

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**ESTADO DEPRESIVO DEL ADULTO MAYOR JUBILADO.
CENTRO DEL ADULTO MAYOR, ESSALUD –
CAJAMARCA, 2019**

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

AUTORA:

Bach. Enf. Jessica Jhoana Salazar Abanto

ASESORA:

M.Cs. Delia Rosa Yturbe Pajares

Cajamarca, Perú

2020

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**ESTADO DEPRESIVO DEL ADULTO MAYOR JUBILADO.
CENTRO DEL ADULTO MAYOR ESSALUD –
CAJAMARCA, 2019**

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

AUTORA:

Bach. Enf. Jessica Jhoana Salazar Abanto

ASESORA:

M.Cs. Delia Rosa Yturbe Pajares

Cajamarca - Perú

2020

Copyright ©
JESSICA JHOANA SALAZAR ABANTO
Todos los derechos reservados

Salazar J. 2020. **Estado Depresivo del Adulto Mayor Jubilado. Centro del Adulto Mayor EsSalud - Cajamarca, 2019/** Jessica Jhoana Salazar Abanto. 77 páginas.

Asesora: M.Cs. Delia Rosa Yturbe Pajares

Disertación académica para obtener el título en Licenciada en Enfermería – UNC
2020

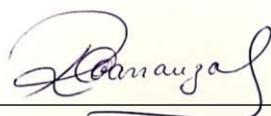
ESTADO DEPRESIVO DEL ADULTO MAYOR JUBILADO. CENTRO DEL ADULTO MAYOR ESSALUD – CAJAMARCA, 2019.

Autora: Bach. Enf. Jessica Jhoana Salazar Abanto.

Asesora: M.Cs. Delia Rosa Yturbe Pajares.

Tesis evaluada y aprobada para la obtención del título de Licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, por los siguientes jurados:

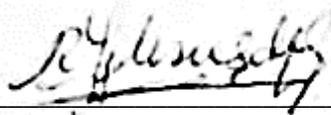
JURADO EVALUADOR



Dra. Rosa Esther Carranza Paz
Presidenta



Dra. Santos Angélica Morán Dioses
Secretaria



M.Cs. Regina Elizabeth Iglesias Flores
Vocal



MODALIDAD "A"
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA

En Cajamarca, siendo las10 am..... del ..10... de ...agosto..... del 2020., los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente:.... Modalidad Virtual... de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada: ESTADO DEPRESIVO DEL ADULTO MAYOR JUBILADO. CENTRO DEL ADULTO MAYOR ESSALUD-CAJAMARCA, 2019. del(a) Bachiller en Enfermería: **Jessica Jhoana Salazar Abanto**

Siendo las....11:30 am..... del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos:Aprobado....., con el calificativo de: Dieciséis, con lo cual el (la) Bachiller en Enfermería se encuentra ...Apta.... para la obtención del Título.

Profesional de: **LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA.**

Miembros Jurado Evaluador Nombres y Apellidos		Firma
Presidente:	Dra. Rosa Esther Carranza Paz	
Secretario(a):	Dra. Santos Angélica Morán Dioses	
Vocal:	M.Cs. Regina Elizabeth Iglesias Flores	
Accesitaria:		
Asesor(a):	M.Cs. Delia Rosa Yturbe Pajares	

Términos de Calificación:

EXCELENTE (19-20)
REGULAR (12-13)

MUY BUENO (17-18)
REGULAR BAJO (11)

BUENO (14-16)
DESAPROBADO (10 a menos)

Se dedica este trabajo:

A Dios, quién me guía por el camino correcto, me bendice cada día de mi vida, quién me da la fuerza necesaria para afrontar cada circunstancia difícil, y me permite ser su instrumento para hacer el bien a cada uno de sus hijos.

A mis padres y hermana, por el amor que me dan día a día, la confianza que depositaron en mí, el apoyo incondicional en cada decisión que he tomado, por ser mi sustento y fuerza para seguir adelante.

A todos los adultos mayores, especialmente a los asistentes al Centro del Adulto Mayor de EsSalud Cajamarca, quienes a pesar de los cambios que han atravesado en su vida, muestran calidez y amor en sus corazones.

Se agradece a:

Los Docentes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, quienes me brindaron los conocimientos y fueron mis guías, formándome como una profesional competente, preparada para afrontar los retos del mañana.

A la Red Asistencial II EsSalud Cajamarca, así como, a la licenciada encargada del Centro de Adulto Mayor; por el apoyo y facilidades brindadas para la realización del presente estudio.

A mi asesora M.Cs. Delia Rosa Yturbe Pajares, por compartirme sus conocimientos, por su paciencia y gran apoyo a lo largo de todo el trabajo realizado.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA	
1.1. Definición y delimitación del problema de investigación	3
1.2. Formulación del problema de investigación	5
1.3. Justificación del estudio	5
1.4. Objetivos	6
1.4.1. Objetivo general	6
1.4.2. Objetivos específicos	6
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	
2.1. Antecedentes del problema	7
2.2. Bases Conceptuales	10
2.3. Variables del estudio	29
2.4. Definición y operacionalización de variables	30
CAPÍTULO III	
DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1. Diseño y tipo de estudio	32
3.2. Ámbito de estudio	32
3.3. Población y muestra	33
3.3.1. Unidad de análisis	33

3.3.2. Criterio de inclusión	33
3.3.3. Criterio de exclusión	34
3.4. Técnica e instrumento de recolección de la información	34
3.5. Descripción de técnicas e instrumentos	34
3.6. Validez y confiabilidad	35
3.7. Procesamiento, análisis y presentación de datos	36
3.8. Consideraciones éticas	36
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	37
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	51

LISTA DE TABLAS

- Tabla 1.** Características sociodemográficas del adulto mayor jubilado inscrito en el Centro del Adulto Mayor EsSalud Cajamarca 2019 **37**
- Tabla 2.** Nivel del estado depresivo del adulto mayor jubilados del Centro del Adulto Mayor EsSalud Cajamarca 2019. **40**

LISTA DE ANEXOS

Anexo 01	Inventario de Depresión de Beck – II (BDI – II).	51
Anexo 02	Acta de consentimiento informado.	56
Anexo 03	Confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck – II.	58
Anexo 04	Alteraciones emocionales del estado depresivo del adulto mayor jubilado inscrito en el Centro del Adulto Mayor EsSalud Cajamarca 2019.	59
Anexo 05	Alteraciones cognitivas del estado depresivo del adulto mayor jubilado inscrito en el Centro del Adulto Mayor EsSalud Cajamarca 2019.	60
Anexo 06	Alteraciones del comportamiento del estado depresivo del adulto mayor jubilado inscrito en el Centro del Adulto Mayor EsSalud Cajamarca 2019.	61
Anexo 07	Alteraciones somáticas del estado depresivo del adulto mayor jubilado inscrito en el Centro del Adulto Mayor EsSalud Cajamarca 2019.	62

ESTADO DEPRESIVO DEL ADULTO MAYOR JUBILADO. CENTRO DEL ADULTO MAYOR ESSALUD – CAJAMARCA, 2019

RESUMEN

Salazar Abanto, Jessica Jhoana¹
Yturbe Pajares, Delia Rosa²

Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal; tuvo como objetivo general determinar el estado depresivo del adulto mayor jubilado inscrito en el Centro del Adulto Mayor EsSalud de Cajamarca en el año 2019. La muestra estuvo constituida por 83 adultos mayores jubilados de ambos sexos. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de entrevista y el instrumento el Inventario de Depresión de Beck – II (BDI – II). Los datos fueron analizados y procesados mediante el software estadístico SPSS versión 25, obteniendo los siguientes resultados: 44.6% de adultos mayores con edades de 70 a 79 años, 63.9% fueron mujeres, 49.4% de estado civil casado; en relación al nivel de estado depresivo se obtuvo que 85.5% tienen estado depresivo mínimo, 9.6% leve, 3.6% moderado y 1.2% grave. Concluyendo que el 85.5% de los adultos mayores jubilados inscritos en el Centro del Adulto Mayor EsSalud Cajamarca presentaron estado depresivo mínimo, siendo el sig. (bilateral) mayor a 0.05, deduciendo que este porcentaje es estadísticamente significativo, interpretándose como verdadero y confiable; lo cual evidencia que el hecho de pertenecer a este centro, es un factor protector para no desarrollar mayores niveles de estados depresivos.

PALABRAS CLAVES: Estado depresivo, adulto mayor.

1 Autora, Bachiller en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud – Universidad Nacional de Cajamarca.
2 Asesora, Docente de la Escuela Académico Profesional de Enfermería – Universidad Nacional de Cajamarca.

DEPRESSED STATE OF THE ELDERLY PENSIONER IN ESSALUD. CENTER FOR THE ELDERLY - CAJAMARCA, 2019.

ABSTRACT

**Salazar Abanto, Jessica Jhoana¹
Yturbe Pajares, Delia Rosa²**

A quantitative, descriptive, cross-sectional study; its general objective was to determine the depressive state of the retired older adult enrolled in the EsSalud Senior Center of Cajamarca in 2019. The sample consisted of 83 retired older adults of both sexes. The interview technique and the Beck Depression Inventory - II (BDI - II) instrument were used to collect data. The data were analyzed and processed using the statistical software SPSS version 25, obtaining the following results: 44.6% of older adults aged 70 to 79 years, 63.9% were women, 49.4% were married; In relation to the degree of depressive state, it was obtained that 85.5% have minimal depressive state, 9.6% mild, 3.6% moderate and 1.2% severe. Concluding that 85.5% of retired older adults enrolled in the EsSalud Cajamarca Senior Adult Center presented minimal depressive state, being sig. (bilateral) greater than 0.05, deducing that this percentage is statistically significant, being interpreted as true and reliable; which shows that the fact of belonging to this center is a protective factor not to develop higher levels of depressive states.

KEY WORDS: Depressive state, older adult

1 Author, Bachelor of Nursing, Faculty of Health Sciences - Universidad Nacional de Cajamarca.

2 Consultant, Professor of the Academic Professional School of Nursing - National University of Cajamarca.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha existido un aumento en la esperanza de vida y disminución en la tasa de fecundidad a nivel mundial, ello ha generado un incremento de la población adulta mayor en todo el mundo, específicamente, en el Perú ha aumentado de 5.7% en el año 1950 a 10,4% en el año 2018 (1), observándose también, en la región Cajamarca, donde según el Programa Nacional de Adulto Mayor (PAM) en el año 2015 se registraron 28 086 adultos mayores (2).

Por otro lado, el envejecimiento trae consigo cambios físicos, psicológicos y sociales significativos para el adulto mayor que repercuten en su forma de vida. El enfrentamiento a estos cambios, en la mayoría de los casos, no les permite sobrellevar adecuadamente sus sentimientos, en cambio, los conduce a padecer de estados depresivos que afectan el desarrollo de sus actividades diarias y su calidad de vida.

El estado depresivo se ha convertido en un trastorno psicológico común en los adultos mayores, en especial para los jubilados, debido a que esta etapa trae consigo modificaciones propias que lo convierten en un factor de riesgo. Este trastorno, se expresa con una gama de manifestaciones como infelicidad, insomnio, fatiga, decaimiento, disminución de la energía, falta de deseo sexual, aislamiento social, llanto, dependencia, ideas suicidas, pérdida en actividades o personas, sentimiento de vacío, pesimismo, tristeza, melancolía, entre otros (3).

La presente investigación tiene como finalidad determinar el estado depresivo de los adultos mayores jubilados pertenecientes al Centro del Adulto Mayor EsSalud de Cajamarca, y se organiza de la siguiente manera:

Capítulo I: Donde abordamos el problema de investigación, definición y delimitación del problema, formulación del problema, justificación del estudio y objetivos.

Capítulo II: Incluye el marco teórico conceptual, antecedentes del problema, bases conceptuales, variables del estudio y definición y operacionalización de variables.

Capítulo III: Contiene el diseño y tipo de estudio, ámbito de estudio, población y muestra,

ámbito de estudio, unidad de análisis, criterio de inclusión y exclusión, técnica e instrumento de recolección de la información, descripción de técnicas e instrumentos, validez y confiabilidad, procesamiento, análisis y presentación de datos, consideraciones éticas y dificultades.

