

# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

## **ESCUELA DE POSGRADO**

### **UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



## **PROGRAMA DE MAESTRÍA**

### **MENCIÓN: SALUD PÚBLICA**

#### **TESIS:**

**“CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS, DEMOGRÁFICAS Y SU  
RELACIÓN CON DEPRESIÓN. PROGRAMA ADULTO MAYOR DEL  
HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS. CHOTA - 2017”**

Para optar el Grado Académico de

**MAESTRO EN CIENCIAS**

Presentada por:

**Bachiller: DELIS ALEXANDER ACUÑA DÍAZ**

Asesora:

**Dra. CARMEN YRENE YUPANQUI VÁSQUEZ**

**Cajamarca – Perú**

**2018**

**COPYRIGHT © 2018 by  
DELIS ALEXANDER ACUÑA DÍAZ  
Todos los derechos reservados**

# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

## **ESCUELA DE POSGRADO**

### **UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



## **PROGRAMA DE MAESTRÍA**

### **MENCIÓN: SALUD PÚBLICA**

### **TESIS APROBADA:**

**“CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS, DEMOGRÁFICAS Y SU  
RELACIÓN CON DEPRESIÓN. PROGRAMA ADULTO MAYOR DEL  
HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS. CHOTA - 2017”**

Para optar el Grado Académico de

### **MAESTRO EN CIENCIAS**

Presentada por:

**Bachiller: DELIS ALEXANDER ACUÑA DÍAZ**

### **JURADO EVALUADOR**

Dra. Carmen Irene Yupanqui Vásquez  
Asesora

M.Cs. Santos Angélica Moran Dioses  
Jurado Evaluador

Dra. Norma Bertha Campos Chávez  
Jurado Evaluador

Dra. Segunda Aydeé García Flores  
Jurado Evaluador

Cajamarca - Perú

2018



# Universidad Nacional de Cajamarca

## Escuela de Posgrado

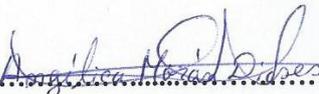
### PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

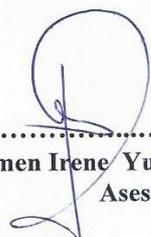
#### ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las *12 p.m.* de la mañana del día 16 de noviembre de Dos Mil Dieciocho, reunidos en el Aula 1Q-205 de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. SANTOS ANGÉLICA MORÁN DIOSES**, y como integrantes del Jurado Titular, **Dra. NORMA BERTHA CAMPOS CHÁVEZ, M.Cs. SEGUNDA AYDEÉ GARCÍA FLORES**, en calidad de Asesora la **Dra. CARMEN IRENE YUPANQUI VÁSQUEZ**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada “**CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS, DEMOGRÁFICAS Y SU RELACIÓN CON DEPRESIÓN. PROGRAMA ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS**”, presentada por el **Bach. en Enfermería DELIS ALEXANDER ACUÑA DÍAZ**, con la finalidad de optar el Grado Académico de **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

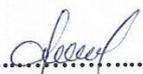
Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó *Aprubar*.... con la calificación de *Diecisiete (17) Excelente*..... la mencionada Tesis; en tal virtud, el **Bach. en Enfermería DELIS ALEXANDER ACUÑA DÍAZ**, está apto para recibir en ceremonia especial el Diploma que lo acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las *12:30 p.* horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

  
.....  
**Dra. Santos Angélica Morán Dioses**  
Miembro de Jurado Evaluador

  
.....  
**Dra. Carmen Irene Yupanqui Vásquez**  
Asesora

  
.....  
**Dra. Norma Bertha Campos Chávez**  
Miembro de Jurado Evaluador

  
.....  
**M.Cs. Segunda Aydeé García Flores**  
Miembro de Jurado Evaluador

## **DEDICATORIA**

A Dios por darme la vida, por iluminarme cada día, por ser la fuerza que me impulsa a luchar para lograr mis objetivos permitiéndome alcanzar la felicidad y las metas anheladas.

A mis queridos padres quienes me enseñaron a seguir adelante con su amor y enseñanzas y demostrarme que la vida es linda cuando la persona sabe demostrar sus habilidades y su destreza. Y A mi abuelita Mávila (Q.E.P.D), por estar siempre conmigo y que desde el cielo siempre me cuida en los momentos más difíciles.

A mi esposa, hijo, hermanos, primos, abuelita, docentes, amigos y compañeros: quienes con su apoyo han logrado que yo sea una persona capaz de afrontar los problemas que se presenta en la vida.

**Alex**

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Nacional de Cajamarca Alma Mater y cada uno de sus docentes que me dieron la oportunidad de forjarme en mi formación como profesional.

A la Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez por concederme sus conocimientos, actitudes, por sus sabias orientaciones, por su paciencia, apoyo, solidaridad y amistad que permitieron culminar satisfactoriamente mi tesis.

Al mi asesor estadístico Profesor Roger Barba Salvador, por su apoyo incondicional en el aspecto estadístico de la investigación.

Al director del Hospital José Soto Cadenillas Dr. Gustavo Adolfo Vallejos Barboza y la Lic. Enf. Ana María Pérez encargada del programa adulto mayor del Hospital José Soto Cadenillas, que me dieron todas las facilidades para la recolección de la información, lo que hizo posible el presente trabajo de investigación.

A los adultos mayores que participaron en este estudio, por brindarme su tiempo y permitirme conocer su sentir quizás cuando haya un problema psicológico o padecer una enfermedad.

La depresión y la ansiedad y los ataques de pánico; no son signos de debilidad  
son signos de haber tratado de permanecer fuerte, por mucho tiempo

Richard Scot

## ÍNDICE GENERAL

	<b>Pág.</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	v
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	vi
<b>EPÍGRAFE</b> .....	vii
<b>ÍNDICE GENERAL</b> .....	viii
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	x
<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b> .....	xi
<b>RESUMEN</b> .....	xii
<b>ABSTRACT</b> .....	xiii

### CAPÍTULO I

#### INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema .....	2
1.2. Formulación del problema .....	4
1.3. Justificación.....	4
1.4. Objetivos .....	6
1.4.1. Objetivo general.....	6
1.4.2. Objetivos específicos.....	6

### CAPÍTULO II

#### MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación o marco referencial .....	7
2.2. Bases teóricas .....	14
2.3. Marco Conceptual .....	15
2.4. Definición de términos básicos .....	25

### CAPÍTULO III

#### PLANTEAMIENTO DE LAS HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis .....	26
3.2. Variables/categorías .....	27
3.3. Operacionalización Categorización de los Componentes de las Hipótesis .....	27

**CAPÍTULO IV**  
**MARCO METODOLÓGICO**

4.1. Ubicación geográfica.....	30
4.2. Diseño de la investigación.....	30
4.3. Población, Muestra Unidad de Análisis y Unidades de Observación.....	31
4.4. Técnicas e Instrumentos de Recopilación de Información.....	32
4.5. Técnicas para el Procesamiento y Análisis de la Información .....	33
4.6. Matriz de Consistencia Metodológica.....	35

**CAPÍTULO V**  
**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>69</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>70</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>76</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1: Características Socioeconómicas y Demográficas del Adulto Mayor .....	38
Tabla 2: Depresión de los Adultos Mayores .....	45
Tabla 3: Depresión Según Enfermedad en Adultos Mayores .....	49
Tabla 4: Depresión Según Edad en los Adultos Mayores .....	53
Tabla 5. Depresión Según el Género de los Adultos Mayores.....	55
Tabla 6. Depresión Según Grado de Instrucción de los Adultos Mayores .....	57
Tabla 7. Depresión Según Ocupación de los Adultos Mayores .....	59
Tabla 8. Depresión Según Estado Civil de los Adultos Mayores.....	61
Tabla 9. Depresión Según Ingreso económico de los Adultos Mayores .....	63
Tabla 10. Depresión Según Religión de los Adultos Mayores.....	65
Tabla 11. Depresión Según Persona con Quien Viven los Adultos Mayores .....	67

## LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

<b>INEI</b>	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
<b>MINSA</b>	: Ministerio de Salud
<b>GDS</b>	: Sistema de Distribución Global
<b>YESAVAGE</b>	: Escala de Depresión Geriátrica autoevaluación
<b>ZUNG</b>	: Validación de la Escala de Depresión
<b>HTA</b>	: Hipertensión Arterial
<b>OMS</b>	: Organización Mundial de la Salud
<b>IMAO</b>	: Inhibidores de la Monoaminoxidasa
<b>ISRS</b>	: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina
<b>SPSS</b>	: Programa Estadístico Informático
<b>IBM</b>	: Instituto de Biología Molecular
<b>DISA</b>	: Dirección de Salud Chota
<b>ENDES</b>	: Encuesta Demográfica y de Salud Familia
<b>CIE 10</b>	Decima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos Relacionados con la Salud Mental
<b>CIE 11</b>	Clasificación de Internacional de Enfermedades y Trastornos Relacionados con la Salud Mental

## RESUMEN

El estudio “Características socioeconómicas, demográficas y su relación con depresión. Programa adulto mayor del Hospital José Soto Cadenillas. Chota - 2017”, tiene como objetivo determinar la relación entre las características socioeconómicas y demográficas con la depresión de los adultos mayores que asisten al Programa Adulto Mayor. Es, analítico y de corte transversal además correlacional, con una población de 80 adultos mayores. Se recolectó la información a través de la técnica de entrevista y como instrumentos un cuestionario y la escala de depresión de Yesavage. Los resultados con respecto a las características socioeconómicas son: el 47,5% oscila entre 60 a 69 años, el 33,8% tiene primaria, el 31,3% fueron amas de casa, y 41,3%; estuvieron casados, así mismo el 80% tiene religión católica, el 52.5% vive con sus hijos y nietos, el 48,8% gana un sueldo mínimo mensual. El 100% de participantes con neumonía tiene depresión, aquellos de 80 años a más 87.5 % de igual forma, las mujeres 86.4% padecen este trastorno, el porcentaje más alto de depresión se presentó en los analfabetos con 90%, y comerciantes el 100% sufre de depresión, y los adultos mayores convivientes 94.1% presenta esta misma situación, los que ganan un sueldo mínimo el 87,9% sufre depresión, también el 93.8% de los católicos, los participantes que viven solos tienen más índices de depresión de 100%. No se encontró relación estadística entre las variables, por tanto se acepta la hipótesis nula.

**Palabras claves:** Depresión, adulto mayor, Características Socioeconómicas, demográficas.

## ABSTRACT

The study "Socioeconomic, demographic characteristics and their relationship with depression. Senior adult program of the José Soto Cadenillas Hospital. Chota - 2017 ", aims to determine the relationship between socioeconomic and demographic characteristics with depression in older adults who attend the Senior Adult Program. It is descriptive, analytical and cross-sectional in nature, correlational, with a population of 80 senior citizens. The information was collected through the interview technique and as instruments a questionnaire and the depression scale of Yesavage. The results with respect to the socioeconomic characteristics are: 47.5% oscillate between 60 to 69 years, 33.8% have primary education, 31.3% were housewives, and 41.3%; they were married, likewise 80% have a Catholic religion, 52.5% live with their children and grandchildren, 48.8% earn a minimum monthly salary. 100% of participants with pneumonia have depression, those from 80 years to 87.5% more, women 86.4% suffer from this disorder, the highest percentage of depression occurred in the illiterate with 90%, and traders 100% suffers from depression, and the elderly living together 94.1% present this same situation, those who earn a minimum wage 87.9% suffer depression, also 93.8% of Catholics, participants who live alone have more depression rates of 100%. No statistical relationship was found between the variables, therefore the null hypothesis is accepted.

**Keywords:** Depression, older adult, Socioeconomic, demographic characteristics.

# **CAPÍTULO I**

## **INTRODUCCIÓN**

En el mundo y en nuestro país la población mayor de 60 años está incrementándose considerablemente y en pocos años se tendrá un envejecimiento poblacional muy marcado y por ende las enfermedades crónicas como la HTA, y diabetes mellitus entre otras, provocaran problemas depresivos con el hecho de estar con un tratamiento para toda la vida por la cual también los dificulta hacer sus actividades con normalidad.

El estudio “Características socioeconómicas y su relación con depresión. Programa adulto mayor del Hospital José Soto Cadenillas. Chota - 2017”, tiene como objetivo describir y analizar la relación entre las características socioeconómicas con la depresión de los adultos mayores que asisten al Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – 2017.

La recolección de información se realizó a través de una entrevista con adultos mayores que asisten al programa adulto mayor durante el mes de setiembre del 2017, con un cuestionario y la Escala de Yesavage para identificar depresión, la población estuvo constituida por 80 personas que cumplieron con los criterios de inclusión.

Se concluye que el 100% de participantes con neumonía tiene depresión, aquellos de 80 años a más 87.5 % de igual forma, las mujeres 86.4% padecen este trastorno, el porcentaje más alto de depresión se presentó en los analfabetos con 90%, y comerciantes el 100% sufre de depresión, y los adultos mayores convivientes 94.1% presenta esta misma situación, los que ganan un sueldo mínimo el 87,9% sufre depresión, también el 93.8% de los católicos, los participantes que viven solos tienen más índices de depresión de 100%. No se encontró relación estadística entre las variables, por tanto se acepta la hipótesis nula.

## **1.1. Planteamiento del problema.**

El proceso de envejecimiento poblacional está originando un aumento considerable del número de adultos mayores, así como un aumento interno de la edad de este grupo de población. Los cambios sociales y económicos que rodean al anciano, unidos al proceso biológico de envejecimiento justifican la necesidad de que el personal de salud responda a las distintas problemas que aparecen en el anciano y uno de las cualidades del adulto mayor es la salud mental ya que los profesionales de las salud hoy en día se encaminan principalmente en lo fisiológico y no ven lado psicológico, la depresión no es natural en el envejecimiento, si no trata a tiempo puede dispararse en deterioro físico, cognitivo y social que necesita del apoyo del personal de salud y familiar dentro de su instancia hospitalaria, es por eso que tenemos que tener mucho en cuenta la realidad problemática en esta área.

En los últimos años ha existido un importante aumento de la prevalencia de la depresión a nivel mundial, este problema afecta a aproximadamente 120 millones de personas. Por este motivo, según algunas estimaciones, la depresión pasará a convertirse en el año 2020 en la segunda causa de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares. Los trastornos depresivos afectan a personas de cualquier edad, condición económica, nivel educativo o cultural y suponen un gran costo para el individuo, la familia y la comunidad en general (2).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que al 2015, la población adulta mayor en el Perú asciende a 3 millones 11 mil 50 personas que representan el 9,7% de la población. Del total, el 53,3% y el 46,6% son hombres. La población del adulto mayor en Cajamarca es de 58,091 la cual pertenece al sexo masculino y 68,590 representan a las mujeres, como se muestra la mayor cantidad de personas de la tercera edad es femenina, como también en la provincia de Chota estos resultados son similares (3).

En el departamento de Cajamarca la población asciende a 1,529,755 habitantes, donde el 8,3% representa la población adulta mayor. En la provincia de Chota la población adulta mayor es de 16248.(4).

Según estudios el Ministerio de Salud (MINSA), en la sierra peruana (Ayacucho, Cajamarca y Huaraz) existe una prevalencia de trastornos depresivos del 17%, existiendo diferencias entre varones y mujeres: 13,3% y 20,5% respectivamente (5).

Los datos estadísticos lo muestran, la población adulta mayor en el país y en el departamento de Cajamarca, aumenta drásticamente, promoviendo que los gobiernos planteen políticas sociales, económicas y de salud para mejorar su calidad de vida. Sin embargo, los cambios fisiológicos, o los estilos de vida inadecuados influyen en la aparición de enfermedades crónicas o agudas; de otro lado los cambios sociales (jubilación), y económicos, además de los estereotipos positivos y negativos acerca de esta etapa de la vida pueden provocar trastornos emocionales como temor, ansiedad y finalmente depresión.

La depresión a menudo puede revertirse con tratamiento inmediato y adecuado. Sin embargo, si no se trata, puede disparar el deterioro físico, cognitivo y social, dilatar la recuperación de enfermedades y cirugías, provocar un aumento del uso de la atención médica, y el suicidio.

El Servicio de Consultorios externos del Hospital José Soto Cadenillas de la Ciudad de Chota, brinda atención a usuarios de todos los grupos etarios sanos y enfermos en muchas especialidades, sin embargo, no existen médicos con especialidades en este establecimiento de salud, los adultos mayores son atendidos por médicos generales o en el mejor de los casos por un médico internista, que puede atender la enfermedad física, pero muchas veces no identifica cuadros depresivos subyacentes en el adulto mayor.

No existen datos sobre depresión en adultos mayores, como enfermedad emocional identificada en consultorios externos, si bien, existe actualmente un profesional en salud mental; quienes acuden a consulta son frecuentemente

adolescentes y niños con problemas de aprendizaje, la atención a adultos mayores es muy escasa. Luego de la consulta médica el usuario puede regresar a casa o puede ser hospitalizado para tratar su enfermedad, es entonces cuando el adulto mayor se hospitaliza pero no se ha identificado el problema depresivo que trae de su hogar o en el peor de los casos una vez ya hospitalizado el personal puede no identificar la depresión subyacente o aquella que se inicia como paciente.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Existe relación entre las características socioeconómicas, demográficas y la depresión de los adultos mayores que asisten al Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas Chota - 2017?

