



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA

TESIS

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y SU RELACIÓN  
CON LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO  
“VILLA CRUZ” DEL DISTRITO DE SAN JUAN  
BAUTISTA-IQUITOS  
2021**

Para optar el título profesional de Licenciadas en Psicología

**Autores** : Bach. Psic. Grace Elizángela Palomino Rios  
Bach. Psic. Gilda Esther Pino Ycahuate

**ASESOR** : Lic. Psic. Otto Denis Perea Torres, Mgr.

Región Loreto, Perú

2021

*“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”*

## CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP

El presidente del Comité de Ética de la Universidad Científica del Perú - UCP

Hace constar que:

La Tesis titulada:

**“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y SU RELACIÓN CON LA  
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO “VILLA CRUZ”  
DEL DISTRITO DE SAN JUAN BAUTISTA-IQUITOS 2021”**

De los alumnos: **GRACE ELIZÁNGELA PALOMINO RIOS Y GILDA ESTHER PINO  
YCAHUATE**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la  
revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **12% de plagio**.

Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que  
estime conveniente.

San Juan, 03 de Diciembre del 2021.



Dr. César J. Ramal Asayag  
Presidente del Comité de Ética - UCP

CIRA/ri-a  
525

## DEDICATORIA

Al más grande amor que en esta vida conocí; mi padre Jean Carlo; aquel que me inculcó valores y me protegió bajo su manto, sin su amor y sus sabios consejos no me hubiese convertido en la mujer que soy y aunque ya no esté con nosotros, es una estrella que guía desde el cielo mi camino.

A mi amada madre Rosenda, mi compañera de aventuras y quien, a pesar de nuestros continuos conflictos, le debo ser cada día una mejor persona.

G. Palomino

A mis padres; por haberme inculcado buenos valores y ser la persona que soy hoy en día; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este. Me formaron con normas, reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas, siempre estaban allí para mí, motivándome constantemente para alcanzar mis sueños, mis anhelos.

G. Pino

## AGRADECIMIENTO

Nuestro más sincero agradecimiento a los pobladores del centro poblado “Villa Cruz”, por apoyarnos en la investigación, sin su colaboración desinteresada el presente estudio no hubiese sido posible.

A los miembros del jurado, que con su experiencia y profesionalismo orientaron la presente investigación hacia el camino correcto.




A la Universidad Científica del Perú, nuestra alma máter, por habernos la dado la oportunidad de estudiar esta hermosa carrera y habernos forjado en el calor de las ciencias para convertirnos en los profesionales que hoy somos.

De modo extraordinario y sincero, un agradecimiento especial para *Giovanni de Oz*, que sin ser un mago llenó de luz mi camino amarillo; sin su constante apoyo no hubiese podido llegar a ciudad esmeralda y alcanzar mi meta.

A todos ellos, gracias.

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS**

Con **Resolución Decanal N° 657-2020-UCP-FCS, del 20 de Noviembre del 2020**, la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ – UCP, designa como Jurado Evaluador y Dictaminador de la Sustentación de Tesis a las señoras:

 <b>Psic. Herminia Rosa de los Ríos Sosa, Mgr.</b>	<b>Presidente</b>
 <b>Psic. Julissa Arévalo Jibaja, Mgr.</b>	<b>Miembro</b>
 <b>Psic. José Díaz Guerrero</b>	<b>Miembro</b>

Como Asesor: **Psic. Psic. Otto Denis Perea Torres.**

En la ciudad de Iquitos, siendo las 11:00 a.m. horas, del día Martes 28 de Diciembre del 2021, a través de la plataforma ZOOM, supervisado por el Secretario Académico del Programa Académico de SICOLOGÍA, de la Universidad Científica del Perú; se constituyó el Jurado para escuchar la Sustentación y defensa de la tesis: **"CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO "VILLA CRUZ" DEL DISTRITO DE SAN JUAN BAUTISTA, IQUITOS - 2021"**.

Presentado por las sustentantes: **GRACE ELIZÁNGELA PALOMINO RIOS**  
**GILDA ESTHER PINO YCAHUATE**

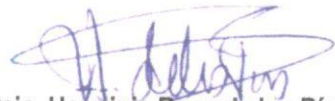
Como requisito para optar el TÍTULO PROFESIONAL de: **LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.**


Luego de escuchar la Sustentación y formuladas las preguntas las que fueron:  
*Respondidas Satisfactoriamente*

El Jurado después de la deliberación en privado llegó a la siguiente conclusión:

La Sustentación es: **APROBADO POR MAYORIA CON LA NOTA 15**

En fe de lo cual los miembros del Jurado firman el Acta.

  
**Psic. Herminia Rosa de los Ríos Sosa, Mgr.**  
**Presidente**

  
**Psic. Julissa Arévalo Jibaja, Mgr.**  
**Miembro**

  
**Psic. José Díaz Guerrero**  
**Miembro**

CALIFICACIÓN:	Aprobado (a) Excelencia	:	19-20
	Aprobado (a) Unanimidad	:	16-18
	Aprobado (a) Mayoría	:	13-15
	Desaprobado (a)	:	00-12

Iquitos - Perú

065 - 26 1088 / 065 - 26 2240

Av. Abelardo Quiñones km. 2.5

Sede Tarapoto - Perú

42 - 58 5638 / 42 - 58 5640

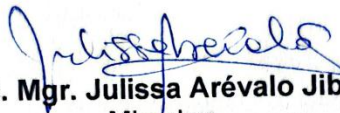
Leoncio Prado 1070 / Martínez de Compañón 933

**HOJA DE APROBACION**

**TESIS, DENOMINADO: CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS  
Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL  
CENTRO POBLADO "VILLA CRUZ" DEL DISTRITO DE SAN JUAN  
BAUTISTA, IQUITOS – 2021.**



**Psic. Mgr. Herminia Rosa de los Ríos Sosa**  
Presidente



**Psic. Mgr. Julissa Arévalo Jibaja**  
Miembro



**Psic. José Díaz Guerrero**  
Miembro



**Psic. Mgr. Otto Denis Perea Torres**  
Asesor

## Índice de contenidos

	Pag.
Portada	i
Constancia de originalidad del trabajo	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Acta de sustentación	v
Hoja de aprobación	vi
Índice de contenido	vii
Índice de tablas	ix
Resumen	xi
Abstract	xiii
<b>Capítulo I: Marco teórico</b>	<b>14</b>
1.1 Antecedentes de estudio	14
1.2 Bases teóricas	22
1.2.1 Depresión	22
1.2.1.1 Origen de la depresión	33
1.2.1.2 Teorías y modelos explicativos de la depresión	37
1.2.1.3 Niveles de depresión	44
1.2.1.4 Adultos mayores	45
1.2.1.5 La depresión en adultos mayores	47
1.2.2 Variables sociodemográficas	49
1.2.3 Características sociodemográficas y la depresión en adultos mayores.	50
1.3 Definición de términos básicos	52
<b>Capítulo II: Planteamiento del problema</b>	<b>54</b>
2.1 Descripción del problema	54
2.2 Formulación del problema	56
2.2.1 Problema general	56
2.2.2 Problemas específicos	56
2.3 Objetivos	57

2.3.1 Objetivo general	57
2.3.2 Objetivos específicos	57
2.4 Hipótesis	57
2.5 Variables	57
2.5.1 Identificación de las variables	57
2.5.2 Definición conceptual y operacional de las variables	57
2.5.3 Operacionalización de las variables	60
<b>Capítulo III: Metodología</b>	61
3.1 Tipo y diseño de investigación	61
3.2 Población y muestra	61
3.3 Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos	62
3.4 Procesamiento y análisis de datos	63
3.5 Aspectos éticos	64
<b>Capítulo IV: Resultados</b>	65
<b>Capítulo V: Discusión, conclusiones y recomendaciones</b>	88
<b>Referencias Bibliográficas</b>	96
<b>Anexos</b>	
Anexo 1. Matriz de consistencia	
Anexo 2: Formato de consentimiento informado	
Anexo 3. Ficha técnica de recolección de datos	
Anexo 4. Ficha técnica del instrumento utilizado	
Anexo 5. Declaración de autenticidad y de no plagio	



## ÍNDICE DE TABLAS

	TÍTULO	Pág.
Tabla 1.	<i>Muestra de los adultos mayores según sexo y estado civil que residen en el centro poblado “Villa Cruz”</i>	62
Tabla 2.	<i>Edad</i>	65
Tabla 3.	<i>Sexo</i>	66
Tabla 4.	<i>Estado civil</i>	67
Tabla 5.	<i>Nivel de instrucción</i>	68
Tabla 6.	<i>Dependencia económica</i>	69
Tabla 7.	<i>Ingreso económico</i>	70
Tabla 8.	<i>Sufre alguna enfermedad</i>	71
Tabla 9.	<i>Depresión hombres</i>	72
Tabla 10.	<i>Depresión mujeres</i>	73
Tabla 11.	<i>Depresión adultos según sexo</i>	74
Tabla 12.	<i>Depresión hombres adultos según edad</i>	75
Tabla 13.	<i>Depresión hombres adultos según estado civil</i>	76
Tabla 14.	<i>Depresión hombres adultos según nivel de instrucción</i>	77
Tabla 15.	<i>Depresión hombres adultos según dependencia económica</i>	78
Tabla 16.	<i>Depresión hombres adultos según ingreso económico</i>	79
Tabla 17.	<i>Depresión mujeres adultas según edad</i>	80
Tabla 18.	<i>Depresión mujeres adultas según estado civil</i>	81
Tabla 19.	<i>Depresión mujeres adultas según nivel de instrucción</i>	82
Tabla 20.	<i>Depresión mujeres adultas según dependencia económica</i>	83
Tabla 21.	<i>Depresión mujeres adultas según ingreso económico</i>	84

Tabla 22.	<i>Pruebas de normalidad</i>	85
Tabla 23.	<i>Niveles de correlación Factores sociodemográficos y depresión hombres y mujeres adultas</i>	86

---

## Resumen

El propósito de la investigación es determinar qué relación existe entre las características sociodemográficas y la depresión en adultos mayores del centro poblado “Villa Cruz” del distrito de San Juan Bautista en el año 2021.

La investigación pertenece al enfoque cuantitativo y se sustenta en el método de investigación hipotético – deductivo. La población estuvo conformada por 164 adultos mayores del Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia siendo 164 adultos mayores. La técnica fue la encuesta y la psicométrica. El instrumento de recolección de datos que se utilizó fue el cuestionario para los factores sociodemográficos y el test de Yesavage para determinar depresión en adultos mayores.

Para el procesamiento de datos, se utilizó el estadístico SPSS v23, obteniéndose los siguientes resultados: Con respecto a los factores sociodemográficos, los grupos más relevantes fueron: a nivel de edad, el grupo compuesto por individuos de 65 – 70 años con un 65,9%; según sexo, las mujeres fueron mayoría con el 58,5%; según su estado civil, la característica de viudo/separado se sobrepuso a las demás con un 48,2%; a nivel de instrucción, el nivel primario fue el más relevante con un 40,2%; según dependencia económica el 52,4% aseveró no depender de nadie, mientras el 53% dijo ganar más del sueldo mínimo vital y el 52,4% dijo no padecer de ninguna enfermedad.

El 30,9% de los varones, padecen de depresión moderada, el 19,1% presentan un nivel leve de depresión, el 5,9% mostraron un nivel severo de depresión, mientras el 44,1% no presentan depresión, encontrándose en nivel normal.

El 40,6% de las mujeres padecen de depresión moderada, el 28,1% presentaron un nivel severo de presión, el 7,3% se encuentran en nivel de

depresión leve, mientras el 24,0% no presentan depresión, encontrándose en nivel normal,

Se concluye: Las características sociodemográficas tienen relación significativa con la depresión en adultos mayores del centro poblado “Villa Cruz” del distrito de San Juan Bautista en el año 2021.

Palabras claves: Factores, sociodemográficos, depresión

## **Abstract**

The purpose of the research is to determine what relationship exists between sociodemographic characteristics and depression in older adults in the town center "Villa Cruz" in the district of San Juan Bautista in the year 2021.

The research belongs to the quantitative approach and is based on the hypothetical-deductive research method. The population consisted of 164 older adults from the Centro Poblado "Villa Cruz" in the District of San Juan Bautista, a non-probabilistic convenience sampling was used, with 164 older adults. The technique was the survey and the psychometric. The data collection instrument used was the questionnaire for sociodemographic factors and the Yesavage test to determine depression in older adults.

For data processing, the SPSS v23 statistic was used, obtaining the following results: Regarding sociodemographic factors, the most relevant groups with respect to age were 65 - 70 years with 65.9%, in sex the women with 58.5%, in the marital status the widower / separated with 48.2%, the level of education the primary with 40.2%, the economic dependency 52.4% asserted not to depend on anyone. 53% said they earn more than the minimum wage and 52.4% said they did not suffer from any disease, 55.5% of the men suffer from moderate - severe depression and 44.5% suffer from normal - mild depression. However, 54.3% of women suffer from normal - mild depression and 45.7% suffer from moderate - severe depression. It is concluded: The sociodemographic characteristics are significantly related to depression in older adults in the town center "Villa Cruz" of the district of San Juan Bautista in the year 2021.

Key words: Factors, sociodemographic, depression

## **CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO**

### **1.1. Antecedentes de estudio**

#### **Antecedentes de estudios internacionales**

Silva M, Vivar V, en Cuenca – Ecuador, en el año 2015, en su investigación denominada “Factores Asociados a la Depresión en el Adulto Mayor Institucionalizado”. Llevaron a cabo un estudio en la Fundación Gerontológica Plenitud de la ciudad de Cuenca, cuyo objetivo era identificar los factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado. Este fue un estudio descriptivo. El estudio contó con la participación de 8 adultos mayores. A fin de poder medir el nivel de depresión se aplicó los instrumentos: 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. Con la información recabada se realizó análisis bivariado mediante porcentaje, asociación (Chi-cuadrado). Los resultados demostraron que la prevalencia de depresión es de 50%, de los cuales depresión leve correspondía al 25,0% mientras que el 12,5% presentaba depresión moderada y el 12,5% depresión grave. La investigación generó evidencia de que los 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 ( $R^2 = 0,85$ ).

Llanes H, y otros, en la Habana – Cuba, durante el 2015, en su investigación del 2015 denominada “Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor”, busca describir los factores psicosociales

que inciden en la depresión del adulto mayor, para ello aplicó un estudio exploratorio, descriptivo, de corte transversal de enero a diciembre del 2012, en el Policlínico Docente “Felipe Poey”, área de salud de Nueva Paz, la muestra de 146 ancianos, seleccionados por criterio opinática 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. La investigación arrojó luces respecto a que ciertos factores tienden a ser predominantes en la eventual depresión en adultos mayores: 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 psicósomáticos se encontró la desesperanza, para 86.98 %, predominando la depresión establecida, en un 50.69 %. Las conclusiones a las que llegaron los investigadores es 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.

Salazar, A; Reyes y otros, en Bogotá-Colombia, durante el 2015, realizaron un estudio denominado “Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos en Bogotá” 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, para lo cual se realizó un estudio de corte transversal observacional-descriptivo, en 889 adultos mayores autónomos de la ciudad de Bogotá; Se incluyeron personas independientes y autónomas de la comunidad y se excluyeron personas en situación de desplazamiento, grupos indígenas o institucionalizados. La depresión fue evaluada con el test de depresión geriátrica Yesavage y los factores de riesgo con la sección de

acontecimientos vitales del cuestionario Predict. La investigación arrojó los siguientes resultados: el 74% de la muestra estuvo constituida por mujeres, la media de edad fue de 72,51 años y la escolaridad promedio en años fue de 7,50. Asimismo, 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. La conclusión a la que llegaron los investigadores fue que la prevalencia de depresión en un grupo de personas mayores de la comunidad en Bogotá es más alta que lo descrito previamente en Colombia y por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y que Programas que reduzcan la soledad en la vejez y protejan a la mujer y a los mayores con menos escolaridad podrían mitigar esta condición.

Andrade Trujillo, en Riobamba-Ecuador, durante el 2011 realizó una investigación denominada “Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Cantón Girón. Azuay. 2011” cuyo objetivo era determinar el nivel de depresión en adultos mayores de 65 años y su impacto en el estado nutricional. La metodología incluyó la Mini Nutritional Assessment (MNA), una herramienta de tamizaje exclusiva para adultos mayores que evalúa parámetros antropométricos, estilos de vida, evaluación dietética y autopercepción del estado de salud y nutrición. Mediante la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage se determinó el nivel de depresión. Con el programa estadístico JMP se analizó la relación entre variables. Los resultados de los parámetros evaluados en la MNA, en sus dos fases Cribaje y Evaluación, indicó que el 15,6% de adultos mayores presentan un estado nutricional normal, el 48,5% en riesgo de malnutrición y el 35,9% en



malnutrición. El 42,2% tienen desgaste proteico-energético afectando al 50% de la población masculina. El 6,3% de ancianos no presentan depresión, el 64,1% depresión moderada y el 29,6% depresión grave. Existe una relación inversamente proporcional entre el estado nutricional (MNA) y nivel de depresión, a mayor estado nutricional el nivel de depresión es menor, de igual manera existe una relación inversamente proporcional entre el estado nutricional (MNA) y reservas proteico-energéticas; a mayor reservas proteico-energéticas, menor es el nivel de depresión.

Zavala y Domínguez, en Tabasco-México, durante el 2010, ejecutaron su investigación "Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos", cuyo objetivo fue Identificar la frecuencia de depresión y disfunción familiar, y sus factores asociados, en adultos mayores urbanos de Cárdenas, Tabasco, México, para lo cual se seleccionó como emplazamiento a unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) situadas en la zona urbana de la localidad. Los Instrumentos utilizados fueron: Apgar familiar y escala de Yesavage (versión reducida), el análisis se realizó a través de estadísticas descriptivas y razón de posibilidades (odds ratio, OR) con intervalo de confianza del 95% (IC 95%) ( $p \leq 0,05$ ), estimadas con SPSS v. 10.0. Los Resultados obtenidos fueron: Funcionalidad familiar: Funcional: 51%, Disfunción moderada: 35%, Disfunción grave 14%. Frecuencia de depresión: Sin depresión: 47%, Depresión leve: 34%, Moderada-grave: 19%. Factores asociados a depresión Escolaridad baja, OR = 4,68 (IC 95% = 1,41-15,60). Estado civil no unido, OR = 6,00 (IC 95% = 1,18-30,63). Factores asociados a disfunción Familiar: escolaridad baja, OR = 3,85 (IC 95% = 1,16-12,79); Edad > 74 años, OR = 0,33 (IC 95% = 0,12-0,95). Fuerza de asociación depresión/disfunción familiar: OR = 5,54 (IC 95% = 2,34-13,10). Con esta base, los investigadores concluyeron que la frecuencia de depresión y disfunción familiar fue elevada en comparación con lo informado por otros autores. La asociación entre estas dos variables,

así como entre éstas y bajo nivel de educación y soledad, constituyen una oportunidad de intervención.