Capítulo IV: Muestra los resultados, análisis, discusión, conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Definición y delimitación del problema de investigación.

El estado depresivo se manifiesta como un periodo de abatimiento e infelicidad que, en algunos casos, puede ser transitorio o permanente, con predominancia de síntomas de tipo emocional como tristeza, preocupación, melancolía; síntomas cognitivos como dificultad de concentración, pérdida de interés en actividades o personas, pesimismo e indecisión; síntomas conductuales como aislamiento, dependencia, llanto y somáticos como insomnio, fatiga, decaimiento, aumento o disminución del apetito, entre otros (4).

La OMS manifiesta que este estado es considerado como el resultado de las interacciones que surgen entre factores sociales, psicológicos y biológicos; por ello, aquellos que atraviesan por escenarios hostiles, tienen mayor probabilidad de padecerlo (5).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales – IV (DSM – IV), considera al estado depresivo como un trastorno del estado del ánimo, que afecta a todos los grupos de edad, sin embargo, en la población geriátrica se ha convertido en la más común de las enfermedades psiquiátricas; que a su vez suele ser mal diagnosticada, ya que se atribuye generalmente a manifestaciones relacionadas a patologías físicas propias de su edad (1); de esta manera, se ha registrado que hasta el año 2017 el 25% de esta población padece al menos de un tipo de estado depresivo (5).

El adulto mayor, socialmente se enfrenta a la dificultad para integrarse a su familia, trabajo y otras relaciones interpersonales, generando en muchos casos, aislamiento y abandono; convirtiéndose en personas con dificultades para expresarse o solicitar ayuda, sumergiéndose en un mundo limitado de acciones, actividades y relaciones. Mentalmente, el panorama es aún más preocupante, debido a que, el bienestar psicológico en el adulto mayor se relaciona con el grado de satisfacción que posee acerca de sí mismo y de lo vivido,

siendo también parte fundamental, la participación social que este tiene (6); es entonces, que surge un subgrupo que presenta mayor riesgo de padecer depresión, como son los adultos mayores jubilados. Alpízar J. (2011), realizó un estudio en el que determinó una elevada presencia de depresión en población adulta mayor jubilada, representando una crisis severa sobre todo para aquellas personas que no elaboraron proyectos de vida y contactos sociales fuera de su trabajo; llegando a ser considerada como una problemática de salud mental de necesaria atención (7).

La población geriátrica viene experimentando un fenómeno que se ha desarrollado desde la revolución industrial del siglo XVIII, el cual ha producido descenso en la mortalidad y con ello una explosión demográfica; ocasionando el incremento de población de edad superior a los 65 años. Este hecho conlleva la necesidad de tener un mayor grado de intervenciones para lograr mejorar la calidad de vida de esta población en crecimiento (8). La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que hasta el año 2017 existió en el mundo más de 300 millones de personas de todas las edades que padecen de estados depresivos, siendo un incremento de más del 18% entre los años 2005 y 2015 (5).

En América Latina, la referida organización, registró que en países como Brasil hubo 11 548 577 casos de desórdenes depresivos, equivalente al 5.8% de su población total; Paraguay tuvo 332 638 casos que representan el 5.2% y Chile registró 844 253 casos; seguido por Uruguay con 158 005 casos, que es el 5.0% de su población total (5).

En Perú, según el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, se registró 1 700 000 personas que padecían de estado depresivo; de las cuales el 70% aproximadamente fueron mujeres, manifestándose en las personas adultas y adultas mayores con tristeza, desmotivación, pensamientos negativos y catastróficos, cambios en el estado de ánimo, dificultad de concentración, dificultad para mantener relaciones interpersonales y para desempeñarse eficientemente en las actividades de la vida diaria. En el año 2012, este instituto realizó un estudio en población geriátrica, donde determinó que, en relación al estado civil, estar viudo, separado o divorciado aumenta en 1.2 la probabilidad

de padecer de depresión; de igual forma en aquellos que se encuentran desempleados o jubilados aumenta en 4.21 esta probabilidad (9).

En la región de Cajamarca, según datos estadísticos del Programa Nacional de Adulto Mayor, en el año 2015 de un total de población de 1 529 755 habitantes, el 8.3% representa la población adulta mayor (126,681) y 1673 son jubilados. En el caso de la provincia de Cajamarca, se registran 28 086 adultos mayores (1); así mismo, Quispe A, realizó una investigación en el año 2018, sobre ansiedad, depresión y factores de riesgo del adulto mayor beneficiarios del programa pensión 65 del Puesto de Salud Pata Pata, determinando que el 95% presenta temor a enfermarse, 75% temor a la muerte, 70% se desempeña con dificultad en sus actividades diarias, 57.5% se encuentran tristes y llorosos y 35% no participa en actividades recreativas (10).

Finalmente, es necesario mencionar que al notar que Cajamarca no cuenta con información actualizada sobre el tema y conociendo de la existencia del Centro del Adulto Mayor (CAM) de EsSalud, donde la mayoría son jubilados y pensionistas; se desarrolló esta investigación para resolver la siguiente interrogante:

1.2.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de estado depresivo del adulto mayor jubilado inscrito en el Centro del Adulto Mayor EsSalud - Cajamarca, 2019?

1.3.JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El estado depresivo es una problemática que afecta a un gran número de grupos sociales en nuestro país, teniendo mayores y más graves consecuencias en el adulto mayor. Por ser esta, una población vulnerable, requiere una especial atención para la búsqueda de soluciones que coadyuven a lograr una mejor calidad de vida, necesitando para ello, realizar esfuerzos multidisciplinarios. Siendo Enfermería una profesión dedicada al cuidado humano, recae

sobre estos profesionales de la salud, especial responsabilidad en la búsqueda de mejores condiciones de vida, sobre todo, para poblaciones en riesgo.

La investigación es importante, porque en ella se buscó resultados respecto a las características, fundamentos e implicaciones del trastorno depresivo en el adulto mayor jubilado del CAM, posibilitando la elaboración de intervenciones que coadyuven a mejorar la calidad de vida de esta población.

También es de utilidad, sobre todo al CAM – EsSalud Cajamarca, para la priorización de acciones de salud mental en los programas de adulto mayor y servirá de base a la realización de posteriores estudios e investigaciones respecto al tema, que aunados, signifiquen un avance científico, que permitan la creación de políticas de salud más adecuadas.

Finalmente, es factible, porque la muestra poblacional seleccionada presentó todas las características necesarias que permitieron la formulación de la investigación, así mismo, se contó con el tiempo y los recursos materiales fundamentales para su desarrollo.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de estado depresivo del adulto mayor jubilado inscrito en el Centro del Adulto Mayor EsSalud de Cajamarca en el año 2019

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar sociodemográficamente al adulto mayor jubilado inscrito en el Centro del Adulto mayor de EsSalud Cajamarca.
2. Identificar el nivel del estado depresivo de los adultos mayores inscritos en el Centro del Adulto Mayor EsSalud Cajamarca.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes del problema

A. Internacionales

Patiño F, en el año 2006, investigó acerca de “Depresión y aspectos relacionados en un grupo de jubilados”, Universidad de Antioquia, Colombia. En una muestra de 100 personas jubiladas, donde aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage; obtuvo que 8% de los jubilados no se sienten aceptados dentro de su familia, 25% sufrieron la muerte de algún familiar o amigo que aún no superan, 50% realiza ejercicios físicos planificado, 68% participa en alguna actividad recreativa, 98% siente satisfacción en su vida, 78% no presenta temor a lo que puede ocurrir, 63% no presenta problemas de memoria y 96% refiere sentirse lleno de energía . Concluyendo que en la muestra estudiada 94% tienen nivel de depresión normal, 4% moderado, y 2% severa (11).

Sigüenza R, en el año 2014, en su investigación de “Prevalencia de depresión y factores asociados en los adultos mayores del Instituto de Promoción para el envejecimiento activo”; Ecuador. Trabajó con una muestra de 117 adultos mayores jubilados, aplicó la escala de Yesavage, obteniendo la mayor prevalencia de depresión, 33.33% entre las edades de 70 a 79 años, 23.1% en solteros, viudos y divorciados y 12% en casados; 30.77% presentaron depresión leve, 2.56% moderada, no se observó depresión severa y 29.10% de adultos mayores con depresión no tienen ninguna ocupación. Concluyendo que la prevalencia de depresión es alta y está asociada a la condición de si el adulto mayor tiene o no alguna ocupación (12).

Acosta A, en el año 2016, en su investigación “Prevalencia de depresión en adulto mayor en los centros de vida”, Cartagena, Colombia. En una muestra de 398 adultos mayores, aplicó un cuestionario sobre las características sociodemográficas y la versión abreviada

de la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, obteniendo 32.1% son casados, 28.1% viudos, 74.8% están desempleados; 92.2% no presentan depresión, 6.7% depresión leve y 1% depresión severa; concluyendo que la población de adultos mayores de los centros de vida de la ciudad de Cartagena reportó una baja prevalencia de depresión (13).

Vásquez M, en el año 2016, en su trabajo “Nivel de depresión en jubilados municipales de la cabecera departamental de Huehuetenango”, Guatemala. En una muestra de 40 jubilados, utilizando el Inventario de Depresión de Beck, obtuvo que los indicadores predominantes fueron agitación, pérdida de energía, cambios en los hábitos del sueño, fatiga, cambios de apetito y dificultad de concentración; 60% padecen depresión mínima, 28% leve, 5% moderada y 8% grave; concluyendo que el promedio obtenido es de 11.88 el cual pertenece a la intersección del rango de depresión mínimo a leve y quienes pertenecen a este nivel realizaban actividades recreativas que mantenían su mente ocupada (14).

Osorio I, en el año 2015, en su estudio “Depresión en jubilados asistentes a sesiones informativas del SMSEM en Valle de Bravo”, Toluca, México. En una muestra de 17 profesores jubilados, utilizando el Inventario de Depresión de Beck se obtuvo que 53% fueron mujeres y 47% hombres, según su ocupación actual 47% son apoyo de su familia, 23% realizan tareas en su hogar, 18% atienden su negocio propio, 12% actividad política; los indicadores que más predominaron fueron hipocondría, irritabilidad, trastornos en hábitos del sueño y pérdida de apetito; los que menos prevalecieron sentimientos de fracaso, odio a sí mismo e impulsos suicidas; 64.70% presentaron leves altibajos en su estado de ánimo, 23.53% depresión leve y 11.77% moderada. Concluyendo que el principal factor presente como causa de alteración emocional son los cambios fisiológicos (15).

B. Nacionales

Jara Y, en el año 2016, en su investigación “Depresión en adultos mayores de una asociación de vivienda”, Chiclayo. En una muestra de 80 adultos mayores, se aplicó el

instrumento denominado Inventario de Depresión de Beck y obtuvo 38.75% presentan depresión leve, 32.5% moderada, 8.75% grave y 20% no presentan depresión; 42.86% de mujeres presentaron depresión leve, 28.57% moderada y 14.29% grave; 36.54% de varones reportaron depresión leve, 34.62% moderada y 5.77% grave; 62.5% de adultos mayores solteros presentaron depresión leve y 45.83% viudos, depresión moderada. Concluyendo que las mujeres padecen en mayor cantidad de depresión leve y grave que los varones, a diferencia de la depresión moderada que lo padecen en mayor cantidad los varones (16).

Reyes J, en el año 2016, investigó acerca de “Depresión en el adulto mayor institucionalizado en el centro residencial geriátrico Dios es amor”, Lima, en una muestra de 50 adultos mayores, hombres y mujeres institucionalizados, teniendo como instrumento la Escala de Yesavage; dando como resultados que 42% se encuentran entre las edades de 87 a 97 años, 56% son de sexo masculino, 44% están solteros seguidos de 40% viudos; según dimensiones, satisfacción con la vida, 64% tienen depresión leve; actividades y pasatiempos, 44% depresión severa; estado de ánimo, 54% depresión leve; falta de cognición, 54% depresión severa y situación económica, 70% depresión severa; y los niveles de depresión presentados fueron 54% padecen depresión leve; 40% severa y 6% normal. Concluyendo que la depresión del adulto mayor institucionalizado es leve, ligeramente superior a una depresión severa (17).