## **1.3. Justificación e Importancia.**

La depresión es un problema de salud mental que puede presentarse en cualquier etapa de la vida y que ha adquirido gran importancia en los últimos años. Esto se debe en parte al fuerte impacto que tiene sobre la calidad de vida del enfermo, generando altos costos para los sistemas de salud. Este padecimiento no es exclusivo de la niñez o la adolescencia; en los adultos mayores los trastornos depresivos también representan un grave problema de salud mental que tiene consecuencias en la salud física generando mayor morbilidad e incluso mortalidad.

Según estudios el Ministerio de Salud (MINSA), en la sierra peruana (Ayacucho, Cajamarca y Huaraz) existe una prevalencia de trastornos depresivos del 17%, existiendo diferencias entre varones y mujeres: 13,3% y 20,5% respectivamente (5).

Como estos datos estadísticos lo demuestran que a nivel de Perú la depresión va aumentando cada día más por la cual afecta a las personas de cualquier situación económica.

En nuestra labor asistencial se ha observado que las personas mayores tienden a deprimirse muy fácilmente por el abandono de sus familiares, falta de economía, el tipo y gravedad de la enfermedad, maltrato por parte del personal de salud, etc.

Los resultados del estudio se tornan importantes ya que al ser una investigación la cual busca realizar un aporte científico que sea útil a otros investigadores, enfermeros y de otras disciplinas de salud a plantear estudios en otros ámbitos y así nuestros hallazgos puedan ser generalizados.

Con los resultados se indicara cual es el estado de animo de la población adulta mayor, para que los profesionales de la salud, amplíen su visión sobre el cuidado del paciente adulto mayor y cambien el estereotipo de considerarlo como un ser pasivo, receptor y aislado de su contexto. Además considerar al anciano enfermo como un ser inteligente e histórico inmerso en un contexto que va más allá de su patología de base, y que sus emociones, vivencias y estadía hospitalaria pueden producir depresión y así provocar su agravamiento y su muerte.

Se espera que los resultados beneficien en primer lugar a los adultos mayores, como centro del cuidado de enfermería, así mismo, amplifique la visión de otros trabajadores de salud en la atención a estas personas, tanto a nivel comunitarios como en hospitalización, al tratar no solo el problema físico de salud sino, identificar algún problema de salud mental como la depresión, tanto la que el paciente trae de su hogar como enfermedad subyacente como la depresión que se instaura en servicio de hospitalización.

Este trabajo de investigación tiene la intención de proveer información real y verdadera al personal de enfermería y otras disciplinas, autoridades del establecimiento de salud, sobre la depresión como problema de salud mental prevalente en adultos mayores con el fin de generar cambios sustanciales de actitudes en todas aquellas personas que rodean al anciano; también a la familia para que sean sensibles sobre la gravedad del problema y participen activamente en su solución.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo General**

Describir y analizar la relación entre las características socioeconómicas, demográficas con la depresión en adultos mayores que asisten al Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – 2017.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

1. Describir las características socioeconómicas y demográficas del adulto mayor que asiste al Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas Chota – 2017.
2. Identificar la depresión en los adultos mayores que asisten al Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – 2017.
3. Establecer la relación entre las características socioeconómicas, demográficas con la depresión en adultos mayores que asisten al Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – 2017.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la investigación

Márquez, C. En el estudio: Depresión en ancianos. prevalencia y factores asociados a la depresión; realizado en el año 2013 en personas no institucionalizadas en 7 centros de atención primaria tanto urbanos como rurales, entre las principales resultados tenemos: el diagnóstico de depresión según la GDS es positivo en 76 (34,5%) pacientes, mientras que en la historia clínica está presente en 46 (20,9%) pacientes. Existe prescripción de fármacos antidepresivos en 60 (35,5%) pacientes, benzodiacepinas en 66 (36,8%) y antipsicóticos en 10 (4%). La depresión se asocia con deterioro de actividades básicas e instrumentales, deterioro cognitivo, agotamiento, prescripción de psicotropos y menor actividad física. Existe una elevada frecuencia de depresión en mayores de 85 años. La práctica de ejercicio físico y tener una buena autopercepción de energía se asocian a menor prevalencia de depresión (6).

Colunga, B. en la investigación: Diabetes tipo 2 y depresión en el adulto mayor hospitalizado, en el año 2012. Participaron 13 Centros Hospitalarios, siendo valorados 1003 pacientes en total. El 18,9% de los pacientes de 2 a 3 días de hospitalización fueron diagnosticados de Trastorno Depresivo o Trastorno Adaptativo con síntomas depresivos leve. Y los pacientes con 5 a más días de internados el 13.7% mostraron síntomas de depresión severa (7).

Alcántara, J. Realizo un trabajo de investigación titulado: Factores protectores de la depresión, en el 2015, la prevalencia de depresión en el adulto mayor oscila entre el 6% y el 20 %, aunque en Italia asciende hasta el 40%. En el caso de México, hasta el 2011, la prevalencia fue de 5,8% en las mujeres, y 2,5% en los hombres, incrementándose con la edad. Sin embargo, otros estudios reportan que este es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, se presenta entre un 15 a 20%, en la población ambulatoria, incrementándose hasta en 25 a 40% en la hospitalizada (8).

Alberdi, J. En la pesquisa: Depresión en pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina, en el año 2012, de tipo transversal con una muestra de 450 personas con diabetes tipo 2 y síntomas de depresión. Se concluyó que la prevalencia de depresión es alta en las personas con diabetes, las mujeres tienen mayor riesgo con 63%. La edad no muestra asociación entre personas con diabetes que están deprimidas, a diferencia de escolaridad, estado civil, y ama de casa agricultores entre otras ocupaciones que si mostraron síntomas depresivos (9).

Maldonado, M. De igual manera otro estudio titulado: Bienestar subjetivo y depresión en mujeres y hombres adultos mayores. En el 2015, estuvo compuesta por una población de 201 adultos mayores de los cuales el 47.8% eran hombres y el resto (52.2%) mujeres. El rango de edad osciló entre 70 y 93 años. Del total de los sujetos el 48.3% eran casados, el 5.5% divorciados, 2.5% solteros y el 43.8% viudos. En cuanto al aspecto laboral y económico se observó que el 27.9 % trabajaban y ganaban más del sueldo mínimo y el restante (72.1 %) no trabajaba tenían sus ingresos a través de sus jubilaciones que era menor del sueldo mínimo

Los que sufrieron de depresión fueron los divorciados y solteros con 34% mientras los casados fue de 40%, viudos 43% en cuanto al aspecto laboral los que tenían el sueldo mínimo y los jubilados eran más propensas a padecer depresión (10).

Cardona, D. en la investigación: Factores asociados al maltrato del adulto mayor, en un hospital en el 2015, de tipo descriptivo, transversal, con participación de 177 adultos mayores a los cuales se les aplicó una ficha de datos sociodemográficos y un cuestionario. Resultados: predomina el sexo femenino con el 62% y los casados con 52%; mayor participación de los de 60 a 64 años (38%); el 75% vive acompañado; el 74% tienen ingresos económicos satisfechos es decir mayor del sueldo mínimo el 26% carece de recursos económicos el 65% de los encuestados acudían a clínicas particulares para hacerse curar de alguna enfermedad mientras un 35% acudían a hospitales públicos por falta de recursos económicos (11).

Pérez, M. Un estudio titulado: Comportamiento de los factores biopsicosociales en la depresión del adulto mayor en el 2017, se pudo observar que el 72,9% son adultos mayores jóvenes (sesenta-setenta y cuatro años), el sexo femenino fue el más representativo (72,8%), el 91,3% de los adultos del departamento viven en el área urbana. Con respecto al estado civil, estar casado y viudo fueron los de mayor reporte; el 55% de los adultos mayores del departamento son analfabetos el 38% son de primaria, 45% tiene secundaria y solo de superior es el 15%, el 87,7% se consideran mestizos y en lo que tiene que ver con el estrato socioeconómico de las viviendas que ocupaban el 72,9% pertenecía a los estratos socioeconómicos 1 y 2 y el 18,9% pertenece al estrato 3. También se observó que el 87,4% vive en casa construida con respecto a la religión el 70% pertenece a la religión católica, el 15 % fue religión nazarena otras religiones fue el 15% (12).

El mismo autor en otro estudio, comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor, en el 2017 de corte transversal observacional-descriptivo, en 889 adultos mayores autónomos. La depresión fue evaluada con el test de depresión geriátrica Yesavage los resultados fueron, el 74% de la muestra estuvo constituida por mujeres, la media de edad fue de 72,51 (DS 9,4) años y la escolaridad promedio en años fue de 7,50 (DS 5,64). Así mismo, se estimó una prevalencia de depresión del 18,6%, siendo mayor en mujeres (20%) y (18%) en sujetos entre 70 y 79 años, los adultos con baja escolaridad sumaron un 43%, y el 22% lo constituyeron personas dependientes económicamente. Por otra parte, se encontró relación entre la depresión de los factores de riesgo psicosocial conocidos como acontecimientos vitales adversos: insomnio, vivir solo, estar con el esposo(a), vivir con otras personas, padecer enfermedades crónicas, haber sufrido una crisis económica, y la muerte de un familiar o amigo cercano en el último año (12).

Martínez, P. Del mismo modo en un estudio: Características sociales y depresión en adultos mayores en el año 2015, de corte transversal en la población de ancianos de 60 años. La muestra estuvo conformada por 230 ancianos (136 mujeres y 94 hombres), se constató que el 64,8 % (N=149) de nuestros senescentes vivencian depresión. Los restantes 81 ancianos (35,2 %) no

padecen tal desorden del estado de ánimo. La enfermedad golpeó fundamentalmente a las féminas, las que aportaron 94 casos, que representan el 69,1 % de la muestra. Los hombres deprimidos representan solo el 58,5 % (N=55). En cuanto a la religión se estimó que los pacientes que pertenecían a la a la religión católica el 35% presentaba depresión, el 20% de la religión nazarena, 25% otras religiones (13).

Gomes, R. en la pesquisa: Prevalencia depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el servicio interna del hospital militar, en el año 2011 con una población de 150 adultos mayores, encontró que el 35.6% presentaba síntomas de depresión leve, 28.9% tenía problemas de depresión moderada y 4.4% depresión severa. Los síntomas más frecuentes fueron sentimientos de inutilidad (42.9%), intranquilidad (38.6%), dificultad para hacer las cosas (31.8%) y dificultad para tomar decisiones (31.7). El 62.5% de estos participantes tenía una percepción de autoeficacia entre moderada y baja (14).

Sotelo, A. en el estudio: La salud mental de los adultos mayores, en el año 2012, de un estudio descriptivo en pacientes mayores de 60 a 70 años hospitalizados antes de cumplir 24 horas desde el ingreso al servicio de Medicina Interna del Hospital militar de Santiago. Durante el período de investigación ingresaron al Servicio de Medicina 585 pacientes. De éstos, 454 fueron excluidos. Se entrevistaron 131 pacientes, de los cuales 64 eran mujeres (48,85%) y 67 hombres (51,15%). El rango de edad fue de 60 a 96 años de edad. De los evaluados, un 22,13% obtuvo un test de Yesavage positivo, siendo un 28,12% en varones y 16,41% en mujeres (15).

Rojas, M. Una investigación: Incidencia de depresión en pacientes hospitalizados, en el año 2013 con una muestra de 150 pacientes hospitalizados en el departamento de medicina interna del hospital regional de occidente durante el año 2013, se aplicó la escala para la medida de depresión de Zung y los resultados fueron: de 150 personas estudiadas, 77 (51,3%), presentaron características depresivas,. Se evidenció mayor prevalencia de depresión en el género femenino, edades entre 60 a 80 años, solteros, 34% casados, 38% viudos, 45% convivientes 28% con relación al grado de instrucción de evidencio que las

amas de casa presentan depresión un 39,5%, trabajos independientes, 35% jubilados 38,2% y pacientes sin oficio 45%. Además, proporcionalmente a la severidad de depresión se incrementaron el uso de analgésicos, número medicamentos consumidos y número de hospitalizaciones previas. De los pacientes con depresión únicamente tres tomaban algún tipo de antidepresivo desde antes de su hospitalización (16).

Barda, M. En un estudio: Depresión en adultos mayores de 4 hogares geriátricos y prevalencia y factores de riesgo en el 2013 para la población mayor de 60 años mostró una prevalencia de 25,2 % de depresión en el adulto mayor frente a un 19,6 % para todos los grupos poblacionales, los adultos mayores que presento depresión fue el sexo femenino, con un 42% así mismo las personas geriátricas que ganan menos del sueldo mínimo se evidencio con una depresión de 38%, y aquellas personas que ganan más salario la depresión fueron menos con el 25% (17).

Shinguanco, M. Del mismo modo en la investigación: Depresión en adultos mayores y su efecto en el estado nutricional en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital provincial docente de Ambato en el año 2013. Los resultados mostraron que los niveles de depresión tienen relación directamente proporcional con el estado nutricional, de los Adultos Mayores intervenidos en la investigación el 85,5% tuvieron riesgo de desnutrición y desnutrición asociada a depresión, de los cuales el 80% presentan un nivel de depresión de leve a moderada, concurriendo una prevalencia de depresión como estado sobre la depresión como rasgo, permitiendo comprender como la presencia de rasgos depresivos aumenta la probabilidad de vulnerabilidad a episodios depresivos (18).

Rodríguez, L. En un estudio titulado: Comportamiento de la depresión en el adulto mayor en el policlínico, en el año 2013, retrospectivo de corte transversal en Cuba a los ancianos que asistieron a la consulta de psicogeriatría y demencia del Policlínico "Cristóbal Labra", remitidos por los médicos de los consultorios del médico de la familia pertenecientes a dicho policlínico, durante al período de julio a diciembre. En los resultados se puede apreciar que 28 de los ancianos

atendidos en la consulta fueron diagnosticados con depresión (25 %), donde predominó el sexo femenino en las edades de 70 y 79 años (19).

Capuñay, J. Se realizó un estudio: Depresión en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes en consultorios externos, en el año 2013, de tipo prospectivo y transversal de carácter descriptivo en pacientes adultos mayores que acudieron a la consulta ambulatoria externa de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia, entre abril y mayo de 2013. Se encontró que el 75% presentaba algún síntoma depresivo y el 8.3% de pacientes tenían depresión mayor según DSM. Los principales síntomas depresivos fueron ánimo depresivo, trastorno del sueño y pérdida de energía (20).

Licas, J. En una investigación titulada: Nivel de depresión en un centro de atención integral en el año, 2014, se encontró que en los adultos mayores la depresión tiene una prevalencia entre el 9.8% hasta 18.27% mientras que en otro estudio realizado en un programa de auto cuidado de la municipalidad de Lima de Jesús María la frecuencia de depresión llegó al 60%, y en el Hospital Nacional Cayetano Heredia la cifra llegó inclusive al 75% en pacientes ambulatorios (21).

Licas, J. En otro estudio realizado en Trujillo titulado depresión y funcionalidad familiar en los adultos mayores, en el año 2014, Es de estudio descriptivo, transversal, correlacional, se efectuó en una muestra de 150 adultos mayores. Se utilizó la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Se encontró que el 31% presentaba algún grado de depresión y el 50% percibía a su familia como disfuncional (21).

Torres, I. en una investigación titulada: Depresión y funcionalidad familiares en adultos mayores en Villa María del Triunfo 2014” en el Perú, entre los principales resultados se encontró que la mayoría de adultos mayores atendidos en el Centro de atención integral Tayta - Wuasi presentan depresión leve, existiendo un grupo menor con depresión severa. La mayoría de adultos mayores que presentan depresión leve, se encuentran entre 65 a 69 años, seguido de un grupo menor de adultos mayores de 70 a 74 años. Los adultos mayores con

instrucción primaria que asisten al centro de atención integral presentan depresión leve y en menor porcentaje depresión severa (22).

Montenegro, J. En un estudio titulado: Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del centro poblado los coronados Mochumí Lambayeque en el año 2016, Participaron 36 adultos mayores voluntariamente, a quienes se le aplicó la Escala de Yesavage, la Escala de Rosenberg y el cuestionario de factores sociales. Encontramos que el 45.8% de los adultos mayores presentan depresión severa; en relación al factor psicológico el 61,1% presenta autoestima media; y en relación al factor social se encontró que el 55.6% son mayores de 65 años; con relación al grado de instrucción que presentan depresión podemos indicar que 55% en analfabetos, 42% primaria en primaria completa y incompleta 38.9% con instrucción secundaria; además el 32% con superior, 41.7% son casados; 55.6% son masculino; el 66.7% no participan en actividades sociales y 63.9% no participa en actividades familiares; el 55.6% viven solos (as), el 50% está contento con la frecuencia que ve a su familia y el otro 50% está descontento; y el 58.3% refieren contar con apoyo (23).

Noriega, L, en el estudio: Depresión y vivencia del adulto mayor durante su internamiento en el hospital en el Perú en el 2013, la muestra estuvo constituida por 60 pacientes, el 30% fueron varones y 70%, mujeres. La edad promedio fue de 72.6 años en el total de la muestra en varones y mujeres, respectivamente. El 75% de los pacientes hospitalizados con HTA presentaba algún síntoma depresivo: el 24,4% fueron varones y 75,6% mujeres. En lo que respecta a depresión mayor se encontró a 11 pacientes con gastritis crónica y neumonía (18,3). La edad promedio de los pacientes con depresión mayor fue de 72.7 años (24).

Acuña, D. finalmente en una investigación denominada: Depresión y características sociales del adulto mayor hospitalizado. Servicio de medicina en el Hospital José Soto Cadenillas de la Ciudad de Chota, en el servicio de medicina a adultos mayores, en el año 2015, entre los principales hallazgos se encontró que

el 45,7% de pacientes no tiene depresión, el 34,3% presenta depresión leve y el 20,0% depresión severa (25).