### **Antecedentes de estudios nacionales**

Luna Muñoz, Baldeón Martínez, Mendoza Cernaqué y Correa López, en Lima-Perú, en el año 2019, realizaron un estudio denominado “Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017”. El objetivo fue determinar las variables sociodemográficas asociadas a la depresión en el adulto mayor peruano a partir de la información obtenida mediante la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2017, realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). El estudio fue del tipo observacional, correlacional y de corte transversal que usó una muestra probabilística de 4917 adultos mayores (60 años a más). Para la determinación de depresión en la población, se usó como instrumento el Patient Health Questionnaire (PHQ) de 9 preguntas, incluido en el cuestionario de salud en la sección de salud mental del ENDES 2017. La investigación obtuvo como resultado que la prevalencia de depresión en el adulto mayor peruano en el año 2017 fue de 14,2%. Como variables sociodemográficas asociadas a la depresión fueron el sexo femenino [ORaj 1,995 (1,684 - 2,364)]; carecer de instrucción [ORaj 2,524 (2,126 - 2,996)]; la edad mayor de 75 años [ORaj 1,763 (1,494 - 2,080)]; vivir en una zona rural [ORaj 1,410 (1,198 - 1,659)]; y ser pobre [ORaj 1,456 (1,229 - 1,724)]. No hubo asociación entre depresión y discapacidad ( $p=0,704$ ). [ORaj 1,103 (0,663 - 1,835)]. La conclusión a la que llegaron fue que la prevalencia de depresión en el adulto mayor peruano es alta. Las variables sociodemográficas que estuvieron asociadas como factores de riesgo para el desarrollo de depresión en el adulto mayor fueron de sexo femenino, el carecer de instrucción, edad mayor de 75 años, vivir en zona rural y ser pobre.

Casahuaman Orellana, Runzer Colmenares y Parodi, en Lima – Perú, en el año 2019, realizaron un estudio denominado “Asociación entre síndrome de caídas y síntomas depresivos en adultos mayores de once comunidades altoandinas del Perú 2013-2017”. El objetivo fue determinar si existe asociación entre el síndrome de caídas y la presencia de sintomatología depresiva en adultos mayores de once comunidades altoandinas, entre los años 2013 al 2017. El Estudio es del tipo retrospectivo, analítico realizado en una muestra de pobladores de 60 años o más residentes de las siguientes localidades: La Jalca, Leimebamba (Amazonas), Llupa, San Pedro de Chaná, Atipayán (Áncash), Pampamarca (Huánuco), Ayahuanco (Ayacucho), Paucarcolla (Puno), Vilca (Huancavelica), Viñac (Lima) y Chacapampa (Huancayo). Para la ejecución del estudio se utilizó un instrumento basado en datos generales del paciente, antecedentes patológicos de importancia y examen físico. Se entrevistó un total de 411 participantes; 65,94% de los cuales eran de sexo femenino y 65,45% vivían en una zona rural. Un 35,23% del total de caídas ocurrió a consumidores de alcohol; se comprobó un menor promedio de rendimiento físico y de alcance funcional en pacientes con historia de caídas frecuentes y un 48,48% de los mismos tenían sintomatología depresiva. Los investigadores concluyeron que los pacientes con síntomas depresivos tienen 1,62 veces más posibilidades de sufrir caídas en su actividad cotidiana.

Runzer Colmenares, Castro, Guida, Merino, Torres Mallma, Diaz, Perez y Parodi, en Lima-Perú, en el año 2017, ejecutaron un estudio denominado “Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores” que tenía por objetivo determinar la asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores del Centro Geriátrico Naval. El estudio fue retrospectivo, transversal y analítico de un análisis secundario de base de datos, con un tamaño muestral por conveniencia de 625 adultos mayores. En el análisis de regresión lineal de predicción de dependencia funcional según índice de Barthel, se encontró

que, por cada punto obtenido en el cuestionario de Yesavage, disminuye en  $4,8 \pm 1.82$  puntos el índice de Barthel y, por 5 puntos, disminuye  $29.99 \pm 3.62$  puntos. En relación con el Índice de Lawton, se encontraron resultados significativos respecto a la edad, sexo, grado militar, rendimiento físico, fuerza de prensión y depresión. Por lo indicado concluyeron que existe evidencia de asociación entre depresión y dependencia funcional para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Asimismo, que, a mayor riesgo de depresión, mayor probabilidad de presentar dependencia funcional según el índice de Barthel, independientemente de otras variables.

Martina, Ara, Gutiérrez, Nolberto, y Piscoya, en Lima-Perú, en el año 2017, ejecutaron un estudio denominado "Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015" que tenía por objetivo Estimar la prevalencia y los factores asociados a la depresión en la población peruana adulta mayor según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2015. El estudio fue observacional, transversal y analítico. Para el análisis se usó una muestra probabilística de 11 411 adultos mayores que respondieron a la ENDES 2014-2015. El estudio dio determinó que la prevalencia estimada fue de 14%. respecto a los factores de riesgo para la depresión, se identificaron la condición de mujer [OR 1,92 (1,72 - 2,15)]; ser mayor de 75 años [OR 1,56 (1,40 - 1,74)]; el carecer de instrucción [OR 2,63 (2,35 - 2,95)]; el vivir sin pareja [OR 1,32 (1,19 - 1,47)]; el residir en área rural [OR 2,12 (1,91 - 2,36)]; el ser pobre [OR 2,30 (2,06 - 2,56)] y el tener alguna discapacidad [OR 2,63 (2,29 -3,02)]. Los investigadores concluyeron que la prevalencia de depresión en adultos mayores es sustancial. Los factores de riesgo identificados para la presencia de depresión en el adulto mayor, fueron la condición de mujer, ser mayor de 75 años, la carencia de instrucción, el vivir sin pareja, vivir en área rural, la pobreza y la discapacidad física.

Licar Torres, en Lima-Perú, en el año 2015 ejecutó una investigación denominada "Nivel de Depresión del Adulto Mayor en un Centro de Atención Integral S.J.M - V.M.T 2014" la cual tiene como objetivo determinar el nivel de depresión de los adultos mayores que acuden al centro de atención integral del adulto mayor. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 73 adultos mayores, siendo la técnica de muestreo el aleatorio simple. La técnica empleada fue la entrevista y como instrumento se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica - El Test de Yesavage para adultos mayores. Se concluyó que los adultos mayores que acuden al centro de atención "TaytaWasi" presentan un nivel de depresión leve.

### **Antecedentes de estudios locales**

Villacorta, en Iquitos-Perú, en el año 2018, realizó un estudio denominado "Grado de depresión en adultos mayores de un centro de atención integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista, 2018", cuyo objetivo fue determinar el grado de depresión en adultos mayores de un centro de atención integral de la municipalidad distrital de San Juan Bautista, 2018. La investigación fue del tipo cuantitativo de diseño descriptivo transversal prospectivo y correlacional, se evaluó a 82 adultos mayores de ambos sexos sin impedimento mental, que se atienden en el Centro de Atención Integral de la municipalidad distrital de San Juan Bautista, se les aplicó el test de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Los resultados de la investigación indicaron que, de los 82 adultos mayores evaluados en el centro de atención integral de la municipalidad distrital de San Juan Bautista, el 34.1% presentan entre 65 a 69 años, el 63.4% son mujeres, el 34.1% son viudos, el 79.3% tienen estudios primarios, el 40.2% eran independientes en sus ingresos, el 98.8% perciben menor sueldo mínimo vital y el 22.0% viven con solo un hijo. Las principales Co-morbilidades referidas por el adulto mayor fueron: hipertensión arterial (20.7%), artritis (12.2%), catarata (7.3%), migraña

(6.1%), miopía (3.7%), gastritis (3.6%) y diabetes (2.4%). El 46.3% de los adultos mayores del Centro de Atención Integral de la municipalidad distrital de San Juan Bautista no están deprimidos, el 45.1% tienen depresión leve y el 8.5% depresión establecida. La investigadora concluyó que la depresión del adulto mayor se asoció a la presencia de comorbilidad ( $p=0.000$ ). Los adultos mayores entre los 60 a 64 años ( $p=0.992$ ); los de sexo femenino ( $p=0.614$ ); los que no tienen nivel de instrucción ( $p=0.554$ ); los divorciados ( $p=0.076$ ); con menor sueldo mínimo vital ( $p=0.279$ ) presentaron con mayor frecuencia depresión, pero la relación no fue significativa.

## **1.2 Bases teóricas**

### **1.2.1 Depresión**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en sus notas descriptivas, en el 2020, describe la depresión bajo los siguientes términos:

#### ***Generalidades***

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) no recibe esos tratamientos. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados,

además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Otra barrera para la atención eficaz es la evaluación errónea. En países de todo tipo de ingresos, las personas con depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras que en realidad no la padecen son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos.

La carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento. En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud adoptada en mayo de 2013 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales.

### ***Tipos y síntomas***

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves.

Una distinción fundamental es la establecida entre la depresión en personas con y sin antecedentes de episodios maníacos. Ambos tipos de depresión pueden ser crónicos y recidivantes, especialmente cuando no se tratan.

*Trastorno depresivo recurrente:* como su nombre indica, se caracteriza por repetidos episodios de depresión. Durante estos episodios, hay estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y reducción de la energía que produce una disminución de la actividad, todo ello durante un mínimo de dos semanas. Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa y baja autoestima, dificultades de concentración e incluso síntomas sin explicación médica. Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. Las personas con episodios depresivos leves tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente. En cambio, durante un episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades

sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones. Trastorno afectivo bipolar: este tipo de depresión consiste característicamente en episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, logorrea, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir.

Otros autores clasifican la depresión de manera distinta; Según (Retamal, 1998) la depresión puede ser clasificada en 4 tipos: Subtipos monopolar y bipolar. Según el autor, esta distinción es la clasificación más importante. La denominación “polaridad” alude a la del polo de tristeza patológica y de euforia patológica. Cuando la persona en el curso de su vida ha padecido ambas la depresiva y la maníaca, la enfermedad se denomina bipolar; en cambio cuando existe sólo el polo o fase depresiva se designa como depresión monopolar, que es la depresión común o habitual. Si el paciente ha presentado sólo fases maníacas, se considera que es un enfermo bipolar ya que tarde o temprano hará un episodio depresivo. La manía se puede definir como un estado anímico anormalmente elevado, expansivo o irritable con síntomas tales como: aumento de la autoestima o grandiosidad, menor necesidad de dormir, hiperreactividad motora y verbal. Estos episodios pueden durar días o meses y en general son más breves, con inicio y término más brusco que las fases depresivas. Lo que define a la enfermedad bipolar es la existencia de fases maníacas o hipomaníacas (manías leves o suaves). Lo habitual es que los pacientes bipolares sufran de varias fases depresivas y maníacas en el curso de la vida. Las depresiones que presentan enfermos monopulares y bipolares son esencialmente idénticas, aunque los especialistas tienen algunos criterios clínicos que facilitan conocer sus diferencias. Algunas diferencias entre las depresiones bipolares (maniaco-depresivas) y las monopulares serían las siguientes: los monopulares no sufren episodios maníacos; los bipolares con frecuencia tienen familiares que han presentado fases maníacas; a veces los enfermos bipolares pueden hacer un brusco viraje desde la depresión a la manía con los



tratamientos antidepresivos; los episodios son más numerosos en los bipolares y estos últimos tienen mejor respuesta al tratamiento preventivo de nuevas fases con las sales de litio. La enfermedad bipolar tiene una prevalencia de alrededor del 1% de la población y afecta por igual a ambos sexos. Subtipos primario y secundario. En los últimos años esta distinción ha perdido significación, sobre todo porque si bien en el cuadro considerado “secundario” (a diversas enfermedades somáticas o psiquiátricas) es importante realizar el tratamiento de esa presunta causa básica, el tratamiento antidepresivo tiende a ser el mismo, bastando el diagnóstico clínico del síndrome depresivo. La depresión de tipo primario sería aquella que no tiene como posible factor causal ninguna enfermedad somática o psiquiátrica, o sea su origen es primariamente una alteración del estado de ánimo, es decir, la depresión habitual o común. Los posibles factores causales de una depresión secundaria son las enfermedades orgánicas como hipotiroidismo, cáncer, infecciones y también efectos farmacológicos de tranquilizantes, hipotensores, propranolol, anticonceptivos orales, etc. Entre las causas psiquiátricas tenemos la adicción al alcohol, tranquilizantes, drogas ilícitas, trastornos de la personalidad, etc. Subtipos endógeno y reactivo. Esta clasificación aún conserva su valor, pero la conceptualización pragmática en el ámbito terapéutico de un modelo combinado de psicoterapia y farmacoterapia en la depresión le ha hecho perder parte de interés. La depresión endógena si bien tendría pocos desencadenantes psicológicos externos, cuestión que con frecuencia no ocurre en la realidad, se distingue por un conjunto de características sintomáticas: insomnio del despertar en las mañanas, lentificación psicomotora, tristeza intensa, pérdida de peso e imposibilidad de reaccionar a los acontecimientos agradables. Tales síntomas predicen buena respuesta a los tratamientos antidepresivos. Las depresiones reactivas están fuertemente ligadas a las situaciones desencadenantes externas; sin embargo, es conocido que las depresiones endógenas también pueden iniciarse en coincidencia con conflictos ambientales (duelo, separación, pérdida, fracaso, sobre carga laboral, etc.); sus síntomas suelen ser menos

intensos, tienden a ser oscilantes según las circunstancias. Lo que importa de este concepto es que las depresiones no son sólo biológicas o genéticas, sino también psicogénicas y requieren de un adecuado manejo psicoterapéutico, y más aún en una época marcada por los psicofármacos. Subtipos depresión mayor y Distimia. Ambos cuadros corresponden a los trastornos depresivos propiamente. No deben presentarse síntomas de aceleración maníaca en el curso de la vida de quien los padece y en ese sentido corresponderían al subtipo monopolar. Anteriormente el trastorno distímico en gran medida era conceptualizado como un tipo de depresión suave, menor, psicogénica, neurótica o reactiva, aludiendo a que los síntomas eran leves y muy relacionados con el carácter o biografía y muy sensibles a la influencia ambiental. Por tal razón los tratamientos elegidos eran de corte psicológico y si se empleaban antidepressivos las dosis utilizadas eran relativamente bajas y por tiempo no muy prolongado. Hoy en día se reconoce que el tratamiento farmacológico es primordial, con dosis más bien elevadas y por un período de por lo menos 2 años, además de ser de gran utilidad las técnicas psicoterapéuticas. La sufren personas relativamente jóvenes, con baja autoestima, irritables, tristes, con síntomas somáticos suaves, que se ven complicados con dificultades sociales e interpersonales y asociados con otros cuadros psiquiátricos (depresión mayor, trastorno de pánico, alcoholismo y otras adicciones). En los adultos predomina claramente en las mujeres, pero en los niños la Distimia es igualmente frecuente en ambos sexos y el riesgo de presentar la afección es mayor entre las personas que tienen familiares de primer grado con antecedentes de depresión mayor, sobre todo en la Distimia de inicio precoz, aquella que comienza antes de los 21 años. También los padres de los enfermos con Distimia tienen prevalencia de alcoholismo elevado y los pacientes mismos con frecuencia también tienen trastornos de la personalidad: histriónico, limítrofe, narcisístico, dependiente y por evitación. También la Distimia se asocia con consumo de alcohol y trastorno por angustia. Por otra parte, la mayoría de los afectados por Distimia llegan a presentar episodios superpuestos de depresión mayor, momento a partir

del cual el trastorno se denomina depresión doble. El episodio de depresión mayor es de diagnóstico más fácil porque se diferencia del estilo caracterológico y es un cuadro con un comienzo claro, que interfiere en medida variable con las actividades que el sujeto desarrolla en su vida cotidiana. Sin embargo, esta depresión típica no debe hacernos olvidar aquella más solapada e insidiosa que pone a prueba las habilidades en el diagnóstico y terapéutica, que es la depresión menor o Distimia. (Retamal, 1998).

Según (MSD Salud, 2021) la depresión puede clasificarse en leve, moderada o grave, dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas: En algunos casos, los síntomas afectan poco a la vida diaria o lo hacen solo en algún aspecto específico. Esta es la denominada depresión leve. Otras veces pueden presentarse muchos síntomas que pueden llegar a causar deterioro o incapacidad en diferentes aspectos de la vida cotidiana. En este caso estamos ante una depresión grave. Se suele hablar de depresión moderada cuando los síntomas y las limitaciones no son ni tan específicos como en la primera, ni tan generalizados como en la segunda.

En función de estos grados existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son: El trastorno depresivo grave: también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez a lo largo de la vida, pero generalmente se suele repetir cada cierto tiempo. El trastorno distímico, también llamado Distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más). Aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona, pero sí impedir el desarrollo de una vida normal o sentirse bien. Las personas con Distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas. Trastorno adaptativo. los síntomas depresivos son leves, están presentes durante un

período corto de tiempo y se deben a algún problema puntual que se ha sufrido. Otros trastornos depresivos. son aquellos síndromes depresivos que pueden formar parte del conjunto de síntomas de otras enfermedades psiquiátricas (por ejemplo, el trastorno bipolar, la fobia social, etc.) y no psiquiátricas (anemias, esclerosis múltiple, hipotiroidismo, cáncer, etc.).

Algunas formas de trastorno depresivo muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse bajo circunstancias únicas. Sin embargo, no todos los científicos están de acuerdo en cómo caracterizar y definir estas formas de depresión. Estas incluyen: Depresión psicótica, que ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones y delirios. Depresión posparto, la cual se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto tras dar a luz. El trastorno afectivo estacional, se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. La depresión generalmente desaparece durante la primavera y el verano.

### ***Factores contribuyentes y prevención***

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión.

Hay relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa.

Está demostrado que los programas de prevención reducen la depresión. Entre las estrategias comunitarias eficaces para prevenirla se

encuentran los programas escolares para promover un modelo de pensamiento positivo entre los niños y adolescentes. Las intervenciones dirigidas a los padres de niños con problemas de conducta pueden reducir los síntomas depresivos de los padres y mejorar los resultados de sus hijos. Los programas de ejercicio para las personas mayores también pueden ser eficaces para prevenir la depresión.

