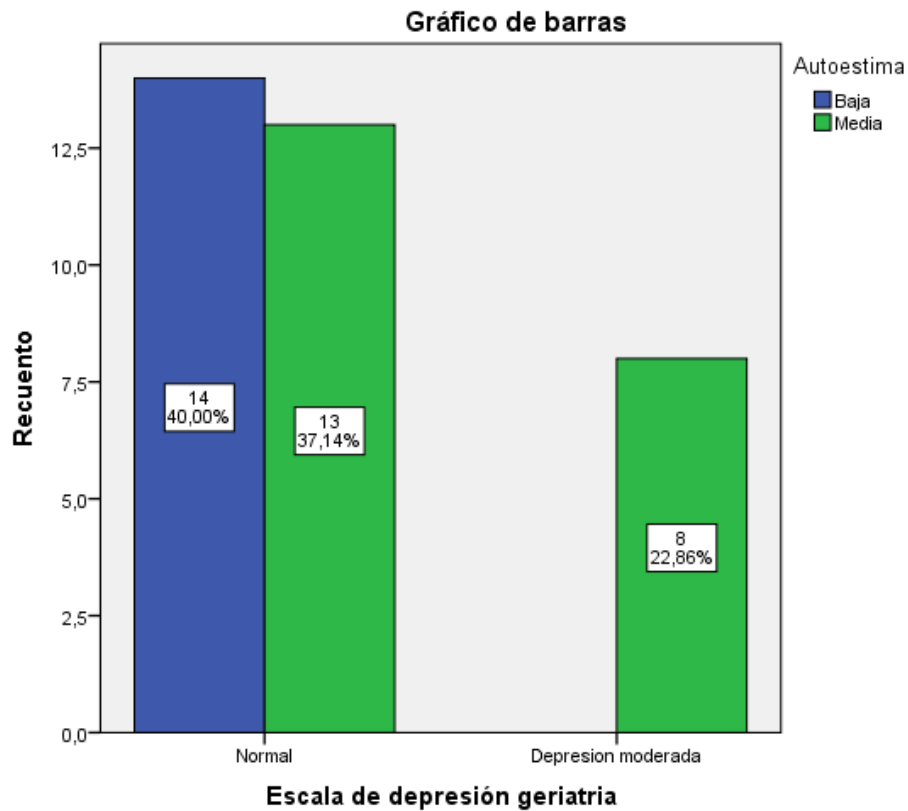


Grafico 7: Factor psicológico: Relación entre nivel de autoestima y depresión en los adultos mayores atendidos en el consultorio de medicina. Hospital Apoyo II-2 Sullana 2019

Interpretación: La relación de las variables nivel de autoestima con nivel de depresión, tenemos: Grupo de adultos mayores normal, el 40% presenta un nivel de autoestima baja y el 37,1% de autoestima media. El grupo con depresión moderada, presenta el 22,9% un nivel de autoestima media.

Tabla 8: Relación entre factor social y nivel de depresión en los adultos mayores atendidos en el consultorio de medicina. Hospital Apoyo II-2 Sullana 2019