Como profesionales de enfermería debemos reconocer que la depresión en los adultos mayores no puede separarse de la dinámica social, económica, política e incluso cultural de la sociedad que le rodea, los estereotipos y mitos negativos sobre el envejecimiento relega a este grupo a un papel pasivo y sin opción a tomar sus propias decisiones y así dirigir su vida; este ambiente puede provocar en el anciano depresión, que muchas veces la familia confunde con alguna enfermedad física (25).

## **2.2. Bases Teóricas**

### **2.2.1 Teorías relacionadas con el tema de la investigación**

#### **A. La teoría de desesperanza (TD).**

De acuerdo con la TD, las personas que poseen estilos inferenciales negativos (es decir, la vulnerabilidad) poseen mayor riesgo que las personas que no exhiben dichos estilos para desarrollar síntomas depresivos, especialmente los síntomas del hipotetizado subtipo de depresión por desesperanza, cuando experimentan sucesos vitales negativos (es decir, el estrés). La vulnerabilidad cognitiva está constituida por tres patrones inferencial des adaptativos: 1) tendencia a inferir que los factores estables (probabilidad de persistir durante el tiempo) y globales (probabilidad de afectar a muchas áreas de la vida) causan los sucesos negativos. 2) tendencia a inferir que los sucesos negativos presentes conducirán a eventos negativos futuros; y 3) tendencia a inferir características negativas sobre sí mismo/a cuando ocurren sucesos negativos. Se asume que la vulnerabilidad cognitiva es causa que contribuye a la depresión, incrementando la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos en presencia, pero no en ausencia, de sucesos vitales negativos; pero tal vulnerabilidad no es ni necesaria ni suficiente para la ocurrencia de los síntomas depresivos. (26).

## **2.3. Marco conceptual**

### **2.3.1 Depresión**

La presencia de un estado depresivo en personas mayores de 65 años aumenta la mortalidad en este grupo etario, produce impacto negativo en la calidad de vida y se ha constituido en un problema de salud pública en el ámbito mundial. Los adultos deprimidos tienen un funcionamiento igual o peor que quienes padecen enfermedades médicas crónicas tales como artritis, enfermedad pulmonar o diabetes (26).

Los sentimientos de depresión se pueden describir como sentirse triste, melancólico, infeliz, miserable o derrumbado. La mayoría de las personas se sienten de esta manera una que otra vez durante períodos cortos, pero la verdadera depresión clínica es un trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período prolongado (26).

#### **A. Causas**

Así mismo el mismo autor, considera que las causas de la depresión no se conocen por completo. La depresión puede estar causada por uno o varios factores que pueden predisponer a una persona a sufrir depresión más que otra. Algunas personas tienen mayor probabilidad de tener depresión que otras, las mujeres son más propensas que los hombres a sufrir depresión, aunque las razones no están totalmente claras. Hay diferentes razones que intentan explicar esta predisposición:

##### **a. Factores hereditarios.**

Los más implicados son los hormonales, los cambios de los valores hormonales, que pueden provocar cambios de humor justo antes de la menstruación (tensión premenstrual) y después del parto (depresión posparto), puede tener algún papel en las mujeres. Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica. Este riesgo es algo mayor para las

personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad. Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad. Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales (27).

**b. Factores Bioquímicos.**

Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores. Además, los patrones de sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos. La depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo, también pueden ocurrir cambios hormonales tras el uso de anticonceptivos orales; los fármacos, sobre todo los más usados para tratar la hipertensión arterial pueden causar depresión.

También tenemos los corticosteroides que por razones desconocidas causan depresión cuando se producen en grandes cantidades en el contexto de una enfermedad, como el síndrome de Cushing, pero tienden a causar euforia cuando se administran como tratamiento. Lo que aún no se sabe es si el "desequilibrio bioquímico" de la depresión tienen un origen genético o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otra condición ambiental (27).

Las situaciones estresantes, también pueden producir depresión, cuando se produce la depresión tras una experiencia traumática como la muerte de un ser querido (depresión reactiva), aniversarios con cierto significado, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras, divorcio; todas estas se pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica (28).

El mismo autor afirma que la personalidad, suele predisponer a una persona a la depresión, es decir, las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión. Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas. Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia y van conformando a lo largo del tiempo un patrón de pensamiento depresivo (28).

**B. Los síntomas más comunes de depresión incluyen los siguientes: (29).**

- Estado de ánimo triste, deprimido
- Apetito deficiente y pérdida de peso o incremento en apetito y aumento de peso
- Nivel de actividad letárgico o agitado
- Las actividades acostumbradas ya no brindan placer
- Pérdida de energía, fatiga
- Incapacidad para concentrarse; pensamiento y toma de decisiones más lentos
- Sentimiento de minusvalía, auto reproches, culpa inapropiada
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

**c. Clasificación de la depresión**

A sí mismo el mismo autor menciona que los sistemas internacionales de diagnóstico más utilizados son: el de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV TR), y la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del comportamiento (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud (6).

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

se detecte adecuadamente, se infra diagnostique y que con frecuencia estemos ante depresiones en mascaradas.

Según su intensidad, los Trastornos Depresivos se pueden clasificar como leves, moderados y severos. Para los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10 y DSM IV TR, la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional (21).

El CEI-10 la define como un desorden afectivo en el cual habla de depresión leve, moderada y grave. El episodio depresivo leve se caracteriza por síntomas como tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad. En el episodio depresivo moderado se observa dificultades para desarrollar actividades sociales, laborales y en el episodio depresivo grave se suele presentar angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de culpa (21).

#### **d. Tratamiento**

Los antidepresivos ejercen su acción sobre el organismo incrementando la actividad de determinados neurotransmisores. Basándose en su estructura química se dividen en cinco categorías: Triciclitos, no Triciclitos, inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS) e inhibidores no selectivos de la receptación de serotonina (INSRS). Los antidepresivos interactúan con diversas sustancias. Dado que bloquean la destrucción de los principales neurotransmisores específicos (dopamina, noradrenalina y serotonina), estas sustancias circulan a través del organismo en mayores concentraciones (30).

Los anti depresores afectan a la conducta en clientes que muestran alteraciones en los estados de humor, incluyendo (30).

- Disminución del concepto de si mismo
- Conducta regresiva de auto castigo
- Introversión.

- Alteraciones en la función sexual, patrones de alimentación, ciclo sueño, vigilia y estreñimiento.

- Alteraciones en el nivel de actividad (agitación o retraso motor).

Los medicamentos antidepresores, una vez que alivian la depresión, el cliente tiene más energía y motivación para participar en otras formas de psicoterapia. La mejora del apetito, la elevación en el humor, el aumento en la actividad física y la mejora en los patrones de sueño y capacita al cliente para participar en las actividades de la vida diaria mientras se manipula el ambiente para permitir más control sobre los factores (30).

#### **e. Depresión según edad y sexo.**

Las mujeres están más expuestas a sufrir este estado de ánimo. Por algo los estudios psicológicos muestran que las mujeres tienden a responder a la adversidad encerrándose en sí mismas y auto culpándose. Por el contrario, los varones tienden a negar la adversidad y a dedicarse de lleno a diversas actividades (31).

En cuanto a la depresión en la mujer, las estadísticas muestran que las mujeres padecen más depresión que los hombres, esto se debe a que existen diferencias biológicas entre ambos. Los cambios hormonales, tales como estrógeno y progesterona parecen tener un efecto importante en el estado de ánimo de las mujeres. Los cambios en los niveles hormonales se producen durante una serie de acontecimientos que están asociados a la depresión, en particular los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de niños, el mantenimiento del hogar y un empleo (31).

Asimismo ciertos sucesos traumáticos como violaciones y otras formas de abuso sexual pueden contribuir a la incidencia creciente de la depresión en mujeres. Aunque el hombre tiene menos probabilidad de sufrir depresiones que la mujer, y a la vez es más reacio para admitir que tienen depresión. Por lo tanto, el diagnóstico puede ser más difícil de hacer.

El hombre es diagnosticado menos que la mujer, la depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la

mujer. Un estudio reciente indicó que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria (infartos de corazón) en ambos sexos. Sin embargo, sólo el hombre tiene una tasa alta de muerte debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo. El alcohol y las drogas enmascaran la depresión en el hombre más comúnmente que en la mujer. Igualmente, el hábito socialmente aceptable de trabajar en exceso, puede enmascarar una depresión. No es raro que la depresión en los hombres se manifieste con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo. Por lo tanto, puede ser difícil de reconocer. Incluso cuando el hombre se da cuenta de que está deprimido, comparado con la mujer, tiene más resistencia a buscar ayuda (31).

**f. Depresión en la vejez**

Es erróneo creer que es normal que los ancianos se depriman. Cuando una persona mayor se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez (32).

La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Con un tratamiento adecuado tendría una vida placentera. Cuando la persona de edad va al médico, puede describir solo síntomas físicos siendo reacio a hablar de sus sentimientos de desesperanza y tristeza.

La persona puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo puede prolongarse por mucho tiempo. Las depresiones subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por los profesionales de salud mental. Los profesionales van reconociendo que los síntomas depresivos en los ancianos se pueden pasar por alto fácilmente. Los síntomas depresivos también pueden deberse a efectos secundarios de medicamentos que la persona está tomando, o debidos a una enfermedad física concomitante. Si se hace el diagnóstico de depresión, el tratamiento con medicamentos o psicoterapia ayuda a que la persona deprimida recupere su capacidad para tener una vida feliz y satisfactoria (33).

La Organización Mundial de la Salud – OMS, señala que la depresión en el adulto mayor puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria (6).

**g. Cambios emocionales y psicológicos en el adulto mayor.**

Desde un punto de vista psicológico, lo que más llama la atención son los fallos en la memoria reciente que los propios adultos mayores y nuestro entorno social o familiar suele asociarlos a la enfermedad de Alzheimer. Se da dicha preocupación porque se desconoce que en la vejez hay cambios que se consideran normales con respecto al funcionamiento cognitivo. Igualmente se producen cambios afectivos y en la personalidad que deben ser considerados como normales y esperables (34).

La persona cuando llega a envejecer sufre un aumento de la vivencia de pérdidas, entendiendo pérdida como la vivencia por la cual sentimos que ya no tenemos algo, a nivel real y subjetivo que es significativo para nosotros. Dichas pérdidas afectan a todos los ámbitos, aunque en este artículo se centraré en las pérdidas a nivel afectivo. Todas las pérdidas implican un proceso de duelo, es decir, de un trabajo psíquico. El superar la pérdida es vital para la persona que envejece, disminuyendo la probabilidad de que se produzcan repetidas crisis de identidad o que se atenúen las repercusiones de las mismas en la vida de las personas adultas mayores.

Bajo el punto de vista estos cambios psicológicos se presentan más acentuados cuando la persona empieza a notar que los cambios físicos y biológicos generan una pérdida, real o subjetiva, de la independencia que vivía hasta entonces (34).

El mismo autor menciona los cambios afectivos, que es principal cambio esperable al que va a tener que enfrentarse es a procesos de pérdidas más habitualmente que en otras etapas de su vida (la pérdida de sus figuras parentales y de personas significativas en su vida con las que mantenía fuertes lazos a nivel emocional y afectivo). El duelo es el conjunto de reacciones de tipo físico, emocional y social que se producen por la pérdida de una persona que nos es cercana. Dependiendo de la intensidad de la relación podremos experimentar, desde un sentimiento transitorio o de tristeza, hasta una desolación completa que puede persistir por años o volverse crónica. El perder a un ser querido representa un gran trauma emocional que nos hace especialmente vulnerables a padecer una enfermedad física y trastornos mentales (34).

#### **h. Escala De Depresión Geriátrica (J. A. YASAVAGE, 1983).**

La Escala de Depresión de geriátrica de Yasavage es un cuestionario auto aplicado formado por 15 frases relacionadas con la depresión en el adulto mayor (21).

- **Indicación**

Se trata de un cuestionario utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.

- **Administración**

Existen dos versiones:

- Versión de 15: Población diana: Población general mayor de 65 años. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 14. Cada respuesta errónea puntúa 1.

Los puntos de corte son:

0 - 5: Normal (Sin depresión)

6 - 15: (Con depresión) (21).

## **i. Características socioeconómicas y demográficas del adulto mayor**

El nivel socioeconómico de las personas se entiende la capacidad económica y social de un individuo, una familia o un país. De alguna manera todos tenemos una idea aproximada de los tres escalones o niveles socioeconómicos: el bajo, el medio y el alto. Sin embargo, desde un punto de vista sociológico es necesario establecer con precisión unos niveles basados en criterios objetivos. Para ello los sociólogos utilizan una serie de variables distintas (nivel de estudios, tipo de hogar y número de habitaciones, tipo de ordenador personal, porcentaje de gasto en alimentos, acceso al agua y otros). Si estas variables se aplican a una familia es posible precisar su nivel socioeconómico. Para elaborar estos datos los sociólogos utilizan algoritmos matemáticos y los resultados obtenidos resultan de gran utilidad (para hacer estudios de mercado, para conocer la realidad de una población o para realizar un estudio demoscópico con fines políticos).(38).

Las características demográficas corresponden al perfil de la población adulta mayor que habita un contexto particular; comprende estructura, aspectos culturales y sociales; ritmo de crecimiento y movilidad. Asociado a otros rasgos relativos a la educación, salud, y equidad, permite comprender y valorar el grado de desarrollo de un determinado ámbito geográfico. Los indicadores propuestos se relacionan con el tamaño, ritmo de crecimiento, estructura por edad y sexo, distribución espacial, migración y auto identificación étnica

Para el ministerio de salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida de los adultos mayores está asociado a las características sociales, que influyen sobre la posibilidad de enfrentar la vejez de forma sana y activa. Es por esta razón que los adultos mayores tienden a deprimirse más cuando son afectados por alguna enfermedad y no tiene los recursos económicos para el tratamiento adecuado. El otro problema que afronta al adulto mayor es la discriminación por parte de la sociedad quizás sea por las condiciones económicas que no poseen. las cuales estos problemas van encaminando para que aumente los problemas depresivos en los adultos mayores (26).

## **k. Descripción del Programa Adulto Mayor.**

El programa de Salud adulto mayor está ubicado en el departamento de Salud y atención integral a la población, el cual se encuentra en el Nivel Operativo Ejecutivo y depende jerárquicamente de la Sub Dirección General de Salud de la Población. El Hospital José Soto Cadenillas Chota, cuenta con consultorios externos donde se encuentra el programa del adulto mayor para la atención en general a la población que viene atenderse con diferentes patologías. Aquí diferentes profesionales de salud, entre ellos médicos especialistas, médicos generales, obstétricas y enfermeras/os brindan atención de salud, en las diferentes especialidades, como mencionábamos anteriormente no existe en el Hospital José Soto Cadenillas un médico geriatra para brindar atención a adultos mayores, sin embargo, cuando éstos tienen un problema de salud acuden a algún profesional médico según su dolencia.

## **l. Políticas en salud mental.**

En el Perú existe políticas con relación a la salud mental de las personas desde una perspectiva integral en dialogo con el modelo de atención (MAIS), el cual constituye el actual marco de referencia en salud, en tanto supone una atención orientada a la promoción, prevención, recuperación, y rehabilitación de la salud de las personas en el contexto de su familia y comunidad (5).

- Gestión y rectoría en salud mental.
- Integración de la salud mental en la concepción de la salud
- Prevención y atención en un nuevo modelo de servicios de salud mental efectivos y eficientes.
- Promoción de la salud mental, desarrollo humano y ejercicio de la ciudadanía.
- Concertación multisectorial de la salud mental
- Creación de un sistema de información sobre salud mental.
- Desarrollo de los recursos humanos.
- Planificación, monitoreo, evaluación y sistematización de las acciones sobre salud mental.
- Participación de los usuarios y sus familiares en la prevención y atención de la salud mental. (5)

#### 2.4. Definición de términos básicos

Demografía	Estudio de la población humana, especialmente de su tamaño, distribución y características de los miembros de los grupos de población.
Envejecimiento	Proceso a través del cual se avanza hacia la ancianidad, que se debe en parte a la incapacidad de las células corporales para poder funcionar con normalidad o para poder producir nuevas células que sustituyan a las que mueren o funcionan de forma inadecuada.
Depresión	Alteración de la conducta caracterizada por sentimientos de tristeza, desesperación o descorazonamiento, secundaria a una tragedia o pérdida personal y proporcional a la misma.
Psicología,	Estudio del comportamiento y de las funciones y procesos de la mente, especialmente en relación con el entorno social y físico.
Cognitivo.	Relativo al proceso mental de comprensión, juicio, memorización y razonamiento, en contraposición a los procesos emocionales o volitivos.
Insomnio.	Incapacidad crónica para dormir o permanecer dormido durante la noche; el acto de despertarse, de no dormirse.
Sexo.	Clasificación en macho o hembra basada en numerosos criterios, entre ellos las características anatómicas y cromosómicas.
Melancólico.	Es un sentimiento caracterizado por un estado de profunda tristeza que se manifiesta en los individuos como desánimo.
Abatido	Persona que se siente, deprimido, sin ánimo y sin energía. Por múltiples problemas
Autoestima baja	La persona no se ama, no se acepta y no se valora en sus cualidades

## **CAPITULO III**

### **PLANTEAMIENTO DE LAS HIPÓTESIS Y VARIABLES**

#### **3.1. Hipótesis**

Ha: Existe relación estadística significativa entre características socioeconómicas, demográficas con la depresión en los adultos mayores que asisten al Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas, Chota – 2017.