Según MSD Salud; diferentes circunstancias pueden ayudar a desencadenar la depresión. Los principales factores que aumentan el riesgo de caer en una depresión son: Haber sufrido algún episodio depresivo antes. Tener antecedentes familiares de este trastorno. La pérdida de seres queridos. La soledad. Estrés continuo. Tener problemas para relacionarse con los demás. Situaciones conflictivas en el entorno (por ejemplo, el trabajo u hogar). Haber sufrido traumas físicos o psicológicos (maltrato físico, abuso sexual). Padecer una enfermedad física seria o problemas crónicos de salud. El consumo de algunos medicamentos. Abusar del alcohol o consumir otras drogas. Tras el parto, algunas mujeres son más vulnerables a la depresión. Los cambios hormonales y físicos junto con las nuevas responsabilidades con el recién nacido pueden ser difíciles de asumir. Tener una personalidad con alguna cualidad extrema (inseguridad, dependencia, hipocondría, perfeccionismo, autoexigencia) predispone a padecer depresiones. (MSD Salud, 2021).

Para la policlínica Metropolitana (Policlínica Metropolitana, 2021) La sociedad actual es un semillero de situaciones estresantes, conflictivas; circunstancias y eventos que han propiciado el incremento de la tasa de personas con depresión en todo el mundo; sin embargo es posible prevenir el trastorno depresivo, con el conocimiento de ciertas herramientas y el apoyo de personal capacitado, de ser necesario. Manejo de emociones. En este punto es importante entender que no podemos controlar las situaciones que vivimos, ni podemos controlar lo que las demás personas hacen, pero sí podemos aprender a manejar debidamente nuestras emociones ante las cosas que nos suceden, para así poder reaccionar de forma asertiva sin que se deteriore nuestra salud mental. Hacer ejercicios:

el deporte provoca la liberación de endorfinas, hormonas indispensables para el bienestar. Comer saludablemente: la alimentación es clave para una vida saludable. Bien lo dice el dicho: “Mente sana en cuerpo sano”. Tener hobbies y vida social: tener seres con quienes compartir nuestras experiencias y dar y recibir afecto es básico. Los vínculos afectivos, son indispensables para ser felices y desarrollar nuestras distintas facetas y talentos, resulta crucial para crecer como personas. Perdonarse a sí mismo: algunas veces somos nuestros peores jueces. La rigidez puede generar dolor.(Policlínica Metropolitana, 2021).

### ***Diagnóstico y tratamiento***

Hay tratamientos eficaces para la depresión moderada y grave. Los profesionales sanitarios pueden ofrecer tratamientos psicológicos, como la activación conductual, la terapia cognitiva conductual y la psicoterapia interpersonal, o medicamentos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos. Los profesionales sanitarios deben tener presentes los posibles efectos adversos de los antidepresivos, las posibilidades de llevar a cabo uno u otro tipo de intervención (por disponibilidad de conocimientos técnicos o del tratamiento en cuestión) y las preferencias individuales. Entre los diferentes tratamientos psicológicos a tener en cuenta se encuentran los tratamientos psicológicos cara a cara, individuales o en grupo, dispensados por profesionales o por terapeutas legos supervisados.

Los tratamientos psicosociales también son eficaces en los casos de depresión leve.

Los antidepresivos pueden ser eficaces en la depresión moderada a grave, pero no son el tratamiento de elección en los casos leves, y no se deben utilizar para tratar la depresión en niños ni como tratamiento de primera línea en adolescentes, en los que hay que utilizarlos con cautela.

Según MSD Salud, El síntoma más característico de la depresión es la tristeza. La tristeza si estás deprimido es: Una tristeza de intensidad superior a la esperable para la situación en la que te encuentras. Es

diferente a otras experiencias tristes que hayas tenido previamente, y existe mayor sensación de pérdida de control y gran dificultad para motivarse por otras cuestiones.

Además de ésta, los síntomas de la depresión pueden variar de una persona a otra, pero los más comunes son: Bajo estado de ánimo o sentimientos de desesperanza. Pérdida de interés en las actividades con las que antes disfrutabas. Irritabilidad (enfadarse fácilmente). Ganas de llorar sin motivo aparente. Pérdida de energía o cansancio. Cambios en el apetito, que a veces conduce a variaciones de peso. Dificultad para concentrarse o problemas de memoria. Pérdida del deseo sexual. Sentimientos de inutilidad o culpa. Pensamientos negativos, excesivas críticas hacia uno mismo. Deseos de muerte o ideas suicidas. Problemas de sueño.

A menudo, si tienes depresión también puedes experimentar preocupaciones constantes, lo que te produce ansiedad. Esto puede ocasionarte síntomas físicos como dolor, palpitaciones cardíacas o molestias abdominales.

La depresión puede hacer que la tarea más sencilla se convierta en algo tan difícil como escalar una montaña.

La sintomatología del trastorno depresivo puede ser distinta con la edad: los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente de comportamiento, mientras que los adultos tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos

### ***Datos y cifras***

La depresión es un trastorno mental frecuente. Se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo.

La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad.

La depresión afecta más a la mujer que al hombre, en el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio, hay tratamientos eficaces para la depresión.

Así pues, la depresión una enfermedad común, tiene un curso recurrente en el 50% de los pacientes durante los 10 primeros años y toma un curso crónico en el 30% de los casos. Representa, además, un factor de riesgo para sufrir otras enfermedades médicas o empeora los desenlaces médicos de los individuos con enfermedades comórbidas, lo cual hace que su pronóstico sea menos favorable. El riesgo y la complicación más temida de la depresión mayor es la muerte por suicidio (Bolaños Sánchez & Helo Guzman, 2015).

Además de ser una enfermedad crónica que puede tener una duración extensa de varias semanas o meses; esta afecta tanto a la mente como al cuerpo, ya que sus efectos influyen en hábitos vitales para mantener una rutina sana, tales como el sueño o la alimentación (Agüera Ortiz, y otros, 2004).

La depresión temprana puede ser ignorada o confundida con otras afección tales como inapetencia y problemas para dormir; los mismos que también pueden ser parte del proceso de envejecimiento o de un padecimiento físico (Nance, 2016).

Sin embargo, es posible identificar síntomas que evidencian un estado depresión tales como: Estado de ánimo irritable. Pérdida de placer en actividades habituales. Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño. Cambio grande en el apetito que puede dar como resultado aumento o pérdida de peso. Cansancio y falta de energía para ejecutar actividades habituales. Sentimiento de inutilidad. Odio a sí mismo y culpa. Dificultad para concentrarse en las tareas que está llevando a cabo. Movimientos lentos o demasiados rápidos. Inactividad. Retraimiento de actividades usuales. Sentimiento de desesperanza y abandono. Pensamientos



repetitivos de muerte o suicidio. De todos estos síntomas, el último es el que resulta más preocupante ( Washington Medical Center, 2012).

Baldeón y otros, en su artículo denominado “Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017” determinaron que la prevalencia de depresión en el adulto mayor peruano en el año 2017 fue de 14,2%. Las variables sociodemográficas asociadas a la depresión fueron: el sexo femenino, carecer de instrucción, la edad mayor de 75 años, vivir en una zona rural y ser pobre. No hubo asociación entre depresión y discapacidad ( $p=0,704$ ); esto nos lleva a pensar que la prevalencia de depresión en el adulto mayor peruano es alta. Las variables sociodemográficas que estuvieron asociadas como factores de riesgo para el desarrollo de depresión en el adulto mayor fueron de sexo femenino, el carecer de instrucción, edad mayor de 75 años, vivir en zona rural y ser pobre.(Baldeón Martínez, Luna Muñoz, Mendoza Cernaqué, & Correa López, 2019)

#### **1.2.1.1. Origen de la depresión**

##### ***Bases históricas***

Si bien la depresión es considerada como uno de los trastornos psiquiátricos más graves e invalidantes en personas adultas a nivel mundial, su aparición es relativamente reciente, aparece como concepto durante el siglo XVII y en la actualidad ha sustituido a la “melancolía” que era utilizado comúnmente en el lenguaje biomédico, esto resulta contraproducente, pues históricamente la depresión y la melancolía han servido para expresar cosas distintas entre sí: una enfermedad, una condición de tristeza ocasional, el temperamento, un tipo de carácter, un estado de malestar temporario, un padecimiento crónico, etc. Por lo que, en el lenguaje común, estar depresivo o melancólico no se considera necesariamente estar enfermo. Para entender mejor el origen de la Depresión y la melancolía, es importante entender la historia de la misma.

En la era clásica Hipócrates proponía que la melancolía estaba generalmente asociada con la bilis negra, en la Edad Media, san Agustín aseguró que todas las enfermedades de los cristianos debían ser asignadas a los demonios. En el siglo XVIII aparece por primera vez la palabra “depression” en la lengua inglesa. Esta palabra deriva del latín *dey premere* (apretar, oprimir) y *deprimere* (empujar hacia abajo). Richard Blackmore, en 1725, habla de “estar deprimido en profunda tristeza y melancolía”. Robert Whytt, en 1764, relaciona “depresión mental” con “espíritu bajo”, hipocondría y melancolía. En la década del 40 la depresión no era más que un síntoma detectable en la mayor parte de las enfermedades mentales; actualmente es considerado el trastorno mental más extendido en el mundo. (Korman & Sarudiansky, 2011).

### **Clasificación**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSM-V) clasifica a los trastornos depresivos en: Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo. Caracterizados por accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente y/o con el comportamiento cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación. Trastorno de depresión mayor. Se presenta cuando los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un largo período de tiempo. Trastorno depresivo persistente (distimia). Es un tipo crónico (continuo) de depresión en el cual los estados de ánimo de una persona están regularmente bajos. El trastorno depresivo persistente solía llamarse distimia. Trastorno disfórico premenstrual. Trastorno agudo y ocasionalmente incapacitante, de mayor complejidad que el síndrome premenstrual. El trastorno disfórico premenstrual (TDPM) es una forma grave de síndrome premenstrual que incluye síntomas físicos y conductuales que suelen desaparecer con la menstruación. Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento. son alteraciones mentales producidas por el uso o la abstinencia de una sustancia, y similares a las que aparecen en

trastornos mentales independientes como la depresión, la psicosis o la ansiedad. Trastorno depresivo debido a otra afección médica. Este trastorno se caracteriza por una notable y persistente alteración del estado de ánimo que se considera debida a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. Otro trastorno depresivo especificado. Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos; para la clasificación en este tipo de trastornos se debe especificar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno depresivo específico. Otro trastorno depresivo no especificado. Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos, se opta por esta categoría cuando no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Sin tratamiento, estas personas tienden a empeorar con el tiempo y son más propensas a padecer depresión mayor que el resto de la gente. En otras ocasiones, la depresión forma parte de otra enfermedad del estado de ánimo llamada trastorno bipolar, también conocida como enfermedad maníaco-depresiva

La conceptualización psicoanalista de la depresión considera los modelos dinámicos, que se encuentran fundamentalmente constituidos por hipótesis causales, y los modelos cognitivos conductuales -en particular el modelo de Beck- que se los podría considerar como un modelo de contingencias.

Si bien el término “depresión” no es precisamente propio de la teoría psicoanalítica, sino que proviene del campo psiquiátrico, el psicoanálisis ha desarrollado diversos modelos explicativos en relación a lo que hoy conocemos como fenómenos depresivos. Freud y Abraham son los primeros en articular un modelo psicológico para intentar comprender y explicar los fenómenos melancólicos, que en la actualidad serían denominados “depresivos”.

Una de las primeras hipótesis explicativas sobre la melancolía la efectúa Freud situando la psicogénesis en la sexualidad y el autoerotismo. La primera construcción sistemática para describir el modelo de depresión fue llevada a cabo por Abraham, quien realizó un esfuerzo por incluir los trastornos depresivos y afectivos dentro de las categorías psicoanalíticas, utilizando los mecanismos de represión y proyección. Dicho autor plantea semejanzas entre individuos deprimidos y obsesivos, sosteniendo en ambos casos que se da una profunda ambivalencia hacia los demás.

En Latinoamérica se han desarrollado posturas postfreudianas, así pues, Hugo Bleichmar sostiene que los componentes que pueden ser considerados como característicos del estado depresivo son: a) Fijación a cierto deseo que ocupa un lugar central en el mundo interno del sujeto y que es sentido como no realizable. b) Una representación de sí mismo como impotente / indefenso para satisfacer ese deseo. c) Los componentes afectivos y motivacionales que acompañan a las dos condiciones mencionadas (el afecto depresivo y cierto grado de inhibición psicomotriz).

Este autor establece una clasificación posible para los cuadros depresivos, tomando como ejes la posición del Yo frente a la pérdida del objeto, el Yo ideal y la conciencia crítica: Duelo normal, o depresión por pérdida simple del objeto. Depresión narcisista, en la cual predomina un elevado ideal narcisista o bien un Yo subestimado, el cual se identifica con el Ideal negativo, a lo cual se agrega la agresividad de la conciencia crítica. Depresión culpógena, donde el Yo se encuentra identificado como malo-agresivo y el objeto como dañado, y donde también entraría en juego la agresividad de la conciencia crítica. (Korman & Sarudiansky, 2011).

### **1.2.1.2. Teorías y modelos explicativos de la depresión**

Según Vásquez, Muñoz y Becoña; la depresión unipolar desde la perspectiva clínica es un trastorno homogéneo, pero etiológicamente es heterogéneo. La depresión es un problema de múltiples facetas caracterizado por un amplio número de síntomas que pueden, o no, estar presentes en cada paciente en particular. No todas las depresiones obedecen a las mismas causas. Por ello, en la actualidad hay un amplio número de teorías que intentan explicar la etiología de la depresión.

#### ***Teorías conductuales de la depresión***

El modelo conductual sugiere que la depresión unipolar es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno (p.ej., relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo). Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas. Las estrategias conductuales se utilizan para cambiar los patrones poco adaptativos de conducta, cognición y emoción.

Entre los principales modelos conductuales de la depresión tenemos: La disminución del refuerzo positivo. Este modelo tiene sus orígenes en la década de los 70's y postula que el total de refuerzo positivo que consigue un sujeto está en función de: 1) el número de acontecimientos que son potencialmente reforzadores para la persona; 2) el número de hechos potencialmente reforzadores que tienen lugar; y 3) el conjunto de habilidades que posee una persona (p.ej., habilidades sociales) para provocar refuerzo para sus conductas proveniente del entorno. Los aspectos cognitivos de la depresión tales como baja autoestima, culpabilidad, pesimismo, etc., son el resultado de las atribuciones que hace el sujeto acerca de su sentimiento de disforia. Posteriormente se propone un modelo en el que se plantea que la ocurrencia de la depresión se considera como un producto de factores tanto ambientales como disposicionales; la depresión se conceptualiza como el resultado final de

cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones. En la reformulación de la teoría de la reducción del refuerzo positivo se incluye el fenómeno de la secuenciación de conexiones causales, que comienza cuando surge un acontecimiento potencialmente evocador de depresión, el cual interrumpe los patrones de conducta automáticos del sujeto, produciendo todo ello una disminución de la tasa de refuerzo positivo y/o un número elevado de experiencias aversivas. Como consecuencia de todo ello, se produce un aumento de la conciencia de uno mismo (estado en el que la atención se dirige a uno mismo), la autocrítica y las expectativas negativas, traduciéndose todo ello en un aumento de la disforia con consecuencias de todo tipo conductuales, cognitivas, interpersonales, etc. En este modelo existen factores que incrementarían la probabilidad de depresión (factores de vulnerabilidad): ser mujer, tener una edad entre 20 y 40 años, historia previa de depresión, susceptibilidad frente a acontecimientos aversivos, bajo estatus socioeconómico, baja autoestima y tener hijos con edades inferiores a 7 años; de la misma manera existen factores de protección frente a la depresión (inmunógenos): capacidad de iniciativa, competencia social autopercebida, exposición a una frecuencia elevada de acontecimientos positivos (ya sean aquellos producidos en la mente del individuo, o en el medio ambiente) y un grado elevado de apoyo social. Ambos tipos de factores, ya sean los de vulnerabilidad o los inmunógenos, podrían afectar a distintas conexiones causales en el modelo general. Entrenamiento en autocontrol. El modelo de autocontrol para la depresión intenta integrar los aspectos cognitivos y conductuales del trastorno. El entrenamiento en autocontrol para manejar la depresión hace énfasis en una combinación de la consecución progresiva de la meta, autorrefuerzo, manejo de contingencias y rendimiento conductual. En ese sentido se entiende que la depresión es el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos. La teoría del autocontrol se centra en la contribución del individuo a esta relación negativa a través de las respuestas conductuales y cognitivas. Se teoriza que los individuos deprimidos tienen una tendencia

perfeccionista, pretenden metas inalcanzables, se centran en los aspectos negativos de su entorno y se aplican pocos refuerzos mientras que la tasa de autocastigo es elevada. Esta teoría no intenta minimizar el papel de los factores ambientales, sino que considera que los acontecimientos positivos ocurren con una baja frecuencia a causa de sesgos cognitivos disfuncionales y déficit de estrategias de autocontrol. A través de una regulación errónea de las expectativas y de las estrategias de autoevaluación, por su codificación selectiva y procesamiento y recuperación de los acontecimientos negativos, la persona deprimida tiene un mayor riesgo de autocastigarse. El modelo Nezu. Este modelo postula que el comienzo y el mantenimiento de la depresión en un individuo son los déficits o la ineficacia de sus habilidades de solución de problemas y se basa en estudios en los que se demostraba una asociación entre tener déficits en la solución de problemas y la sintomatología depresiva, tanto en los niños como en los adultos. Esto sugiere que las habilidades de solución de problemas podían moderar la relación entre el estrés y la depresión, por lo que la capacidad eficaz de solucionar los problemas podía actuar como un amortiguador de los efectos de las experiencias de vida negativas. Por otra parte, la habilidad en la solución de problemas podía moderar la asociación entre un estilo atribucional negativo y la depresión. En ese entendido los pacientes que tengan un déficit en habilidades de solución de problemas tendrán un mayor riesgo para desarrollar un episodio depresivo. De modo más específico, la depresión podía ser el resultado de carencias en alguno de los cinco componentes de la estrategia de solución de problemas: 1) orientación hacia el problema; 2) definición y formulación del problema; 3) generación de soluciones alternativas; 4) toma de decisiones; y 5) puesta en práctica de la solución y verificación. Se tiene entonces que el comienzo de la depresión ocurre cuando el individuo tiene que hacer frente a una situación difícil. Si no se resuelve esta situación problemática, es probable que se produzcan consecuencias negativas, lo cual se traduce a su vez en una disminución en el refuerzo de la conducta del sujeto. (Vasquez, Muñoz, & Becoña, 2000)

### ***Teorías cognitivas de la depresión***

Las terapias cognitivas son el resultado de una tradición intelectual que se remonta al menos a la filosofía estoica, y más recientemente a la psicopatología empírica, en cuanto que consideran que la interpretación del sujeto sobre un suceso es más importante que el suceso en sí mismo. Esto es, las teorías cognitivas hacen énfasis en que la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los sucesos puede dar lugar a un trastorno depresivo. La investigación apoya que los sujetos depresivos tienen una tendencia a evaluar negativamente, afectando a un amplio rango de procesos cognitivos (p.ej., autoconcepto, atribuciones). Este estilo cognitivo tiene una relación recíproca con las respuestas motivacionales y afectivas que se asocian con la depresión.