| Factor social | Nivel de depresión | | | | | | Total | x2 | sig | p | sig | |
|--|--------------------|------|--------------------|------|------------------|-----|-------|------|--------------------|-------|------|-----------------|
| | Normal | | Depresión moderada | | Depresión severa | | | | | | | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | | | | | | |
| Edad | | | | | | | | | | | | |
| De 60 a 64 años | 3 | 8,6 | 3 | 8,6 | 0 | 0,0 | 6 | 17,1 | 8,264 ^a | .041 | 0,05 | si hay relación |
| De 65 a 69 años | 9 | 25,7 | 5 | 14,3 | 0 | 0,0 | 14 | 40,0 | | | | |
| De 70 a 74 años | 8 | 22,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 8 | 22,9 | | | | |
| De 75 a más años | 7 | 20,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 7 | 20,0 | | | | |
| Grado de instrucción | | | | | | | | | | | | |
| Analfabeto | 10 | 28,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 10 | 28,6 | 7,022a | .071 | 0,05 | si hay relación |
| Primaria | 11 | 31,4 | 4 | 11,4 | 0 | 0,0 | 15 | 42,9 | | | | |
| Secundaria | 6 | 17,1 | 3 | 8,6 | 0 | 0,0 | 9 | 25,7 | | | | |
| Superior | 0 | 0,0 | 1 | 2,9 | 0 | 0,0 | 1 | 2,9 | | | | |
| Sexo | | | | | | | | | | | | |
| Masculino | 12 | 34,3 | 4 | 11,4 | 0 | 0,0 | 16 | 45,7 | .077a | 0,782 | 0,05 | si hay relación |
| Femenino | 15 | 42,9 | 4 | 11,4 | 0 | 0,0 | 19 | 54,3 | | | | |
| Estado civil | | | | | | | | | | | | |
| Soltero(a) | 1 | 2,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 2,9 | 12,982a | .011 | 0,05 | no hay relación |
| Casado(a) | 11 | 31,4 | 6 | 17,1 | 0 | 0,0 | 17 | 48,6 | | | | |
| Convivientr | 0 | 0,0 | 2 | 5,7 | 0 | 0,0 | 2 | 5,7 | | | | |
| Viudo | 12 | 34,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 12 | 34,3 | | | | |
| Divorciado | 3 | 8,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 8,6 | | | | |
| participación actividades sociales | | | | | | | | | | | | |
| SI | 1 | 2,9 | 4 | 11,4 | 0 | 0,0 | 5 | 14,3 | 10,802a | .001 | 0,05 | si hay relación |
| NO | 26 | 74,3 | 4 | 11,4 | 0 | 0,0 | 30 | 85,7 | | | | |
| participación en actividades familiares | | | | | | | | | | | | |
| SI | 9 | 25,7 | 6 | 17,1 | 0 | 0,0 | 15 | 42,9 | 4,375a | .036 | 0,05 | si hay relación |
| NO | 18 | 51,4 | 2 | 5,7 | 0 | 0,0 | 20 | 57,1 | | | | |

Interpretación: La relación de las variables factor social de los adultos mayores con nivel de depresión: El grupo de 65 a 69 años presentan el

14,3% depresión moderada y e los de 60 a 64 años presentan depresión moderada. Según el grado de instrucción tienen depresión moderada, el 11,4 con primaria, el 8,6% secundaria y el 2,9% superior. De acuerdo a sexo presentan depresión moderada el 11,4% masculino e igual porcentaje para femenino. En cuando a estado civil, presentan depresión moderada, el 17,1% los casados y el 5,7% los convivientes. En cuanto al grupo que parcipa en actividades sociales presentan depresión moderada el 11,4% los que participan e igual porcentaje los que no participan. Y el grupo que parcipa en actividades sociales familiares presentan depresión moderada el 17,5% los que si participan y el 5,7% los que no participan.

7. **Análisis y discusión** La información general de la población adulta mayor que ha participado en el estudio, la mayoría tiene entre 65 a 69 años (40,0%), con primaria (42,9%), seguido de analfabetos (28,6%), son casados (48,6%), seguido de viudos (34,3%).

El nivel de depresión de los adultos mayores en estudio, el 77,1% normal y el 22,9% con depresión moderada, no hay casos de depresión severa.

El nivel de autoestima de los adultos mayores en estudio, el 60,0% nivel de autoestima medio y el 40,0% presenta un nivel de autoestima baja.

La relación de las variables nivel de autoestima con nivel de depresión, tenemos: Grupo de adultos mayores normal, el 40% presenta un nivel de autoestima baja y el 37,1% de autoestima media. El grupo con depresión moderada, presenta el 22,9% un nivel de autoestima media.

La relación de las variables factor social de los adultos mayores con nivel de depresión: El grupo de 65 a 69 años presentan el 14,3% depresión moderada y e los de 60 a 64 años presentan depresión moderada. Según el grado de instrucción tienen depresión moderada, el 11,4 con primaria, el 8,6% secundaria y el 2,9% superior. De acuerdo a sexo presentan depresión moderada el 11,4% masculino e igual porcentaje para femenino. En cuando a estado civil, presentan depresión moderada, el 17,1% los casados y el 5,7% los convivientes. En cuanto al grupo que parcipa en

actividades sociales presentan depresión moderada el 11,4% los que participan e igual porcentaje los que no participan. Y el grupo que participa en actividades sociales familiares presentan depresión moderada el 17,5% los que si participan y el 5,7% los que no participan.

Los resultados obtenidos en el estudio revelan el 22,9% presenta depresión moderada, y el 60,0% nivel de autoestima medio y el 40,0% presenta un nivel de autoestima baja. Resultados que son contrastados con el trabajo de investigación de Francia, k. (2010), quien concluyo 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%. 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. Así mismo Crespo Vallejo Jonathan Raúl en Ecuador señala 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 a 4 que corresponde a normal. También Borda Pérez Mariela (2012), realizo un estudio de investigación “Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia), llega a la conclusión que un tercio de la población institucionalizada, esta con depresión, que afectó a los adultos con primaria incompleta y algún trastorno neurológico o psiquiátrico. Silva M, Vivar V 20, 2015, en su trabajo asevera que 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%, siendo los factores sicosociales los factores de riesgo.