Ho: No existe relación entre características socioeconómicas, demográficas con la depresión en los adultos mayores que asisten al Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – 2017.

### 3.2. Variables/categorías

### 3.3. Operacionalización Categorización de los Componentes de las Hipótesis.

#### Variable Independiente: Características Socioeconómicas, Demográficas del Adulto Mayor

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍAS	UNIDAD DE MEDIDA	ESCALA DE MEDICIÓN
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento (años)	Cuestionario “Características socioeconómicas y su relación con la depresión”.	1) De 60 a 69 2) De 70 a 79 3) De 80 a más	60-69 70-79 ≥80	Intervalo
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Es el curso de un proceso educativo adquirido por una persona logrando el más alto nivel de escolaridad.		1) Analfabeta 2) Primaria 3) Secundaria 4) Superior		Ordinal
SEXO	Características biológicas físicas y psicológicas que distinguen a un hombre de una mujer		1) Varones 2) Mujeres		Nominal
OCUPACIÓN	hace referencia a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo, y por ello se habla de ocupación de tiempo parcial o completo		1) Trabajador privado 2) Ama de casa 3) Comerciante 4) Jubilado 5) otros		Nominal

<b>ESTADO CIVIL</b>	Situación jurídica de un individuo en la familia y en la sociedad que lo habilita para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones. Se trata básicamente del “estado de familia” en cuanto es la situación de un sujeto en la familia la que determina su estado civil.		1) Casado 2) Conviviente 3) Soltero 4) Viudo		Nominal
<b>RELIGIÓN</b>			1) Católica 2) Otros		Nominal
<b>INGRESO ECONÓMICO MENSUAL</b>	Cantidad de dinero que el adulto mayor recibe de alguna fuente y que le sirve para satisfacer necesidades básicas (alimentación, vestidos, vivienda, etc.)		1) Menos del sueldo mínimo. 2) El sueldo mínimo. 3) Más del sueldo mínimo	< 750 soles 750 soles > 750 soles	Intervalo
<b>CONVIVENCIA EN EL HOGAR</b>	Persona o personas familiares o no que viven con el adulto mayor o acompaña la mayor parte del día. Es la familia la institución más importante para el anciano, y donde el adulto mayor, como parte integrante de ella, tiene mucho por contribuir y aportar.		1) Con su esposa (o) 2) Con hijos y nietos 3) Con otras personas que no son parte de la familia 4) Sola (o)		Nominal

**VARIABLE DEPENDIENTE: LA DEPRESION**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>NIVEL DE MEDICIÓN</b>	<b>RANGOS</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>
LA DEPRESIÓN	La depresión es el descenso del estado de ánimo, en pacientes, geriátricos, con dificultades para el proceso mental de las emociones y los sentimientos. (21)	Escala de depresión geriátrica de Yesavage Abreviada (Versión Española): GDS-VE	1) Sin depresión 2) Con depresión	0-5 puntos 6 – 15 puntos	Ordinal

## CAPÍTULO IV

### MARCO METODOLÓGICO

#### 4.1. Ubicación Geográfica

La investigación se realizó en la Provincia de Chota que se ubica en el Departamento de Cajamarca, en la parte septentrional del Perú, se encuentra a 2,388 msnm, por el norte limita con la provincia de Cutervo, por el sur con la provincia de Celendín, Hualgayoc y Santa Cruz, con el este, con la provincia de Luya (Amazonas) y por el oeste con la provincia de Ferreñafe, Chiclayo (Lambayeque).

La recolección de información se efectuó en el programa de adultos mayores del Hospital José Soto Cadenillas Chota, este nosocomio cuenta con consultorios externos donde se encuentra el programa del adulto mayor para la atención en general a la población que viene atenderse con diferentes patologías. Aquí diferentes profesionales de salud, entre ellos médicos especialistas, médicos generales, obstétricas y enfermeras/os brindan atención de salud, en las diferentes especialidades, como mencionábamos anteriormente no existe en el Hospital José Soto Cadenillas un médico geriatra para brindar atención a adultos mayores, sin embargo, cuando éstos tienen un problema de salud acuden a algún profesional médico según su dolencia.

#### 4.2. Diseño de Investigación

El presente estudio tiene un abordaje cuantitativo porque las variables son susceptibles de cuantificación. Es analítico porque se analizaron las variables y su desenvolvimiento en un contexto determinado; de corte transversal porque los datos se recolectaron en un solo momento (1).

Además, es relacional ya que busca conocer si existe relación entre las variables en el estudio. Un estudio relacional puede intentar determinar si individuos con una puntuación alta en una variable también tiene puntuación alta en una

segunda variable y si individuos con una baja puntuación en una variable también tienen baja puntuación en la segunda. Estos resultados indican una relación positiva (1).

### **Método deductivo**

Cuando se habla de método deductivo se refiere a aquel método donde se va de lo general a lo específico. Este comienza dando paso a los datos en cierta forma válidos, para llegar a una deducción a partir de un razonamiento de forma lógica o suposiciones; o sea se refiere a un proceso donde existen determinadas reglas y procesos donde gracias a su asistencia, se llegan a conclusiones finales partiendo de ciertos enunciados o premisas (1).

En nuestra investigación se ha usado este método, ya que hemos iniciado nuestro estudio a través de la revisión de datos estadísticos de la depresión en adultos mayores así como sus características desde el ámbito mundial, latinoamericano, nacional, y regional para terminar contextualizando el problema en nuestra zona.

## **4.3. Población, Muestra Unidad de Análisis y Unidades de Observación**

### **Población**

La población estuvo constituida por las personas mayores de 60 años hombres y mujeres que acuden al programa del adulto mayor del Hospital José Soto Cadenillas, con diferentes patologías, la población fue de 80 personas mayores. Esta información ha sido proporcionada por la encargada del Programa del Adulto Mayor, estos pacientes acuden para sus controles de enfermedades crónicas como diabetes y hipertensión arterial, etc.

No hubo muestra porque se trabajó con toda la población que pertenece al programa adulto mayor.

### **Unidad de Análisis**

La unidad de análisis estuvo constituida por cada uno de los adultos mayores que acudieron al programa del adulto mayor del Hospital José Soto Cadenillas Chota durante el mes de setiembre de 2017.

### **Unidad de observación**

La unidad de observación estuvo constituida por todos los adultos mayores que participan en el Programa Adulto Mayor.

#### **4.4. Técnicas e Instrumentos de Recopilación de Información.**

Para recolectar los datos se aplicó un cuestionario a los adultos mayores que se encontraron en el programa de adulto mayor que cumplieron con los criterios de inclusión (anexo 3). En la primera parte se presentan las instrucciones para el llenado del cuestionario, luego las preguntas encaminadas a conocer sus características socioeconómicas, demográficas como la edad, sexo, grado de instrucción, ocupación, ingreso económico mensual, religión, y quien vive en casa

La segunda parte fue la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yasavage (6); (anexo 4) esta escala es un cuestionario tipo likert conformado por 15 preguntas relacionadas con la depresión que nos permitió clasificar a los adultos según nivel de depresión. Se asignó un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valoró como sigue:

- 0-5: (Sin depresión).
- 6-15: (Con depresión).

### **Prueba Piloto**

En esta prueba se aplicaron los instrumentos de recolección de datos a 10 adultos mayores que presentaban las mismas características, que se encontraban en consultorios externos del Hospital Tito Villar Cabeza de Bambamarca en el mes de julio. Este proceso permitió revisar las preguntas y realizar cambios en los términos.

### **Confiabilidad del Instrumento**

La confiabilidad del instrumento determina el grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes. Es decir, en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados iguales, para dar confiabilidad a nuestro instrumento se utilizó el alfa de Cronbach (1).

El resultado de la prueba piloto de la escala de Yasavage en cuanto al coeficiente del Alfa de Crombach fue 0.7 que es aceptable (apéndice 01).

#### **Criterios de Inclusión**

- Adultos mayores que busquen atención médica en consultorios externos del Hospital José Soto Cadenillas Chota durante el mes de setiembre del 2017.
- Adultos mayores que acepten participar en el estudio y firmen un consentimiento informado.
- Adultos mayores orientados en tiempo espacio y persona.
- Adultos mayores que no presenten problemas con audición o con enfermedades donde les impida responder las preguntas.

#### **Criterios de Exclusión**

- Adultos menores de 59 años
- Adultos mayores que no quisieran participar.
- Adultos mayores que tienen dificultades de audición, que no estén orientados en tiempo espacio y persona.

#### **4.5. Técnicas para el Procesamiento y Análisis de la Información.**

Después de recopilar los datos pertinentes al estudio, fueron revisados minuciosamente para identificar errores en la recolección, la calidad de la información y evitar la pérdida de datos, seguidamente se ingresaron a una hoja de cálculo Excel para su exportación al software estadístico IBM SPSS Statistics versión 24 en el cual fueron procesados.

En el presente estudio se realizó el análisis descriptivo de las características socioeconómicas (frecuencias absolutas y relativas) de los adultos mayores así como de la presencia o ausencia de la depresión.

En el análisis entre las variables de estudio se ha tenido en cuenta la relación entre la depresión y las características socioeconómicas, demográficas de los adultos mayores, dentro de estas características se encontraron la edad, género, ocupación estado civil, enfermedad actual y con quien vive en casa. Para ello se empleó la prueba chi cuadrado y se aceptará la hipótesis alternativa cuando P valor sea menor de 0,05 (1) en caso contrario se aceptará la hipótesis nula.

## **Proceso de recopilación de datos**

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta lo siguiente:

Se realizó las coordinaciones con el médico jefe del Hospital y con el médico jefe de consultorios externos. En una reunión se explicó a la familia si estuviera presente y a los adultos mayores seleccionados el contenido del cuestionario incidiendo que era personal y que las respuestas debían ser con la mayor veracidad posible, se explicaron los objetivos del estudio buscando la participación voluntaria, luego firmaron el consentimiento informado, para después aplicar el cuestionario a los adultos mayores que cumplieran con los criterios de inclusión.

La información fue recolectada durante las actividades que los adultos mayores junto al profesional de salud realizaban, en esta ocasión fue en el mes de setiembre; se dio en primer lugar saludó al personal de salud como también a los participantes, se explicó el trabajo a realizar al finalizar la presentación se dio inicio a dicho trabajo. Se hizo una visita domiciliaria a los adultos mayores que no se encontraron en la reunión, por su puesto la visita se concertó previamente.

Después de haber aplicado los instrumentos de recopilación de datos se realizó la sistematización de los mismos según las pruebas estadísticas elegidas.

#### 4.6. Matriz de Consistencia Metodológica

TÍTULO: CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DEMOGRÁFICAS Y SU RELACIÓN CON DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES. CONSULTORIOS EXTERNOS. HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS. CHOTA - 2017				
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA
<p><b>Pregunta General.</b> ¿Existe relación entre las características socioeconómicas, demográficas y la depresión de los adultos mayores que asisten al Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas Chota - 2017?</p>	<p><b>Objetivo General</b> Describir y analizar la relación entre las características socioeconómicas, demográficas con la depresión en los adultos mayores que asisten al Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – 2017.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Describir las características socioeconómicas y demográficas del adulto mayor que asiste al Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas Chota – 2017.</li> <li>2. Identificar la depresión en los adultos mayores que asisten al Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – 2017.</li> <li>3. Establecer la relación entre las características socioeconómicas, demográficas con la depresión en adultos mayores que asisten al Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – 2017.</li> </ol>	<p>Hipótesis Alternativa</p> <p>Ha: Existe relación estadística significativa entre características socioeconómicas, demográficas con la depresión en los adultos mayores que asisten al Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – 2017.</p> <p>Ho: No existe relación entre características socioeconómicas, demográficas con la depresión en los adultos mayores que asisten al Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – 2017.</p>	<p><b>Tipo de Estudio:</b> Cuantitativo Descriptivo transversal Correlacional</p> <p><b>DISEÑO:</b></p> <pre> graph TD     M --&gt; X     M --&gt; Y     X --- r --- Y     </pre> <p><b>DONDE:</b> M= Muestra X= depresión Y= Características socioeconómicas y demográficas r= Relación Unidad entre ambas variables</p>	<p><b>Población:</b> Todos los adultos mayores que se atiendan en consultorios externos del Hospital José Soto Cadenillas en el mes de setiembre 2017</p>

#### 4.6.1 Principios Éticos de la Investigación.

- A. **Autonomía:** la participación fue voluntaria, se ha garantizado que cualquier participante podía negarse o retirarse en cualquier momento si considerase que cualquiera de sus derechos era amenazado (36). En este trabajo de investigación los pacientes geriátricos que participan en el Programa del Adulto Mayor tomaron la decisión de participar o no en la investigación, quienes firmaron un consentimiento informado.
- B. **No maleficencia:** Principio de la bioética que afirma del deber de no hacer a los demás algo que no desean; así mismo es simplemente abstenerse intencionalmente de acciones que puedan causar daño (36). Se recogió la información, luego que el adulto mayor firme el consentimiento informado. En la investigación se tuvo en cuenta los beneficios, puesto que en este estudio no hay riesgo de hacer daño al paciente geriátrico, ya que sólo se busca obtener información, mas no realizar experimentos en dicha población en estudio.
- C. **Justicia.** La población fue elegida de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, por la cual todos los adultos mayores tuvieron la misma posibilidad de ser elegidos (36).
- D. **Beneficencia:** el presente trabajo de investigación será en beneficio de los adultos mayores ya que se implementarán estrategias, planes, para mejorar su calidad de vida. Además, esta investigación servirá de guía para el desarrollo de otros estudios en el futuro (36).

Con respecto a las consideraciones éticas se ha tenido en cuenta el consentimiento informado la cual es un documento informativo en donde se invita a las personas a participar en una investigación. El aceptar y firmar los lineamientos que establece el consentimiento informado autoriza a una persona a participar en un estudio así como también permite que la información recolectada durante dicho estudio, pueda ser utilizada por el o los investigadores del proyecto en la elaboración de análisis y comunicación de esos resultados. (36).

Retiro voluntario de participar en el estudio (aunque al principio haya dicho que sí) sin que esta decisión repercuta en la atención que recibe en el instituto o centro en el que se atiende, por lo que no perderá ningún beneficio como paciente.

El documento del Consentimiento informado debe tener fecha y firmas de la persona que va a participar en la investigación o de su representante legal, así como de dos testigos y se debe especificar la relación que tienen éstos con el participante en el estudio. Además, debe estar marcado el nombre y la firma del investigador que obtiene el Consentimiento informado. También deben de haber en ese documento datos para el contacto de las personas responsables y autoras del protocolo de investigación, tales como un teléfono o correo electrónico, por si requieren comunicarse para cualquier asunto relacionado con el proyecto de investigación. (36).

## CAPITULO V

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Características Socioeconómicas Demográficas de los Adultos Mayores que Asisten al Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas Chota – 2017.

<b>Características</b>	<b>n<sup>0</sup></b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>		
De 60 – 69 años	38	47,5
De 70 - 79 años	34	42,5
De 80 a más	8	10,0
<b>Sexo</b>		
varones	36	45,0
Mujeres	44	55,0
<b>Grado de instrucción</b>		
Analfabeta	20	25,0
Primaria	27	33,8
Secundaria	23	28,8
Superior	10	12,5
<b>Ocupación</b>		
Trabajo privado	10	12,5
Ama de casa	25	31,3
Comerciante	7	8,8
Jubilado	22	27,5
Otros	16	20,0
<b>Estado civil</b>		
Casado(a)	33	41,3
Soltero(a)	8	10,0
Viudo(a)	22	27,5
Conviviente	17	21,3
<b>Tipo de religión</b>		
Católica	64	80,0
Otras	16	20,0
El sueldo mínimo	33	41,3
Más del sueldo mínimo	8	10,0
<b>Con quien vive</b>		
Esposo(a)	22	27,5
Con hijos y nietos	42	52,5
Con otras personas	7	8,8
Solo (a)	9	11,3
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

La tabla 1, nos presenta las características socioeconómicas, demográficas del adulto mayor que participa del estudio, como datos más representativos tenemos que el 47,5% de los participantes tiene entre 60 a 69 años, mientras que el 10,0% tiene 80 años a más. En cuanto al sexo las mujeres representan el 55,0% de la muestra y los hombres el 45,0%. Con referencia al grado de instrucción la mayor parte alcanzó educación primaria 33.8%, y el porcentaje menor tiene educación superior con 12,5%. En relación a la ocupación el 31,3% son amas de casa, y el 8.8% son comerciantes, otras ocupaciones han alcanzado el 20% (zapateros ganaderos, agricultores). Del mismo modo en el estado civil el porcentaje más al alto fue para los casados que representan un 41,1% a diferencia de los adultos mayores solteros que se encontraban en 10%.

En cuanto a la religión el 80% tiene religión católica y el 20,0% profesan otra religión. Finalmente, el 52,5% de los participantes vive con sus nietos y otros familiares y un pequeño porcentaje (11,3%) vive solo. Y finalmente con referencia al ingreso económico el 48,8% refiere que tiene un ingreso económico menor de un sueldo mínimo vital, mientras el 10% tiene un ingreso igual a un sueldo mínimo y solo el 10% recibe mensualmente más de un sueldo mínimo.