La reformulación atribucional del modelo de indefensión aprendida y la teoría cognitiva de Beck son las dos teorías cognitivas que tienen el mayor apoyo empírico entre los modelos cognitivos contemporáneos de la depresión.

### ***Teorías de la indefensión aprendida y su reformulación***

Esta teoría postula que la depresión se produce cuando el sujeto no es capaz de discriminar la relación (contingencia) entre su comportamiento y las consecuencias que le siguen, ya sean positivas o negativas. Como consecuencia de ello se produciría la *indefensión aprendida*. Este término se refiere al estado de pasividad, así como a otras actitudes que se generan en el sujeto cuando se ha expuesto a un proceso en el que no existe contingencia entre la conducta y las consecuencias de la misma.

Posteriormente esta postura sería reformulada haciendo énfasis en el tipo de atribuciones que el sujeto hace sobre la causa de su indefensión. Estas atribuciones pueden variar en alguna de las siguientes dimensiones: interna-externa, global-específica y estable-inestable.

Por ejemplo, si un sujeto va a una entrevista de trabajo y no lo consigue, y atribuye el fracaso a su baja capacidad, estaría haciendo una atribución de tipo interno, estable y global. Si, por el contrario, lo atribuye a



que este tipo de trabajo no era adecuado para él, la atribución sería de tipo externa, específica e inestable. Estas tres dimensiones determinan el efecto sobre la autoestima, la cronicidad y la generalidad de la indefensión y la depresión

Se ha demostrado que es más probable que los individuos predispuestos a la depresión atribuyan los acontecimientos negativos a factores internos (es decir, a uno mismo), estables (es decir, irreversibles) y globales (es decir, que lo abarcan todo). El patrón opuesto en las atribuciones sería el que se basa en hechos positivos.

Algunas de las características de la depresión vienen determinadas por el estilo atribucional de cada sujeto, como por ejemplo la presencia de una baja autoestima como resultado de una atribución personal.

### ***Teoría cognitiva de Beck***

Actualmente la mayoría de los trabajos empíricos sobre la depresión se basan en la teoría cognitiva propuesta por Beck, según la cual la depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto. Esta formulación teórica gira en torno a tres conceptos básicos: 1) la cognición, 2) el contenido cognitivo y 3) los esquemas. 1) La cognición se refiere al contenido, proceso y estructura de la percepción, del pensamiento y de las representaciones mentales. 2) El contenido cognitivo es el significado que el sujeto da a los pensamientos e imágenes que tiene en su mente; para los terapeutas cognitivos la interpretación que haga el sujeto sobre un hecho (contenido cognitivo) tendrá una influencia importante en lo que siente. 3) Los esquemas son creencias centrales que se constituyen en los principios directrices que sirven para procesar la información procedente del medio. Aunque no se especifica claramente el origen de los esquemas erróneos, parece sugerirse que podrían ser el resultado del aprendizaje a través de la exposición a acontecimientos y situaciones anteriores, jugando un importante papel las experiencias tempranas y la identificación con otras personas significativas. Los esquemas depresivos tienen que ver con

acontecimientos tales como la desaprobación o la pérdida de los padres. De ello se deduce, que muy probablemente aquellos individuos que padecen una depresión episódica presentan esquemas menos patológicos o con menos áreas claves de vulnerabilidad (p.ej., confianza, seguridad, amor) que aquellos con depresión crónica. La teoría cognitiva considera que hay cuatro elementos cognitivos clave que explican la depresión: 1) la tríada cognitiva, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro; 2) los pensamientos automáticos negativos; 3) errores en la percepción y en el procesamiento de información; y 4) disfunción en los esquemas. La tríada cognitiva (Beck, 1967) se refiere a que el contenido cognitivo de un sujeto deprimido acerca de sí mismo, su mundo y su futuro es disfuncional y negativo. El paciente deprimido se ve a sí mismo como indigno, incapaz e indeseable, el mundo lo ve lleno de obstáculos y de problemas insolubles y el futuro lo contempla como totalmente desesperanzador. Los pensamientos automáticos negativos son aquellas cogniciones negativas específicas que desencadenan la activación emocional característica del paciente depresivo. Son pensamientos automáticos (el paciente no se da cuenta del mismo o de su proceso de interpretación), repetitivos, involuntarios e incontrolables. Entre el 60-80% de los pensamientos automáticos tienen un valor negativo (Friedman y Thase, 1995). Aunque todas las personas tienen pensamientos negativos de vez en cuando, en personas con un problema de depresión grave estos pensamientos ya no son irrelevantes, sino que predominan en su conocimiento consciente. El pensamiento perturbado de la depresión es consecuencia del procesamiento erróneo o sesgado de la información que nos llega de nuestro medio. Los errores más importantes que se producen en el procesamiento de información de los individuos deprimidos son: la inferencia arbitraria (llegar a una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye); la abstracción selectiva (extraer una conclusión basándose en un fragmento sesgado de información); la sobregeneralización (elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados); la magnificación y la minimización (sobreestimar o infravalorar la significación de un

acontecimiento); la personalización (atribuirse a uno mismo fenómenos externos sin disponer de evidencia para ello); y el pensamiento absolutista dicotómico (tendencia a valorar los hechos en función de dos categorías opuestas). Estos errores, que se producen en el procesamiento de la información de las personas deprimidas, son un reflejo de la actividad de los esquemas cognitivos disfuncionales, que como toman la forma de creencias centrales o «asunciones silenciosas». Los esquemas son teorías o hipótesis simples que dirigen el proceso por medio del cual una persona organiza y estructura la información sobre el mundo y determinan qué situaciones son consideradas como importantes para el sujeto y qué aspectos de la experiencia son importantes para la toma de decisiones. Ejemplos de estas creencias son: «yo no puedo ser feliz si la mayoría de la gente que conozco no me admira», «si yo fracaso en mi trabajo, entonces yo soy un fracaso como persona». Por tanto, los esquemas son estructuras cognitivas que subyacen a la vulnerabilidad depresiva, a través de las cuales se procesan los acontecimientos del medio y la disfuncionalidad de los mismos causa errores en el procesamiento de información. A su vez, estas distorsiones cognitivas facilitan que se mantengan los esquemas disfuncionales, produciéndose finalmente la depresión (el paciente depresivo espera fracaso, rechazo e insatisfacción, y percibe que la mayoría de las experiencias confirman sus expectativas negativas). La teoría cognitiva de la depresión también propone un modelo de diátesis-estrés. Se teoriza que la predisposición a la depresión se adquiere a través de las experiencias tempranas, las cuales van modelando esquemas potencialmente depresógenos (es decir, los esquemas con contenido negativo constituyen la diátesis cognitiva). Estos esquemas cognitivos disfuncionales permanecerán latentes hasta que son activados por un estímulo estresante (factores precipitantes, como, por ejemplo, la ruptura de una relación amorosa) para el cual el individuo está sensibilizado. Los esquemas depresógenos pueden permanecer en reposo e inactivos durante mucho tiempo o toda la vida si el sujeto no está expuesto a

situaciones de riesgo; por consiguiente, el sujeto tendrá pocos pensamientos negativos.

### **1.2.1.3. Niveles de depresión**

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSMV) la depresión se clasifica de la siguiente manera: Trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo, Trastorno de depresión mayor: Episodio único, Leve. Moderado. Grave. Con características psicóticas. En remisión parcial. En remisión total. No especificado. Episodio recurrente Leve. Moderado. Grave. Con características psicóticas. En remisión parcial. En remisión total. No especificado. Trastorno depresivo persistente (distimia). Remisión: Remisión parcial. Remisión total. Tipo de Inicio: Inicio temprano, Inicio tardío, la gravedad actual: Leve, Moderado, Grave, Otros síndromes: Con síndrome distímico puro, Con episodio de depresión mayor persistente, Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual, Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual, Trastorno disfórico premenstrual, Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamentos, Tipo de inicio: Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia, Trastorno depresivo debido a otra afección médica. Con características depresivas, Con episodio de tipo de depresión mayor, Con características mixtas, Otro trastorno depresivo especificado, Trastorno depresivo no especificado Como se puede apreciar existe una cantidad importante de trastornos clasificados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSMV); de estos los trastornos de depresión mayor y los trastornos depresivos persistentes (distimia) presentan escalas que podríamos definir como niveles.

### **Clasificación internacional de enfermedades 10ma edición**

Por otro lado, la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima revisión (CIE 10) clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30- F39). La categoría F32 incluye el episodio

depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en: F32.0 Episodio depresivo leve. F32.1 Episodio depresivo moderado. F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos. F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. F32.8 Otros episodios depresivos. F32.9 Episodio depresivo, no especificado.

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: Ánimo depresivo. Pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar. Aumento de la fatigabilidad.

Los criterios de diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10 son: El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico. Síndrome somático: algunos de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características: Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia de enlentecimiento motor o agitación. Pérdida marcada del apetito. Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes. Notable disminución del interés sexual.

#### **1.2.1.4. Adultos mayores**

Fue en el año 1969 en que se empezó a desarrollar actividades en favor de los derechos y el bienestar de las personas adultas mayores. A partir de este año, se dictaron una serie de Resoluciones hasta que la Asamblea General adoptó la decisión de organizar una Asamblea Mundial que culminase en un Plan de Acción sobre envejecimiento.

La Asamblea Mundial sobre envejecimiento se realizó en Viena en 1982 y el Plan de Acción Internacional, que se obtuvo, fue el primer instrumento internacional que abordó el tema del adulto mayor para la formulación de políticas y programas. Contiene acciones y recomendaciones sobre investigación, recolección de datos, análisis, etc. Aborda también los temas de adulto mayor en los ámbitos de salud, seguridad económica, empleo y medio ambiente (Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social).

En el año 1984, la Organización Mundial de la Salud establece el uso del término “*Adulto Mayor*” para referirse a las personas de 60 años de esta manera evitar múltiples denominaciones. En los países en vías de desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud considera como *Personas Adultas Mayores* a aquellas que tienen 60 o más años de edad, de acuerdo al estándar técnico aplicado, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento.

A partir del año 1996, la Organización de las Naciones Unidas denomina a este grupo poblacional *Personas Adultas Mayores* (PAM) de conformidad con la Resolución 50/141 aprobada por su Asamblea General (PANEZ ARIAS, 2016).

La proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2,000 millones de personas mayores de 60 años. 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 (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La

demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad.

Los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de la población de edad mayor y los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas, casi al 1%; asimismo, aproximadamente una cuarta parte de las muertes por daños autoinfligidos corresponden a personas de 60 años de edad o mayores. Es frecuente que los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas en los ancianos se pasen por alto o se diagnostiquen erróneamente.

El curso de vida del adulto mayor puede ser la época de mayor fragilidad afectiva en el ser humano; debido a los cambios neurobiológicos que con frecuencia acompañan al envejecimiento cerebral, sumándose numerosas e importantes pérdidas que van a afectar esta etapa de la vida, no sólo emocionalmente sino también a su condición física y social (Agüera Ortiz, y otros, 2004).

#### **1.2.1.5. La depresión en adultos mayores**

La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana de los adultos mayores. La depresión unipolar afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores. En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores.

Los adultos mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas como las enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial o la diabetes sacarina. Este trastorno también aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria.

Gracias a los avances en la medicina y la tecnología, se estima que la esperanza de vida siga en aumento, con lo que se tendría aun aumento de los adultos mayores en el mundo, con la consecuencia lógica de una mayor incidencia de múltiples enfermedades crónicas, como la depresión, siendo esta una de las principales causas de mala calidad de vida durante la vejez, al respecto, se recalca que el ánimo depresivo no forma parte del envejecimiento normal y su presencia suele subestimarse (Ávila Funes, Melano Carranza, Payette, & Amieva, 2007).

En el adulto mayor la depresión no hace parte del proceso normal de envejecimiento, la mayoría de estos se sienten satisfechos con sus vidas, a pesar del aumento de dolores físicos. Sin embargo, cuando la depresión se presenta en adultos mayores, puede pasarse por alto porque en la vejez se muestran síntomas menos evidentes y porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer, sentimientos de pena o tristeza (Sánchez Peral, 2016).

En el adulto mayor existen ciertos factores que pueden incrementar el riesgo de depresión o, en caso de ya tener la enfermedad, empeorarla, factores tales como (Sarró Maluquer, Ferrer Feliu, Rando Matos, Formiga, & Rojas Farreras, 2013): Adaptarse a la mudanza del hogar a un apartamento o a un centro de la tercera edad (asilo). Dolor crónico. Sentimientos de aislamiento o soledad a medida que los hijos se van o su cónyuge y amigos cercanos mueren. Pérdida de la independencia (problemas para moverse, cuidar de sí mismo o conducir). Enfermedades múltiples. Luchas con la pérdida de memoria. Problemas para pensar con claridad.

Así pues, la depresión puede no ser el origen, sino un síntoma de alguna patología o problema médico, tales como: Trastornos tiroideos. Mal de Parkinson. Cardiopatía. Cáncer. Accidente cerebrovascular.

Pueden ocurrir como parte de la demencia o ser un efecto secundario de muchos fármacos comúnmente recetados para los ancianos (Sánchez Peral, 2016).



Los hombres representan la mayoría de los suicidios entre los ancianos: los divorciados o viudos son quienes están en mayor riesgo. Las familias deben prestarles atención especial a los familiares de edad avanzada que vivan solos. Otras complicaciones abarcan la disminución del desempeño en el trabajo y en las relaciones sociales (Sarró Maluquer, Ferrer Feliu, Rando Matos, Formiga, & Rojas Farreras, 2013)

### **1.2.2. Variables sociodemográficas**

Se conoce como variables sociodemográficas al conjunto de características biológicas, sociales, económicas y/o culturales, presentes en una población sujeta a estudio, abstrayendo estas en variables discretas posible de ser medibles.

El modelo contextual asume el cambio y la transformación como elementos consustanciales de la realidad y de los sistemas vivos; considera que las variables situacionales y sociales juegan un papel fundamental en el desarrollo de los individuos, defiende el carácter multidireccional del proceso, afirmando que la relación entre las características estructurales y funcionales del organismo y los aspectos contextuales impone mutuas limitaciones y oportunidades. Considera a los cambios sociales e históricos y a las variables situacionales y culturales como elementos influyentes en el cambio intraindividual. (Tejada Lagonell, 2012)

El adjetivo sociodemográfico no forma parte del diccionario de la Real Academia Española (RAE); sin embargo, es posible comprender su significado, prestando atención a los términos que permiten su desarrollo.

Social alude a aquello vinculado a la sociedad: el conjunto de individuos que viven en un mismo territorio y respetando normas en común. Lo demográfico, en tanto, se asocia a la demografía, que es el estudio de un grupo humano desde una perspectiva estadística, centrado en su evolución o en un periodo específico; así la define la RAE “estudio estadístico de una colectividad humana, referido a un determinado momento o a su evolución”.

Por otro lado se define la sociodemografía como la ciencia que estudia estadísticamente las características sociales que describen a las poblaciones humanas y sus variaciones, lo cual no se limita solo a la medición, sino que incluye necesariamente la interpretación y análisis de los datos y las proyecciones y predicciones en base a supuestos que incluyen variables no demográficas; implica la aplicación de herramientas técnicas para el manejo de la información cuantitativa y cualitativa referida a grupos poblacionales que conducen a realizar categorías de análisis las cuales pueden ser variables o sostenidas en el tiempo, e invitan a la reflexión sobre sus problemas particulares.

Un indicador sociodemográfico, de este modo, es un dato que refleja una situación social. Esta información puede obtenerse mediante encuestas, censos o cifras registradas de distintas maneras por organismos estatales.

Puede decirse entonces que lo sociodemográfico se refiere a un conjunto de características sociales en un determinado espacio para una determinada población. Estos rasgos dan forma a la identidad de los integrantes de esta agrupación; típicamente la edad, el género, la actividad laboral y el nivel de ingresos, son datos sociodemográficos.

En la investigación de depresión en adultos mayores realizada por (Villacorta Vargas, 2018) ha tomado como referencia variables estándar como edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, dependencia económica, entorno familiar y nivel económico; estas variables permitirá generar identidad específica a la población estudiada a fin de identificar qué relación existe entre estas y la depresión.

### **1.2.3. Características sociodemográficas y la depresión en adultos mayores.**

La depresión es uno de los padecimientos psicogerítricos más frecuentes en personas de la tercera edad, al respecto hay evidencia que apunta a que algunas variables sociodemográficas tales como edad, sexo, salud o el

grado de instrucción mantienen correlación significativa con este padecimiento.

Algunos estudios han encontrado que la edad tuvo un efecto significativo en la depresión; los análisis post hoc efectuados, indicaron que el grupo de edad de 75-79 años obtuvo puntajes más altos que el grupo de 70-74 años. Asimismo, quienes tenían de tres a cinco hijos puntuaron más alto que quienes tenían seis o más, por otro lado, las personas con educación superior presentaron menor grado de depresión que aquellas con educación primaria. (Flores Pacheco, Huerta Ramírez, Herrera Ramos, Alonso Vázquez, & Calleja Bello, 2011),

Otro estudio enfocado en evaluar la prevalencia de Depresión Geriátrica y Alexitimia y su asociación con las características sociodemográficas de los adultos mayores autoválidos sin depresión conocida, encontró que la depresión Geriátrica se asoció significativamente con el género femenino y con los que no contaban con ocupación laboral, por otro lado se observaron altos valores de Alexitimia entre quienes tenían estudios primarios y un bajo nivel ocupacional (Tartaglino, y otros, 2017).

Otros estudios sugieren que el deterioro cognitivo está asociado a la depresión y que existe una relación significativa e inversa entre escolaridad y el deterioro cognitivo presente en la vejez, de tal forma que haber asistido a la escuela durante la juventud ofrece un efecto “protector” del decremento de las habilidades cognitivas en los adultos mayores, por otro lado los estudios sugieren que el estado emocional del adulto mayor se asocia a otros factores relacionados a la salud y el entorno de estos. (Giacoman, Funes, Guzmán, & Montiel, 2011)

Así pues, se puede discernir que la depresión es un trastorno afectivo de alta incidencia en la población geriátrica que tiene origen multicausal, y que mantiene correlación con determinadas variables sociodemográficas.

### 1.3 Definición de términos básicos

#### ***Adulto mayor***

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 (Licas Torres, 2015).

En el Perú, se cuenta con la Ley 30490. Ley de la persona adulta mayor, que en su artículo 2 establece: *“se entiende por personas adultas mayores a todas aquellas que tengan 60 o más años de edad”*.