Torrejón L, en el año 2015, en su trabajo “Nivel de depresión en adultos mayores, asentamiento humano Señor de los Milagros”, Chachapoyas, en una muestra de 40 adultos mayores, utilizando como instrumento la Escala de depresión Geriátrica de Yesavage, obtuvo resultados según el sexo, de acuerdo a ellos el 22.5% de mujeres presentaron depresión moderada; según dimensiones, estado de ánimo depresivo, el 37.5% presentó depresión moderada; vaciamiento de impulsos, 40% tiene depresión severa y dificultad de comunicación, 52.5% padece depresión grave. Los niveles de depresión percibidos en toda la muestra fueron 65% severa, 25% moderada y 10% leve. Concluyendo que la mayoría de los adultos mayores en estudio presentan depresión severa (18).

C. Local

Quispe A, en el año 2018, en su investigación “Ansiedad, depresión y factores de riesgo del adulto mayor beneficiarios del programa pensión 65 Puesto de Salud Pata Pata”, Cajamarca, en una muestra de 40 adultos mayores de ambos sexos, se aplicó la escala de Yesavage y escala de Goldberger, obteniendo que 52.5% fueron mujeres, 92.5% se siente contento consigo mismo, 92.5% se acepta tal y como es, 75% tiene miedo a la muerte, 70.0% tiene dificultad para realizar sus actividades diarias, 95% tiene temor a enfermarse, 57.5% se siente triste o lloroso, 65% no participa en actividades recreativas o sociales; 72.5% presenta depresión leve, 5% depresión severa y 22.5% no padece depresión. Concluyendo que la prevalencia de depresión y factores de riesgo biopsicosociales varían de acuerdo a la situación que les tocó vivir y teniendo mayor depresión las mujeres (10).

2.2. BASES CONCEPTUALES

2.2.1. Estado depresivo.

El término estado depresivo es utilizado por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales – IV (DSM – IV) y por el psicólogo Beck para referirse, a menudo, a la depresión; considerándolo como un estado en el que la persona presenta tristeza y pérdida del interés en actividades diarias, surgiendo sentimientos de desesperanza y de inutilidad; también lo consideran como un trastorno emocional o del humor que afecta la vida de la persona durante un periodo de tiempo; que poseen síntomas definidos a los cuales se unen características de tipo **somático** como insomnio o hipersomnia, fatiga, decaimiento, aumento o disminución del apetito, pérdida o incremento del peso, molestias gástricas, falta de deseo sexual, disminución de energía; **conductuales** como aislamiento, dependencia, llanto, suicidio; **cognitivos** dentro del cual está dificultad de concentración, pérdida de interés en actividades o personas, pesimismo, indecisión, ideas suicidas, dificultad para tomar decisiones y cambios en el **estado de ánimo** como sentimientos de tristeza, preocupación, vacío, melancolía, sensación de infelicidad, entre otros (4).

El estado depresivo en el adulto mayor no forma parte del proceso normal de envejecimiento, puesto que existen personas que se sienten satisfechos con su vida pese al aumento de dolores físicos. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud ha registrado que cerca del 25% de adultos mayores padecen de al menos un tipo de estado depresivo; siendo esta población vulnerable puesto que muchos de los síntomas de depresión que puedan padecer, son confundidos y justificados por otras patologías que puedan presentar o por cambios propios del envejecimiento (13).

2.2.1.1. Tipos de estados depresivos.

a. Episodio depresivo: Es el tipo más común de estado depresivo, puede empezar de manera rápida (días) o lentamente (semanas), suele durar varias semanas o meses. Para poder hablar de un episodio depresivo los síntomas deben estar presentes continuamente al menos 2 semanas; en su gran mayoría las personas que experimentan este tipo de episodio, padecerán de más episodios en el transcurso de su vida (trastorno depresivo recurrente), este riesgo de recurrencia puede reducirse con el tratamiento adecuado (20).

b. Trastorno depresivo recurrente: Se refiere a los episodios depresivos que se repiten en un tiempo determinado. Este tipo de trastorno genera síntomas como estado de ánimo caracterizado por molestia o tristeza, ansiedad, irritabilidad o inquietud; también pérdida de interés y apetito, trastorno del sueño, agitación, dificultad para concentrarse, tendencias suicidas, entre otros síntomas (20).

El espacio de tiempo que separa cada episodio depresivo es de alrededor de 18 días, y cada episodio dura de 2 días a 2 semanas. Finalmente se requiere al menos un episodio depresivo al mes por un período de un año para hablar de trastorno depresivo recurrente (20).

c. Distimia: Es un trastorno afectivo crónico que se caracteriza por un estado anímico depresivo durante días y dos o más de los siguientes síntomas: Déficit de concentración, pérdida o aumento de apetito, sentimientos de desesperanza, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima. Este trastorno tiene como duración 2 años en adultos y 1 año en adolescentes y niños; durante este tiempo quien lo padece presenta los síntomas durando más de 2 meses sin episodios de depresión mayor. El DSM-IV lo clasifica en dos subtipos de inicio antes de los 21 años (distimia de inicio temprano) y de inicio después de los 21 (distimia tardía) (20).

d. Depresión bipolar: También es conocido como trastorno maniaco depresivo, es un trastorno severo menos frecuente que los unipolares, caracterizado por cambios inusuales del estado del ánimo donde en ocasiones se sienten animados, enérgicos, activos (episodio maniaco); y en otras, tristes, deprimidos, decaídos, sin energía (episodio depresivo). Existen dos formas en que se pueden presentar: Trastorno bipolar I y trastorno bipolar II. El trastorno bipolar I está caracterizado por la aparición de episodios depresivos y maníacos, en donde los episodios maníacos surgen tras padecer varios episodios depresivos. El tiempo en que pueden presentarse estos cambios de estado anímico es de unos días, en algunos casos después de meses o años. La fase maníaca, incluye estados de hiperactividad, inquietud, irritabilidad, locuacidad y disminución de horas de sueño; los cuales influyen en la toma de decisiones imprudentes, especialmente en el ámbito financiero afectando el pensamiento y comportamiento ante la sociedad. Se ha creado una comparación que refleja lo que sucede en el trastorno bipolar I que es “pasar de estar en la cima del mundo a estar en las profundidades de la desesperanza”. En cambio, los pacientes que padecen del trastorno bipolar II presentan episodios depresivos y como mínimo un episodio hipomaniaco; pero no episodios maníacos, que en determinadas ocasiones ocurren posterior a un episodio depresivo (20).

- e. Depresión psicótica:** También conocida como delirante, es un tipo especial de depresión y puede aparecer en depresión unipolar como en bipolar. Se caracteriza porque el paciente padece de ideas o pensamientos que no son reales o verdaderos (delirios) y en algunas ocasiones pueden presentarse alucinaciones. Los delirios se identifican porque se basan en sentimientos de culpa y tener un miedo exagerado a estar arruinados a nivel económico conocido como delirio de pobreza, o miedo de sufrir una enfermedad incurable o severa que es llamado delirio hipocondriaco; estos delirios están presentes a pesar que los pacientes que lo padecen no sufren ninguno de sus temores en la realidad. En su mayoría quienes sufren de este tipo de depresión necesitan ingresar a unidades psiquiátricas por la severidad del trastorno, lo que le convierte en un paciente predisponente al suicidio (20).
- f. Depresión atípica:** Se caracteriza por presentar síntomas parecidos a la depresión típica, pero está exceptuado en que la depresión atípica los pacientes muestran aumento de apetito y de la necesidad del sueño (hipersomnolencia); además, puede ocurrir en depresión unipolar o bipolar (20).
- g. Trastorno depresivo estacional:** Los pacientes que sufren de este trastorno (SAD por sus siglas en inglés), evidencian síntomas de depresión atípica, con la diferencia que solo lo padecen durante algunas estaciones del año; generalmente en otoño e invierno y cuando las fases depresivas culminan el paciente regresa a su estado de ánimo normal (20).

2.2.1.2. Factores de riesgo del estado depresivo.

El estado depresivo puede afectar a varios miembros de una familia, lo que sugiere que se puede heredar una predisposición biológica, sin embargo, la depresión puede afectar a personas sin ninguna historia familiar (4).

Muchas personas están predispuestas a sufrir de estado depresivo, como aquellas que tienen baja autoestima, puesto que se ven a sí mismos y al mundo de forma negativa; también quienes padecen de enfermedades físicas y crónicas (4).

Otros individuos predispuestos son aquellos que perdieron a sus seres queridos, quienes tienen problemas económicos, dificultad al interactuar con los demás que genera aislamiento, discriminación, violencia y cualquier situación que implique sufrir grandes tensiones (4). Entre otros factores de riesgo tenemos:

- a. Sociodemográficos: La mayor parte de estudios realizados demuestran que las mujeres tienen más probabilidad de sufrir de depresión que los hombres, debido a que atraviesan por diferentes cambios hormonales, sin embargo, pueden establecer mayores lazos de amistad con las personas que las rodean, generando un mayor interés por pertenecer a grupos sociales; también, existen aquella población que tiene mayor riesgo de padecer de estado depresivo como los viudos, ancianos aislados, divorciados, desempleados y de bajo nivel de instrucción; sin embargo, también pueden establecer mayores lazos de amistad con las personas que las rodean, generando un mayor interés por pertenecer a grupos sociales. De igual manera, existe una gran relación de la edad con las dimensiones de salud, como las pérdidas de las funciones aumentan en la población de 75 años a más (21, 22).
- b. Biológicos: Varias enfermedades fueron relacionadas con la presencia de depresión en adultos especialmente adultos mayores, especialmente enfermedades crónicas, deterioro funcional, cognitivo y el insomnio, este último puede también ser considerado como parte de la sintomatología de la depresión (21).
- c. Sociales: Principalmente se menciona al aislamiento como un factor importante para sufrir del estado depresivo afectando de manera negativa la calidad de vida de las personas (21).

2.2.1.3. Dimensiones del estado depresivo.

Aaron Beck agrupa en las siguientes dimensiones las características del estado depresivo:

Alteraciones emocionales: Este tipo de características se refieren a aquellos cambios en los sentimientos y en el estado de ánimo que evidencian depresión; también alude a modificaciones de la conducta que están relacionadas al estado emocional (4). Así mismo, al mencionar las alteraciones emocionales, nos conduce a hablar sobre el afecto; según Watson y Tellegen (1985), es el estado emocional que un individuo puede experimentar, existiendo afecto positivo y negativo. El afecto positivo representa la emocionalidad placentera, que se manifiesta con motivación, energía, deseo de afiliación y sentimientos de dominio, logro o éxito, convirtiéndose en un factor protector; las personas con alto afecto positivo experimentan satisfacción, gusto, entusiasmo, energía, amistad, unión y confianza. En contraste, el afecto negativo, representa la emocionalidad displacentera y malestar, se relaciona con la sensibilidad frente a estímulos negativos, expresada en miedos, inhibiciones, inseguridades, frustraciones y fracaso; convirtiéndose en un factor de riesgo; las personas con alto afecto negativo, experimentan desinterés, aburrimiento, tristeza, culpa, angustia, vergüenza, ira, temor, nerviosismo y envidia. El estado depresivo y ansiedad, comparten un elevado nivel de afecto negativo; pero solo el estado depresivo se caracteriza por un bajo nivel de afecto positivo (4).

Alteraciones cognitivas: Son aquellas alteraciones conocidas también como intelectuales, incluyen sensopercepción disminuida, dificultad para comprender, pérdida de interés, trastornos de memoria, desvalorización, caída en atención y estado de alerta. Según algunos estudios, determinadas alteraciones cognitivas aparecen desde el primer episodio de estado depresivo (Lee et al., 2012), los pacientes que lo padecen presentan déficit en la velocidad del procesamiento de información, atención, aprendizaje visual y memoria que les afecta a corto y largo

plazo; variando según los factores clínicos presentes, que incluye la gravedad, comorbilidad, tipos y duración del estado depresivo; siendo de mayor peligro en los episodios recurrentes. Sin embargo, aquellos en fase de remisión, se evidenció que presentan mejoría en las tareas de atención, aunque sin alcanzar los niveles de rendimiento de los controles sanos (4).