La población adulta mayor está en franco crecimiento en el Perú y el mundo, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que al 2015, la población adulta mayor en el Perú representaba el 9,7% de la población (3); en el departamento de Cajamarca el 8,3% de la población tiene más de 60 años y en la provincia de Chota este grupo etario alcanza 16248 personas (4). Como se observa a través de los datos estadísticos la población adulta mayor aumenta drásticamente en todos los ámbitos geográficos. En nuestro estudio como se presenta en la tabla se ha encontrado incluso adultos mayores en la llamada cuarta edad, es decir, con más de 80 años, debemos reconocer, que si bien es cierto este grupo etario va en aumento, sus condiciones de vida a corto y mediano plazo no son adecuadas al contrario, en muchos casos son desfavorables; se ha comprobado que a mayor edad mayor presencia de enfermedades no trasmisibles y pobreza.

Referente al género de los participantes el INEI informó que el 53,3% de los adultos mayores son mujeres y el 46,6% son hombres, en cuanto a este grupo en Cajamarca 58.091 son varones y 68.590 son mujeres (3), como se muestra la mayor cantidad de

adultos mayores son mujeres, así como también en la provincia de Chota, situación similar se ha encontrado en los resultados de nuestro estudio, el mayor número de adultas mayores en nuestra provincia puede estar relacionada con la expectativa de vida mayor, así como las actividades diarias de las mujeres que se dedican mayormente a las labores del hogar y no ponen en riesgo su salud, y los varones por el mismo trabajo agrícola y ganadero se ven sometidos a trabajo duro y continuo, así como hábitos de vida inadecuados como fumar o consumir alcohol por tal motivo están más propensos a sufrir accidentes, enfermar y en casos extremos fallecer.

Con respecto grado de instrucción de los adultos mayores el INEI, en el año 2014, considera que entre los analfabetos el 0,6% son varones y el 1,8% son mujeres; el 2,5% tienen primaria completa y el 4,5% ha tenido superior completa (4). En el departamento de Cajamarca en el año 2012, los adultos mayores están entre los segmentos de población con menor nivel educativo, el 44,9% era analfabeto y el 45,0% estudió educación primaria, seguido por un 22,0% sin nivel educativo o con inicial, el 19,4% alcanzó educación secundaria y el 13,7% educación superior (37). La provincia de Chota se tiene una tasa de analfabetismo de 6,7% presentándose más en el sexo femenino (4).

En la Provincia de Chota el analfabetismo en el adulto mayor se presenta con mayor incidencia en el sexo femenino, este hecho puede relacionarse con la cultura de la población que muchos años atrás pensaba que la educación formal era privilegio de los varones y la mujer debía encargarse del cuidado de los hermanos y de los trabajos domésticos. De otro lado entre los hallazgos se ha encontrado que un porcentaje importante tiene primaria y los que tenían estos estudios mayormente fueron varones (4).

En relación a la ocupación del adulto mayor, ENDES Perú en el año 2014, encontró que el 54,3% eran independientes, mientras que el 41,1% eran amas de casa y el 16,7% eran comerciantes y finalmente el 41,66% sin ocupación (jubilados). y en la Provincia de Cajamarca de en el año 2012 el 59,9% tenía una ocupación fija y otro 45% eran trabajadores independientes se dedicaban a la agricultura, ganadería, comerciantes y artesanía (38).

En nuestro estudio, la principal ocupación entre las participantes son las labores de la casa, debemos indicar que algunos varones también se dedicaban a los quehaceres domésticos en ayuda de sus esposas, situación similar a la encontrada en nivel nacional por la ENDES 2014. De otro lado los adultos mayores sin ocupación (jubilados), también están presentes en un porcentaje importante, generalmente son exempleados del área de educación, o instituciones gubernamentales que ahora subsisten de su pensión, los varones luego de la jubilación no tienen nuevas oportunidades de trabajo, ya sea por falta de capacitación y profesionalización, además el grado de instrucción de la gran mayoría es primaria o son analfabetos, situación que limita su acceso al trabajo formal. Debemos mencionar que en la Provincia Chota como en otras partes del Perú existen muchos adultos mayores que se dedican a trabajos independientes como carpinteros, agricultores, zapateros, entre otros; cabe indicar que la situación económica precaria de un grupo numeroso de ancianos ha obligado que las mujeres se dediquen a labores de la casa y a pequeños trabajos de bordado, costura o venta de animales pequeños.

De acuerdo al estado civil nuestros hallazgos son similares con los encontrados en el estudio realizado en Colombia (11), donde la mayor parte de la población en estudio estaba casada/as y en segundo lugar se encontraban los viudos/as. Así mismo en otro estudio realizado en Cuba (12), que encontró que el estado civil casado y viudo fueron los de mayor reporte. Al respecto debemos mencionar que en nuestro país la mayoría de adultos mayores son casados esto quizás por la idiosincrasia de las generaciones anteriores donde no se aceptaba relación de pareja que no fuera por unión legal e incluso religiosa para establecer un hogar y tener hijos, otra gran parte de los participantes son viudos, se conoce que la expectativa de vida es mayor en las mujeres por tanto generalmente quien fallece primero es el hombre, según referencias de ellas mismas el deceso de su cónyuge fue por accidente o por alguna enfermedad.

Del total de la población adulta mayor de 60 y más años en el Perú en cuanto al tipo de religión se estima que, el 85,5% tiene religión católica, y el 14.5% pertenecen a otro tipo de religión. De igual forma en la zona rural es lo que se encontró a más personas que pertenecen a la religión católica que en la zona rural, los datos estadísticos no varían mucho sea campo o la ciudad (37).

Sobre la religión de los adultos mayores participantes predomina la religión católica; de presencia antigua en Chota, es notable el fervor de los ancianos al asistir a misa o a las procesiones religiosas, es frecuente el acercamiento a la religión con la edad en especial las adultas mayores, quienes son requeridas para rezos en festividades o celebraciones religiosas. Esta situación no es muy común entre los varones.

Según el ENDES, el adulto mayor en el Perú: 27% viven con cónyuges, hijos y nietos, 18% manifestaron vivir solos y a un mínimo 3,03% vive con hermanos (38). Estos resultados defieren a lo encontrado; sobre la persona con quien el adulto mayor vive, podemos decir, que en la zona urbana comúnmente viven con sus nietos e hijos, donde se encuentra bajo su amparo económico y emocional, ya que como se mencionaba en la mayoría de los casos la pensión por jubilación es insuficiente y el anciano no puede subsistir sin la ayuda de otros familiares y el adulto mayor busca el amparo emocional en especial cuando la/el esposa/o ha fallecido. El adulto mayor se ha convertido en la mayoría de los casos en la persona que cuida de los nietos pequeños cuando el padre o la madre de los niños sale a trabajar o estudia, labor que realizan en apoyo a la familia, pero no es una obligación para ellos, las mujeres ancianas suelen dedicarse también a quehaceres del hogar, es común encontrar esta situación en Chota.

En la zona rural, la pareja conserva su espacio ya que es común que los hijos vivan en una casa aparte, la pareja vive junta hasta que uno de los cónyuges fallece y es ahí cuando los hijos acogen en la casa al padre o la madre que ha quedado solo y/o tiene alguna enfermedad que requiere cuidado. Un tema aparte son los adultos mayores que viven solos sin compañía ni protección, según, referían habían tenidos hijos pero lamentablemente fueron abandonados esta realidad se viene suscitando en todas partes del Perú.

En referencia al ingreso económico de los participantes del estudio el alto porcentaje de adultos mayores que percibe mensualmente menos o igual a un sueldo mínimo vital, los encuestados refieren que no tienen un ingreso económico mensual seguro, otros son jubilados con una pensión entre 250 y 400 soles mensuales, por tanto están obligados a trabajar para sustentar el hogar y muchas veces solo alcanza para su alimentación y algunas medicinas, muchos de ellos buscan trabajo pero son rechazados por la falta de preparación o no tienen el vigor para trabajos que requieren

fuerza muscular. Aun muchos son jefes de familia, según el INEI del total de hogares del país, el 27,2% tiene como jefe/a de hogar a un/a adulto/a mayor. Según sexo, existen más mujeres que hombres adultos/as mayores como cabeza de hogar. Así, del total de hogares que son conducidas por mujeres el 33,0% son adultas mayores, en el caso de los hogares con jefe hombre el 25,0% son adultos mayores (37). Es por esta razón que algunas personas mayores tienen que velar económicamente por hijos menores de edad o nietos, haciendo más precaria su situación económica y social.

Cajamarca es una de las regiones que concentra la mayor proporción de adultos mayores en situación de pobreza extrema el 17,2% maneja menos del sueldo mínimo seguida en segundo lugar por Puno (12,5%). Para el caso de los pobres no extremos, Puno concentra la mayor proporción (12,5%) es decir tiene el sueldo mínimo o más del su sueldo mientras en Lima se concentra la mayor proporción de personas de 65+ consideradas no pobres. Por otro lado, si se analiza la composición de la población de adultos mayores de cada una de las regiones de acuerdo a la situación de pobreza puede observarse que Apurímac muestra la peor tasa de pobreza extrema de la población de 65+ (35,2%) (37).

Situación aparte son los ancianos que viven solos, muchas veces la necesidad los obliga a mendigar o acogerse bajo la protección de algún hijo. El programa de Pensión 65, ha representado una gran ayuda económica, sin embargo, como toda política social, no está focalizada y no se ha identificado a adultos mayores que realmente necesitan este apoyo económico, este aporte se diluye entre la burocracia y los malos manejos de autoridades y encargados del programa.

El adulto mayor sufre una marcada disminución en el funcionamiento de su sistema inmunitario como consecuencia tanto de la edad como de sus estilos de vida mayormente inadecuados, la hipertensión arterial es la enfermedad crónica más frecuente entre los ancianos de la zona, relacionada con su alimentación con alto contenido en sal y grasa animal, la diabetes mellitus también es producto de una dieta no balanceada y el sedentarismo muy frecuente en Chota, entre otras enfermedades, existen problemas respiratorias como bronquitis, y neumonía de incidencia frecuente en el invierno.

Como se muestra los resultados de adultos mayores suelen atravesar por una situación en desventaja frente a otros grupos etarios; la falta de acceso a la educación y al trabajo condena al anciano a la pobreza y al abandono, y por otro lado las enfermedades no transmisibles empeoran aún más su situación, provocando que este envejecimiento no sea una etapa más de la vida sino una época de enfermedad, necesidades, desamor y discriminación e incluso violencia tanto familiar como fuera del hogar. Zavala al respecto señala si bien es cierto que el envejecer implica un deterioro biológico, son las condiciones sociales y económicas de carencia de servicios y las ideas contenidas en el modelo médico tradicional las que restan oportunidades para que el anciano se mantenga activo y autovalente y poder trabajar. Cada individuo que envejece debe crearse un personaje e improvisar su actuación: la dificultad de esto implica que sólo algunos lo logran y otros deben resignarse al estrecho mundo de las cuatro paredes del hogar y no poder colaborar para el sustento de la familia convirtiéndose en una carga que muchas veces es difícil de sobrellevar (39).

Tabla 2. Depresión en los adultos mayores que asisten al Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – 2017

<b>Depresión</b>	<b>n<sup>0</sup></b>	<b>%</b>
Sin depresión	13	16,3
Con depresión	67	83,7
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100.0</b>

En cuanto a la presencia de depresión en los adultos mayores participantes del estudio; el 83,7% tienen depresión, mientras que el 16,3% no presenta esta enfermedad de salud mental

En Estados Unidos y Europa la prevalencia de depresión en el adulto mayor oscila entre el 6% y el 20 %, aunque en Italia asciende hasta el 40%. En el caso de México, hasta el 2011, la prevalencia fue de 5.8% en las mujeres, y 2,5% en los hombres, incrementándose con la edad. Otros estudios reportan que este es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, se presenta entre un 15 a 20%, en la población ambulatoria, incrementándose hasta en 25 a 40% en la hospitalizada (8).

Nuestros hallazgos son similares a los resultados del estudio realizado en Puerto Rico (14), donde el porcentaje más alto se presentó en aquellos con depresión y un porcentaje menor sin depresión. Pero son diferentes a los hallazgos de un estudio realizado en la Ciudad de Chota, se encontró que la mayor parte de los adultos mayores encuestados no tenía depresión (25).

Los sentimientos de depresión se pueden describir como sentirse triste, melancólico, infeliz, miserable o derrumbado. La mayoría de las personas se sienten de esta manera una que otra vez durante períodos cortos, pero la verdadera depresión clínica es un trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período prolongado (26). En nuestros resultados debemos resaltar a la depresión, que según lo mencionado por el autor suele implicar para el adulto mayor afectados cambios en sus hábitos y costumbres que pueden pasar desapercibidos por sus familiares, confundiendo este cuadro psicológico con una enfermedad física o no le dan la debida importancia asumiendo que es normal en el envejecimiento.

La situación suele recrudecerse cuando el adulto mayor está afectado de alguna enfermedad no trasmisible, y nota cambios drásticos en su modo de vida producto de la enfermedad como: dolor, disminución de la energía, de la memoria, o en esta etapa pueden producirse cambios en los roles familiares producto de la jubilación, es ahí cuando la depresión puede hacerse presente; en concordancia con este punto Marín J, refiere que bajo el punto de vista estos cambios psicológicos se presentan más acentuados cuando la persona empieza a notar que los cambios físicos y biológicos generan una pérdida, real o subjetiva, de la independencia que vivía hasta entonces (34).

El Programa del adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas, brinda atención a personas con diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus entre otras enfermedades no trasmisibles; factores como el control médico continuo, el consumo diario de dos o más medicamentos, cambios radicales en el estilo de vida, tensión familiar, además los signos y síntomas propios de la o las patologías, pueden provocar alteraciones emocionales como la depresión.

Dentro de nuestros resultados la depresión tiene porcentajes importantes (83,8%), situación que como enfermeros nos preocupa, y nos hace preguntarnos por las causas y consecuencias de este problema de salud que es común en este grupo, la Organización Mundial de la Salud – OMS, señala que la depresión en el adulto mayor puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (6).

Es necesario reconocer la magnitud de la depresión en este grupo etario, los adultos mayores sufren muchas veces de manera silenciosa este problema de salud, en especial quienes viven solos o están padeciendo una enfermedad crónica como nuestros participantes, posiblemente la situación sea más difícil para aquellos que viven solos por diversos motivos ya sea muerte del conyugue, o abandonos de sus familiares, es estos casos donde al anciano requiere cuidado especial por la enfermedad crónica que padece posiblemente la depresión sea más severa. Así lo refiere Marín J, la persona cuando llega a envejecer sufre un aumento de la vivencia de pérdidas, entendiendo pérdida

como la vivencia por la cual sentimos que ya no tenemos algo, a nivel real y subjetivo que es significativo para nosotros. Dichas pérdidas afectan a todos los ámbitos, aunque en este artículo se centra en las pérdidas a nivel afectivo. Todas las pérdidas implican un proceso de duelo, es decir, de un trabajo psíquico. El superar la pérdida es vital para la persona que envejece, disminuyendo la probabilidad de que se produzcan repetidas crisis de identidad o que se atenúen las repercusiones de las mismas en la vida de las personas adultas mayores (34).

Como enfermeros estamos seguros que la depresión aparece cuando el adulto mayor ya no realiza sus actividades cotidianas por los cambios físicos y biológicos que se suscitan en el envejecimiento o como resultado de las enfermedades que padece, por tanto, suele sentirse inútil y una carga para su familia, así lo señala Marín J. Estos cambios psicológicos se presentan más acentuados cuando la persona empieza a notar que los cambios físicos y biológicos generan una pérdida, real o subjetiva, de la independencia que vivía hasta entonces (34).

El mismo autor refiere que la pérdida de un ser querido como un conyugue u otro familiar, también suele provocar depresión. El duelo es el conjunto de reacciones de tipo físico, emocional y social que se producen por la pérdida de una persona que nos es cercana. Dependiendo de la intensidad de la relación podremos experimentar, desde un sentimiento transitorio o de tristeza, hasta una desolación completa que puede persistir por años o volverse crónica. El perder a un ser querido representa un gran trauma emocional que nos hace especialmente vulnerables a padecer una enfermedad física y trastornos mentales (34).

El contexto que rodea al adulto mayor en la mayoría de los casos es poco favorable, la pobreza el analfabetismo las enfermedades no trasmisibles, una situación familiar conflictiva, pueden provocar problemas emocionales como depresión y en muchas ocasiones convertirse en un problema de salud severo, que si no es atendido oportunamente puede provocar un intento de suicidio y la muerte. El adulto mayor al ser una población en franco aumento requiere de políticas y lineamientos efectivos que disminuyan las brechas tanto sociales como la pobreza y la violencia, así como las sanitarias como la presencia de enfermedades crónicas y la depresión, existe personal de salud que labora directamente con adultos mayores, pero son grupos aislados, se

requiere plantear y desarrollar políticas, y actividades preventivas y promocionales para mejorar la calidad de vida de esta población, tanto a corto como a largo plazo.

En el Perú existe políticas con relación a la salud mental de las personas desde una perspectiva integral en dialogo con el modelo de atención (MAIS), el cual constituye el actual marco de referencia en salud, en tanto supone una atención orientada a la promoción, prevención, recuperación, y rehabilitación de la salud de las personas en el contexto de su familia y comunidad (5).

Estas políticas de salud mental no están centradas solo en la atención psiquiátrica y en la población discapacitada sino en la población en general, y propone un abordaje interdisciplinario, multisectorial y comunitario. Se basa en un diseño de trascender un modelo de atención y aportar también por la promoción de entornos saludables y de vida sana.