#### ***Depresión***

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

#### ***Nivel de depresión***

Es la respuesta expresada por el adulto mayor acerca de las diversas manifestaciones que intervienen en su estado psicoemocional 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 30 ítems que describen manifestaciones conductuales relacionadas con la depresión del adulto mayor. Categorizando el nivel de depresión en: normal; depresión leve; depresión severa (Licas Torres, 2015).

#### ***Variables sociodemográficas***

Conjunto de datos de naturaleza social que describen las características de una población, a partir de cuyo análisis pueden hacerse interpretaciones de

su comportamiento en el campo de donde son tomados, hacerse proyecciones y predicciones que invitan a la reflexión del investigador y a la búsqueda de posibles soluciones (Tejada Lagonell, 2012).

Las variables sociodemográficas consideradas en esta investigación son: Edad. Sexo. Estado civil. Nivel de instrucción. Dependencia económica. Ingreso económico. Entorno familiar.

## **CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **2.1. Descripción del problema**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) pronostica que el porcentaje de adultos mayores de 60 años en el planeta se duplicará para el 2050 con relación al año 2000; pasando del 11% al 22% (de 605 millones a 2000 millones) en sólo 50 años, siendo más intenso y rápido en los países de ingresos bajos y medianos (como el Perú) (Organización Mundial de la Salud - OMS, s.f.).

Esto dará como resultado un crecimiento nunca antes visto en la historia en personas octogenarias y nonagenarias, lo que generará cambios en la estructura organizativa de la familia y la sociedad (niños que conocen a sus bisabuelos, adultos mayores que aún tiene padres).

Es posible prever que esto dará como resultado un aumento significativo en pacientes octogenarios o nonagenarios que requerirán atención médica en los centros de salud, por otro lado, en los países desarrollados, entre un 4% y un 6% de las personas mayores han sufrido alguna forma de maltrato en casa. En los centros asistenciales como los asilos, se cometen actos abusivos como maniatar a los pacientes, atentar contra su dignidad (por ejemplo, al no cambiarles la ropa sucia) y negarles premeditadamente una buena asistencia (como permitir que se les formen úlceras por presión). El maltrato de los ancianos puede ocasionar daños físicos graves y consecuencias psíquicas de larga duración.

Por otro lado, se pronostica que a medida que las personas vivan más tiempo, en todo el mundo se producirá un aumento espectacular de la cantidad de casos de demencia, como la enfermedad de Alzheimer.

El riesgo de padecer demencia aumenta netamente con la edad y se calcula que entre un 25% y un 30% de las personas de 85 años o más padecen cierto grado de deterioro cognoscitivo. En los países de ingresos bajos y medianos los ancianos aquejados de demencia por lo general no tienen acceso a la atención asequible a largo plazo que su afección puede

requerir. Muchas veces, la familia no recibe ayuda gubernamental para ayudar a cuidar de estos pacientes en casa.

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 inexorable. Es un proceso presente en todo el país, aunque con diferentes grados de volumen e intensidad. El grupo de personas de 65 y más años de edad, se incrementará sostenidamente en las próximas décadas. De poco menos de 1.5 millones de adultos mayor en el 2010, se pasará a casi 6.5 millones en 2050; 5 millones adicionales, la mayor parte de los cuales serán mujeres. Este proceso de envejecimiento demográfico plantea desafíos y exigencias de diferentes naturalezas en términos de políticas y programas sociales a nivel regional y local, dependiendo de la escala, características y heterogeneidad de este proceso en cada departamento del país.

La presencia de sintomatología depresiva, tiene un impacto negativo en la calidad de vida de quien la sufre, así como en aspectos relacionados con morbilidad, esto último de manera particular en el anciano debido a la frecuente comorbilidad de: trastornos médicos no psiquiátricos y su asociación con patología depresiva, presentes simultáneamente en una interacción compleja, la cual dificulta su identificación.

Los problemas de salud mental adquieren una importancia especial, durante el envejecimiento. La depresión es uno de los tres problemas prioritarios, en esta área, seguido de las demencias y el consumo en exceso de alcohol y medicamentos.

Al perder sus vínculos afectivos por encontrarse en una institución, el anciano pierde asimismo los roles sociales que durante su vida o algún tiempo llevó a cabo, lo que influye en su autoestima, en la concepción de su vida futura y en la manera en la que debe socializar con su entorno. El adulto mayor institucionalizado puede verse afectado de diferentes maneras, una de las cuales es el deterioro del amor propio ya que se valora negativamente a sí mismo; puede presentarse una adaptación deficiente

debida a la pérdida de sus roles sociales y funcionalidad al ingresar en alguna institución, resultando de esto un evidente deterioro senil de la personalidad y una posible visión limitada del futuro.

Esto es especialmente importante en poblaciones más vulnerables y alejadas de las ciudades (rurales o semi-rurales), pues el apoyo del estado suele darse a través de centros de atención, que se encuentran geográficamente alejados, además de que su nivel económico y su idiosincrasia social, suelen ser limitantes para acudir a estos centros de salud, por lo que no se tiene información adecuada de esta población.

Es por ello que el presente estudio tiene el objetivo de determinar las características sociodemográficas y su relación con la depresión en adultos mayores del centro poblado “Villa Cruz” del distrito de San Juan Bautista - Iquitos, durante el año 2021.

## **2.2. Formulación del problema**

### **2.2.1. Problema general**

¿Qué relación existe entre las características sociodemográficas y la depresión en adultos mayores del centro poblado “Villa Cruz” del distrito de San Juan Bautista en el año 2021?

### **2.2.2. Problemas específicos**

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas como; edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, dependencia económica, ingreso económico, entorno familiar; en Adultos Mayores en el Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista en el año 2021?
- ¿Cuál es la relación del nivel de depresión con las características sociodemográficas en Adultos Mayores en el Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista en el año 2021?



## **2.3. Objetivos**

### **2.3.1. Objetivo general**

Determinar qué relación existe entre las características sociodemográficas y la depresión en adultos mayores del centro poblado “Villa Cruz” del distrito de San Juan Bautista en el año 2021.

### **2.3.2. Objetivos específicos**

- Identificar las características sociodemográficas como; edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, dependencia económica, ingreso económico, entorno familiar; en Adultos Mayores en el Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista en el año 2021.
- Determinar cuál es la relación que existe entre el nivel de depresión con las características sociodemográficas en Adultos Mayores en el Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista en el año 2021.

## **2.4. Hipótesis**

### **Hipótesis general**

Las características sociodemográficas tienen relación significativa con la depresión en adultos mayores del centro poblado “Villa Cruz” del distrito de San Juan Bautista en el año 2021.

## **2.5. Variables**

### **2.5.1. Identificación de las variables**

**Variable Independiente:** Características Sociodemográficas

**Variable Dependiente:** Depresión

### **2.5.2. Definición conceptual y operacional de las variables**

#### **Variable Depresión**

##### **Definición Conceptual**

Es un trastorno afectivo emocional caracterizado principalmente por: tristeza, ansiedad, pérdida de interés por actividades que antes le

gustaban, síntomas somáticos, pesimismo y que en casos extremos existen deseos de morir.

### **Definición Operacional**

Test Yesavage: Estado emocional que presentan los adultos mayores, que se caracteriza por la presencia de tristeza, autoestima baja, sentimientos de culpa, desinterés por las actividades identificadas a través del Test de Yesavage.

### **Variable características sociodemográficas**

#### **Definición Conceptual**

Es el conjunto de características sociales y demográficas, de la unidad de estudios dentro de la población; contara con las siguientes subvariables: Edad, Sexo, Estado, civil, Nivel de Instrucción, Dependencia Económica, Ingreso económico, Entorno familiar.

#### **Definición Operacional**

**Edad:** tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento a la fecha del estudio.

**Sexo:** rasgos genéticos y físicos variedades femenina y Masculina

**Estado civil:** Estado en la persona con respecto a sus deberes y derechos con niveles sociales, económicos y legales. Soltero(a): vive solo(a) con sus hijos y no tiene vínculo con el padre/madre. Casado(a): tiene vinculo legal (civil) con el padre/madre. Conviviente: No tiene vinculo legal, pero vive con el padre/madre. Viudo/separado: No tiene vinculo debido a divorcio y/o fallecimiento del conyugue.

**Nivel de instrucción:** último año cursado por el adulto mayor. Sin grado de instrucción: no curso estudios en un centro educativo. Primaria: solo tuvo estudios en centro educativo primario pudo ser completa o incompleta. Secundaria: solo tuvo estudios en centro educativo secundario pudo ser completa o incompleta. Técnica: tiene estudios técnicos. Superior: tiene estudios en centro educativo superior, pudo ser completa o incompleta.

**Dependencia económica:** tiene lugar cuando una persona pasa de ser un miembro “activo” económica y laboralmente, a formar parte de la población “inactiva” o “dependiente”.

**Ingreso económico:** Los ingresos, en términos económicos, hacen referencia a todas las entradas económicas que recibe el adulto mayor, será operacionalizado en; menor de 01 salario mínimo vital y de un salario mínimo vital a más.

**Entorno familiar:** personas con quienes comparte la vivienda: Solo, con pareja, hijos, nietos y/u otros miembros.

### 2.5.3. Operacionalización de las variables

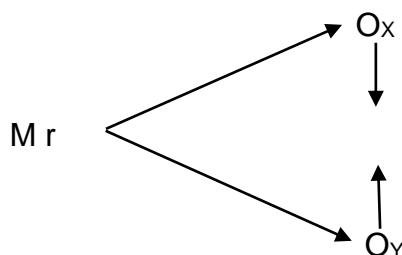
Variables	Definición conceptual	Indicador	Definición Operacional	Escala	Instrumento
Características Sociodemográficas	Es el conjunto de características sociales y demográficas, de la unidad de estudios dentro de la población; contara con las siguientes subvariables: Edad, Sexo, Estado civil, Nivel de Instrucción, Dependencia económica, Ingreso económico, Entorno familiar	<b>Edad</b> que anota el entrevistador, corroborado con la fecha de nacimiento de su DNI	Edad: tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento a la fecha del estudio	Continua	edad
		<b>Sexo</b> que anota el entrevistador, corroborado con la fecha de nacimiento de su DNI	Sexo: rasgos genéticos y físicos variedades femenina y masculina	Nominal	Femenino / masculino
		<b>Estado civil</b> registrado por el entrevistador	Estado civil: Estado en la persona con respecto a sus deberes y derechos con niveles sociales, económicos y legales Soltero(a): vive solo(a) con sus hijos y no tiene vínculo con el/la padre/madre. Casado(a): tiene vínculo legal (civil) con el/la padre/madre Conviviente: No tiene vínculo legal, pero vive con el/la padre/madre, Viudo/separado: No tiene vínculo debido a divorcio y/o fallecimiento del conyugue	Nominal	Soltero, Casado, Conviviente, Viudo/separado
		<b>Nivel de instrucción</b> registrado por el entrevistador.	Nivel de instrucción: último año cursado por el adulto mayor, como es un estudio retrospectivo se usará el dato registrado en la historia clínica Sin grado de instrucción: no curso estudios en un centro educativo Primaria: solo tuvo estudios en centro educativo primario pudo ser completa o incompleta. Secundaria solo tuvo estudios en centro educativo secundario pudo ser completa o incompleta. Técnica: tiene estudios técnicos. superior: tiene estudios en centro educativo superior, pudo ser completa o incompleta	Nominal	Sin instrucción, Primaria, Secundaria, Técnico, Superior
		<b>Dependencia económica</b> registrado por el entrevistador.	Dependencia económica: tiene lugar cuando una persona pasa de ser un miembro "activo" económica y laboralmente, a formar parte de la población "inactiva" o "dependiente"	Nominal	¿Depende económicamente de alguien? Si:...No.... Si la respuesta es afirmativa, de quienes depende?: Pensionista, Independiente, Hijos
		<b>Ingreso económico</b> registrado por el entrevistador	Ingreso económico: Los ingresos, en términos económicos, hacen referencia a todas las entradas económicas que recibe el adulto mayor, será operacionalizado en; menor de 01 salario mínimo vital y de un salario mínimo vital a más	Nominal	¿Hasta asciende su ingreso Económico? Menos de 1 SMV   1 SMV o más
		Entorno registrado por el entrevistador.	Entorno familiar: personas con quienes comparte la vivienda: Solo, con pareja, hijos, nietos y/u otros miembros.	Ordinal	Con quien vive:
Co-morbilidad	Enfermedad crónica que padece el adulto mayor.	Información médica registrada por el entrevistador	Co-morbilidad: enfermedad crónica que padece el adulto mayor	Nominal	Qué enfermedad crónica padece
Depresión	Es un trastorno afectivo emocional caracterizado principalmente por: tristeza, ansiedad, pérdida de interés por actividades que antes le gustaban, síntomas somáticos, pesimismo y que en casos extremos existen deseos de morir	Test Yesavage registrado por el entrevistador	Test Yesavage: Estado emocional que presentan los adultos mayores, que se caracteriza por la presencia de tristeza, autoestima baja, sentimientos de culpa, desinterés por las actividades identificados a través del Test de Yesavage	Ordinal	Cuestionario sobre depresión: Test Yesavage

## CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

### 3.1. Tipo y diseño de investigación

El presente estudio es de tipo no experimental de diseño descriptivo transversal prospectivo y correlacional. **Descriptivo**: Porque describe las características de los Adultos Mayores en el Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista durante el año 2021. **Transversal**: Porque evalúa las variables una sola vez durante el período que ocurre el estudio. **Prospectivo**: Porque el evento (depresión) se determinó durante el estudio. **Correlacional**: Porque relaciona la presencia de la Depresión con algunas características del Adulto Mayor.

El siguiente esquema corresponderá a este tipo de diseño:



Donde:

M: Muestra

Ox: Variable 1: Características sociodemográficas

Oy: Variable 2: Depresión

r: Relación entre variables.

### 3.2. Población y muestra

#### Población

La población está constituida por todos los adultos mayores de ambos sexos que residen en el Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista durante el año 2021.

## Muestra

La muestra está constituida por 164 adultos mayores que residen en el Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista en el año 2021.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia siendo la muestra 164 adultos mayores.

Tabla 1. Sexo según estado civil de los adultos mayores que residen en el Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista, año 2021

		Estado Civil				Total	
		Soltero	Casado	Conviviente	Viudo/Separado		
Sexo	Femenino	fi	4	13	33	46	96
		%	2,4%	7,9%	20,1%	28,0%	58,5%
	Masculino	fi	1	10	24	33	68
		%	0,6%	6,1%	14,6%	20,1%	41,5%
Total	fi	5	23	57	79	164	
	%	3,0%	14,0%	34,8%	48,2%	100,0%	

Fuente: Base de datos

### 3.3. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

La técnica que se usó para el presente estudio de investigación fue la de recolección de información de fuente primaria a través de la entrevista con el adulto mayor; la ficha de recolección de datos obtiene información sobre las características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, dependencia económica, ingreso económico, entorno familiar); Comorbilidad y el Test de Yesavage para determinar depresión.

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y se trata de un instrumento de autoreporte compuesto por 30 reactivos que miden la presencia de la sintomatología depresiva mediante preguntas directas, 20 de ellas miden

la presencia de síntomas (“¿Siente que su vida está vacía?”), mientras que 10 son considerados ítems inversos (“¿En el fondo está satisfecho con su vida?”).

Es una escala dicotómica en la que el entrevistado responde sí o no. El puntaje más bajo que se puede obtener es 0 y el más alto es 30, en dónde altas puntuaciones sugieren altos riesgos de presentar depresión.

De acuerdo al género y al puntaje obtenido al test se ubica al entrevistado en una de los siguientes niveles: **Nivel Normal:** Cuando el puntaje obtenido se encuentra entre 0 y 9 inclusive. **Nivel Leve:** En caso de varones, se considera un nivel de depresión leve si el puntaje obtenido es de 10 u 11, mientras que, para las mujeres, se considera un nivel de depresión leve si su puntaje está entre 10 y 13 inclusive. **Nivel Moderado:** En caso de varones, se considera un nivel de depresión moderado si el puntaje obtenido se encuentra entre 12 y 18 inclusive, mientras que, para las mujeres, se considera un nivel de depresión moderado si su puntaje está entre 14 y 20 inclusive. **Nivel Severo:** En caso de varones, se considera un nivel de depresión severo si el puntaje obtenido es mayor o igual a 19, mientras que, para las mujeres, se considera un nivel de depresión severo si su puntaje es mayor o igual a 21.

### **Confiabilidad**

El coeficiente de confiabilidad fue mediante el alpha de Cronbach la depresión dio 0,742 quedando asegurada la confiabilidad.

### **3.4. Procesamiento y análisis de datos**

El procesamiento y análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS v23, para el análisis descriptivo se organizó la información mediante las tablas de frecuencias y para el análisis inferencial se utilizó la prueba de Kolmogorov – Smirnov siendo el resultado que los datos no provienen de una distribución normal, se utilizó el estadístico no paramétrico de Rho de Spearman para la contrastación de hipótesis.

### **3.5. Aspectos éticos**

Por la naturaleza y característica del estudio, éste no transgredió de ninguna manera los derechos humanos de los trabajadores cuyas datos e información sobre la empresa fueron revisados e incluidos en el estudio, y cuya identificación permaneció en absoluta reserva.



## CAPÍTULO IV. RESULTADOS

### Variable características socio demográficas

Tabla 2.

#### *Edad*

Edad	Frecuencia	%
65 - 70	108	65,9
71 - 74	19	11,6
75 - 78	18	11,0
79 - 82	16	9,8
83 - 86	2	1,2
87 - 90	1	,6
Total	164	100,0

Fuente: Base de datos

#### **Interpretación**

Se evaluaron 164 adultos mayores del Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista, los mismos que fueron categorizados en 6 grupos etarios: 65 a 70 años (65.9%), 71 a 74 años (11.6%), 75 a 78 años (11.0%), 79 a 82 años (9.8%), 93 a 86 años (1.2%) y 87 a 90 años (0.6%) Se observa que el grupo más significativo es el de edades entre 65 y 70 años y el menos significativo en edades entre 97 y 90 años. (Tabla N° 01)

Tabla 3.

*Sexo*

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	96	58,5
Masculino	68	41,5
Total	164	100,0

Fuente: Base de datos

### **Interpretación**

En la Tabla 3, se presenta el sexo del adulto mayor en el Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista, de 164 (100%) adultos mayores, el 58,5% (96) son de sexo femenino y el 41,5% (68) sexo masculino.

Tabla 4.

*Estado civil*

Estado civil	Frecuencia	%
Soltero	5	3,0
Casado	23	14,0
Conviviente	57	34,8
Viudo/Separado	79	48,2
Total	164	100,0

Fuente: Base de datos

### **Interpretación**

Con relación al estado civil de los adultos mayores del Centro Poblado “Villa Cruz” del distrito de San Juan Bautista, la Tabla 4 muestra que la mayoría son Viudos o Separados representando el 48.2% de la muestra, por otro lado, los que tienen menor incidencia son los solteros con un porcentaje de 3%, mientras que los casados representan un 14% y los convivientes un 34%, constituyéndose el segundo grupo más numeroso.