Los factores psicosociales cobran importancia en la depresión del adulto mayor, afectándoles su autoestima, se pone de manifiesto de todos los adultos mayores sujetos de estudio presentaron un nivel de autoestima medio, el 60,0% y un nivel de autoestima baja. el 40,0%, evaluar la relación entre autoestima y depresión, 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 Montenegro, J. (2016), en su estudio Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Centro Poblado Los Coronados Mochumí –Lambayeque. Quien presenta 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.

Al evaluar la relación de las demás variables sociales de los adultos mayores con nivel de depresión, al aplicar el Chi cuadrado para medir asociación encontramos que estas si guarda asociación significativa con el estado depresivo. $p < 0.05$. Al evaluar la hipótesis de nuestro estudio se cumple la planteada H_a . Los factores sociales y psicológicos están asociados significativamente al nivel de depresión de los adultos mayores atendidos en el Consultorio de Medicina del Hospital Apoyo II-2 Sullana. Ante esta realidad que estamos viviendo, donde la proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. (OMS). Este proceso de envejecimiento nos pone desafíos y exigencias de diferentes naturalezas, en términos de políticas y programas sociales a nivel regional y local, que se han dado, pero son insuficientes, traduciéndose en una necesidad, prioritaria, orientada a una adecuada atención a este sector de la población.

El Ministerio de Salud del Perú, desde el año 2003, viene desarrollando el modelo de atención integral en salud (MAIS) enfocado por etapas de vida, formando parte de este, el Programa de Atención Integral en Salud del Adulto Mayor, que en el nivel de atención primaria (centros y puestos de salud), está orientado a la prevención y promoción de la salud; el desarrollo de este modelo es aún gradual y se vienen realizando diversas actividades

de diagnóstico situacional y capacitación al personal en las diferentes direcciones de salud.(Crespo 2011)

Estos programas se desarrollan en los Establecimientos de Salud de todo el país, de este modo el profesional de enfermería dentro del equipo de salud es quien juega un rol importante en la atención y en el bienestar del adulto mayor ya que es quien está constantemente interactuando con las personas sanas y enfermas, a través del cuidado, enfoca acciones a la adaptación para un envejecimiento saludable en la población adulta mayor ayudando a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo buscando incorporar al familiar o cuidador. Al respecto Callista Roy, sustenta la teoría del cuidado del profesional de enfermería, en el modo de adaptación al proceso fisiológico, de auto-concepto o propio rol y la interdependencia, porque los seres humanos tienen la capacidad de adaptarse y crear cambios en el ambiente.

El cuidado del adulto mayor requiere incrementar la interacción positiva de la persona con su entorno, en su medio social, entonces la intervención de enfermería va dirigida a dar respuesta a las necesidades de las personas desde una perspectiva holística, respetando sus valores culturales, creencias y convicciones para el éxito de éstos.

8. Conclusiones y Recomendaciones

9.1. Conclusiones

La información general de la población adulta mayor que ha participado en el estudio, la mayoría tiene entre 65 a 69 años (40,0%), con primaria (42,9%), seguido de analfabetos (28,6%), son casados (48,6%), seguido de viudos (34,3%).

El nivel de depresión de los adultos mayores en estudio, el 77,1% normal y el 22,9% con depresión moderada, no hay casos de depresión severa.

El nivel de autoestima de los adultos mayores en estudio, el 60,0% nivel de autoestima medio y el 40,0% presenta un nivel de autoestima baja.

La relación de las variables nivel de autoestima con nivel de depresión, tenemos: Grupo de adultos mayores normal, el 40% presenta un nivel de autoestima baja y el 37,1% de autoestima media. El grupo con depresión moderada, presenta el 22,9% un nivel de autoestima media.

La relación de las variables factor social de los adultos mayores con nivel de depresión: El grupo de 65 a 69 años presentan el 14,3% depresión moderada y e los de 60 a 64 años presentan depresión moderada. Según el grado de instrucción tienen depresión moderada, el 11,4 con primaria, el 8,6% secundaria y el 2,9% superior. De acuerdo a sexo presentan depresión moderada el 11,4% masculino e igual porcentaje para femenino. En cuando a estado civil, presentan depresión moderada, el 17,1% los casados y el 5,7% los convivientes. En cuanto al grupo que participa en actividades sociales presentan depresión moderada el 11,4% los que participan e igual porcentaje los que no participan. Y el grupo que participa en actividades sociales familiares presentan depresión moderada el 17,5% los que si participan y el 5,7% los que no participan.