Alteraciones del comportamiento: Principalmente se basa en alteraciones del comportamiento y de la motivación; es decir, los pacientes que padecen de estas alteraciones han perdido los “motivos” para actuar, deseos, ilusiones y objetivos que den sentido a su vida, es en donde, los individuos tienen la tendencia a abandonarse en la inactividad, esperando sentir alguna motivación positiva, hecho que se convierte a su vez, en desesperación a medida que se agota la capacidad de espera. Estas alteraciones, posteriormente serán expresadas como disminución de la actividad, parálisis de la voluntad, bajo rendimiento en el trabajo, poco aseo personal, llanto, agitación, e incluso pensamientos suicidas. En algunas ocasiones se suma a dependencia de otras personas ocasionando uso de alcohol o drogas como escape de la ansiedad (4).

Alteraciones somáticas: Conocidas como alteraciones vegetativas, se relacionan con perturbaciones hipotalámicas y del sistema nervioso autónomo; para referirse a este tipo de alteraciones, el psiquiatra López I, utiliza el término “enmascarada”, debido a que este define la forma en que con mayor frecuencia se presenta el estado depresivo; siendo pocos los pacientes que acuden a ser tratados manifestando que, el sentirse mal físicamente sea por causas netamente psíquicas, es así, que se genera dificultades para el diagnóstico del estado depresivo (37).

En general, los pacientes con estas alteraciones suelen presentar: Cefalea tensional; cambios en la frecuencia y ritmo cardíaco; pérdida de energía, cansancio o fatiga, lentitud física y mental (bradicinesia); alteración del sueño, generalmente insomnio (tanto de consolidación o mantenimiento como despertar precoz), convirtiéndose en un descanso no reparador; cambios en el apetito, que se enfoca en la pérdida de este, dando como resultado disminución de peso; sin embargo,

existen pacientes que pueden padecer presentación atípica a lo antes mencionado, produciendo hipersomnias, aumento del apetito, que en ocasiones puede resultar en “atracones”. Otra manifestación importante que se presenta en los adultos mayores, es la disminución del deseo sexual; se trata de un aspecto poco valorado e indagado debido a que aún existe cierto temor o prejuicios para ser abordado (37).

2.2.1.4. Estado depresivo en el adulto mayor.

La vejez es un estado en la vida y el envejecimiento es un proceso que ocurre durante el ciclo vital, ambos son considerados como parte del conocimiento multidisciplinario debido a que el ser humano es un ser biopsicosocial. Según la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento realizada en 1982, se considera como ancianos a la población de 60 años a más, dándose a este grupo el nombre de “adultos mayores”, con variaciones según la cultura y sus tradiciones denominándolos anciano, senecto, provento, vetusto, longevo, entre otros. Por su parte, la OMS considera al grupo del adulto mayor a aquellas personas que tienen una edad de 60 años a más y viven en países en vías de desarrollo y a los individuos igual o mayores a 65 años en los países desarrollados, estas diferencias se justifican en relación a las características socioeconómicas que posee cada país; hecho que se evidencia en Perú (23).

El estado depresivo en los adultos mayores es considerado uno de los trastornos más complejos que aqueja a esta población, debido a que tiene efectos perjudiciales en su salud, encontrándose inicialmente aislados de la sociedad, al igual que la sociedad se halla aislada de ellos, como lo expresa la teoría del desvinculación, teniendo mayores problemas para expresar la necesidad de ayuda y solucionar los problemas que le aquejan, especialmente aquellos referentes a la salud mental, ocultándose y sumergiéndose en un mundo limitado de acciones, actividades y relaciones interpersonales que le impiden adaptarse a esta nueva

etapa. Sumado a esto, tenemos los cambios y enfermedades propias de su edad que se presentan a nivel biológico, psicológico y social, como son:

- a. Cambios físicos y psicológicos:** En las personas adultas mayores la salud forma parte importante para el desarrollo de su vida, interviniendo en sus relaciones con otras personas; si su salud se ve afectada les limitará el desarrollo de sus actividades diarias, que posteriormente repercutirá a nivel psicológico creándoles pensamientos de inutilidad. Algunos cambios físicos son: Disminución de la estatura, disminución de funciones sensoriales, riesgo de padecer osteoporosis, dificultad para respirar, cambios en la vista, aumento de presión arterial, dificultad para adaptarse a los cambios de temperatura, disminución de la fuerza y rapidez, disminución de la inmunidad, aparición de canas, cambios en el sueño relacionados en variación del ritmo circadiano que generalmente se expresa en la dificultad para iniciar o mantener el sueño y en el insomnio, cambios en el apetito, disminución o pérdida de energía que se relaciona a los cambios propios de esta edad limitándoles la realización de algunas actividades (22).

En el aspecto psicológico ocurren los cambios en su memoria, en la atención, inteligencia, en la capacidad de aprendizaje y concentración, en la percepción, entre otros; los cuales generarán variación en la apreciación que tiene de sí mismo, disturbios de su personalidad, surgirán sentimientos de aislamiento, temor, tristeza, entre otros. Alvarado R, médico psiquiatra, refiere que los adultos mayores sufren de estados depresivos que tienden a evolucionar hacia el deterioro cognitivo, llegando incluso a la demencia. Además, manifiesta según sus investigaciones que, tras padecer episodios de depresión sin ser diagnosticados oportunamente, genera la posibilidad de desarrollar Alzheimer y otras enfermedades (22).

- b. Cambios sociales:** El envejecimiento trae consigo cambios que afectan la vida social del adulto mayor afectando sus relaciones sociales, desarrollo de roles, participación en actividades, entre otros. Uno de los cambios es la variación del

rol, lo que les lleva a la jubilación; este cambio es muy significativo, ya que les apartará de aquellos grupos que conocieron durante toda su vida laboral; por lo cual, es indispensable que el adulto mayor, previo a jubilarse, planifique lo que realizará posteriormente y logre un buen proceso de adaptación para tener un nivel de bienestar factible (24).

2.2.1.5. Modelo cognitivo de la depresión.

Terapia cognitiva de la depresión

Este modelo considera que la principal alteración en la depresión está basada en el procesamiento de la información, refiere que las personas sufren más por lo que interpretan de los sucesos y no por estos en sí mismos. Según Beck A. (1979) existen tres conceptos dentro del modelo cognitivo que explican psicológicamente lo que sucede en el estado depresivo, estos son: La triada cognitiva, los esquemas y las distorsiones cognitivas.

- a. Triada cognitiva o triada cognitiva negativa:** Para este connotado psiquiatra, los individuos atraviesan por situaciones en las que existen esquemas que son los responsables de la regularidad en las interpretaciones cotidianas, convirtiéndose en parte indispensable para lograr convertir datos en conocimientos que se activan según situaciones presentes, determinando una respuesta personalizada y convirtiéndose en un proceso normal e inevitable que se va formando a través de nuestra cultura y educación; sin embargo, en algunos casos puede tornarse patológico. Este hecho sucede cuando el individuo que sufre de estado depresivo activa esquemas inadecuados que se relacionan a la visión de sí mismos, del mundo y del futuro vistos de una forma negativa; conociéndose como la “triada cognitiva” (4).

Visión negativa de sí mismos: Este tipo de visión trata de la percepción negativa que el individuo tiene de sí mismo, viéndose como torpes, deficientes o inútiles,

criticándose en base a sus defectos; generándoles pensamientos de rechazo de los demás e incapacidad de ser felices (4).

Visión negativa del mundo: Los individuos piensan que el mundo está en su contra presentándoles obstáculos que les impiden llegar a cumplir sus objetivos.

Visión negativa del futuro: La persona con depresión se anticipará que sus sufrimientos y dificultades no pueden modificarse y seguirán estando presentes por el resto de su vida. Esta visión también es conocida como desesperanza y está fuertemente relacionada con el riesgo de suicidio (4).

b. Organización estructural del pensamiento depresivo: Es el segundo componente del modelo cognitivo, se refiere específicamente al modelo de esquemas, donde refiere que son construcciones subjetivas, más o menos estables, que actúan como filtro a la hora de percibir el mundo por parte del individuo. Explica por qué los pacientes siempre manifiestan actitudes que les generan sufrimiento. Cuando un individuo atraviesa por distintas situaciones en las que este esquema se convierte en la base para codificarlas en reacciones, ocurre que, si el paciente padece de depresión leve, va a percibir sus pensamientos negativos, algunos de estos pensamientos no tienen relación con su realidad. En los casos donde existe estados depresivos graves, el pensamiento del paciente está sometido por esquemas que darán producto a pensamientos netamente negativos, siendo difícil llegar a concentrarse en estímulos externos y por ende realizar actividades como la lectura, solucionar problemas, recordar, comprender y realizar actividades mentales, entre otros (4).

c. Distorsiones cognitivas: Es el tercer componente del modelo cognitivo, referido a los errores en el procesamiento de la información que facilita los sesgos y permite a los pacientes depresivos mantener creencias válidas de los conceptos negativos que poseen; para ellos se considera lo siguiente:

Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): Está referido a cuando el individuo adelanta una conclusión careciendo de evidencias o cuando existen conclusiones que son opuestas a los hechos (4).

Abstracción selectiva (relativo al estímulo): Consiste en la extracción de un detalle en específico a pesar que existen otras características con mayor relevancia, incluso dejando de lado aspectos positivos; dando como resultado conceptos sobre lo sucedido en base al fragmento considerado (4).

Generalización excesiva (relativo a la respuesta): Está basado en utilizar uno o varios sucesos aislados y elaborar conclusiones o reglas a partir de estos, posteriormente aplicarlos en todo tipo de situaciones, tengan relación o no (4).

Maximización o minimización (relativo a la respuesta): Se manifiesta en los errores que se comenten en el momento de valorar la magnitud de un suceso, exagerando lo negativo de una situación, dando como resultado la formación de una distorsión y minimizar lo positivo (4).

Personalización (relativo a la respuesta): Se refiere a la predisposición de un paciente para atribuirse fenómenos sin que existan evidencias que representen dicho vínculo, mostrándose susceptible (4).

Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta): Trata de la tendencia de un individuo para clasificar situaciones o experiencias solo en dos categorías opuestas entre sí; siendo algunas de ellas santo o pecador, feliz o infeliz, útil o inútil, entre otros; utilizando la categoría negativa para describirse a sí mismo (4).

Culpabilidad: Consiste en atribuirse a sí mismo o a los demás toda responsabilidad ante todo lo que ocurra, dejando de lado otros factores relacionados (4).

Tratamiento de la Depresión desde la perspectiva de la Terapia Cognitiva.

Este tipo de tratamiento contempla un amplio conjunto de aspectos, que se basan en los elementos estipulados en el modelo establecido por Beck, como esquemas, distorsiones y pensamientos automáticos; es decir, cambiar las contingencias que mantienen el estado de ánimo depresivo. Comúnmente, al estar en depresión, el paciente no desea realizar o participar en diversas actividades, por lo que se debe establecer objetivos pequeños que progresivamente se transformaran en otros más complejos. Los procedimientos conductuales más utilizados son: Programación y ejecución de actividades graduales, reforzamiento de las pequeñas acciones realizadas, entrenamiento en resolución de problemas, aprendizaje de habilidades de afrontamiento para situaciones estresantes (4).

A medida que el paciente siente que tiene la capacidad y dominio de realizar actividades y disfruta de las mismas, va a recuperar la confianza en sí mismo. De esta forma, estará animado en realizar actividades más complejas, retomar aquellas que dejó de lado como ejercicio físico, hobbies, paseos y establecer mayores relaciones interpersonales (4),

Este tratamiento cognitivo de la depresión tiene como objetivo reestructurar todos los pensamientos distorsionados que tiene el paciente, a través de identificar aquellos pensamientos negativos, discutirlos y transformarlos en realistas y positivos; dando como resultado cambios favorables en el estado anímico y en la percepción que posee sobre de sí mismo, del entorno y de su futuro (4).

Existen hábitos que contribuyen en disminuir la depresión:

Realizar actividades constructivas: Generalmente un paciente con depresión percibe a las tareas más pequeñas como enormes y de gran trabajo, quitándole las ganas de actuar; es por ello que la acción debe preceder a la motivación (4).