Tabla 5.

*Nivel de instrucción*

Nivel de instrucción	Frecuencia	%
Primaria	66	40,2
Secundaria	63	38,4
Estudios Técnicos	31	18,9
Universitaria	4	2,4
Total	164	100,0

Fuente: Base de datos

### **Interpretación**

La tabla 5 permite identificar que la mayoría de los adultos mayores en el Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista cuentan con estudios básicos (40.2% primaria y 38.4% secundaria), mientras que 18.9% cuentan con estudios técnicos y sólo el 2.4% presentan estudios universitarios.

Tabla 6.

*Dependencia económica*

Dependencia económica	Frecuencia	%
Sí	78	47,6
No	86	52,4
Total	164	100,0

Fuente: Base de datos

### **Interpretación**

En la tabla 6 se muestra la dependencia económica a la que están sujetos los adultos mayores del Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista, así pues, se tiene que el 52,4% (86) no dependen económicamente de otras personas ya que poseen un ingreso económico y el 47,6% (78) sí. Esta variable está relativamente equilibrada, con una leve inclinación a la independencia económica.

Tabla 7.

*Ingreso económico*

Ingreso económico	Frecuencia	%
Menor a la remuneración mínima vital	77	47,0
Mayor igual a la remuneración mínima vital	87	53,0
Total	164	100,0

Fuente: Base de datos

### **Interpretación**

En la tabla 7 se analiza cual es el nivel de ingreso económico de los adultos mayores del Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista; en él se evidencia que si bien existe cierto nivel de equilibrio en esta variable (el 47% presenta ingresos menores a la RMV y 53% ingresos mayores o iguales a la RMV) existe una ligera inclinación a favor del grupo que presenta ingresos superiores o iguales a la RMV.

Tabla 8.

*Adulto mayor presenta alguna enfermedad*

Adulto mayor presenta alguna enfermedad	Frecuencia	%
Sí	78	47,6
No	86	52,4
Total	164	100,0

Fuente: Base de datos

**Interpretación**

La tabla 8 nos muestra que el 47.6% de los adultos mayores del centro poblado “Villa Cruz” presenta enfermedades; lo que representa un porcentaje importante de la población evaluada, si bien la mayoría no reporta enfermedades (52.4%) sigue siendo relevante que un número tan elevado presente enfermedades, más aun teniendo en cuenta los riesgos asociados a la edad de la muestra evaluada.

## Variable Depresión

Tabla 9.

### *Depresión en hombres*

Depresión en hombres	Frecuencia	%
Normal	30	44,1
Leve	13	19,1
Moderado	21	30,9
Severo	4	5,9
Total	68	100,0

Fuente: Base de datos

## Interpretación

En la Tabla 9 se presenta la depresión en adultos mayores en el Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista, de 68 (100%) adultos mayores varones, el 19,1% (13) presentan nivel leve de depresión, el 30,9% (21) presento el nivel de depresión moderada y 5,9% (4) mostraron nivel severo, mientras que 44,1% (30) no presentaron depresión siendo el nivel normal.



Tabla 10.

*Depresión mujeres*

Depresión mujeres	Frecuencia	%
Normal	23	24,0
Leve	13	13,5
Moderado	40	41,7
Severo	20	20,8
Total	96	100.0

Fuente: Base de datos

### **Interpretación**

En la Tabla 10, se presenta la depresión en mujeres adulta mayor en el Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista, de 96 (100%) adultas mayores mujeres, el 24,0 % (23) no presentaron depresión estando en el nivel normal, 13,5% (13) se encuentran en el nivel leve, 41,7% (40) están en el nivel moderado y el 20,8 % (20) presentan el nivel severo.

## Análisis bivariado

Tabla 11.

### *Depresión según sexo*

			Depresión				Total
			Normal	Leve	Moderado	Severo	
Sexo	Femenino	fi	23	13	40	20	96
		%	14.0%	7.9%	24.4%	12.2%	58.5%
	Masculino	fi	30	13	21	4	68
		%	18.3%	7.9%	12.8%	2.4%	41.5%
Total	fi	53	26	61	24	164	
	%	32.3%	15.9%	37.2%	14.6%	100,0%	

Fuente: Base de datos

## Interpretación

En la Tabla 11, se presenta la depresión en adultos mayores según el sexo en el Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista, de 164 (100%) adultos mayores, el 58,5% (96) fueron de sexo femenino y el 24,4% (40) con nivel de depresión moderada, 14% (23) no presentaron depresión por encontrarse en el nivel normal, 12,2% (20) presentaron nivel severo, 7,9% (13) nivel leve. El 41,5% (68) fueron de sexo masculino y el 18,3% (30) no presentaron depresión encontrándose en nivel normal, 12,8% (21) nivel moderado, 7,9% (13) nivel leve y el 2,4% (4) presentaron el nivel severo.

Tabla 12.

*Depresión hombres adultos según edad*

		Depresión Hombres				Total
		Normal	Leve	Moderado	Severo	
65 - 70	fi	20	8	15	2	45
	%	29.4%	11.8%	22.1%	2.9%	66.2%
71 - 74	fi	3	1	1	0	5
	%	4.4%	1.5%	1.5%	0.0%	7.4%
75 - 78	fi	4	1	3	0	8
	%	5.9%	1.5%	4.4%	0.0%	11.8%
79 - 82	fi	3	3	2	2	10
	%	4.4%	4.4%	2.9%	2.9%	14.7%
Total	fi	30	13	21	4	68
	%	44.1%	19.1%	30.9%	5.9%	100.0%

Fuente: Base de datos

### Interpretación

En la Tabla 12, se presenta la depresión de hombres adultos mayores según la edad en el Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista, de 68 (100%) hombres adultos mayores, el 66,2% (45) se encuentran entre las edades 65 – 70 años y el 29,4% (20) no presentaron depresión estando en el nivel normal, 22,1% (15) se encontraron en el nivel moderado, 11,8% (8) presentan nivel leve, 2,9% (2) nivel severo. El 14,7% (10) se encuentran entre las edades 79 – 82 años y el 4,4% (3) no presentaron depresión siendo de nivel normal, 4,4% (3) presentan nivel leve, 2,9% (2) nivel moderado y el 2,9% (2) nivel severo. El 11,8% (8) se encuentran entre las edades 75 – 78 años y el 5,9% (4) no presentaron depresión teniendo un nivel normal, 4,4% (4) nivel moderado, el 1,5% (1) mostraron nivel leve. El 7,4% (5) tuvieron de 71 – 74 años y el 4,4% (3) no presentaron depresión siendo su nivel normal, 1,5% (1) mostraron nivel leve, 1,4% (1) nivel moderado.

Tabla 13.

*Depresión hombres adultos según estado civil*

			Depresión Hombres				Total
			Normal	Leve	Moderado	Severo	
Estado Civil	Soltero	fi	1	0	0	0	1
		%	1.5%	0.0%	0.0%	0.0%	1.5%
	Casado	fi	7	1	2	0	10
		%	10.3%	1.5%	2.9%	0.0%	14.7%
	Conviviente	fi	11	5	7	1	24
		%	16.2%	7.4%	10.3%	1.5%	35.3%
	Viudo/Separado	fi	11	7	12	3	33
		%	16.2%	10.3%	17.6%	4.4%	48.5%
	Total	fi	30	13	21	4	68
		%	44.1%	19.1%	30.9%	5.9%	1

Fuente: Base de datos

### Interpretación

En la Tabla 13, se presenta la depresión hombres adultos mayores según estado civil en el Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista, de 68 (100%) hombres adultos mayores, el 48,5% (33) presentaron un estado civil de viudos/separados y el 17,6% (12) con nivel depresión moderada, 16,2% (11) no presentaron depresión ya que su nivel es normal, 10,3% (7) presentó una depresión leve, 4,3% (3) con nivel severo. El 35,3% (24) con estado civil de convivientes y el 16,2% (11) no presentaron depresión, el 10,3% (7) tuvo un nivel moderado, 7,4% (5) nivel leve, 1,5% (1) presentaron nivel severo. El 14,7% (10) con estado civil de casado y el 10,3% (7) no presentaron depresión su nivel fue normal, 2,9% (2) nivel moderado, 1,5% (1) nivel leve. El 1,5% (1) con estado civil de soltero y el 1,5% (1) no presentaron depresión ya que su nivel es normal.

Tabla 14.

*Depresión hombres adultos según nivel de instrucción*

		Depresión Hombres				Total
		Normal	Leve	Moderado	Severo	
Primaria	Fi	2	3	3	4	12
	%	2.9%	4.4%	4.4%	5.9%	17.6%
Secundaria	Fi	15	7	10	0	32
	%	22.1%	10.3%	14.7%	0.0%	47.1%
Estudios Técnicos	fi	11	3	8	0	22
	%	16.2%	4.4%	11.8%	0.0%	32.4%
Universitaria	fi	2	0	0	0	2
	%	2.9%	0.0%	0.0%	0.0%	2.9%
Total	fi	30	13	21	4	68
	%	44.1%	19.1%	30.9%	5.9%	100.0%

Fuente: Base de datos

**Interpretación**

En la Tabla 14, se presenta la depresión hombres adultos mayores según nivel de instrucción en el Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista, de 68 (100%) hombres adultos mayores, el 47,1% (32) tienen estudios secundarios y el 22,1% (15) no presentaron depresión ya que presentan nivel normal, 14,7% (10) nivel moderado, 10,3% (7) nivel leve. El 32,4% (22) con estudios técnicos y el 16,2% (11) no presentaron depresión siendo su nivel normal, 11,8% (8) nivel moderado, 4,4% (3) nivel leve. El 17,6% (12) tienen estudios primarios y el 5,9% (4) con nivel de depresión severo, 4,4% (3) nivel moderado, 4,4% (4) nivel leve, 2,9% (2) sin depresión ya que presentan nivel normal. El 2,9% (2) con estudios universitarios y el 2,9% (2) no presentaron depresión siendo su nivel normal.

Tabla 15.

*Depresión hombres adultos según dependencia económica*

		Depresión Hombres					Total
		Normal	Leve	Moderado	Severo		
Depende económicamente	Si	fi	4	6	5	2	17
		%	5.9%	8.8%	7.4%	2.9%	25.0%
	No	fi	26	7	16	2	51
		%	38.2%	10.3%	23.5%	2.9%	75.0%
	Total	fi	30	13	21	4	68
		%	44%	19%	31%	6%	100%

Fuente base de datos

**Interpretación**

En la Tabla 15, se presenta la depresión hombres adultos mayores según dependencia económica en el Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista, de 68 (100%) hombres adultos mayores, el 75% (51) no dependen económicamente de otra persona y el 38,2% (26) no presentaron depresión siendo su nivel normal, 23,5% (16) con nivel moderado, 10,3% (7) nivel leve, 2,9% (9) nivel severo. El 25% (17) si dependen económicamente de otras personas y el 8,8% (6) presentó nivel depresión leve, 7,4% (5) nivel moderado, 5,9% (4) no presentaron depresión siendo su nivel normal y el 2,9% (2) nivel leve.

Tabla 16.

*Depresión hombres adultos según ingreso económico*

			Depresión Hombres				Total
			Normal	Leve	Moderado	Severo	
Ingreso Económico	Menor de la remuneración mínima vital	fi	13	2	9	2	26
		%	19.1%	2.9%	13.2%	2.9%	38.2%
	Mayor igual remuneración mínima vital	fi	17	11	12	2	42
		%	25.0%	16.2%	17.6%	2.9%	61.8%
Total		fi	30	13	21	4	68
		%	44.1%	19.1%	30.9%	5.9%	100.0%

Fuente: Base de datos

### Interpretación

En la Tabla 16, se presenta la depresión hombres adultos mayores según ingreso económico en el Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista, de 68 (100%) hombres adultos mayores, el 61,8% (42) percibe igual o más del sueldo mínimo vital y el 25% (17) no presentaron depresión siendo su nivel normal, 17,6% (12) nivel moderado, 16,2% (11) nivel leve, 2,9% (2) nivel severo. El 38,2% (26) percibe menos de la remuneración mínima vital y el 19,1% (13) no mostraron depresión siendo su nivel normal, 13,2% (9) nivel moderado, 2,9% (2) nivel leve y el 2,9% (2) nivel severo.

Tabla 17.

*Depresión mujeres adultas según edad*

		Depresión Mujer				Total
		Normal	Leve	Moderado	Severo	
65 - 70	fi	17	9	26	11	63
	%	17.7%	9.4%	27.1%	11.5%	65.6%
71 - 74	fi	5	3	6	0	14
	%	5.2%	3.1%	6.3%	0.0%	14.6%
75 - 78	fi	0	0	7	3	10
	%	0.0%	0.0%	7.3%	3.1%	10.4%
79 - 82	fi	1	1	1	3	6
	%	1.0%	1.0%	1.0%	3.1%	6.3%
83 - 86	fi	0	0	0	2	2
	%	0.0%	0.0%	0.0%	2.1%	2.1%
87 - 90	fi	0	0	0	1	1
	%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%	1.0%
Total	fi	23	13	40	20	96
	%	24.0%	13.5%	41.7%	20.8%	100.0%

Fuente: Base de datos

### Interpretación

En la Tabla 17, se presenta la depresión de mujeres adultas según la edad en el Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista, de 96 (100%) mujeres adultas mayores, el 65,6% (69) presentaron edades entre 65 – 70 años y el 27,1% (26) presentaron un nivel moderado de depresión, 17,7% (17) no presentaron depresión siendo su nivel normal, 11,5% (11) nivel severo, 9,4% (9) nivel leve. El 14,6% (14) con edades entre 71 – 74 años y el 6,3% (6) nivel moderado, 5,2% (5) sin depresión siendo su nivel normal, 3,1% (3) nivel leve. El 10,4% (10) con edades entre 75 – 78 años y el 7,3% (7) con nivel de depresión moderada, 3,1% (3) severo. El 6,3% (6) con edades entre 79 – 82 años y el 1,0% (1) no presentaron depresión siendo su nivel normal, 1% (1) con nivel de depresión leve, 1% (1) nivel moderado, 3,1% (3) nivel severo. El 2,1% (2) con edades entre 83 – 86 años y el 2.1% (2) presentaron nivel de depresión severa. El 1% (1) con edades entre 87 – 90 años y el 1% (1) presentaron nivel de depresión severa.



Tabla 18.

*Depresión mujeres adultas según estado civil*

			Depresión Mujer				Total
			Normal	Leve	Moderado	Severo	
Estado Civil	Soltero	fi	1	0	1	2	4
		%	1.0%	0.0%	1.0%	2.1%	4.2%
	Casado	fi	7	4	2	0	13
		%	7.3%	4.2%	2.1%	0.0%	13.5%
	Conviviente	fi	7	6	16	4	33
		%	7.3%	6.3%	16.7%	4.2%	34.4%
	Viudo/Separado	fi	8	3	21	14	46
		%	8.3%	3.1%	21.9%	14.6%	47.9%
	Total	fi	23	13	40	20	96
		%	24.0%	13.5%	41.7%	20.8%	100.0%

Fuente: Base de datos

### Interpretación

En la Tabla 18, se presenta la depresión mujeres adultas mayores según estado civil en el Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista, de 96 (100%) mujeres adultas mayores, el 47,9% (46) con estado civil viudos/separados y el 21,9% (21) con nivel depresión moderada, 14,6% (14), nivel severo, 8,3% (8) no presentaron depresión siendo su nivel normal, 3,1% (3) nivel leve. El 34,4% (33) con estado civil de conviviente y el 16,7% (16) con nivel de depresión moderada, 7,3% (7) no presentaron depresión siendo su nivel normal, 6,3% (6) nivel leve, 4,2% (4) nivel severo. El 13,5% (13) con estado civil de casado y el 7,3% (7) no presentaron depresión siendo su nivel normal, 4,2% (7) nivel leve, 2,1% (2) nivel moderado. El 4,2% (4) con estado civil de soltero y el 2,1% (2) tiene un nivel severo en depresión, 1% (1) no presentaron depresión siendo su nivel normal, 1% (1) nivel moderado.

Tabla 19.

*Depresión mujeres adultas según nivel de instrucción*

			Depresión Mujer				Total
			Normal	Leve	Moderado	Severo	
Nivel de Instrucción	Primaria	fi	7	4	27	16	54
		%	7.3%	4.2%	28.1%	16.7%	56.3%
	Secundaria	fi	10	4	13	4	31
		%	10.4%	4.2%	13.5%	4.2%	32.3%
	Estudios Técnicos	fi	4	5	0	0	9
		%	4.2%	5.2%	0.0%	0.0%	9.4%
	Universitaria	fi	2	0	0	0	2
		%	2.1%	0.0%	0.0%	0.0%	2.1%
	Total	fi	23	13	40	20	96
		%	24.0%	13.5%	41.7%	20.8%	100.0%

Fuente: Base de datos

### Interpretación

En la Tabla 19, se presenta la depresión mujeres adultos mayores según nivel de instrucción en el Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista, de 96 (100%) mujeres adultas mayores, el 56,3% (54) con estudios primarios y el 28,1% (27) con nivel de depresión moderada, 16,7% (16) nivel severo, 7,3% (7) no presentaron depresión siendo su nivel normal, 4,2% (4) nivel leve. El 32,3% (31) con estudios secundarios y el 13,5% (13) con nivel de depresión moderado, 10,4% (10) no presentaron depresión siendo su nivel normal, 4,2% (4) nivel leve, 4,2% (4) nivel severo. El 9,4% (9) con estudios técnicos y el 5,2% (5) tienen depresión leve, 4,2% (4) no presentaron depresión siendo su nivel normal. El 2,1% (2) con estudios universitarios y el 2,1% (2) no presentaron depresión siendo su nivel normal.

Tabla 20.

*Depresión mujeres adultas según dependencia económica*

		Depresión Mujer				Total	
		Normal	Leve	Moderado	Severo		
Depende Económicamente	Sí	fi	9	8	32	12	61
		%	9.4%	8.3%	33.3%	12.5%	63.5%
	No	fi	14	5	8	8	35
		%	14.6%	5.2%	8.3%	8.3%	36.5%
Total	fi	23	13	40	20	96	
	%	24.0%	13.5%	41.7%	20.8%	100.0%	

Fuente: Base de datos

**Interpretación**

En la Tabla 20, se presenta la depresión mujeres adultas mayores según dependencia económica en el Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista, de 96 (100%) mujeres adultas mayores, el 63,5% (61) sí dependen económicamente de otra persona y el 33,3% (32) tienen depresión moderada, 12,5% (12) nivel severo, 9,4% (9) no presentaron depresión siendo su nivel normal, 8,3% (8) nivel leve. El 36,5% (35) no dependen económicamente y el 14,6% (14) no presentaron depresión siendo su nivel normal, 8,3% (8) con nivel de depresión moderada, 8,3% (8) nivel severo y el 5,2% (5) con nivel leve.