Tabla 3. Depresión según enfermedad en los adultos mayores que asisten al Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – 2017

Depresión	Enfermedad									
	HTA		Neumonía		Diabetes Mellitus		Gastritis Crónica		Otros	
	n <sup>0</sup>	%	n <sup>0</sup>	%	n <sup>0</sup>	%	n <sup>0</sup>	%	n <sup>0</sup>	%
Sin depresión	5	17,2	0.0	0,0	2	11,1	2	20,0	4	26,7
Con depresión	24	82,8	8.0	100,0	16	88,9	8	80,0	11	73,3
Total	29	100,0	8.0	100,0	18	100,0	10	100,0	15	100,0

Chi-cuadrado 1.725

Valor p 0.731

En la tabla 3, los porcentajes más resaltantes son: en los adultos mayores con hipertensión arterial el 82,8% tienen depresión, en quienes padecen de neumonía 100% presentan depresión. De igual manera los que sufren diabetes mellitus 88,9% tiene depresión, del mismo modo los ancianos con gastritis crónica el porcentaje mayor 80%, presenta este problema psicológico, finalmente en otros (cefaleas, osteoporosis, infecciones urinarias) el 73,3% también tiene depresión. Por motivos de análisis estadístico se ha considerado a los adultos mayores con depresión y sin depresión.

Con respecto a las enfermedades en los adultos mayores, el Ministerio de Salud (MINSA) en el año 2013, informó que las infecciones respiratorias agudas bajas, ocuparon el primer lugar entre los diagnósticos de defunción (14,7%) le siguen las enfermedades cerebro vasculares, las enfermedades hipertensivas y las isquémicas del corazón. Las muertes por diabetes mellitus representaron el 3,9%, seguida de la insuficiencia renal y las cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado. En cuanto al departamento de Cajamarca y la provincia de Chota según la DIRESA estableció que un 56% de las personas adultas sufren infecciones respiratorias, y un 40% padecen HTA, y el 35% sufren de gastritis (5). En la DISA CHOTA, las principales causas de atención en los consultorios externos de los establecimientos de

salud en año 2016 fueron las Infecciones Respiratorias Agudas y las enfermedades cardiacas que ocuparon el primer lugar con un 29,31%, en segundo lugar se registraron las enfermedades del sistema digestivo con el 15,92%, en tercer lugar las enfermedades infecciosas y parasitarias con el 11,19%, enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo con el 7,79% seguido de las enfermedades del sistema genitourinario con el 6,59% entre otras (40).

Nuestros resultados guardan similitud con los hallazgos de Noriega L que encontró que el 75% de los pacientes hospitalizados con HTA presentaba algún síntoma depresivo, y el 18,3% pacientes con gastritis crónica y neumonía también presentaban depresión (24).

La mayor parte de nuestros participantes, presentan hipertensión arterial y acuden mensualmente a las reuniones programadas por la enfermera encargada del Programa del adulto mayor, asisten para sus controles de PA, sesiones educativas sobre dieta y el consumo de sal, ejercicio físico, control de estrés, etc. El trastorno depresivo en estas personas puede asociarse con los signos y síntomas de la enfermedad que son agobiantes, al consumo de medicamentos de por vida; muchos quisieran continuar con su vida normal, pero que lamentablemente no pueden hay que tener en cuenta que estas enfermedades se presenta mucho en este grupo etario y junto con ello va acompañado estos problemas depresivos donde la persona se isla y empeorando mucho más su enfermedad.

Los adultos mayores con neumonía también presentaron depresión; muchos proceden de la zona rural, donde mayormente cocinan con leña y por tanto están expuestos al humo casi las 24 horas del día; esta situación posiblemente provoque cambios en el tracto respiratorio como pérdida de los cilios respiratorios y por tanto pérdida de la capacidad de protección para que finalmente el adulto mayor esté propenso a infecciones respiratorias, éstas provocan fiebre, disminución del apetito, pérdida de la energía, malestar general, como toda enfermedad requiere de medicamentos para estar bien de salud pero se hace molesto cuando se consume diariamente, las personas que tienen neumonía son las más propensas a sufrir depresión en nuestro estudio ya que de no poder realizar sus actividades con normalidad se sienten inútiles es donde ahí que probablemente se da inicio a estos trastornos.

Nuestros resultados muestran depresión en los adultos mayores con diabetes mellitus, que al ser una enfermedad crónica necesita un tratamiento médico sumado a un control dietético estricto además de ejercicio, controles de glucosa, entre otros, los enfermos conocen las consecuencias negativas de la diabetes a largo plazo y esa realidad los atemoriza de gran manera provocando trastornos emocionales como tristeza y depresión. En México una investigación concluyó que la prevalencia de depresión es alta en las personas con diabetes, las mujeres tienen mayor riesgo con 63%. La edad no muestra asociación entre personas con diabetes que están deprimidas (9).

De otro lado los adultos mayores con gastritis crónica presentaron depresión en un porcentaje importante, al parecer el ardor estomacal agudo y continuo provoca sentimientos de tristeza y minusvalía en los enfermos. En el grupo de otros donde están incluidas las cefaleas o infecciones urinarias, también presentaron depresión en una proporción mayor, situación que nos hace pensar que estas personas no solo tienen una enfermedad sino presentan más de una convirtiéndose en adultos mayores polipatológicos.

Debemos tener en consideración que la depresión muchas veces es silenciosa y con el tiempo puede convertirse un problema crónico, es responsabilidad del/a enfermero/a de velar por el estado emocional del paciente y de la familia, brindando una atención no solo física o fisiológica sino también acercándose al paciente como ser humano, dejando de lado el modelo biomédico de atención, es importante brindar un cuidado humano tanto al adulto mayor enfermo como a la familia que es el sistema de apoyo clave para la recuperación de la salud o en todo caso para evitar consecuencias graves o trágicas en la salud y vida del anciano. Los adultos mayores participantes del estudio que presentan depresión son una clara muestra del efecto negativo de las enfermedades no transmisibles en su estado físico y emocional que puede ser permanente si el personal de salud y la familia no actúa oportunamente

Finalmente, estos resultados son similares a los hallazgos en el hospital militar de Santiago que se encontró: el 3,6% presentó depresión, (enfermedades cardiovasculares), 28,9% tenía problemas de depresión moderada (diabetes mellitus, gastritis crónica y aguda). Los síntomas más frecuentes fueron sentimientos de inutilidad (42,9%), intranquilidad (38,6%), dificultad para hacer las cosas (31,8%) y

dificultad para tomar decisiones (31,7). El 62,5% de estos participantes tenía una percepción de autoeficacia entre moderada y baja (14).

Es importante señalar que en el proceso de envejecimiento las pérdidas funcionales en los distintos órganos y sistemas se producen de una manera muy diferente en cuanto a intensidad a de unos a otros, existiendo también una gran variabilidad individual entre las personas, así mismo las enfermedades no trasmisibles suelen variar en intensidad y gravedad de un anciano a otro, pero finalmente son un serio problema de salud para los afectados y sus familias, los trastornos emocionales como la depresión complican su enfermedad y afectando negativamente su calidad de vida y provocando que el adulto mayor se convierta en ser dependiente tanto física como emocionalmente.

Tabla 4. Depresión según edad de los adultos mayores que asisten al Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – 2017

Depresión	Edad					
	60 – 69 años		70 - 79 años		80 a más	
	n <sup>0</sup>	%	n <sup>0</sup>	%	n <sup>0</sup>	%
Sin depresión	8	21,1	4	11,8	1	12,5
Con depresión	30	78,9	30	88,2	7	87,5
Total	38	100,0	34	100,0	8	100,0
Chi-cuadrado	1.229					
Valor p	0.541					

En la tabla 4, como datos representativos tenemos que los adultos mayores entre 60– 69 años el 78,9% tiene depresión, así como los participantes entre 70 – 79 años 88,2% y finalmente quienes tienen 80 años a más el 87,5% también tiene depresión.

Los resultados guardan similitud con los hallazgos de Sotelo A, donde en el grupo entre 60 a 96 años de edad, de los evaluados, un 22,13% obtuvo un test de Yesavage positivo, siendo un 28,12% en varones y 16,41% en mujeres (15).

Son conocidos los cambios sociales, económicos e incluso culturales que se presentan durante el envejecimiento, esta etapa está rodeada muchas veces de estereotipos negativos sobre la vejez y los adultos mayores, algunos incluso promueven la violencia dentro o fuera de la familia, de otro lado los cambios físicos son más notables mientras avanza la edad, y la presencia de una enfermedad no trasmisible puede ser incapacitante obligando al adulto mayor a vivir bajo el amparo de los hijos o nietos, el resultado pueden ser trastornos emocionales como la depresión, que se hacen crónicos mientras avanza el tiempo y la familia no le da importancia o no actúa oportunamente.

Situación aparte es la pérdida de seres queridos que se hace más frecuente mientras el adulto mayor avanza en edad, la muerte del conyugue, amigos, hermanos, el alejamiento de los hijos cuando forman su propia familia o deben migrar buscando trabajo,

intensifica la sensación de soledad, y depresión, para el anciano la familia brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas.

Zavala, señala que aun cuando la gran mayoría de las personas adultas mayores son relativamente independientes y físicamente aptas y funcionales, el grupo de los mayores de 80 son más dependientes, más aún si su nivel socioeconómico y estado de salud son limitados. Menciona que la familia debe velar por estas personas a un cuando todavía sean independientes mucho con más razón si son dependientes, a través del apoyo social, económico y hasta espiritual (39). En nuestro país y región existen muchos adultos mayores que son abandonados o ingresados en asilos, afectando enormemente su salud mental y conllevando a estas personas en la mayoría de casos a deceso. Un envejecimiento exitoso y saludable tiene que ver con la funcionalidad biológica y social que permite la plena integración social y familiar de los que envejecen, lo que implicará superar las barreras sociales y culturales que aún persisten e impiden a los adultos mayores desarrollar sus potencialidades. En las modificaciones que deban realizarse están involucrados el estado, las organizaciones sociales, la comunidad, la familia y cada uno de los individuos.

La familia como eje principal del cuidado del anciano debe estar siempre pendiente de su calidad de vida, también es responsable el Estado a través de los programas sociales de garantizar el estilo de vida positivo y el acceso a salud de la población adulta mayor así como disminuir los índices de trastornos depresivos en el anciano que provoca sufrimiento y otras dolencias.

Al avanzar la edad, el anciano siente que su salud se deteriora así como su vigor y fuerza para realizar actividades que anteriormente eran fáciles de hacer, es en este momento que puede presentarse la depresión, así lo afirma Aponte Daza, el deterioro que se presente tanto físico como mental, hace que la persona reduzca su redes sociales y emocionales, posibilitando así la depresión y que las enfermedades crónicas se vuelvan más nocivas para la persona (42).

No se ha encontrado relación estadística significativa entre la edad con la presencia de depresión con un valor de  $P = 0.541$  y  $\chi^2 = 1.229$ .

Tabla 5. Depresión según sexo de los adultos mayores que asisten al Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – 2017.

Depresión	Sexo			
	Varones		Mujeres	
	n <sup>0</sup>	%	n <sup>0</sup>	%
Sin depresión	7	19,4	6	13,6
Con depresión	29	80,6	38	86,4
Total	36	100,0	44	100,0
Chi-cuadrado	0.491			
Valor p	0.484			

En la tabla 05, se observa que en ambos sexos la presencia de depresión es mayor, en los masculinos alcanzó el 80,6% y en las femeninas 86,4%.

Nuestros hallazgos son similares a los resultados de Rodríguez L, donde 28 de los ancianos atendidos diagnosticados con depresión (25%), y predominó el sexo femenino en las edades de 70 y 79 años (19). En este estudio realizado se evidencio con más frecuencia la depresión en el sexo femenino, posiblemente se pueda presentar por la equidad de género, por la misma cultura de la población. El varón ha tenido más derecho en todos los aspectos como jefe del hogar, educación, etc. Dejando a la mujer en el cuidado de los más miembros del hogar.

Podemos notar que en los diversos estudios la mujer suele presentar una proporción mayor de depresión en comparación con los hombres, una de las posibles razones puede ser la expectativa de vida mayor, por tanto sobreviven a sus esposos luego que ellos fallecen, sin embargo, las mujeres viven más años que los hombres pero están expuestas a sufrir alguna enfermedad crónica que disminuye su calidad de vida..

Otro factor importante es la violencia familiar a la que es sometida la mujer, por el padre cuando es una niña, por el esposo cuando forma una familia y finalmente por los hijos y nietos cuando es anciana, las agresiones físicas o psicológicas son comunes en

la sierra peruana donde el varón ejerce un poder absoluto en la familia, sobre todo en la mujer adulta mayor analfabeta desprovista de todo ingreso económico, la OPS, refiere que el género puede ser un factor determinante del maltrato a los ancianos, porque es posible que las mujeres mayores hayan sido objeto de opresión y hayan estado en situación de desventaja económica a durante toda su vida, muchas viven en condiciones de pobreza, sin poder satisfacer las necesidades vitales básicas y sin contar con el apoyo de la familia, factores que agravan el riesgo de maltrato, descuido y explotación. Donde allí estas personas sufren de depresión (41).

No todas las personas viven la vejez de la misma manera, pues su funcionamiento durante ésta se encuentra relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realiza durante el transcurso de su vida; es decir, “la vejez se construye desde la juventud”. Así, a pesar de que el proceso de envejecimiento es normal, natural e inevitable, puede tener distintos resultados, generalmente reflejo de los cuidados o descuidos tenidos a lo largo de la vida (42). Si hablamos en el sexo femenino las quehaceres del hogar, la preocupación misma de ver a su familia en buenas condiciones y que todos los años tiene que ser las mismas actividades hace que la mujer sea más susceptible a los cambios físicos y emocionales y generando en ella no solo las enfermedades cardiovasculares si no también los problemas depresivos.

La depresión en los hombres es una situación que debemos analizar teniendo en cuenta el contexto social y cultural en el que se desenvuelve; en la sierra peruana antiguamente se educaba a los niños bajo estrictas normas de comportamiento y creencias que ahora consideramos arcaicas, los ancianos aprendieron desde niños que no pueden mostrar sus emociones porque son una señal de debilidad, deben ser los jefes del hogar, mantener y proteger a la familia, y posiblemente no asumen la depresión que padecen; esas pueden ser las razones del porcentaje menor de depresión encontrado. De otro lado aquellos adultos mayores con depresión usualmente perdieron a su conyugue o algún ser querido o más frecuentemente la jubilación o el cese del trabajo provoco un cambio de roles y status dentro de la familia.

No se ha encontrado relación estadística significativa de género con la presencia de depresión con un valor de P 0.484 y  $\chi^2$  0.491.

Tabla 6. Depresión según Grado de instrucción de los adultos mayores que asisten al Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – 2017.

Depresión	Grado de instrucción							
	Analfabeta		Primaria		Secundaria		Superior	
	n <sup>0</sup>	%	n <sup>0</sup>	%	n <sup>0</sup>	%	n <sup>0</sup>	%
Sin depresión	2	10,0	4	14,8	4	17,4	3	30,0
Con depresión	18	90,0	23	85,2	19	82,6	7	70,0
Total	20	100,0	27	100,0	23	100,0	10	100,0

Chi-cuadrado 2.026

Valor p 0.567

Como se observa en la presente tabla, en cuanto al grado de instrucción y la presencia de depresión, encontramos que la depresión está en porcentajes mayores en todas las categorías así, en los adultos mayores analfabetos presentan depresión el 90%, la depresión en aquellos que tienen algún grado de primaria alcanzó el 85,2%, en quienes tienen secundaria el 82,6% padece depresión, y finalmente los adultos mayores con instrucción superior el 70% evidencia depresión.

los resultados guardan similitud a los hallados en un estudio titulado Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del centro poblado los coronados Mochumí Lambayeque, donde en relación al grado en instrucción en aquellas personas con depresión el 55% son analfabetos, 42% tuvieron primaria completa y incompleta 38,9% con instrucción secundaria; además el 32% con superior (23).

La depresión que se presenta en los adultos mayores analfabetos, puede asociarse a la dificultad para acceder a un empleo necesario para solventar alimentación, vivienda, medicinas, etc. También pueden no entender sus cambios de ánimo, y tristeza, suelen confundir la depresión con una enfermedad física, no le dan importancia al trastorno emocional dejándolo de lado, pueden sufrir discriminación por la familia, o viven solos. Los participantes con algún grado de primaria presentan una situación parecida, ya que muchos apenas pueden firmar su nombre o leer con dificultad, necesitan ayuda para leer los medicamentos o recetas provocando inseguridad y sensación de impotencia, por

tanto, la depresión es consecuencia de la disminución de la autoestima, la falta de apoyo social y la presencia de una enfermedad crónica.

Los adultos mayores con educación secundaria y aquellos con instrucción superior presentan depresión en menor porcentaje, ya que la gran mayoría accedieron a un trabajo y han atravesado por la jubilación, y posiblemente este puede ser un motivo para la depresión, ya que la pensión para la mayor parte de jubilados es ínfima, lo que no permite llevar una vida cómoda y sin preocupaciones. Además el cambio de roles y status familiar puede provocar inseguridad en el anciano.

La familia cumple un papel muy importante en la vida del adulto mayor en especial, si es analfabeto o solo tiene primaria, ya que una vez identificada la depresión, se debe iniciar un trabajo continuo, generando emociones positivas, promoviendo un sentimiento de utilidad, establecer una rutina de actividades, con la participación activa de la familia y el adulto mayor que debe conocer, y comprender y aceptar el trastorno emocional por el que atraviesa.

No se ha encontrado relación estadística significativa entre grado de instrucción con la presencia de depresión con un valor de  $P = 0.567$  y  $\chi^2 = 2.026$

Tabla 7. Depresión según ocupación de los adultos mayores que asisten al Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – 2017.