Realizar actividad física/practicar hábitos de salud: Se recomienda comenzar los primeros días con ejercicios livianos y aumentarlos gradualmente hasta el nivel que pueda tolerar, esto contribuirá con mejorar el estado de ánimo y proporcionará efectos tranquilizantes y relajantes (4).

Practique actividades placenteras: Realizar hobbies, actividades de tiempo libre y contacto con la naturaleza, manualidades y todo aquello que le permita mantenerse distraído, generará que se aleje de los pensamientos negativos; por ello el paciente debe establecer rutinas diarias (4).

Evitar el aislamiento: Una red de apoyo social es fundamental para superar o evitar la depresión, pues permite mejorar la capacidad de lidiar con situaciones estresantes, aliviar efectos emocionales, mejorar la autoestima, promover las conductas de un estilo saludable y fomentar el cumplimiento de un plan de trabajo (4).

2.2.2. Teoría de la actividad

Esta teoría fue formulada originalmente por Havighurst, y también se habla del alemán Tarler (1961) y Atchley (1977) como los representantes. Estos autores sostienen que una buena vejez debería estar acompañada de nuevas actividades o trabajos (hobbies, participación en clubs o asociaciones, entre otros) que sustituyan a los que tenían antes de jubilarse. Es decir, cuanto más activas sean las personas adultas mayores, mayor satisfacción obtendrán al largo de su vida. Entonces, el bienestar de los adultos mayores depende del desarrollo de actividades considerables en los roles recientemente adquiridos (19).

En otros estudios (Maddox, 19639, 1968) se observó que la autoestima alta en la vejez, está relacionada a un nivel alto de actividad; sin embargo, no se niega que, con la edad, haya una menor tasa de actividad debido a condiciones externas como el decremento de los roles sociales, fallecimiento de amigos o familiares y el deterioro de la salud. Desde esta teoría se recomienda la formación de grupos de intereses comunes, lo cual contribuirá a una actitud positiva respecto a su futuro. Por otro lado, sitúa a las personas dependientes o con limitaciones físicas, en una situación de desventaja y marginación social (19).

La presente teoría fue útil porque direccionó la investigación, permitiendo describir el proceso de adaptabilidad que presentan el adulto mayor jubilado en la etapa del envejecimiento, así como a contrastar los datos empíricos obtenidos en relación con las evidencias; de igual modo sirvió de base para plantear enunciados conceptuales; también, está relacionada con la medición reflejada en la operacionalización e indicadores de las variables y aspectos orientados a la verificación empírica (19).

2.2.3. Inventario de depresión de Beck (BDI)

El Inventario de Depresión de Beck (BDI por sus siglas en inglés), es una escala creada por el psiquiatra e investigador Aaron Beck en el año de 1961; quien nació el 18 de julio de 1921 en Rhode Island, graduado de la universidad de Brown en 1943, posteriormente, en 1946 recibió el grado de médico de la Universidad de Yale. Fue certificado como psiquiatra por el Consejo Estadounidense de Psiquiatría y Neurología en el año 1953 (25).

Beck, desarrolló la teoría cognitiva como una forma de comprender y tratar la depresión, además de ello, a lo largo de su carrera ha conducido numerosas investigaciones sobre depresión, suicidio, ansiedad, trastornos de pánico, abuso de sustancias y trastornos de personalidad; logrando grandes reconocimientos como el doctorado honorario concedido por Brown en 1982, y su elección como miembro del colegio Real de psiquiatras en 1990 (25).

Durante su prolífica carrera, ha desarrollado numerosos instrumentos de evaluación, entre los cuales encontramos al “Inventario de Depresión de Beck” (25).

Este inventario cuenta con más de 500 estudios publicados que respaldan sus propiedades psicométricas en población no clínica y clínica (26). Fue creado en el año 1961 basándose en observaciones clínicas y en descripciones de pacientes que padecían de depresión. Sin embargo, en 1979 Beck y otros investigadores empezaron a utilizar una versión modificada llamada BDI – IA, conteniendo esta nueva escala seis de nueve criterios establecidos anteriormente por el manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales tercera edición (DSM-III). Tiempo después, se publicó una nueva versión del manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM – IV), necesiándose un nuevo instrumento el cual pasó a ser ajustado a las nuevas normas de evaluación publicadas, dando como resultado en 1996 una nueva versión del inventario, siendo esta el BDI – II (25).

- a. Validez del Inventario de Depresión de Beck:** La consistencia interna del inventario ha sido confirmada por diversos y numerosos estudios psiquiátricos, de los cuales se ha encontrado un coeficiente de confiabilidad con promedio superior al 0.75%, alcanzando un coeficiente de 0.88% de confiabilidad en muestras psiquiátricas; por otro lado, los estudios donde se han obtenido bajos coeficientes de confiabilidad se deben a los efectos de muestreo (26).

De acuerdo con la intención de Beck, este inventario no mide a la depresión como una entidad nosológica, sino la intensidad de la depresión mediante sus síntomas, sobre todo en pacientes con depresión de intensidad moderada (26).

Las propiedades psicométricas del Inventario de Beck, además de la disponibilidad de numerosas traducciones funcionales a otros idiomas, y los altos estándares de validez representados en los coeficientes de validez encontrados en diversos estudios explican el uso extendido de este instrumento, incluso como muestra para validar nuevos instrumentos (26).

b. Validez de la versión en español del Inventario de Beck en Perú: En Perú, se utilizó la versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general del Centro Médico Naval de Lima para determinar su validez, aplicándose a una muestra de 136 pacientes internados, obteniéndose el coeficiente alfa de Cronbach fue 0,889 la puntuación promedio del BDI fue significativamente más alta en los pacientes con depresión mayor que en los que no la tenían (26,71 frente a 6,79, $p < 0,001$); tomando 18,5 o 19,5 como punto de corte del BDI para el diagnóstico de depresión mayor, la sensibilidad fue de 87,5% y la especificidad de 98,21%. Ningún paciente con BDI menor de 7,5 tuvo depresión, mientras que todos los sujetos con BDI mayor de 24,5 lo presentaron. A excepción de la pérdida de peso, todos los ítems tuvieron puntajes significativamente más altos en los pacientes deprimidos, siendo los ítems que mejor predecían la presencia de depresión. Concluyendo que la versión en español de BDI utilizada posee un alto coeficiente alfa (consistencia interna) y una elevada capacidad para discriminar entre sujetos con y sin depresión, siendo los ítems que más aportan al diagnóstico: Inconformidad con uno mismo, autopercepción del aspecto físico, autocensura, insomnio y sentirse castigado (27).

c. Validez del contenido del Inventario de Depresión de Beck: El contenido del inventario de Beck se derivó de la realización de observaciones clínicas por parte de su autor, escogiendo los ítems en base a los síntomas de los pacientes.

Producto de ello, los autores que han comparado los ítems del Inventario con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM), han obtenido que el Inventario de Beck contempla 6 de los 9 criterios de tal, sin embargo, de los tres faltantes, dos son abordados parcialmente, únicamente dejando de lado el criterio de agitación; esto, nuevamente daría muestras de la amplia validación del contenido de este instrumento (26).

d. Dimensiones del Inventario de Depresión de Beck: El Inventario de Beck y sus versiones más recientes, muestran una estructura de dos dimensiones, el Factor 1 es denominado cognitivo afectivo y el factor 2, somático – vegetativo, así, la versión original contempla 6 de los criterios establecidos en el DSM III para evaluar la depresión, mientras

que las versiones revisadas del Inventario llegan a contemplar las 9 dimensiones del DSM IV (estado de ánimo depresivo, apetito aumentado o disminuido, disminución significativa de interés en actividades en general, agitación, fatiga, sentimiento de minusvalía, disminución de destreza cognitiva, pensamientos recurrentes de muerte), divididos en los dos factores indicados (28).

e. Puntuación de corte y niveles de depresión: El BDI – II es un informe que brinda la presencia y gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Consta de 21 ítems con respuesta múltiple, en una escala de 0 a 3 puntos siendo la sumatoria total de 0 a 63 puntos. El manual original del inventario de depresión de Beck propone las siguientes puntuaciones de corte y niveles de depresión (28):

0 – 13 indica depresión mínima

14 – 19 depresión leve

20 – 28 depresión moderada

29 – 63 depresión grave

2.2.4. Jubilación.

La palabra jubilación proviene del hebreo “yovel” que significa júbilo, pero etimológicamente tiene un significado un poco diferente “los haberes que condenan al que deja de trabajar, a la estrechez económica en los últimos años de vida” (29). Es un evento inevitable, que significa el final de un ciclo de desarrollo personal y actúa también como una especie de ritual que marca el cambio de la adultez a la vejez, debido a que en la gran parte de los casos concuerda con la aparición de cambios físicos, psicológicos y sociales propios del envejecimiento (31).

Así mismo, la jubilación está asociada a la pérdida del rol social y laboral ya que marca distancia con compañeros de trabajo, lo que significa, para el jubilado, una especie de duelo que les genera aislamiento, tristeza, enojo, siendo expresados de manera única en cada persona (30). Es importante reconocer que la jubilación no es el fin definitivo de

toda actividad sino el retiro del trabajo, ya que posteriormente a este acontecimiento el adulto mayor tiene que formular nuevas actividades a realizar, logrando un adecuado proceso de adaptación a su nueva etapa de vida (31).

Toltecatl A. y Padilla P. (2006) acotan, que la jubilación significa una crisis severa, en especial para aquellos adultos que no se prepararon ni elaboraron proyectos de vida y tampoco tienen contactos fuera de su trabajo; esto generará que la adaptación a la jubilación sea mucho más compleja (31).

Atchley 1989 (citado por Vega V. y Bueno M. 2000) reconoció seis etapas que describen el proceso de la jubilación, éstas son:

1. La primera fase es la de prejubilación, aquella en la que la persona empieza a orientarse hacia sí mismo y comienza a aceptar la idea de jubilarse. En esta fase se forman ideas sobre cómo será la jubilación (31).
2. La segunda fase, de jubilación, se divide en tres tipos las que llama vivencias alternativas: Luna de miel, continuidad con las actividades de ocio planificadas y el descanso.
 - a. Luna de miel; se va a identificar porque los jubilados querrán realizar todo lo que quisieron y no pudieron hacer en los años antes de jubilarse. Esta etapa no es experimentada por todos los individuos y en algunos casos que se prepararon previamente con actividades para después de jubilarse pueden pasar directamente a ella (31).
 - b. Esta etapa de continuar con las actividades de ocio planificadas, se refiere a que la persona entrará en una rutina de jubilado, donde ya se tenía actividades y grupos establecidos, en los que solo se debe cambiar el tiempo que anteriormente se le dedicada (31).

- c. El descanso o la etapa de relajación está presente en algunas personas; es opuesta a la etapa de luna de luna de miel, puesto que consiste en reducir el tiempo que se da a las actividades (31).
3. La tercera fase es aquella en la que algunos individuos evidencian desencanto y depresión, surge como respuesta a la percepción que tiene la persona en relación a sus fantasías considerándolas incumplidas (31).
4. La cuarta se denomina fase de reorientación, este es el momento en que las personas deprimidas logran reevaluarse y edificar percepciones realistas sobre su experiencia con la jubilación (31).
5. La quinta fase consiste en que los individuos desarrollaran estilos de vida basados en la rutina afrontando de esta manera los cambios producidos por la jubilación (31).
6. Finalmente se encuentra la fase que para algunas personas es irrelevante, porque regresaran al trabajo que generalmente fue debido a una enfermedad o incapacidad, produciéndose en estos casos cambios en el rol del jubilado al de enfermo (31).