Tabla 21.

*Depresión mujeres adultas según ingreso económico*

		Depresión Mujer				Total
		Normal	Leve	Moderado	Severo	
Ingreso Económico	Menor de remuneración mínima vital	fi 12	9	19	11	51
		% 12.5%	9.4%	19.8%	11.5%	53.1%
	Mayor igual a la remuneración mínima vital	fi 11	4	21	9	45
		% 11.5%	4.2%	21.9%	9.4%	46.9%
Total		fi 23	13	40	20	96
		% 24.0%	13.5%	41.7%	20.8%	100.0%

Fuente: Base de datos

### Interpretación

En la Tabla 21, se presenta la depresión mujeres adultas mayores según ingreso económico en el Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista, de 96 (100%) mujeres adultas mayores, el 53,1% (51) percibe menos de la remuneración mínima vital y el 19,8% (19) con nivel de depresión moderada, 12,5% (12) no mostró depresión siendo su nivel normal, 11,5% (11) nivel severo y el 9,4% (9) con nivel leve. El 46,9% (45) percibe igual o más del sueldo mínimo vital y el 21,9% (21) con nivel de depresión moderada, 11,5% (11) no mostró depresión siendo su nivel normal, 9,4% (9) nivel severo y el 4,2% (4) con nivel leve.

## Contrastación de Hipótesis

### Prueba estadística para la determinación de la normalidad

#### Hipótesis

H<sub>0</sub>: La información de las variables se distribuyen de forma normal

H<sub>1</sub>: La información de las variables no se distribuyen de forma normal

#### Nivel de significancia

$\alpha = 0,05$

#### Estadístico

Kolmogorov-Smirnov.

Tabla 22.

#### *Pruebas de normalidad*

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Edad	,392	164	,000	,669	164	,000
Sexo	,385	164	,000	,626	164	,000
Estado Civil	,292	164	,000	,782	164	,000
Nivel de Instrucción	,249	164	,000	,817	164	,000
Depende Económicamente	,353	164	,000	,636	164	,000
Ingreso Económico	,356	164	,000	,635	164	,000
Depresión Hombres	,251	164	,000	,828	164	,000
Depresión Mujer	,210	164	,000	,850	164	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

#### Regla de decisión

Si alfa (Sig) > 0,05; Se acepta la Hipótesis nula

Si alfa (Sig) < 0,05; Se rechaza la Hipótesis nula

#### Decisión

La variable factores sociodemográficos y depresión presenta un valor de  $p = 0,000 < 0,05$ ; se cumple que: se acepta la Hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, podemos afirmar que los datos de la muestra de estudio no provienen de una distribución normal.

## Pruebas de hipótesis

### Hipótesis General

**H<sub>1</sub>:** Existe una correlación significativa entre las características sociodemográficas y la prevalencia de la depresión en adultos mayores del centro poblado “Villa Cruz” del distrito de San Juan Bautista en el año 2021.

**H<sub>0</sub>:** No existe una correlación significativa entre las características sociodemográficas y la prevalencia de la depresión en adultos mayores del centro poblado “Villa Cruz” del distrito de San Juan Bautista en el año 2021.

### Nivel de significancia

$\alpha = 0.05$

### Estadístico de prueba

Correlación de Spearman.

Tabla 23.

*Niveles de correlación Factores sociodemográficos y depresión*

			Depresión Hombres	Depresión Mujer
Rho de Spearman	Edad	Coeficiente de correlación	.122	.130
		Sig. (bilateral)	.120	.096
		N	164	164
	Sexo	Coeficiente de correlación	-,330**	-,357**
		Sig. (bilateral)	.000	.000
		N	164	164
	Estado Civil	Coeficiente de correlación	,275**	,286**
		Sig. (bilateral)	.000	.000
		N	164	164
	Nivel de Instrucción	Coeficiente de correlación	-,489**	-,518**
		Sig. (bilateral)	.000	.000
		N	164	164
	Depende Económicamente	Coeficiente de correlación	-,301**	-,336**
		Sig. (bilateral)	.000	.000
		N	164	164
Ingreso Económico	Coeficiente de correlación	-.040	-.032	
	Sig. (bilateral)	.613	.685	
	N	164	164	

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

\* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Según la Tabla 23, se observa la correlación de los factores demográficos y la depresión, el factor edad con  $p= 0,120$ ;  $Rho= 0,122$  no es significativo, pero infiere una correlación positiva media entre la edad y la depresión en hombres adultos mayores y en mujeres adultas  $p= 0,096$ ;  $Rho= 0,130$  no es significativo, pero indica una correlación positiva media.

El factor sexo y depresión en hombres adultos mayores con  $p= 0,000$ ;  $Rho= - 0,330$  siendo significativo indica una correlación negativa media y en mujeres adultas con  $p= 0,000$ ;  $Rho= - 0,357$  siendo significativo indica una correlación negativa media.

El factor estado civil y depresión en hombres adultos mayores con  $p=0,000$ ;  $Rho= 0,275$  siendo significativo indica correlación positiva media.

El factor nivel de instrucción y depresión en hombres adultos mayores con  $p=0,000$ ;  $Rho= - 0,489$  siendo significativo indica correlación negativa media y en mujeres adultas con  $p=0,000$ ;  $Rho=- 0,518$  siendo significativo indica correlación negativa considerable.

El factor dependencia económica y depresión en hombres adultos mayores con  $p= 0,000$ ;  $Rho= - 0,301$  siendo significativo indica una correlación negativa media y en mujeres adultas con  $p=0,000$ ;  $Rho= - 0,336$  siendo significativo indica correlación negativa media.

El factor ingreso económico y depresión en hombres adultos mayores con  $p= 0,613$ ;  $Rho= - 0, 040$  siendo no significativo indica correlación negativa débil y en mujeres adultas con  $p=0,685$ ;  $Rho= - 0,032$  siendo no significativo indica correlación negativa débil.

### **Toma de decisión**

Se rechaza  $H_0$  y se acepta  $H_1$ , se puede afirmar que: Las características sociodemográficas tienen relación significativa con la depresión en adultos mayores del centro poblado “Villa Cruz” del distrito de San Juan Bautista en el año 2021.

## **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Discusión**

A partir de los hallazgos encontrados, aceptamos la hipótesis alterna que establece que las características sociodemográficas tienen relación significativa con la depresión en adultos mayores del centro poblado “Villa Cruz” del distrito de San Juan Bautista en el año 2021.

El presente estudio muestra que existe una presencia significativa de síntomas depresivos en la población objeto del estudio, así pues, tenemos que de los 164 adultos mayores; un 15.9% de la población evaluada presenta un grado de depresión leve, 37.2% un grado de depresión moderado y un 14.6% de depresión severa, mostrando valores normales sólo un 32.3% de la misma, es decir que se cuenta con un total de 67.7% (15.9% leve, 37.2% moderado y 14.6% severo) de población con síntomas de depresión (Tabla 11), lo que guarda relación con los hallazgos de Andrade Trujillo (2011) que encontró en su estudio que un 64.1% de su población mostraba síntomas de depresión moderado y un 29.6% mostraba síntomas de depresión grave.

Por otro lado, la depresión leve, moderada y severa presente en la población evaluada es predominantemente femenina (44.5%, 73 mujeres) en comparación con su contraparte masculina que representa sólo 23.2% (38 varones) de la muestra, lo que implica que de los 111 adultos mayores que presentan depresión leve, moderada y severa (73 mujeres y 38 varones) el género femenino representa el 65.8% de la población deprimida (Tabla 11), estos resultados guardan coherencia con los hallazgos obtenidos por Salazar, A; Reyes y otros (2015) quienes señalan que existe una alta prevalencia de la depresión en adultos mayores predominantemente mujeres adultas (74%).



Sin embargo, estos resultados no concuerdan con algunas de las investigaciones consideradas en los antecedentes de la presente investigación, así pues, Silva M, Vivar V (2015), indica que el 50% de la muestra evaluada presentan síntomas depresivos, es decir que sólo la mitad de la población evaluada presenta síntomas depresivos, lo que no se condice con los hallazgos del presente estudio.

Esto podría explicarse debido a que, si bien la población es similar a nivel de grupo etario, es distinta respecto a las circunstancias físicas y mentales que estos han enfrentado en el marco de la Pandemia Covid19, por lo que no resulta del todo sorprendente que se haya manifestado un nivel de depresión más alta.

Por otro lado, la presente investigación arrojó luces respecto a variables que generan mayor propensión a la depresión, en ese sentido tenemos que las variables Edad e Ingreso Económico son las que presenta menor coeficiente de correlación, mientras que las variables de Sexo, Estado Civil, Nivel de Instrucción y Dependencia Económica, presentan mayor coeficiente de correlación, siendo la de nivel de instrucción la más alta, estos hallazgos son consistentes con la investigación de Salazar, A; Reyes y otros (2015) que consideró la baja escolaridad y la dependencia económica como factores importantes en la depresión de adultos mayores, además concuerdan, en parte, con el estudio dirigido por Luna Muñoz y otros (2019) que encontraron que algunas de las variables más significativas son el Sexo, el Grado de Instrucción, y la pobreza; sin embargo este mismo estudio (Luna Muñoz y otros, 2019) identificaron otras variables consideradas “significativas” que no concuerdan con los resultados obtenidos en la presente investigación, tales como la Edad y vivir en una zona rural.

Uno de los puntos más resaltantes de los resultados obtenidos, es la baja correlación que existe para las variables Edad e Ingreso económico.

Respecto a la variable Edad se podría presumir que, a mayor edad (y por ende a mayor percepción de cercanía a la muerte) mayores niveles de depresión, sin embargo, los resultados parecen confirmar que a partir de cierto umbral etario (adultos mayores) la eventual posible depresión no está relacionada al cumplimiento de más años.

Por otro lado, también se podría presumir que la variable “Ingreso Económico” sería significativa, pues a mayor ingreso económico menor dependencia económica de terceros y mayor libertad, sin embargo, estas parecen no ser significativas para la población evaluada.

## 5.2 Conclusiones

### Primera:

Se evidencia que el 65,9% de los adultos mayores presentan una edad de 65 a 70 años mientras que el 34,2% presenta edades entre 71 y 90 años. El 58,5% fueron mujeres y el 41,5% varones. El 48,2% son viudos /separados, 34,8% convivientes, 17% ente solteros y casados. El 78,6% tiene primaria- secundaria, el 21,3% presentan estudios técnicos – universitarios. El 52,4 no dependen económicamente de alguien, el 53% ostenta ingresos por encima de la remuneración mínima vital y el 52,4% de los adultos mayores no presenta alguna enfermedad.

### Segunda:

Se evidencia que el 44,1% de varones no presentan depresión (parámetros normales), el 19,1% depresión Leve, el 30,9% presentan depresión Moderada, y el 5,9% presentan depresión severa. Por otro lado, sólo el 24,0% de mujeres no presentan depresión (parámetros normales) mientras que el 13,5% de mujeres sufren de depresión leve, 41,7% depresión Moderada y el 20,8% depresión Severa.

### Tercera:

Se evidencia que Las características sociodemográficas tienen relación significativa con la depresión en adultos mayores del centro poblado “Villa Cruz” del distrito de San Juan Bautista en el año 2021.

### Cuarta:

Se evidencia que el factor edad con  $p= 0,120$ ;  $Rho= 0,122$  no es significativo, pero infiere una correlación positiva media entre la edad y la depresión en hombres adultos mayores y en mujeres

adultas  $p= 0,096$ ;  $Rho= 0,130$  no es significativo, indica una correlación positiva media.

Quinta:

Se evidencia que el factor sexo y depresión en hombres adultos mayores con  $p= 0,000$ ;  $Rho= - 0,330$  siendo significativo indica una correlación negativa media y en mujeres adultas con  $p= 0,000$ ;  $Rho= - 0,357$  siendo significativo indica una correlación negativa media.

Sexta:

Se evidencia que el factor estado civil y depresión en hombres adultos mayores con  $p=0,000$ ;  $Rho= 0,275$  siendo significativo indica correlación positiva media y en mujeres adultas con  $p= 0,000$ ;  $Rho= 0,286$  siendo significativo indica correlación positiva media.

Séptima:

Se evidencia que el factor nivel de instrucción y depresión en hombres adultos mayores con  $p=0,000$ ;  $Rho= - 0,489$  siendo significativo indica correlación negativa media y en mujeres adultas con  $p=0,000$ ;  $Rho=- 0,518$  siendo significativo indica correlación negativa considerable.

Octava:

Se evidencia que el factor dependencia económica y depresión en hombres adultos mayores con  $p= 0,000$ ;  $Rho= - 0,301$  siendo significativo indica una correlación negativa media y en mujeres adultas con  $p=0,000$ ;  $Rho= - 0,336$  siendo significativo indica correlación negativa media.

Novena:

Se evidencia que el factor ingreso económico y depresión en hombres adultos mayores con  $p= 0,613$ ;  $Rho= - 0, 040$  siendo no significativo indica correlación negativa débil y en mujeres adultas con  $p=0,685$ ;  $Rho= - 0,032$  siendo no significativo indica correlación negativa débil.

### **5.3 Recomendaciones**

#### **Primera:**

Los adultos mayores representan un porcentaje cada vez mayor de nuestra sociedad y presentan niveles de depresión, muy superiores al identificado en estudios anteriores; por lo que resulta importante continuar con investigaciones sobre este tema, a fin de que se pueda identificar los factores que contribuyen al incremento de la prevalencia de la depresión en este grupo etario; los mismos que han de servir como referencia para eventuales políticas de salud pública a ser implementadas en nuestra región para este grupo de la población.

#### **Segunda:**

Dada la pandemia Covid-19, se recomienda que futuras investigaciones consideren los efectos de la misma como posible factor a evaluar; lo que permitirá establecer la relevancia de ésta, en el incremento de la prevalencia de la depresión en este grupo etario.

#### **Tercera:**

Se recomienda ampliar la muestra evaluada a otras zonas geográficas, de forma tal que pueda determinarse si los resultados obtenidos son consistentes independientemente de la zona en la que habitan los adultos mayores.

#### **Cuarta:**

Se recomienda que en futuras investigaciones se agreguen otros factores a evaluar tales como la presencia de enfermedades crónicas, la presencia de discapacidad, la muerte de familiares cercanos, entre otros.

**Quinta:**

Se recomienda realizar estudios psicológicos-experimentales en los que intervengan equipos multidisciplinarios; a fin de fomentar en la población, prácticas de promoción, prevención y recreación, tales como talleres especializados, actividades deportivas, lúdicas y de socialización; y registrar cómo estas actividades influyen en la prevalencia de la depresión.

**Sexta:**

Informar a las autoridades del centro poblado "Villa Cruz", los resultados de la investigación a fin de que busquen en los entes gubernamentales la inclusión e integración del segmento poblacional de adultos mayores con el propósito de disminuir pensamientos y/o sentimientos de minusvalía y exclusión.

## Referencias bibliográficas

- Washington Medical Center. (2012). *Depresión en los ancianos*. Washington : University of Maryland Baltimore.
- Agüera Ortiz, L., Francés Román, I., Gayoso Orol, M. J., Gil Gregorio, P., Martín Carrasco, M., & Sánchez Perez, M. (2004). *Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatría - Depresión y Ansiedad*. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
- Andrade Trujillo, C. A. (2011). *Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Cantón Girón. Azuay. 2011*. Riobamba – Ecuador.
- Aray, D. y. (2016). *Diseño de un plan de prevención y control de estrés para mejorar el clima laboral del area de mantenimiento de la Facultad de Ciencias Administrativas. (Tesis para optar Título profesional)*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil.
- AssessmentCenter. (04 de Octubre de 2018). *7 factores clave que favorecen un buen clima laboral*. Obtenido de <https://assessmentcenter.com.mx/7-factores-clave-que-favorecen-un-buen-clima-laboral/>
- Ávila Funes, J., Melano Carranza, E., Payette, H., & Amieva, H. (2007). Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *salud pública de méxico*, 367-375.
- Baldeón Martínez, P., Luna Muñoz, C., Mendoza Cernaqué, S., & Correa López, L. E. (19 de Octubre de 2019). *DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR PERUANO Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADAS: ANÁLISIS DE ENDES 2017*. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 47-52.
- Bolaños Sánchez, M., & Helo Guzman, F. (2015). Depresión en el adulto mayor costarricense y su relación con la autopercepción del estado de salud y desempeño funcional. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD*, 78-87.
- Brunet, L. (1999). *El clima de trabajo en las organizaciones. Definiciones diagnóstico y consecuencias* . México: Trillas.
- Cárdenas, G. y. (2018). *Estrés laboral (Síndrome de Burnout: Estudio comparativo entre enfermeras que atienden pacientes en los distintos departamentos del Hospital Regional De Loreto "Felipe Santiago Arriola Iglesias" (Tesis de Título Profesional)*. Iquitos - Perú: Universidad Científica Del Perú.