Depresión	Ocupación									
	Trabajo Privado		Ama de casa		Comerciante		Sin ocupación		Otros	
	n <sup>0</sup>	%	n <sup>0</sup>	%	n <sup>0</sup>	%	n <sup>0</sup>	%	n <sup>0</sup>	%
Sin depresión	1	10,0	5	20,0	0	0,0	6	27,3	1	6,3
Con depresión	9	90,0	20	80,0	7	100,0	16	72,7	15	93,8
Total	10	100,0	25	100,0	7	100,0	22	100,0	16	100,0

Chi-cuadrado 5.043

Valor p 0.283

Como se observa en la tabla 8, en el grupo de adultos mayores que se dedican al comercio el 100% presentó depresión, en segundo lugar otros (zapateros, agricultores, ganaderos) con 93,8%, después los trabajadores independientes con 90%; las amas de casa con 80% y finalmente sin ocupación con 72,7%.

Estos resultados guardan cierta semejanza en una investigación realizada en Guatemala, los resultados fueron: que las amas de casa presentan depresión un 39,5% los ancianos dedicados a trabajos independientes 35%; jubilados 38,2% y pacientes sin oficio 45% (16).

Los adultos mayores que se dedican al comercio y a otras ocupaciones como zapateros agricultores o ganaderos, presentan los porcentajes más altos de depresión, posiblemente el no contar con un ingreso económico seguro para comer, comprar las medicinas, o alguna emergencia, puede provocar sentimientos de indefensión, preocupación y tristeza. Del mismo modo los participantes que se dedican a trabajos independientes también perciben un ingreso económico bajo aunque permanente, y si bien es cierto los ancianos esperan su llegada saben que posiblemente no alcance para cubrir las necesidades esenciales como su alimentación vestido y salud ; muchos son aun jefes de familia y tienen a su cargo a hijos o nietos menores de edad en etapa escolar o universitaria, y son ellos quien debe asumir la manutención de aquellos bajo

su responsabilidad. De otro lado el nivel de pobreza y pobreza extrema en los adultos mayores es alta, según ENDES Perú los niveles más altos de pobreza se encuentran en el ámbito rural, donde se ubica el 60,7% de los adultos pobres el 82,4% de los adultos mayores en pobreza extrema (38).

La depresión en las adultas mayores que se dedican a labores de la casa puede estar relacionada a los cambios que se dan en la familia como el alejamiento de los hijos para formar una nueva familia, dejando a los padres solos, o al contrario dejando el cuidado de los nietos bajo la responsabilidad de los abuelos porque los padres de los niños deben trabajar y/o estudiar, obligando a los abuelos a cuidar de los nietos, función que no les compete y que genera a corto plazo sentimientos de pérdida de control sobre su entorno, situación que se agudiza cuando está presente una enfermedad no trasmisible.

Finalmente la depresión en los adultos mayores sin ocupación (jubilados). puede asociarse al alejamiento del ambiente laboral y el cambio de estatus que la jubilación trae consigo, muchos hubieran deseado continuar trabajando pero por cuestiones legales no es posible, este cambio laboral puede provocar sentimientos de inutilidad e impotencia y finalmente depresión.

La elevada presencia de depresión en los participantes de nuestro estudio, nos plantea la necesidad de analizar la situación política y demográfica de este grupo etario, ya que el Estado frente al creciente número de adultos mayores en el país, no plantea acciones que promuevan la independencia económica y social de los ancianos, solo ha planteado políticas asistencialistas, paternalistas que no llegan a los más necesitados. Aponte Daza señala que el hecho de que la población anciana vaya en aumento deriva en la necesidad de que se desarrollen planes de acción para la atención adecuada y necesaria en el ámbito de la salud, en lo social y en lo económico. Que se garantice una atención médica y psicológica de calidad, una sociedad que no los segregue y estigmatice, sino al contrario, que los dignifique. (42).

No se ha encontrado relación estadística significativa entre la ocupación con la presencia de depresión con un valor de  $P = 0.283$  y  $\chi^2 = 5.043$ .

Tabla 8. Depresión según estado civil de los adultos mayores que asisten al Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – 2017.

Depresión	Estado civil							
	Casado(a)		Soltero(a)		Viudo(a)		Conviviente	
	n <sup>0</sup>	%						
Sin depresión	5	15,2	1	12,5	6	27,3	1	5,9
Con depresión	28	84,8	7	87,5	16	72,7	16	94,1
Total	33	100,0	8	100,0	22	100,0	17	100,0

Chi-cuadrado 3.419

Valor p 0.331

Como se muestra en la presente tabla los adultos mayores convivientes el 94,1% presentaron depresión, luego el grupo de solteros con 87,5%, los ancianos casados presentaron depresión en 84,8% y en último lugar los viudos con 72.7%.

los resultados encontrados tienen parecido en una investigación realizada en México donde los porcentajes más altos se mostraron en los adultos mayores solteros 34%, casados 38%, viudos, 45% y convivientes 28% (16). De igual manera en otro estudio realizado en México los adultos mayores que sufrieron de depresión fueron los divorciados y solteros con 34% mientras el casado fue de 40%, viudos 43% (10).

El alto porcentaje de depresión de adultos mayores convivientes y casados, es especialmente peculiar, en Chota como parte de la sierra, se considera que la mujer debe vivir bajo la protección y la autoridad del varón, y se ha comprobado los casos de violencia contra la mujer en cualquier etapa de su vida y la cual con ello altera el estado emocional de la persona violentada iniciándose los problemas depresivos, por tanto, posiblemente si la mujer fue violentada por su esposo o pareja en su juventud, el maltrato continúe aun en la vejez, además los cambios psicológicos en el proceso de envejecimiento y la percepción que el individuo tenga de este proceso puede provocar cambios de humor e impaciencia tanto en mujeres como en hombres, ya que los varones

también pueden ser los agredidos cuando tienen una edad muy avanzada y tiene algún tipo de dependencia, por tanto las relaciones de pareja pueden crear conflictos y provocar trastornos emocionales.

Es notable la presencia de depresión en los adultos mayores solteros, ya que viven con algún familiar cercano como los hermanos, que acogen a la hermana soltera, que queda sola y posiblemente desamparada luego de la muerte de los padres, posiblemente es la pérdida de los seres queridos y el dolor emocional lo que provoca depresión. O pueden vivir solos al no tener el apoyo o ser acogidos por algún familiar, los ancianos quedan desprotegidos y sumidos en la soledad y por lo tanto la depresión es el resultado más lógico. Aponte Deza señala en este caso que las personas de la tercera edad, temen perder su buen funcionamiento mental y físico, y esto puede agudizarse si la persona presenta depresión e impotencia, ya que los mismos generan la pérdida del control de sus propios cuerpos. Estos problemas muchas veces general que los ancianos se aíslen y se sientan inútiles haciendo que su vida sea cada vez más complicada (42).

Los viudos también son afectados por la depresión aunque en menor proporción, la muerte del cónyuge suele ser un evento sumamente doloroso, el perder al compañero/a de vida, implica para el adulto mayor un cambio drástico y hasta cierto nivel traumático; es en este momento fundamental el apoyo y compañía de los hijos que muchas veces no entienden el dolor del padre o la madre, en la zona se acostumbra que cuando el padre o madre queda solo viva con algún hijo, por tal razón el adulto mayor debe dejar su vivienda y sus recuerdos para ir a vivir a otra casa, agudizándose la depresión.

No se ha encontrado relación estadística significativa entre el estado civil, con la presencia de depresión con un valor de  $P = 0.331$  y  $\chi^2 = 3.419$

Tabla 9. Depresión según ingreso económico de los adultos mayores que asisten al Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – 2017.

Depresión	Ingreso económico					
	Menos del sueldo mínimo		Un sueldo mínimo		Más del sueldo mínimo	
	n <sup>0</sup>	%	n <sup>0</sup>	%	n <sup>0</sup>	%
Sin depresión	8	20,5	4	12,1	1	12,5
Con depresión	31	79,5	29	87,9	7	87,5
Total	39	100,0	33	100,0	8	100,0

Chi-cuadrado 1.017

Valor p 0.601

En la tabla 9, podemos observar que no se han encontrado diferencias notables entre los adultos que tienen un ingreso económico mensual de un sueldo mínimo y aquellos que perciben más de un sueldo mínimo al mes la depresión alcanzó el 87,9% y 87,5 respectivamente; aquellos con un ingreso económico menor a un sueldo mínimo vital presentaron el porcentaje más bajo de depresión con 79,5%.

Los resultados son similares con los datos presentados en Colombia depresión en adultos mayores y su efecto en el estado nutricional para la población mayor de 60 años en esta investigación se mostró que las personas geriátricas que ganan menos del sueldo mínimo tienen depresión de 38%, y aquellas que ganan más salario la depresión fue menos con el 25% (17).

Los adultos mayores que tienen un ingreso económico mensual entre uno y más de sueldo mínimo vital (750.00 n.s) han presentado depresión en porcentajes mayores en relación al tercer grupo, al parecer el ingreso monetario del anciano tiene mucho que ver con la satisfacción de las necesidades básicas propias y de la familia, ya que como mencionábamos anteriormente en muchos hogares del Perú según ENDES los niveles más altos de pobreza se encuentran en el ámbito rural, donde se ubica el 60.7% de los adultos pobres, el 82,4% de los adultos mayores están en pobreza extrema. (38).

Los adultos mayores con ingreso mensual menos de un sueldo mínimo presentan depresión en menor proporción, posiblemente estas personas cuentan con el apoyo financiero de los hijos aunque quizás esporádico es de gran ayuda para hacer menos preocupante su situación; este escenario es común en participantes que reciben una jubilación mensual que muchas veces no sobrepasa los 500 nuevos soles, o en aquellos que realizan otros trabajos pequeños ya sea pequeños comerciantes, del mismo modo pueden ser beneficiarios a la pensión 65, que brinda ayuda económica y que no es considerada por el anciano como ingreso económico.

Cuando las personas envejecen, la posibilidad que se produzcan pérdidas funcionales son mayores. El papel del Estado Peruano tiene un papel fundamental en la disminución de los niveles de pobreza e inequidad en todas las etapas de vida de los ciudadanos, se han reconocido como grupos de vulnerables y de atención prioritaria a los niños menores de cinco años y mujeres en edad fértil, sin embargo, se ha dejado de lado a los adultos mayores, si bien es cierto existen políticas y normativas de protección, sus resultados en el tiempo no son evaluados y se desconoce el impacto de estas políticas en la calidad de vida de estas personas, por tanto se deben buscar estrategias que contribuyan a la mejora de la situación económica y social de las personas mayores. Al respecto Zavala G, señala que bajo este contexto y debido a las características y cambios asociados al proceso de envejecer, es importante conocer la calidad de vida con la que se vive esta etapa. Este conocimiento es de interés principal en el área de la salud, ya que ésta es la más importante en la percepción de bienestar en los ancianos; sin embargo, la calidad de vida no sólo está enfocada a evaluar este aspecto, sino que también se incluyen los factores sociales, económicos y personales (39).

No se ha encontrado relación estadística significativa entre el ingreso económico y la presencia de depresión con un valor de  $P = 0.601$  y  $\chi^2 = 1.017$

Tabla 10. Depresión según religión de los adultos mayores que asisten al Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – 2017.

Depresión	Religión			
	Católica		Otras	
	n <sup>0</sup>	%	n <sup>0</sup>	%
Sin depresión	12	18,8	1	6,3
Con depresión	52	81,3	15	93,8
Total	64	100,0	16	100,0
Chi-cuadrado	1.47			
Valor p	0.225			

En cuanto de la religión de los adultos mayores, aquellos que profesan la religión católica presentaron depresión un 81,3%, y quienes tienen otra religión presentaron depresión en 93,8%.

Los resultados difieren de un estudio descriptivo en Colombia, donde encontró que el 64,8 % de los adultos mayores tenían depresión. En cuanto a la religión se estimó que los pacientes que pertenecían a la religión católica el 35% presentaba depresión, el 20% de la religión nazarena, 25% otras religiones (13).

La mayor parte de la población en nuestro estudio tiene religión católica ya que Chota es eminentemente católica donde las fiestas religiosas son muy celebradas y de asistencia masiva, posiblemente la depresión que se presenta en este grupo esté relacionada con las creencias católicas bastante arraigadas sobre la muerte y la vida después de ella, de otro lado la presencia de una enfermedad crónica y incapacitante que provoque dependencia; posiblemente al final de la vida cuando el cuerpo y la mente y quizás el alma dan muestra de debilidades, es cuando parece haber un mayor deseo de trascendencia personal y una conciencia del yo personal.

En cuanto al grupo que tiene otras religiones como: nazarena, pentecostal, testigos de Jehová la depresión se presenta en mayor proporción posiblemente porque estas

religiones tienen otro modo de ver la vida, la muerte y la relación con Dios, las creencias religiosas están compuestas por la percepción del individuo, sus vivencias y experiencias personales en la salud y la enfermedad.

La relación de los adultos mayores con la muerte como un evento próximo, puede implicar miedo a lo desconocido al respecto Díaz B y Díaz F, en un estudio realizado en Chota sobre este tema encontraron que: es claro el temor hacia la muerte en los adultos mayores participantes, especialmente en la enfermedad, por miedo a lo desconocido y el alejamiento de la familia. Sin embargo, abrigan la esperanza de un reencuentro y descanso. Las concepciones sobre la muerte, varían en los adultos mayores, la asumen como el final, tanto de penas y preocupaciones; también, se refieren a la muerte como una esperanza de vida nueva en el cielo según los comportamientos y actitudes antes de morir (43).

No se ha encontrado relación estadística significativa entre religión con la presencia de depresión con un valor de  $P = 0.225$  y  $\chi^2 = 1.47$ .

Tabla 11. Depresión según persona con quien viven los adultos mayores que asisten al Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – 2017.

Depresión	Con quien vive							
	Esposo(a)		Con hijos y nietos		Con otras personas		Solo (a)	
	n <sup>0</sup>	%	n <sup>0</sup>	%	n <sup>0</sup>	%	n <sup>0</sup>	%
Sin depresión	4	18,2	8	19,0	1	14,3	0	0,0
Con depresión	18	81,8	34	81,0	6	85,7	9	100,0
Total	22	100,0	42	100,0	7	100,0	9	100,0

Chi-cuadrado 2.068

Valor p 0.558

En cuanto a la persona con quien el adulto mayor vive, quienes viven solos presentan el porcentaje más alto de depresión con 100%, luego quienes viven con otras personas además de los hijos el 85,7% presentan este problema, no se ha presentado diferencia notable entre los participantes que viven con el/la esposo/a o con los hijos y nietos, 81,8% segundo 81% respectivamente.

Estos resultados son similares a los hallazgos del estudio de Pérez M. realizado en Cuba, donde encontró que la depresión está relacionada con acontecimientos vitales adversos: insomnio, vivir solo, estar con el esposo(a), vivir con otra personas (12).

El hecho de vivir solo, involucra no tener el apoyo de alguna persona en momentos de enfermedad o tristeza, esta situación puede ser producto del alejamiento de los hijos, la muerte del cónyuge, abandono, entre otros motivos; el vivir solo no significa que el adulto mayor sea soltero, la presencia de una o más enfermedades crónicas, agudiza los sentimientos de minusvalía y baja autoestima, por tanto se presenta la depresión trastorno crónico, que muchas veces pasa desapercibido por el/la anciano/a.

Otro grupo de participantes que vive con otras personas que no son los hijos o nietos, sino con hermanos o los sobrinos, o antiguos patronos cuando el adulto mayor ha

trabajado en casa, esta situación es más común de lo que parece, muchas veces los hijos no quieren responsabilizarse del cuidado del anciano enfermo y lo dejan al cuidado de otros familiares, es entonces cuando aparece la depresión frente al abandono como forma de maltrato, además quienes viven con el anciano pueden no aceptar sus costumbres, son reacios a cuidarlo o no le dan el cariño y comprensión necesario.

Entre quienes viven con el esposo o los hijos, la depresión puede ser el resultado de los cambios que se dan a nivel psicológico en el anciano, a la falta de tolerancia y comprensión por parte de la familia frente a los cambios físicos normales o producto de alguna enfermedad en el envejecimiento, la poca información o la falta de comprensión y sensibilización de la familia incluso del mismo adulto mayor, suelen crear un escenario desfavorable para el anciano que a corto o largo plazo provoca depresión.

Como enfermeros debemos reconocer que la vejez y la percepción del proceso de envejecimiento se relaciona directamente con el contexto donde se desarrolló el adulto mayor, su cultura y la cosmovisión que tiene del mundo, por tanto, quien vive con él debe conocer, y comprender su comportamiento, vivencias y los cambios que se dan tanto interna como en el exterior de anciano. Aponte Deza refiere que la vejez, es el conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales, normal e inherente a todo individuo, que deja huella a nivel físico y en el comportamiento de cada uno, reflejado en el estilo de vida y en su interacción con el medio, y que repercute en el sistema social y económico de la sociedad, irreversible y constante, que se inicia desde el nacimiento mismo (42).

No se ha encontrado relación estadística significativa entre con quien vive con la presencia de depresión con un valor de  $P = 0.068$  y  $\chi^2 = 2.068$ .