2.3. VARIABLES DEL ESTUDIO

2.3.1. Variable 1: Estado depresivo.

2.4. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	CRITERIO DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Estado depresivo.	Es un trastorno emocional o del humor que afecta la vida de la persona que puede ser transitorio o permanente, predominando síntomas afectivos, cognitivos, conductuales y somáticos (22).	Alteraciones emocionales.	Tristeza.	0 a 3	Depresión mínima = 0 -13 Depresión leve = 14 - 19 Depresión moderada = 20 - 28 Depresión grave = 29 - 63	Inventario de Depresión de Beck – II (BDI-II) de 21 ítems.
		Alteraciones cognoscitivas.	Pesimismo. Fracaso. Sentimiento de culpa. Sentimiento de castigo. Irritabilidad	0 a 3 0 a 3 0 a 3 0 a 3 0 a 3		
			Indecisión.	0 a 3		
			Autocrítica.	0 a 3		
			Disconformidad con uno mismo.	0 a 3		
			Desvalorización	0 a 3		
			Dificultad de concentración.	0 a 3		
			Pérdida de interés.	0 a 3		

			Pérdida de placer.	0 a 3		
		Alteraciones del comportamiento.	Pensamiento suicida.	0 a 3		
			Agitación.	0 a 3		
			Llanto.	0 a 3		
		Alteraciones somáticas.	Pérdida de energía.	0 a 3		
			Cambios en los hábitos del sueño.	0,1a,1b,2a,2b,3a3b		
			Cambios en el apetito.	0,1a,1b,2a,2b,3a3b		
			Cansancio o fatiga.	0 a 3		
			Pérdida de interés en el sexo.	0 a 3		

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo: Por que identifica las características propias de la población y describen las características del estado depresivo encontrado en el adulto mayor del Centro del Adulto Mayor EsSalud.

Cuantitativo: Porque en ella se utilizó instrumentos estandarizados para obtener datos respecto al estado depresivo en el adulto mayor jubilado y posteriormente se realizó cálculos estadísticos para explicar y predecir el fenómeno estudiado.

Transversal: Ya que se recabaron datos de una muestra definida dando un corte en el tiempo.

3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en el Centro del Adulto Mayor (CAM) de EsSalud, ubicado en el Jr. Hualgayoc N° 325 de la ciudad de Cajamarca. Este centro fue inaugurado el 05 de junio de 1987, actualmente está a cargo de la licenciada en psicología Roxana Quiroz Quiroz. El CAM es un espacio de encuentro generacional, en el que están inscritos 200 adultos mayores, de los cuales asisten un promedio de 105; tiene la finalidad de mejorar el proceso del envejecimiento a través del desarrollo de diferentes programas para un envejecimiento activo, brindando talleres de educación emocional, memoria, artísticos, auto cuidado, cultura física, turismo social y eventos deportivos – creativos.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN: La población estuvo constituida por 105 adultos mayores jubilados pertenecientes al Centro del Adulto Mayor EsSalud de Cajamarca.

MUESTRA: Para determinar la muestra de la investigación se utilizó la siguiente fórmula estadística:

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

Donde:

N = tamaño de la población (105)

e = margen de error (porcentaje expresado en decimales 0.05)

z = nivel de confianza (cantidad de desviación estándar, que para este caso sería 1.96 al tener el grado de confianza de 95%)

p = probabilidad esperada (0.5)

q = probabilidad de fracaso (0.5)

Realizando los cálculos el tamaño de la muestra es: n = 83

3.3.1. Unidad de análisis: Cada adulto mayor jubilado del Centro del Adulto Mayor EsSalud de Cajamarca.

3.3.2. Criterio de inclusión:

Adultos de 60 años de edad a más.

Adultos mayores jubilados que asisten al Centro del Adulto Mayor EsSalud de Cajamarca.

Adultos mayores jubilados que asisten al Centro del Adulto Mayor EsSalud de Cajamarca que presten consentimiento a la aplicación del Inventario de Depresión de Beck.

3.3.3. Criterio de exclusión

Adultos mayores no jubilados que asistan al Centro de Adulto Mayor EsSalud de Cajamarca.

Adultos mayores jubilados que asistan al Centro del Adulto Mayor EsSalud de Cajamarca que no desearon participar y no firmaron el consentimiento informado.

Adultos mayores jubilados que asistan al Centro del Adulto Mayor EsSalud de Cajamarca que no firmaron el consentimiento informado.

3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de la información se realizó a través de la técnica de la entrevista personal, para aplicar el instrumento Inventario de Depresión de Beck – II (BDI – II), previo consentimiento informado (anexo 02).

3.5. DESCRIPCIÓN DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La entrevista se realizó con lenguaje claro y sencillo, para lograr un adecuado entendimiento del adulto mayor; esta técnica se realizó a través de la elaboración de un cuestionario que consta de 2 partes:

En la primera parte se consignaron las características sociodemográficas, las cuales sirvieron para caracterizar a la población de estudio, estos datos fueron edad, sexo y estado civil (anexo 01).

En la segunda parte se señalaron datos relacionados al estado depresivo utilizando el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II); este cuestionario fue aplicado en el presente estudio en un tiempo promedio de 10 minutos, consta de 21 ítems que son tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvaloración, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño y apetito, irritabilidad, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés por el sexo, los cuales son de opción múltiple (4 opciones) con excepción de los ítems 16 y 18 que consta de 7 opciones. El individuo que desarrolla el cuestionario, debe elegir una opción que corresponda a como se ha sentido en las últimas dos semanas incluido el día de la evaluación, en caso que seleccione más de una, se considerará la opción con mayor puntaje.

La evaluación final de cada ítem se realiza con la asignación de un puntaje a cada opción, los cuales van en una escala de 0 a 3 puntos por cada uno; posteriormente estos serán sumados para ubicar el nivel de depresión que presentan, teniendo de 0 a 3 depresión mínima, 4 a 9 depresión leve, 10 a 19 depresión moderada y 20 a 63 depresión grave; finalmente nos guía a evaluar la presencia o ausencia del estado depresivo en el grupo estudiado (anexo 01).

3.6. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Para el presente estudio se utilizó el cuestionario e instrumento Inventario de Depresión de Beck – II utilizado por D´Acunha en el año 2019, en su investigación titulada “Síntomatología depresiva y ansiosa y regulación emocional en adultos mayores jubilados”, validando el instrumento y obteniendo evidencia de confiabilidad por consistencia interna según alfa de cronbach con un valor de 0.88 (anexo 03) (32).

3.7. PROCESAMIENTO, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Inicialmente se elaboró una base de datos en el programa software Excel 2019, dicha información se procesó utilizando el programa estadístico SPSS versión 25 y finalmente los resultados obtenidos se presentaron en tablas estadísticas simples.

3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio estuvo sujeto al respeto de las normas éticas y morales, comprometiéndome a respetar los siguientes principios éticos:

- a. No maleficencia: No se realizó procedimientos que puedan ocasionar daños a los adultos mayores que participaron en el estudio.
- b. Beneficencia: La entrevista fue aplicada por la investigadora, explicando el objetivo y beneficios del estudio.
- c. Justicia: La muestra seleccionada fue considerando la igualdad entre todos los participantes, sin discriminación alguna.
- d. Autonomía: Los participantes del estudio accedieron a esta investigación voluntariamente.

La protección de los derechos humanos se realizó mediante el consentimiento informado de los participantes en dicho estudio (anexo 02), haciéndoles de su conocimiento que la utilización de la información recolectada es únicamente para fines de estudio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Características sociodemográficas del adulto mayor jubilado inscrito en el Centro del Adulto Mayor EsSalud Cajamarca 2019.

Características sociodemográficas	n°	%
Edad		
60 - 69	26	31.3
70 - 79	37	44.6
80 a más	20	24.1
Sexo		
Hombre	30	36.1
Mujer	53	63.9
Estado civil		
Soltero	14	16.9
Casado	41	49.4
Divorciado	11	13.3
Viudo	17	20.5
TOTAL	83	100.0

Fuente: Cuestionario elaborado por la investigadora, Cajamarca, 2019.

En la tabla 1, se observan las características sociodemográficas de los adultos mayores jubilados inscritos en el Centro del Adulto Mayor EsSalud Cajamarca, donde 44.6% se encuentran entre las edades de 70 a 79 años, 31.3% entre 60 a 69 años y 24.1% de 80 años a más.

Acosta (2016), encontró resultados similares donde 42.9% de la población que perteneció a su estudio se encontró entre las edades de 70 a 79 años (13). Así mismo, la OMS refiere que en los últimos años ha existido el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de

fecundidad, dando como resultados el incremento en la cantidad de adultos mayores, especialmente de 80 años a más (2).

Independientemente de la edad, Sigüenza (2014) determinó la gran importancia que tiene para el adulto mayor llevar un envejecimiento activo, dando como resultado la poca prevalencia de depresión, fundamentándose también con la teoría de la actividad; hecho que se corroboró en el grupo estudiado, donde cada adulto mayor trata de adaptarse según sus posibilidades y participar de diferentes maneras en esta organización como haciendo teatro y manualidades, cantando, tocando instrumentos, haciendo yoga, preparando alimentos para sus reuniones, entre otros.

En relación al sexo, el mayor porcentaje de adultos mayores jubilados que pertenecen al CAM, 63.9% son mujeres; resultados similares presentan autores como Osorio I. (15), Quispe A. (10), Sigüenza R. (12), Acosta C. y García R. (13) quienes reportaron de 53 al 84.9% son mujeres.

Existe una mayor cantidad de mujeres en relación a los hombres, debido a que las mujeres tienen mayor interés de pertenecer a un grupo social como el CAM; ya que ellas pueden establecer mayores lazos de amistad entre sus compañeras de trabajo, vecinas y personas conocidas. Esto logra permitirles disfrutar en mayor grado de su compañía; facilitándoles la convivencia e interacción significativa y de apoyo mutuo. Así mismo, estos satisfactores emocionales generados de la compañía entre mujeres adultas mayores se expresan en las sesiones de discusión, presentándose espacios de libertad que no existen en compañía de familiares (Scott y Wenger, 1996) (33). Este hecho se evidenció en el grupo estudiado, donde se observó que las mujeres tenían mayor participación en las actividades realizadas, mostrándose cómodas con su entorno y manteniendo buenas relaciones interpersonales dentro del centro como fuera de él.

En cuanto al estado civil, se evidencio que el mayor porcentaje de adultos mayores que pertenecen al CAM, 49.4% son casados, seguido de 20.5% viudos, 16.9 % solteros y 13.3% divorciados. Similares resultados encontraron, Acosta A. (13) 32.1% casados, 28.1% viudos; Quispe A. (10) 40% casados, 30% viudos; Reyes J. (17) 39.7% casados; Acosta C. y García R. (13) 61% casados.

Si bien, en el estudio realizado existe menor cantidad de viudos, solteros y divorciados; es importante señalar que el envejecimiento es una etapa de cambios, siendo fundamental contar con el apoyo de la familia, amigos y de un compañero para afrontar todo lo que se presenta. Segura A, realizó una investigación en la cual determinó los riesgos de depresión y factores asociados, estableciendo que el estado civil forma parte de estos influenciando que el adulto mayor padezca o no de estados depresivos. Este autor ubica a los individuos que están solos, aquellos separados/divorciados, solteros y viudos; en un mayor porcentaje de riesgo, especialmente los viudos puesto que pasaran por etapas de duelo y posteriormente se enfrentaran a una vida sin su pareja (34).

Los adultos mayores estudiados, en el caso de los casados y viudos; refirieron que junto a su compañero, superaron la etapa del envejecimiento y jubilación de una forma más llevadera, puesto que, se apoyaban mutuamente; mientras los solteros, quienes llegaron a esta edad en esta condición por elección propia o por comportamientos erróneos que tuvieron en su juventud y adultez, anhelaban recibir el cariño y apoyo de un compañero e hijos para superar esta etapa.

Tabla 2. Nivel del estado depresivo del adulto mayor jubilados inscrito en el Centro del Adulto Mayor EsSalud Cajamarca 2019.

Estado depresivo	n°	%
Mínimo	71	85.5
Leve	8	9.6
Moderado	3	3.6
Grave	1	1.2
TOTAL	83	100.0

Fuente: Inventario de Beck aplicado al adulto mayor jubilado del Centro del Adulto Mayor EsSalud Cajamarca 2019.

En la tabla 2, se evidencia el nivel del estado depresivo del adulto mayor estudiado, obteniendo 85.5% padecen de estado depresivo mínimo, 9.6% leve, 3.6% moderado y 1.2% grave.