9.1. Recomendaciones

Compartir los resultados con el personal del Centro de Salud, a fin de evaluar sus actividades realizadas y reorientarlas con nuevas estrategias educativas.

Incorporar en los programas de Adulto Mayor, a la familia para detectar oportunamente los factores de riesgo en la depresión en el adulto mayor y evitar así que su situación clínica se complique.

Buscar espacios para que se reúnan e interactúen desarrollando actividades de recreación social que les permita conocerse entre ellos, abordar temas en pares y ocupar su tiempo en nuevas experiencias.

9. Agradecimientos

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Le doy gracias a mis padres Rodrigo y Marcelina por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Sobre todo, por ser un excelente ejemplo de vida a seguir. A mi hermano Eliezer por ser parte importante de mi vida y representar la unidad familiar.

Gracias a mis docentes, por habernos brindado, una educación ejemplar para el cuidado humanístico de cada paciente.

10. Referencias Bibliográficas

Crespo, J.(2011) “*Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones azogues, cañar, tambo y déleg de la provincia del cañar, en el año 2011*” [tesis de licenciatura].ecuador
link:<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3497/1/med68.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). Datos y estadísticas. La salud mental y los adultos mayores. Disponible 02-06-19.

en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

MINSA (2013). La Salud Integral: compromiso de todos. El modelo de atención integral en salud. Lima.

Harman Denham (2014) el proceso del envejecimiento. Disponible 09-06-19.
<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria>

Gutiérrez, L. (2009). El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención. Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México

Merchán, E. y Cifuentes, R. (2017). Teorías psicosociales del envejecimiento La Mancha Madrid.

Wikipedia, (2009). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

<http://files.sld.cu/arteydiscapacidad/files/2009/07/manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales.pdf>.

Millán Calenti José Carlos (2006). Principios de Geriatria y Gerontología España. Ed. McGraw Hill Interamericana.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Temas De Salud: Depresión. Link: <http://www.who.int/topics/depression/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). Día mundial de la salud mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente.

Link: http://www.paho.org/arg/index2.php?option=com_content&task=emaorm&id=1047

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018). Indicadores del adulto mayor Perú https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n02_adulto_ene-feb_mar2018.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). Datos y estadísticas. La salud mental y los adultos mayores. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

Ministerio de la Mujer y Población Vulnerable (MIMP) (2013). Cuaderno Sobre Población Vulnerable N°5 Disponible en http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_05_dvmpv.pdf.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (INEI). (2013). Oficina Técnica de Difusión. Perú. Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1095/libro.pdf

Kane, R., Ouslander, J., Abrass, I..(2011). Geriatria Clínica. 4ta Ed. México. Editorial Mc Graw Hill.

Llanes H, López Y et.al. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. Revista de ciencias médicas. La Habana.). <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2015/cmh151h.pdf> (último acceso: 9 de mayo del 2019)

Aldana R; Pedraza J,(2020). Análisis de la Depresión en el Adulto Mayor en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud.. Colombia.Disponible. 2-06-19. <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n2/v31n2a08.pdf>

OMS. Datos y cifras. envejecimiento y ciclo de vida. OMS. entrada en vigor el 28 de mayo de 2019. <https://www.who.int/topics/ageing/es/>

Organización Mundial de la salud. Clasificación de los Adultos Mayores: entrada en vigor el 1 de junio de 2019. OMS. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es>

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 mayo 2019).

Salazar A (2015). Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá.

Silva M, Vivar V. (2015). Factores Asociados a la Depresión en el Adulto Mayor Institucionalizado. Cuenca Ecuador. Universidad de Cuenca. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21620/3/TESIS.pdf>
(acceso 9 de junio 2019)

Cabrera Gutiérrez Mendoza L.(2010). Factores asociados a los niveles de depresión situacional en pacientes oncológicos Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima Perú. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/Revistas/2015/febrero/oncologico.pdf>.

OMS: Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015, Estados Unidos..

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
(último acceso: 12 abril 2019)

Hernandez S, Fernandez L. (2010). Metodología de la investigación. Quinta ed. México: McGraw-Hill.

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%20Rosemberg.pdf>