## CONCLUSIONES

- En las características socioeconómicas y demográficas en cuanto a la edad un porcentaje mayor de adultos mayores oscilan entre 60 a 69 años, ha predominado el género femenino; la mayor parte de participantes tienen instrucción primaria, con respecto a la ocupación existe una proporción mayor de amas de casa, el estado civil preponderante es casado, así mismo los ancianos viven principalmente con sus nietos y sus hijos de otro lado, casi la mitad de la población en estudio recibe menos del sueldo mínimo al mes. Y finalmente mas de la tercera parte de los participantes presenta hipertensión arterial
- En cuanto a la presencia de depresión en los adultos mayores participantes del estudio; la mayoría presentaron depresión, según la escala Yasavage.
- Con respecto a la relación de la depresión y las características socioeconómicas podemos decir, existe mayor presencia de depresión en aquellos adultos mayores que tienen neumonía, aquellos de 70 a 79 años a más, en el género femenino, los analfabetos, comerciantes, convivientes, quienes tienen un ingreso económico menor a un sueldo mínimo, en quienes profesan religión católica, y finalmente los participantes que viven solos.
- No se ha encontrado relación estadística significativa entre las variables en estudio, por tanto, se acepta la hipótesis nula, es decir, no existe relación entre las características socioeconómicas y demográficas y la depresión en adultos mayores.

## **RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS**

### **A los Profesionales de la Salud**

- Capacitar en el uso de escalas de depresión (J. A. Yasavage), en el Programa del Adulto Mayor, servicios hospitalarios y Puestos de salud.
- Implementar dentro de los diferentes servicios hospitalarios el desarrollo de talleres o programas en los que participen los adultos mayores y familiares para fortalecer y promover el desarrollo de su rol individual, identificar y prevenir la depresión.
- Gestionar los servicios de un profesional en psicología permanente en el Hospital José Soto Cadenillas.
- Fomentar acciones que mejoren la salud física y mental de la población adulta mayor, mediante el incremento de información preventiva y la promoción de hábitos sanos como la recreación y la actividad física.

### **A los Docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca.**

- A los docentes del área de salud mental, que organicen y ejecuten trabajos de investigación sobre los problemas emocionales del adulto mayor ya sea a nivel comunitario y asistencial.
- Promover la participación de los estudiantes de enfermería en el desarrollo de programas de promoción y prevención de problemas de salud mental en las poblaciones adultas mayores y familiares.

### **A los Alumnos de la Universidad Nacional de Cajamarca.**

- A las nuevas generaciones y alumnos de post grado implementar trabajos de investigación tanto cualitativos como cuantitativos sobre la problemática del adulto mayor a fin de obtener cambios y mejoras en la salud mental de estos pacientes.
- Trabajar con los programas sociales que protegen al adulto mayor y mejor su estado mental de estas personas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Polit, D Hungler. Investigación Cuantitativa en ciencias de la Salud 6ta edición. México. Editorial interamericana (Mc Grawhill); 2000.  
[www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/download/288/269](http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/download/288/269)
2. Goldman. J, prevalencia de trastornos depresivos: Vol. 6 Núm. 2. 1ra edición. Junio 2010. [http:// scholarGoogle.com.pe/scholar\\_url?](http://scholarGoogle.com.pe/scholar_url?) =<http://www.Meridional.uchile.cl/index.php>. (Último acceso 13 de enero del 2017).
3. INEI. Instituto nacional de estadística e Informática: situación del adulto mayor en el Perú 21 de agosto de 2015 (Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares [www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/produccion-nacional/1](http://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/produccion-nacional/1)). (Ultimo acceso 13 de enero 2017).
4. INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática: Estado de la población 2015 [http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib0879/libro.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0879/libro.pdf). (Ultimo acceso 12 de abril).
5. MINSA: la depresión y la ansiedad, 3 Agosto/2013, [www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=514](http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=514). (Ultimo acceso 13 de abril del 2017).
6. Márquez. C. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados vol. 5 núm. 2. 1ra edición. junio 2013. [http:// scholargoogle.com.pe/scholar\\_url?](http://scholargoogle.com.pe/scholar_url?)=[http://www.meridional.España .cl/index.php](http://www.meridional.España.cl/index.php). (último acceso 13 de abril del 2017)
7. Colunga. B. Diabetes tipo 2 y depresión en el adulto mayor hospitalizado Guadalajara. Revista. Salud publica, Población y Salud en Mesoamérica. Doi: <https://doi.org/10.15517/psm.v15i2.29255> Volumen 15, número 2, Artículo 5, enero-junio 2012 (1)
8. Alcántara J. factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores, puerto rico 2015, vol.18, n.1, pp.125-134. ISSN 0123-9155. <http://dx.doi.org/10.14718/ACP.2015.18.1.12> (último acceso 13 de febrero del 2017).
9. Alberdi. J et al. Depresión en pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina interna en España. Revista española; 13 Volumen 4, Número 2, septiembre-marzo de 2014. (3).  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717..](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717..)

10. Maldonado. M. Bienestar Subjetivo y Depresión en Mujeres y Hombres Adultos Mayores en México 2015, 5 (1), 1815 – 1830.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S200747191530003X>
11. Cardona. D. Factores asociados al maltrato del adulto mayor en un hospital de Colombia, vol. 33, núm. 1, enero-abril, pp. 67-74 2015 5 (2).  
<https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/.../2077983>
12. Pérez M. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2008 Sep [citado 2017 Ago 12]; 24(3):.Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086421252008000300002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252008000300002&lng=es)
13. Martínez. P. características sociales y la depresión en adultos mayores. Salud Pública, Facultad de Medicina. Universidad de Medellín. Colombia. Correo electrónico: samacasi18@gmail.com. Ultimo acceso 12 de octubre del 2017.
14. Gomes R. et al. Prevalencia depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el servicio interna del hospital militar de Santiago. Revista Chilena Neuropsiquiatría 2011.  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717)
15. Sotelo A. la salud mental en los adultos mayores en México. Asociación latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar en México. 2012 Archivos en Medicina Familiar, vol. 7, núm.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/.../programa-medicina-familiar-unibosque.pdf>
16. Rojas. M. Incidencia de depresión en pacientes hospitalizados, departamento de medicina interna, hospital regional de occidente. Tesis en maestría. Universidad de San Carlos de Guatemala; 2013.  
[cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4139/García\\_pr.pdf?sequence](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4139/García_pr.pdf?sequence)
17. Borda. M. et al. Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos y prevalencia y factores de riesgo en Colombia. Salud, Barranquilla. 2013; 29(1).  
[rcientificas.uninorte.edu.co](http://rcientificas.uninorte.edu.co) › Inicio › Vol 29, No 1 › Borda Pérez
18. Shinguanco M. Depresión en adultos mayores y su efecto en el estado nutricional en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina. Tesis licenciatura; Universidad técnica de Ambato; 2013.  
[scielo.iics.una.py/pdf/anales/v48n2/v48n2a02.pdf](http://scielo.iics.una.py/pdf/anales/v48n2/v48n2a02.pdf)

19. Rodríguez. L et al. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor en el policlínico “Cristóbal labra”. Revista Cubana de Medicina General Integral en Cuba. 2013 29 (1).  
files.sld.cu/.../la-revista-cubana-de-salud-publica-en-40-anos-de-circulacion0a1975-
20. Capuñay. J depresión en el adulto mayor. estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el hospital universidad nacional Cayetano Heredia Lima 2013.  
www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/512
21. Licas. J. Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M – V.M.T. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional de San Marcos; 2014.  
[https://www.researchgate.net/.../322339369\\_Nivel\\_de\\_depresion\\_del\\_adulto\\_mayor\\_en...](https://www.researchgate.net/.../322339369_Nivel_de_depresion_del_adulto_mayor_en...)
22. Torres I. Depresión y funcionalidad familiares en adultos mayores. Tesis doctoral. Universidad Nacional de Triguillo 2013.  
repositorio.untrm.edu.pe/.../Nivel%20de%20depresión%20en%20adultos%20mayores.
23. Montenegro. J facultad de ciencias de la salud factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del centro poblado los coronados Mochumí universidad señor de Sipan lambayeque - 2016.  
dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/7693
24. Noriega L. Depresión y vivencia del adulto mayor durante su internamiento en el hospital de III nivel de Lima Metropolitana. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional de San Marcos; 2013.  
www.ins.gob.pe/insvirtual/images/revista/pdf/rpmesp2011.v28.n4.pdf
25. Acuña D. depresión y características sociales del adulto mayor Hospitalizado. servicio de Medicina del Hospital José Soto Cadenillas – Chota, 2015. tesis de licenciatura. Universidad Nacional de Cajamarca; 2015.
26. Organización Panamericana de la Salud oficina regional de la organización mundial de la salud [www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=514](http://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=514). (ultimo acceso 18 de mayo del 2017).
27. Ballas, P. Depresión. Enciclopedia Médica en español. EE.UU. – 2005.  
[www.unsaac.edu.pe/investigacion/publicaciones/121/Antoniano121.pdf](http://www.unsaac.edu.pe/investigacion/publicaciones/121/Antoniano121.pdf)(último acceso el 10 de mayo del 2017).

28. Sovero, O. Depresión en el adulto. 5 mayo 2007. [www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/.../1993\\_depresion\\_adulto\\_factor.pdf](http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/.../1993_depresion_adulto_factor.pdf).(Ultimo acceso el 10 de mayo del 2017).
29. Phares, J. Psicología Clínica. 1ª Ed. México.S/E. Editorial El Manual Moderno. 1996. [https://www.manualmoderno.com/pub/media/wysiwyg/PDF/.../catalogo\\_psicologia.pdf](https://www.manualmoderno.com/pub/media/wysiwyg/PDF/.../catalogo_psicologia.pdf)
30. Cook. J. farmacología, Medicamentos Antidepresivos en Psiquiatría. Vol. 6 Núm. 2. 2ª Edición. EE.UU. Editorial Mc Graw - Hill Interamericana. España 1993. [www.bibliotecadigitalcecovva.com/revistas/descargar/revista/libro-100](http://www.bibliotecadigitalcecovva.com/revistas/descargar/revista/libro-100)
31. Martínez J A et al. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Enfermedades psiquiátricas México 2005 vol.33. [scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252017000400001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252017000400001)
32. Infante A calidad de vida y características sociales del adulto mayor con diabetes mellitus Es Salud 2014. Tesis para licenciatura. Universidad Nacional de Cajamarca. 2014. [repositorio.unc.edu.pe/.../handle/.../tesis%20hilda%20paredes%20sanchez](http://repositorio.unc.edu.pe/.../handle/.../tesis%20hilda%20paredes%20sanchez).
33. Morrison, M. Fundamentos de Enfermería. S/E. Editorial Harcourt Brace. España 1999. [www.bibliotecadigitalcecovva.com/revistas/descargar/revista/libro-99](http://www.bibliotecadigitalcecovva.com/revistas/descargar/revista/libro-99)
34. Marin J. depresión del adulto mayor hospitalizados en el servicio de medicina en España. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2003. [www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/download/.../3006](http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/download/.../3006)
35. Hernández, R. y Cols. Metodología de la investigación: Investigación cuantitativa: 2009; Tercera edición Vol. 03 pag.42 México Ene/Mar. <http://metodologia.de.la.investigacion.sociales.uba.ar/metodologia-i-2/programa>. (Ultimo acceso 22 mayo 2017).
36. Noroña A, Alcaraz N, Malpica P. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cuantitativa. Rev ciencias medicas (revista en el internet). 2012 Jun (citado 2012 Nov 27); 12 (3): 263- 274. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/qui/v12n3/v12n3a06>.

37. INEI. Instituto nacional de estadística e Informática: situación del adulto mayor en el Perú 21 de agosto de 2014 (Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares [www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/produccion-nacional/1](http://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/produccion-nacional/1)). (Ultimo acceso 18 de julio).
38. ENDES. Encuesta demográfica y de salud familiar: situación del adulto mayor en el Perú 21 de agosto de 2012 - 2014 (Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Nacional de Hogares [www.ipe.org.pe/.../encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2014](http://www.ipe.org.pe/.../encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2014)) (Ultimo acceso 18 de setiembre).
39. Zavala G. funcionamiento social del adulto mayor. Cienc. enferm. [Internet]. 2006 Dic [citado 2018 Ene 07] ; 12( 2 ): 53-62. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071795532006000200007&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532006000200007&lng=es).<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-9553200600020>.
40. Dirección regional de salud Chota. Informe de las principales enfermedades que afecta a la ciudadanía 2016. Ultimo acceso 12 de diciembre del 2017. [www.diresacajamarca.gob.pe/sites/.../BOLETIN%20SE-48-2017%20Cajamarca.pdf](http://www.diresacajamarca.gob.pe/sites/.../BOLETIN%20SE-48-2017%20Cajamarca.pdf)
41. Organización Panamericana de la salud. informe mundial sobre violencia y salud. Washington. d.c 20037, e.u.a. 2003. [apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/166126/9275315884.pdf?sequence](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/166126/9275315884.pdf?sequence)
42. Aponte Deza (2015). calidad de vida en la tercera edad. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP, 13(2), 152-182. Recuperado en 07 de enero de 2018, de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S207721612015000200003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S207721612015000200003&lng=es&tlng=es).
43. Díaz B, Díaz F. Percepción de los Adultos mayores sobre la muerte . Servicio de Cirugía y Medicina . H.J.S.C. Chota 2008. Tesis para optar la Licenciatura en Enfermería. Universidad Nacional de Cajamarca. Perú.200 8 [cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2682/Bullon\\_zc.pdf?sequence](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2682/Bullon_zc.pdf?sequence)  
...

## **ANEXOS/APÉNDICES**

## Anexo 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo -----, con DNI-----

He sido informado (a) por el alumnos maestrante Deles Alexander Acuña Díaz que se realizará un trabajo de investigación titulado **“CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS, DEMOGRÁFICAS Y SU RELACIÓN CON DEPRESIÓN. PROGRAMA ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS. CHOTA - 2017”** con el objetivo **Describir y analizar la relación entre las características socioeconómicas, demográficas con la depresión de los adultos mayores que asisten al Programa Adulto Mayor del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – 2017.** en el cual contestaré algunas preguntas libremente aceptó participar en este estudio, para la cual me han explicado la metodología, los alcances y los beneficios del mismo. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo rehusarme a la participación de este estudio y retirarme voluntariamente en cualquier momento, sin que esto me genere ningún tipo de consecuencia.

Los datos obtenidos de la entrevista del cuestionario y la escala aplicados serán manejados con privacidad y confidencialidad.

-----  
Firma

## Anexo 2

### CUESTIONARIO

#### “CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS, DEMOGRÁFICAS Y SU RELACIÓN CON DEPRESIÓN. PROGRAMA ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS. CHOTA - 2017”.

**Objetivo General** Determinar la relación entre características socioeconómicas, demográficas con depresión de los adultos mayores. Programa adulto mayor del Hospital José Soto Cadenillas. Chota – 2017.

Señor (a). Soy el Lic. en enfermería Delis Alexander Acuña Díaz aquí le presento un cuestionario de características socioeconómicas y demográficas yo le voy a leer determinadamente todas las preguntas mientras usted me está dando las respuestas yo voy a seleccionarlo, el mismo modo al finalizar el cuestionario le presento una escala de depresión, lo voy a estar leyendo y diga lo que es conveniente para su persona. Gracias

Encuesta n°..... fecha.....

1). Edad..... 2). Gsexo M  F

**3). Grado de instrucción:**

- 1) analfabeta.
- 2) Primaria
- 3) secundaria
- 4) superior

**4). Ocupación:**

- 1) trabajador privado
- 2) ama de casa
- 3) comerciante
- 4) sin ocupación
- 5) otros

**5). Estado civil**

- 1) Casado (a)
- 2) Soltero (a)
- 3) Viudo (a)
- 4) Conviviente

**6) Ingreso económico mensualmente**

- 1). Menos del sueldo mínimo
- 2). El sueldo mínimo
- 3). Más del sueldo mínimo

**7) Tipo de religión**

- 1) Católica
- 2) otros

**8) Con quien vive en casa**

- 1) Esposa (so)
- 2) Con sus hijos y nietos
- 3) Con otras personas que no son parte de la familia
- 4) Solo (a)

### Anexo 3

#### ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (J. A. YASAVAGE, 1983)

La Escala de Depresión de geriátrica de Yasavage es un cuestionario auto aplicado formado por 15 frases relacionadas con la depresión en el adulto mayor. Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:

1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pensamientos?	SI	NO
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI	NO
5	¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6	¿Teme que le vaya a pasar algo?	SI	NO
7	¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8	¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	SI	NO
9	¿Prefiere quedarse en casa que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
10	¿Le da la impresión de que tiene más fallas de memoria?	SI	NO
11	¿Cree que es agradable estar vivo?	SI	NO
12	¿Se le hace difícil empezar nuevos proyectos?	SI	NO
13	¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
14	¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	SI	NO
15	¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?	SI	NO

Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:

0-5: Sin depresión.

6-15: Con depresión

## APÉNDICE 1

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO CONFIABILIDAD

Alfa de Cronbach	0.7	0.71
N de elementos	15	

La validez de un instrumento se refiere al grado en que el instrumento mide aquello que pretende medir. Y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se puede estimar con el alfa de Cronbach.

La medida de la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados (Welch & Comer, 1988).

Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados.

La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación. Como criterio general, George y Mallery (2003, p. 231) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach: -

Coeficiente alfa  $>.9$  es excelente -

Coeficiente alfa  $>.8$  es bueno -

Coeficiente alfa  $>.7$  es aceptable -

Coeficiente alfa  $>.6$  es cuestionable -

Coeficiente alfa  $>.5$  es pobre -

Coeficiente alfa  $<.5$  es inaceptable