Estos resultados tienen semejanza con los obtenidos en la investigación titulada “Prevalencia de depresión y factores asociados en los adultos mayores del Instituto de Promoción para el envejecimiento activo”, realizada por Sigüenza en el año 2014; quien encontró que el 66.7% no padecen de depresión, 30.77% padecen depresión leve y 2.56% depresión moderada (12). De igual manera se obtuvo resultados similares en la investigación “Nivel de depresión en jubilados municipales de la cabecera departamental de Huehuetenango”, realizada por Vásquez en el año 2016, encontrando que el 60% presenta depresión mínima, 28% leve, 5% moderada y 8% grave (14).

En la presente investigación se obtuvo que la mayor cantidad de los adultos mayores estudiados padecen de estado depresivo mínimo, evidenciándose que 71.1% no presentan tristeza, 75.9% no se encuentran desalentados respecto a su futuro, 85.5% no se sienten fracasados, 74.7% no experimentan sentimientos de culpa, 90.4% no tienen sentimientos de castigo y a su vez no se encuentran irritables (anexo 04), 81.9% toman sus propias decisiones tan bien como siempre, 77.1% no se autocriticán más de lo habitual, 91.6% no están disconformes consigo mismos, 88% sienten que son valiosos, 61.4% pueden concentrarse tan bien como siempre, 65.1% no han perdido el interés en actividades o personas, 75.9% no han perdido el placer por las cosas de las que disfruta (anexo 05), 67.5% no presenta agitación, 80.7% no llora más de lo que solía

hacerlo, 97.6% no tiene pensamientos suicidas (anexo 06), 61.4% presentaron pérdida de energía, 34.9% duerme un poco menos de lo habitual, 53% no presentaron cambios en el apetito, 63.9% no siente cansancio o fatiga y 30.1% no ha notado ningún cambio reciente en su interés por el sexo (anexo 07).

Cabe resaltar que existen otros estudios que difieren de los resultados obtenidos, como los encontrados en la investigación titulada “Depresión en adultos mayores de una asociación de vivienda” realizada por Jara en el año 2016, quien indica que el 38.8% de adultos mayores tiene depresión leve, 32.5% moderada, 8.8% grave y 20% no padece de depresión (16); así mismo, en el estudio titulado “Depresión en el adulto mayor institucionalizado en el centro residencial geriátrico Dios es amor”, realizado por Reyes en el año 2016, obtuvo que 54% depresión leve, 40% severa y 6% no tienen depresión (17) y en la investigación “Ansiedad, depresión y factores de riesgo del adulto mayor beneficiarios del programa pensión 65 Puesto de Salud Pata Pata”, realizada por Quispe en el año 2018, evidenció resultados similares, siendo 72.5% presenta depresión leve, 22.5% depresión normal y 5% severa (10).

Para Beck, los niveles de depresión varían según la cantidad de síntomas presentes en los criterios utilizados en el BDI-II, afectando la gravedad, el grado de incapacidad funcional y malestar que generen; siendo el nivel leve con cinco o seis síntomas, que produce incapacidad leve o función normal; el nivel grave se caracteriza por la presencia de la mayoría de los síntomas de los criterios, generando incapacidad evidente y observable (9).

En los adultos mayores jubilados del CAM, se evidenció, en su mayoría el nivel mínimo; siendo un factor beneficioso para ellos, pues realizan sus actividades diarias sin inconvenientes, participando activamente en grupos comunitarios, propiciando buenas relaciones interpersonales y una mejor calidad de vida; además, se observó lo referido por Watson y Tellegen (1985), en el cuál los adultos mayores poseen un alto afecto positivo, convirtiéndose en un factor protector para ellos. Sin embargo, existe un porcentaje menor de adultos mayores, en los cuales, si se evidencian alteraciones emocionales, debido a que están atravesando por situaciones estresantes como problemas familiares, de salud, económicos o pérdida de seres queridos; siendo inevitable que sientan tristeza la mayor parte del tiempo, viendo su vida como

un fracaso, experimentando sentimientos de culpa por no haber hecho cosas en su debido momento y sintiéndose más irritables que lo habitual. Esto los lleva a tener una visión negativa de sí mismos, con sentimientos de torpeza y de poca utilidad; con una visión negativa del mundo, expresada en sentimientos de castigo y presencia de obstáculos que le impiden su desarrollo personal y una visión negativa del futuro, creyendo que su vida actual no mejorará y el sufrimiento será permanente; este hecho es conocido por Beck como la Triada Cognitiva (16).

También se pudo evidenciar que este grupo de adultos mayores jubilados realizan una adecuada organización estructural del pensamiento, al tener apropiados esquemas y percibir el mundo de una forma correcta; teniendo en cuenta todos los aspectos presentes y no solo centrándose en los negativos. Sin embargo, algunos adultos mayores estudiados presentaban distorsiones cognitivas; para lo cual Beck refiere que la manera de evitar que estas sigan presentes, es que el individuo tenga hábitos que le permitan estar activo, realizando actividades constructivas, actividades físicas, práctica de hábitos saludables, práctica de actividades placenteras y evitando el aislamiento (4).

Sin embargo, se pudo observar que la mayor parte de los adultos mayores jubilados pertenecientes al CAM, no presentaron alteraciones en su comportamiento, siendo este hecho ligado a la terapia cognitiva de Beck, la misma que establece, que existen productos cognitivos que son los resultados de la interacción de los esquemas y creencias de cada individuo, presidiendo la manera de reaccionar de una persona tanto emocional como conductual (6). De igual manera, los adultos investigados refirieron tener algunas alteraciones somáticas, como pérdida de energía, alteración ligada a la investigación de Craig (1998). Otra manifestación presente, fue el cambio en los hábitos del sueño, afectando la cantidad y calidad del mismo, esto debido a aumento de la fase circadiana y dificultad para mantener el sueño profundo, generando de esta manera insomnio (17). Así mismo, se obtuvo resultados similares a los del estudio de Bootzin, quien concluyó que 25% de los adultos mayores de 65 a 79 años de edad padecían de insomnio; Newman menciona que la etiología del insomnio en los adultos mayores, es de causa multifactorial, siendo una de ellas la dificultad para adaptarse a nuevas

etapas de su vida como la jubilación, pérdida de familiares, enfermedades físicas, entre otros (37).

Calderón D, refiere que la presencia de factores protectores en la vida de los adultos mayores, tales como, hábitos de vida saludable, contacto con familia y amigos, prácticas religiosas, entre otros, evitan que esta población presente cambios conductuales; los mismos que en algunos casos pueden conducir hasta el suicidio (36). Esto hace posible entender los resultados obtenidos en el presente estudio, debido a que el CAM brinda diferentes talleres, entre los que destacan, manualidades, deportes, canto, poesía, cocina, entre otros, actividades que hacen posible que el adulto mayor tenga un envejecimiento activo, brindando además, la posibilidad de ser partícipe de un grupo donde se demuestra la importancia que tiene cada uno de sus participantes, creando lazos de amistad y sintiéndose queridos e indispensables. De esta manera, se facilita la adaptación a la etapa de envejecimiento y jubilación, disminuyendo los factores de riesgo que conlleven a padecer de estados depresivos.

Podemos explicar, además, los resultados obtenidos en otras investigaciones que difieren a nuestro actual estudio, ya que estas fueron realizadas en lugares donde sus participantes viven individualmente, de manera aislada y en soledad, como por ejemplo, asentamientos humanos, dando como resultado un aumento en la tasa de los depresión tanto leve, moderada y grave.

CONCLUSIONES

1. Entre las características sociodemográficas del Adulto Mayor Jubilado del Centro del Adulto Mayor - EsSalud Cajamarca, destaca que en su mayoría se encuentran entre las edades de 70 a 79 años, predominando las mujeres y de estado civil casados.
2. Los adultos mayores jubilados estudiados presentan estado depresivo mínimo, siendo estadísticamente significativo al ser mayor de 0.05; así mismo los enunciados más expresados fueron no sienten tristeza, no se encuentran desalentados respecto a su futuro, no experimentan sentimientos de culpa o de castigo, no se encuentran disconformes consigo mismos, sienten que son valiosos para su familia y amigos, no tienen pensamientos suicidas, no experimentan cambios en el apetito o en el sueño y no se sienten fatigados; evidenciando, que el hecho de pertenecer al Centro del Adulto Mayor EsSalud, es un factor protector para no desarrollar mayores niveles de estados depresivos.

RECOMENDACIONES

1. Al personal encargado del Centro del Adulto Mayor de EsSalud Cajamarca, realizar actividades enfocadas a la promoción del centro, con el propósito de lograr captar mayor población de adultos mayores jubilados asegurados, que requieran el apoyo para afrontar esta nueva etapa de su vida; a su vez, realizar seguimiento a aquellos integrantes que han reducido su asistencia al centro.
2. A la Escuela Profesional de Enfermería, fomentar en los estudiantes la realización de investigación en los adultos mayores y contribuyan a la atención biológica, psicológica, social y espiritual hacia este grupo mejorando de su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Adulto Mayor. [en línea]. 2018 [fecha de acceso 18 de julio 2019]. URL disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico-situacion - de -la-poblacionadultamayor_dic_2018.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico-situacion-de-la-poblacionadultamayor_dic_2018.pdf)
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento. [en línea]. 2018 [fecha de acceso 05 de setiembre 2019]. URL disponible en: <https://www.who.int/topics/ageing/es/>
3. Robledo L. Los paralogismos de la vejez. [en línea]. 2016 [fecha de acceso 12 de agosto 2019]. URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-01322016000100009
4. Dahab J., Rivadeneira C., Minici A. La depresión desde la perspectiva cognitivo conductual. [en línea]. 2015 [fecha de acceso 17 de diciembre de 2019]. URL disponible en: <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-depresion-desde-la-perspectiva-cognitivo-conductual.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. Depresión. [en línea]. 2020 [fecha de acceso 20 mayo del 2020]. URL disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcub/medgenint/cmi-2013/cmi131c.pdf>
6. Blouin C. La situación de la población. [en línea]. 2018 [fecha de acceso 05 de setiembre 2019]. URL disponible en: <https://www.kas.de/documents/269552/269601/Resumen+Ejecutivo+La+situaci%C3%B3n+de+la+poblaci%C3%B3n+adulta+mayor+en+el+Per%C3%BA.pdf/47f865e5-fa02-61bd-cdfb-759e9e9e529?Version=11&t=1543429321295>.
7. Alpízar J. Jubilación y Calidad de Vida en la Edad Adulta Mayor. [en línea]. 2011 [fecha de acceso 13 de setiembre 2019]. URL disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4792283.pdf>.

8. Alcañiz M. Cambios demográficos de la sociedad global. [en línea]. 2008 [Fecha de acceso 29 de agosto 2019]. URL disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-742520080003_00011
9. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi. Estudios epidemiológicos de salud mental. [en línea]. 2017. [fecha de acceso 21 de mayo del 2020]. URL disponible en: <http://www.inism.gob.pe/investigacion/estudios.html>
10. Quispe A. Ansiedad depresión y factores de riesgo del adulto mayor beneficiarios del programa pensión 65 puesto de salud Pata Pata. [en línea]. 2018 [fecha de acceso 08 de agosto 2019]. URL disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/2884>
11. Patiño F. Depresión y aspectos relacionados en un grupo de jubilados de la universidad de Antioquía. [en línea]. 2006 [fecha de acceso 24 de octubre 2019]. URL disponible en: <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/043-Depresion.pdf>
12. Sigüenza R. Prevalencia de depresión y factores asociados en los adultos mayores del instituto de promoción para el envejecimiento activo del instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. [en línea]. 2014 [fecha de acceso 10 de julio 2019]. URL disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21203>
13. Acosta L. Prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor de los Centros de Vida en Cartagena.. [en línea]. 2016 [fecha de acceso 19 de julio 2019]. URL disponible en: <http://hdl.handle.net/11227/3098>
14. Vásquez M. Nivel de depresión en jubilados municipales de la cabecera departamental de Huehuetenago. [en línea]. 2016 [fecha de acceso 19 de julio 2019]. URL disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/43/Vasquez-Marian.pdf>.
15. Osorio I. Depresión en jubilados asistentes a sesiones informativas del SMSEM en Valle de Bravo. [en línea]. 2015 [fecha de acceso 19 de julio 2019]. URL disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/80530881.pdf>.