- Carpio, I. B. (2017). Estrés laboral en docentes, administrativos y trabajadores universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala Vol 20 (3)*, 145 - 164.
- Carrasco, S. (2009). *Metodología de Investigación Científica*. Lima: San Marcos.
- Casahuaman Orellana, L., Runzer Colmenares, F., & Parodi, J. (2019). Asociación entre síndrome de caídas y síntomas depresivos en adultos mayores de once comunidades altoandinas del Perú 2013-2017. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 11-18.
- Cerrón, C. y. (2017). *Estrés laboral y clima organizacional*. Huancayo: Universidad Peruana de los Andes.
- Chávez, G. (2018). *Relación entre estrés y ansiedad estado-rasgo en los futbolistas del Club Colegio Nacional De Iquitos. (Tesis de Título Profesional)*. Iquitos - Perú: Universidad Científica Del Perú.
- Chiavenato, I. (2009). *Administración de los Recursos Humanos*. México: Mc Graw Hill.
- Choque, D. (2017). *Estrés laboral y su influencia en el clima organizacional de la caja municipal de ahorro y créditos de Tacna - agencia Puno. (Tesis para optar título profesional)*. Puno: Universidad Nacional del Antiplano.
- Estadisticando. (20 de Abril de 2014). *TEST DE CLIMA LABORAL DE SONIA PALMA*. Obtenido de <http://estadisticando.blogspot.com/2014/04/test-de-clima-laboral-de-sonia-palma.html>
- Fernández, V. (26 de Diciembre de 2018). *Estrés laboral: Síntomas de estrés laboral y consecuencias*. Obtenido de Síntomas de estrés laboral y consecuencias
- Flores Pacheco, S., Huerta Ramírez, Y., Herrera Ramos, O., Alonso Vázquez, O. F., & Calleja Bello, N. (2011). Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores. *Journal of behavior, health & social issues*, 89-100.
- Folkman, L. y. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Giacoman, C., Funes, D., Guzmán, L., & Montiel, T. (2011). *Diálogos sobre educación. Temas actuales en investigación educativa*. Zapopan, México: Universidad de Guadalajara.
- Hernández, E. (24 de Mayo de 2014). *La importancia del clima laboral en una empresa*. Obtenido de

<https://www.laestrella.com.pa/economia/140524/clima-laboral-empresa-importancia>

- Keith, D. y. (1999). *Comportamiento humano en el trabajo*. Mc Graw Hill. 8va edición. (3era en español).
- Korman, G. P., & Sarudiansky, M. (2011). MODELOS TEÓRICOS Y CLÍNICOS PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN. *Subjetividad y Proceso cognitivo*, 15(1), 119-145.
- Licas Torres, M. P. (2015). *Nivel de Depresión del Adulto Mayor en un Centro de Atención Integral S.J.M - V.M.T 2014*. Lima.
- Llanes Torres, H. M., López Sepúlveda, Y., Vázquez Aguilar, J. L., & Hernández Pérez, R. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *REVISTA DE CIENCIAS MÉDICAS*, 65-74.
- Luna Muñoz , C., Baldeón Martínez, P., Mendoza Cernaqué, S., & Correa López, L. (2019). DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR PERUANO Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADAS: ANÁLISIS DE ENDES 2017. *Revista de Facultad de Medicina Humana URP*, 47-52.
- Martina, M., Ara, M. A., Gutiérrez, C., Nolberto, V., & Piscocoya, J. (2017). Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *Anales de la Facultad de Medicina*, 393-397.
- Matteson-Ivancevich. (1987). *Control del estrés laboral*. San Francisco: Josse Bass.
- Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. (s.f.). *Compendio de Compromisos Globales - Envejecimiento*. Lima.
- Ministerio de Salud de Chile. (2006). *Guía Clínica para el tratamiento de Personas con Depresión*. Santiago de Chile.
- MSD Salud. (01 de 07 de 2021). *MSD Salud: Portal de Información Médica*. Obtenido de <https://www.msdsalud.es/cuidar-en/depresion/informacion-basica/tipos-depresion.html>
- Muguruza, J. (2018). *El estrés laboral y su influencia en el clima organizacional de la empresa inversiones civiles Santa Rosa SAC. - Mallay. (Tesis para optar Título Profesional)*. Huacho: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión.
- Muñoz, B. (2018). *Evaluar el Nivel de Estrés Laboral de los Empleados de la Empresa Multicable Del Ecuador. (Tesis para optar el Título profesional)*. Quito: Universidad Central del Ecuador.

- Nance, D. C. (2016). DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR. *INSTITUTO DE GERIATRÍA*, 240-248.
- Ocupa2. (08 de Agosto de 2019). *Tipos de ambiente laboral en la empresa*. Obtenido de <https://ocupa2.com/blog/empleo/tipos-ambiente-laboral-la-empresa/>
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2017). *Hablemos de la depresión*. Obtenido de <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (s.f.). *Datos interesantes acerca del envejecimiento*. Obtenido de <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (30 de enero de 2020). Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Internacional del Trabajo. (2016). *Estrés laboral*. Ginebra.
- Palma, S. (2004). *Escala Clima Laboral CL-SPC*. Lima: Cartolan.
- PANEZ ARIAS, D. J. (2016). *PROBLEMÁTICA DE LA TERCERA EDAD EN EL PERÚ*. Lima: Universidad Nacional Federico Villareal.
- Policlínica Metropolitana. (01 de 07 de 2021). *Depresión - síntomas, causas, prevención y tratamiento*. Obtenido de <https://policlinicametropolitana.org/informacion-de-salud/depresion/>
- Quispe, S. (2016). *Niveles de estrés y clima laboral en los colaboradores de una empresa privada de Lima. (Tesis para optar el Título profesional)*. Lima: Universidad Autónoma del Perú.
- Quispe, S. (2016). *Niveles de estrés y clima laboral en los colaboradores de una empresa privada de Lima. (Tesis para optar Título profesional)*. Lima: Universidad Autónoma del Perú.
- Retamal, P. (1998). *Depresión*. Editorial Universitaria.
- Runzer Colmenares, F., Castro, G., Merino, A., Torres Mallma, C., Diaz, G., Perez, C., & Parodi, J. (jul de 2017). Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. *Horizonte Médico*, 50-57.
- Salazar, A., Reyes, M., Plata, S., Galvis, P., Montalvo, C., Sánchez, E., . . . Ríos, J. (2015). Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurológica Colombiana*, 176-183.
- Salud, M. (27 de Junio de 2016). *El estrés laboral y su prevención*. Obtenido de <http://madridsalud.es/el-estres-laboral-y-su-prevencion/>

- Sánchez Peral, B. (2016). Manejo del trastorno depresivo mayor. Rafalafena: Centro de Salud Rafalafena.
- Sarró Maluquer, M., Ferrer Feliu, A., Rando Matos, Y., Formiga, F., & Rojas Farreras, S. (2013). Depresión en Ancianos: Prevalencia y Factores Asociados. *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 354-360.
- Selye, H. (1926). *El estrés de la vida*. McGraw-Hill.
- Silva Gonzales, M. M., & Vivar Vásquez, V. P. (2015). *FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO*. Cuenca - Ecuador: UNIVERSIDAD DE CUENCA.
- Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia. (2013). *Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente*. Bogotá: © Ministerio de Salud y Protección Social.
- Tartaglino, M. F., Dillon, C., Hermida, P. D., Feldberg, C., Somale, V., & Stefani, D. (2017). Prevalencia de Depresión Geriátrica y Alexitimia. Su asociación con. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 516-524.
- Tejada Lagonell, M. (2012). Variables sociodemográficas según turno escolar, en un grupo de estudiantes de educación básica: un estudio comparativo. *Revista de Pedagogía*, 235-269.
- Universia. (07 de Enero de 2016). *Características de un buen clima laboral*. Obtenido de <https://noticias.universia.com.do/consejos-profesionales/noticia/2016/01/07/1135191/caracteristicas-buen-clima-laboral.html>
- UniversidadeChampagnat. (20 de Julio de 2002). *Clima laboral*. Obtenido de <https://www.gestiopolis.com/clima-laboral/>
- Vasquez, F. L., Muñoz, R. F., & Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico. Modelos Teóricos y Tratamientos a Finales del Siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449.
- Villacorta Vargas, M. C. (2018). *Grado de depresión en adultos mayores de un centro de atención integral de la Municipalidad Distrital de San Juan Bautista, 2018*. San Juan: Universidad Científica del Perú.
- Zaldivar, D. (1996). *El conocimiento y dominio del estrés*. La Habana: ciencia y técnica.

Zavala González, M., & Domínguez Sosa, G. (2010). Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores. *PSICOGERIATRÍA*, 41-48.

# **ANEXOS**

## Anexo N° 1: Matriz de Consistencia

“Características sociodemográficas y su relación con la depresión en adultos mayores del centro poblado “Villa Cruz” del distrito de San Juan Bautista-Iquitos

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA
<p><b>Problema General</b> Qué relación existe entre las características sociodemográficas y la depresión en adultos mayores del centro poblado “Villa Cruz” del distrito de San Juan Bautista en el año 2021</p> <p><b>Problemas específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Cuáles son las características sociodemográficas como; edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, dependencia económica, ingreso económico, entorno familiar; en Adultos Mayores en el Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista en el año 2021?</li> <li>¿Cuál es la relación del nivel de depresión con las características sociodemográficas en Adultos Mayores en el Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista en el año 2021?</li> </ul>	<p><b>Objetivo General</b> Determinar qué relación existe entre las características sociodemográficas y la depresión en adultos mayores del centro poblado “Villa Cruz” del distrito de San Juan Bautista en el año 2021.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar las características sociodemográficas como; edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, dependencia económica, ingreso económico, entorno familiar; en Adultos Mayores en el Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista en el año 2021.</li> <li>Relacionar el nivel de depresión con las características sociodemográficas en Adultos Mayores en el Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista en el año 2021.</li> </ul>	<p><b>Hipótesis General</b> Las características sociodemográficas tienen relación significativa con la depresión en adultos mayores del centro poblado “Villa Cruz” del distrito de San Juan Bautista en el año 2021.</p>	<p><b>Variable dependiente: Depresión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Definición conceptual.</b> Es un trastorno afectivo emocional caracterizado principalmente por: tristeza, ansiedad, pérdida de interés por actividades que antes le gustaban, síntomas somáticos, pesimismo y que en casos extremos existen deseos de morir.</li> <li><b>Definición operacional. Test Yesavage:</b> Estado emocional que presentan los adultos mayores, que se caracteriza por la presencia de tristeza, autoestima baja, sentimientos de culpa, desinterés por las actividades identificados a través del Test de Yesavage.</li> </ul> <p><b>Variable Independiente: Características sociodemográficas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Definición conceptual.</b> Es el conjunto de características sociales y demográficas, de la unidad de estudios dentro de la población; contara con las siguientes subvariables: Edad, Sexo, Estado, civil, Nivel de Instrucción, Dependencia Económica, Ingreso económico, Entorno familiar.</li> <li><b>Definición operacional.</b> Edad, Sexo, Estado civil, Nivel de instrucción, Dependencia económica, Ingreso económico, Entorno familiar. (ver anexo 2)</li> </ul> <p><b>Variables intervinientes:</b> Adultos Mayores en el Centro Poblado “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista en el año 2021</p>	<p><b>Tipo de Investigación</b> No experimental de diseño descriptivo, transversal, prospectivo y correlacional.</p> <p><b>Población y Muestra</b> La muestra consiste en el 100% de la población, constituida por 164 adultos mayores que residen en el Centro Población “Villa Cruz” del Distrito de San Juan Bautista en el año 2021.</p> <p><b>Técnicas de recolección de datos</b> Recolección de fuente primaria (entrevista)</p> <p><b>Instrumentos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ficha de recolección de datos</li> <li>Escala de depresión geriátrica de Yesavage</li> </ul> <p><b>Técnica de Análisis de datos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>estadística descriptiva y analítica mediante tablas univariadas de frecuencias relativas, gráficos y tablas de contingencia.</li> <li>Chi cuadrado para determinar relación entre variables.</li> </ul>

**Anexo 02. Formato de Consentimiento Informado**  
**Consentimiento Informado del estudio “CARACTERÍSTICAS**  
**SOCIODEMOGRÁFICAS Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN EN**  
**ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO “VILLA CRUZ” DEL**  
**DISTRITO DE SAN JUAN BAUTISTA-IQUITOS. 2021”**

**a. Introducción**

Buenos días soy Bachiller de Psicología de la Universidad Científica del Perú, estoy invitando a los adultos mayores del Centro Poblado “Villa Cruz” del distrito de San Juan Bautista a participar voluntariamente en el presente estudio “Características Sociodemográficas y su Relación con la Depresión en Adultos Mayores del Centro Poblado “Villa Cruz” del distrito de San Juan Bautista-Iquitos. 2021”; pudiendo consultar sus dudas sobre el estudio.

**b. Propósito del Estudio**

El presente estudio tiene el objetivo de determinar el Nivel de Depresión en Adultos Mayores del centro poblado “Villa Cruz” del distrito de San Juan Bautista, 2021; con el propósito de que los resultados aporten estrategias preventivas promocionales para una mejora en la atención en esta población.

**c. Diseño de Investigación**

El presente estudio es de diseño descriptivo de corte transversal prospectivo y correlacional, que a través de una entrevista en un solo momento se obtendrá la información sobre su estado de ánimo.

**d. Participantes**

Los participantes al estudio son adultos mayores que residen en el Centro Poblado “Villa Cruz”; su participación es absolutamente voluntaria, luego de que el adulto mayor lea detenidamente el presente consentimiento informado y aclarada su interrogante acepte participar en el estudio, durante la entrevista el participante puede negarse a continuar participando a pesar de haber aceptado en un primer momento.



**e. Procedimiento**

Si usted acepta participar en este estudio sucederá lo siguiente:

1. El investigador iniciara la entrevista realizando preguntas sobre sus características sociodemográficas, Co-morbilidad.
2. Posteriormente se le practicara el test de Yesavage para determinar su nivel de depresión.
3. El tiempo de participación en la entrevista se ha calculado no más de 15 minutos

**f. Confidencialidad**

Las entrevistas son anónimas, no se registra nombres ni ningún documento de identificación; la información solo se usará para los fines del estudio; al finalizar el estudio las encuestas serán eliminadas.

**g. Derecho del paciente**

Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno.

**DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE**

He leído y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio, considerando la importancia que tiene mi participación para el beneficio de mi persona y de la comunidad; por lo que acepto voluntariamente participar en el presente estudio. Me queda claro que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones.

Nombre del Participante:

DNI:

Fecha:

### Anexo 03. Ficha Técnica de Recolección de Datos

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS			
Edad:		Sexo	Femenino ( ) Masculino ( )
Estado Civil	Soltero ( ) Casado ( ) Conviviente ( ) Viudo/separado ( )	Nivel de Instrucción	Primaria ( ) Secundaria ( ) Estudios Técnicos ( ) Universitaria ( )
¿Depende económicamente de alguien? (Si la respuesta es afirmativa, ¿de quienes depende?)	Sí ( ) No ( ) ..... .....	¿Con quienes convive?	..... ..... .....
Ingreso económico (*)	< de 1 SMV ( ) >= de 1 SMV ( )	¿Sufre de alguna enfermedad? ¿Cuál?	Sí ( ) No ( ) ..... .....

(\*) SMV: Sueldo mínimo vital

### ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (GDS = Geriatric Depression Scale)

**Instrucciones:** Responda a cada una de las siguientes preguntas según cómo se ha sentido usted durante la ÚLTIMA SEMANA.

Preguntas	Sí	No
¿Está básicamente satisfecho con su vida?		
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?		
¿Siente que su vida está vacía?		
¿Se encuentra a menudo aburrido?		
¿Tiene esperanza en el futuro?		
¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?		
¿Tiene a menudo buen ánimo?		
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?		
¿Se siente feliz muchas veces?		
¿Se siente a menudo abandonado?		
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?		
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?		
¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?		
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
¿Piensa que es maravilloso vivir?		
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?		
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?		
¿Está muy preocupado por el pasado?		
¿Encuentra la vida muy estimulante?		
¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?		
¿Se siente lleno de energía?		
¿Siente que su situación es desesperada?		
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		
¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?		
¿Frecuentemente siente ganas de llorar?		
¿Tiene problemas para concentrarse?		
¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?		
¿Prefiere evitar reuniones sociales?		
¿Es fácil para usted tomar decisiones?		
¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?		

## Anexo 04: Ficha Técnica del Instrumento Utilizado (Test de Yesavage)

Descripción General	
Nombre Original	Escala de Depresión Geriátrica (GDA)
Autor	Brink, Yesavage, Lun, Heer Sena, Adey y Rose
ADMINISTRACIÓN	Individual
DURACIÓN	15 a 20 min. Aprox
SIGNIFICACIÓN	Mide el nivel de depresión presente en adultos mayores
Descripción de la prueba	
<p>La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale, GDS) propuesta por Brink y Yesavage en el año 1982, con la finalidad de analizar el estado de ánimo en los ancianos.</p> <p>Según los autores, la depresión se conceptualiza por aquella sintomatología cognitiva, afectiva y somática que presentan las personas adultas mayores, como sentimientos de tristeza, falta de energía, dificultades en las relaciones sociales, sentimientos de inutilidad, desesperación, entre otros, según los criterios del DSM-IV-TR (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, et al., 1982).</p>	
Confiabilidad y validez	
La prueba presenta una validez de 0.81 (Spearman-Brown – Dos mitades) y confiabilidad de 0.86 (Kuder Richardson – Consistencia Interna)	
Administración	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se administra de manera individual, siendo el evaluador quien la administra oralmente.</li> <li>• Se le indica a la persona que se le realizarán preguntas relacionadas a su estado de ánimo, la cuales deberá responder con un Sí o un No, según como se sintió la semana pasada.</li> <li>• Si la pregunta no es comprendida, vuelva a leerla y verifique que la persona evaluada comprendió.</li> </ul>	
Calificación	
Se coloca un punto por cada pregunta que indica depresión. A continuación, se presenta cada ítem y la respuesta que nos indica depresión	
Preguntas	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI

¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
¿Se siente feliz muchas veces?	NO
¿Se siente a menudo abandonado?	SI
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es desesperada?	SI
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO

### Interpretación

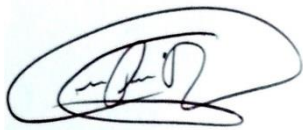
La categoría varía dependiendo el sexo, las categorías de esta escala de depresión, son normal, leve, moderado y severo, en función al puntaje obtenido.

Categoría	Hombres	Mujeres
Normal	0-9	0-9
Leve	10-11	10-13
Moderado	12-18	14-20
Severo	19-30	21-30

## Anexo 05: Declaración de autenticidad y de no plagio

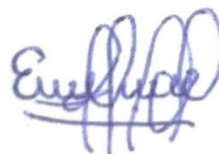
**Grace Elizángela Palomino Rios** con DNI N° **45846802** y **Gilda Esther Pino Ycahuate**, con DNI N° **77533144**; autoras del presente Proyecto de Investigación, declaro solemnemente y bajo responsabilidad que:

1. Se realizó la investigación teniendo en cuenta los procedimientos establecidos en la universidad y se solicitaron las autorizaciones pertinentes, para la toma de muestra, sin falseamiento de datos.
2. La investigación buscó mejorar el conocimiento y la generación de valor en las instituciones estatales y sus grupos de interés.
3. El trabajo de investigación guarda la originalidad y autenticidad buscando un aporte por parte de las tesisistas hacia la comunidad científica.
4. Los encuestados fueron informados acerca de la investigación y dieron su consentimiento voluntario antes de convertirse en participantes de la investigación.
5. Los participantes en la investigación fueron seleccionados en forma justa y equitativa y sin prejuicios personales o preferencias. Se respetó la autonomía de los participantes.
6. Se respetaron los resultados obtenidos, sin modificar las conclusiones, simplificar, exagerar u ocultar los resultados. No se utilizaron datos falsos ni se elaborarán informes intencionados.
7. No se cometió plagio, se respetará la propiedad intelectual de los autores y se citó de manera correcta cuando se utilizaron partes de textos o citas de otros autores.
8. Se contó con el previo consentimiento confirmado de los encuestados.



---

Grace Elizángela Palomino Rios  
DNI N° 45846802



---

Gilda Esther Pino Ycahuate  
DNI N° 77533144