16. Jara Y. Depresión en adultos mayores de una asociación de vivienda en Chiclayo, agosto – diciembre 2016. [en línea].; 2016 [fecha de acceso 12 de noviembre 2019]. URL disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/1170/1/TL_JaraCastilloYngridGuisel.pdf.pdf
17. Reyes J. Depresión en el adulto mayor institucionalizado en el Centro Residencial Geriátrico Dios es Amor. [en línea]. 2016 [fecha de acceso 19 de julio 2019]. URL disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1420/T-TPLE-%20Jenifer%20Rosario%20Reyes%20Cisneros.pdf?Sequen=1&isAllowed=y>
18. Torrejón L. Nivel de depresión en adultos mayores, asentamiento humano Señor de los Milagros. [en línea]. 2015 [fecha de acceso 19 de julio 2019]. URL disponible en: <http://repositorio.untrm.edu.pe/handle/UNTRM/143>
19. Belando M. Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. [en línea]. 2020 [fecha de acceso 20 de mayo del 2020]. URL disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2651197.pdf>
20. Zarragoitia I. Depresión: Generalidades y particularidades [en línea]. 2011 [fecha de acceso 17 de diciembre de 2019]. URL disponible en: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf
21. Ministerio de Salud. Módulo de atención integral en salud mental: Depresión. [en línea].; 2010 [fecha de acceso 29 de diciembre del 2019]. URL disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/208_PROM14.pdf
22. Licas M. Nivel de depresión de un adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.T. [en línea]. 2014 [fecha de acceso 20 octubre de 2019]. URL disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas_tm.pdf
23. Torres A. Comportamiento epidemiológico del adulto mayor según su tipología familiar. [en línea]. 2003 [fecha de acceso 17 de diciembre 2019]. URL disponible en: http://digeset.uco.mx/tesis_posgrado/Pdf/TORRESOLMEDOANA_EMAUNE_LLE.

24. Alcalá V, et al. Afectos y depresión en la tercera edad. [en línea]. 2007 [fecha de acceso 15 de julio 2020]. URL disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3327>
25. Ritscher P., Werner J., Heerlein A., Kraus A, Sauer H. On the validity of the Beck Depression Inventory. [en línea].; 1998 [fecha de acceso 05 de setiembre 2019]. URL disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Paul_Richter2/publication/13647578_On_the_validity_of_the_Beck_Depression_Inventory_A_Review/links/55eda54c08ae3e1218482b15/On-the-validity-of-the-Beck-Depression-Inventory-A-Review.pdf
26. Vega J., Coronado O., Mazzotti G. Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados en medicina general. [en línea]. 2014 [fecha de acceso 11 de setiembre 2019]. URL disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n2/v77n2ao2.pdf>.
27. Ramírez B. El Inventario de Depresión de Blicaseck: Su validez en población adolescente. [en línea]. 2012. [Fecha de acceso 05 de setiembre 2019]. URL disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100001
28. Beck A. Inventario de depresión de Beck - Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. [en línea]. 2011 [fecha de acceso 12 de agosto 2019]. URL disponible en: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>.
29. Gramcko G. La jubilación. [en línea]. 2001 [fecha de acceso 24 de diciembre 2019]. URL disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/derecho/revista/1-2000/1-2000-9.pdf>.
30. Meléndez C. Retiro laboral y ajuste a la jubilación de hombres y mujeres en la mediana edad. [en línea]. 2011 [fecha de acceso 24 de diciembre 2019]. URL disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/447/44718060016.pdf>
31. Toltecatl A. y Padilla P. Proyecto de vida posterior a la jubilación en el personal de enfermería de un hospital de segundo nivel. [en línea]. 2006 [fecha de acceso 24 de

diciembre 2019]. URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000100009

32. Dácunha D. Sintomatología depresiva y ansiosa y regulación emocional en adultos. Lima. [en línea]. 2019 [fecha de acceso 21 de mayo del 2020]. URL disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/13804>
33. Montes V. Redes comunitarias, género y envejecimiento. Primera ed. Buj L, editor. México. Universidad Nacional Autónoma de México; 2004.
34. Segura A. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. [en línea]. 2012 [fecha de acceso 29 de diciembre del 2019]. URL disponible en: <https://www.scielo.org/article/rsap/2015.v17n2/184-194/>
35. Carbajo M. Aplicación de la escala de depresión de Beck en una muestra de personas mayores. España. [en línea]. 2012 [fecha de acceso 29 de diciembre del 2019]. URL disponible en: <https://dialnet.unirioja.es>
36. Calderón D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. [en línea]. 2020 [fecha de acceso 20 de mayo del 2020]. URL disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2018000300009
37. Segura A. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. [en línea]. 2012 [fecha de acceso 29 de diciembre del 2019]. URL disponible en: <https://www.scielo.org/article/rsap/2015.v17n2/184-194/>

ANEXOS

ANEXO 01

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK - II (BDI - II)

1. Datos Generales

Fecha:

Hora:

Edad:

Sexo: masculino () femenino ()

Estado civil: Soltero () casado () divorciado () viudo ()

2. Presentación e instrucciones

Este cuestionario consta de 21 preguntas las que permitirán evaluar el nivel de depresión que usted puede presentar.

Lea atentamente cada pregunta, luego elija y encierre en un círculo el número que represente a la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido en las últimas dos semanas incluido el día de hoy; verifique que no haya elegido más de una respuesta por grupo.

Los datos obtenidos de dicha encuesta serán solo conocidos por la investigadora y contará con la confidencialidad pertinente.

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mí.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1a Duermo un poco más que lo habitual.

1b Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b Duermo mucho menos que lo habitual

3a Duermo la mayor parte del día

3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3a No tengo apetito en absoluto.

3b Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

TOTAL:

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

ANEXO 02

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: “Estado Depresivo del Adulto Mayor Jubilado. Centro del Adulto Mayor EsSalud – Cajamarca, 2019”

Investigador principal: Bach. Enf. Jessica Jhoana Salazar Abanto – Universidad Nacional de Cajamarca

Usted ha sido invitado a participar en el estudio de investigación sobre el estado depresivo del adulto mayor jubilado; en caso de aceptar ser partícipe de dicho estudio, se le pedirá responder algunas preguntas en una encuesta sobre sus hábitos diarios, estado de ánimo y creencias de su vida actual; en caso contrario no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. La investigación consta de las siguientes fases:

- La primera fase implica su participación de usted en la recolección de datos a partir del cuestionario que evalúa actitudes que evidencian la presencia de depresión.
- Para la segunda fase está previsto, por parte de la investigadora, analizar los resultados para llegar a las conclusiones, así como también se abordarán lineamientos específicos para su atención y manejo integral. -

ACLARACIONES:

- La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.
- La información que se recoja será confidencial y no será utilizado en ningún otro propósito fuera de esta investigación.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- Usted tendrá acceso a los resultados obtenidos de la investigación y se puede comunicar con la investigadora en el momento que usted crea conveniente: Jessica Jhoana Salazar Abanto, celular 989921759.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de leer y comprender la información anterior, acepto participar voluntariamente de la investigación, reconociendo que los resultados obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, mas no se revelará mi identidad o datos personales.

.....

Firma del participante

.....

Fecha

ANEXO 03

Confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck-II

Ítem	Correlación total de elementos corregida	Alfa si se elimina el ítem
BDI 1	0.44	0.87
BDI 2	0.47	0.87
BDI 3	0.56	0.87
BDI 4	0.63	0.87
BDI 5	0.47	0.87
BDI 6	0.37	0.87
BDI 7	0.50	0.87
BDI 8	0.45	0.87
BDI 9	0.56	0.87
BDI 10	0.43	0.87
BDI 11	0.47	0.87
BDI 12	0.66	0.87
BDI 13	0.35	0.87
BDI 14	0.49	0.87
BDI 15	0.54	0.87
BDI 16	0.55	0.87
BDI 17	0.54	0.87
BDI 18	0.29	0.87
BDI 19	0.48	0.87
BDI 20	0.54	0.87
BDI 21	0.42	0.87

Fuente: Tesis sintomatología depresiva y ansiosa y regulación emocional en el adulto.

ANEXO 04

Tabla 2. Alteraciones emocionales del estado depresivo del adulto mayor jubilado inscrito en el Centro del Adulto Mayor EsSalud Cajamarca 2019.

Alteraciones emocionales	n°	%
Tristeza		
0	59	71.1
1	18	21.7
2	5	6.0
3	1	1.2
Pesimismo		
0	63	75.9
1	15	18.1
2	4	4.8
3	1	1.2
Fracaso		
0	71	85.5
1	5	6.0
2	7	8.4
3	0	0.0
Sentimiento de culpa		
0	62	74.7
1	20	24.1
2	1	1.2
3	0	0.0
Sentimiento de castigo		
0	75	90.4
1	8	9.6
2	0	0.0
3	0	0.0
Irritabilidad		
0	75	90.4
1	6	7.2
2	2	2.4
3	0	0.0
TOTAL	83	100.0

Fuente: Inventario de Depresión de Beck – II aplicado al adulto mayor jubilado inscrito en el Centro del Adulto Mayor EsSalud Cajamarca 2019.

ANEXO 05

Tabla 3. Alteraciones cognitivas del estado depresivo del adulto mayor jubilado inscrito en el Centro del Adulto Mayor EsSalud Cajamarca 2019.

Alteraciones cognitivas	n°	%
Indecisión		
0	68	81.9
1	13	15.7
2	1	1.2
3	1	1.2
Autocrítica		
0	64	77.1
1	17	20.5
2	2	2.4
3	0	0.0
Disconformidad con uno mismo		
0	76	91.6
1	7	8.4
2	0	0.0
3	0	0.0
Desvalorización		
0	73	88.0
1	7	8.4
2	3	3.6
3	0	0.0
Dificultad de concentración		
0	51	61.4
1	29	34.9
2	2	2.4
3	1	1.2
Pérdida de interés en actividades o personas		
0	54	65.1
1	24	28.9
2	2	2.4
3	3	3.6
Pérdida de placer por las cosas		
0	63	75.9
1	16	19.3
2	3	3.6
3	1	1.2
TOTAL	83	100.0

Fuente: Inventario de Depresión de Beck – II aplicado al adulto mayor jubilado inscrito en el Centro del Adulto Mayor EsSalud Cajamarca 2019.

ANEXO 06

Tabla 4. Alteraciones del comportamiento del estado depresivo del adulto mayor jubilado inscrito en el Centro del Adulto Mayor EsSalud Cajamarca 2019.

Alteraciones del comportamiento	n°	%
Agitación		
0	56	67.5
1	27	32.5
2	0	0.0
3	0	0.0
Llanto		
0	67	80.7
1	13	15.7
2	1	1.2
3	2	2.4
Pensamiento suicida		
0	81	97.6
1	2	2.4
2	0	0.0
3	0	0.0
TOTAL	83	100.0

Fuente: Inventario de Depresión de Beck – II aplicado al adulto mayor jubilado inscrito en el Centro del Adulto Mayor EsSalud Cajamarca 2019.

ANEXO 07

Tabla 5. Alteraciones somáticas del estado depresivo del adulto mayor jubilado inscrito en el Centro del Adulto Mayor EsSalud Cajamarca 2019.

Alteraciones somáticas	n°	%
Pérdida de energía		
0	31	37.3
1	51	61.4
2	1	1.2
3	0	0.0
Cambios en los hábitos del sueño		
0	28	33.7
1a	15	18.1
1b	29	34.9
2a	3	3.6
2b	4	4.8
3a	1	1.2
3b	2	2.4
Cambios en el apetito		
0	44	53.0
1a	27	32.5
1b	6	7.2
2a	3	3.6
2b	1	1.2
3a	0	0.0
3b	2	2.4
Cansancio o fatiga		
0	53	63.9
1	30	36.1
2	0	0.0
3	0	0.0
Pérdida de interés por el sexo		
0	25	30.1
1	23	27.7
2	24	28.9
3	11	13.3
TOTAL	83	100.0

Fuente: Inventario de Depresión de Beck – II aplicado al adulto mayor jubilado inscrito en el Centro del Adulto Mayor EsSalud Cajamarca 2019.