

Universidad Católica de Santa María
Escuela de Postgrado
Maestría en Salud Mental del Niño, del Adolescente y de la Familia



**RELACIÓN DE LA AUTOESTIMA EN LA DEPRESIÓN DE ADULTOS MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS EN EL ASILO LIRA, AREQUIPA, 2021**

Tesis presentada por la bachiller:

Postigo Anchante, Tamara

para obtener el Grado Académico de:

**Maestro en Salud Mental del Niño,
del Adolescente y de la Familia**

Asesora:

Dra. Núñez Ocola, Anika María

Arequipa – Perú

2023

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ESCUELA DE POST GRADO
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR DE TESIS

AJ-equipa, 08 de agosto del 2022

Dictamen: 004644-C-EPG-2022

Visto el borrador del expediente 004644, presentado por:

2020002492- POSTIGO ANCHANTE TAMARA

Titulado:

"RELACION DE LA AUTOESTIMA EN LA DEPRESION DE ADULTOS MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS EN EL ASILO LIRA, AREQUIPA, 2021"

Nuestro dictamen es:

APROBADO

29229000- CHOCANOROSAS DE VIZCARRA TERESA JESUS
DICTAMINADOR



29254453- ALVARADO ACO JOSE ELISEO
DICTAMINADOR



29618424- MARCONDES DA FONSECA ROSE MARY
DICTAMINADOR



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN **1**

HIPÓTESIS **3**

OBJETIVOS **3**

- **Objetivo General** **3**

- **Objetivos Específicos** **3**

CAPÍTULO I **4**

1. MARCO TEÓRICO **4**

1.1 Senescente **4**

 1.1.1. Concepto **4**

 1.1.2. Características de un senescente **4**

 1.1.2.1. Pérdidas físicas **5**

 1.1.2.2. Pérdidas sociales **5**

 1.1.2.3. Pérdidas Psicológicas **6**

 1.1.2.4. Cambios anatómicos y fisiológicos **6**

 1.1.2.4.1 Anatómicas **7**

 1.1.2.4.2 Fisiológicas **8**

1.2. Autoestima principales definiciones **8**

 1.2.1. Importancia de la autoestima **9**

 1.2.2. Tipos de autoestima **10**

 1.2.3. Autoestima en el senescente **10**

1.3. Depresión **12**

 1.3.1. Teorías de la depresión **12**

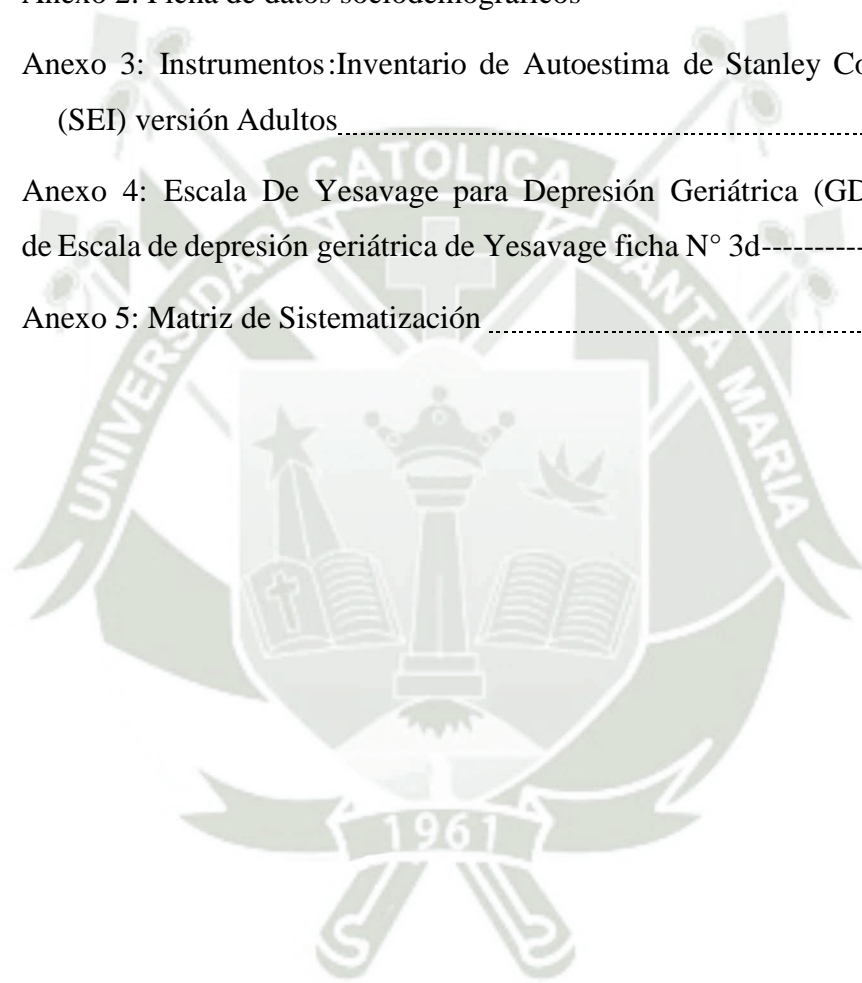
 1.3.2. Factores etiológicos de la depresión **13**

 1.3.3. Factores de riesgo de depresión en el senescente **14**

 1.3.4. Tipos de depresión **16**

1.4.	Depresión en el senescente	17
1.4.1.	Descripción general	17
1.4.2.	Síntomas.....	18
1.4.3.	Tratamiento.....	18
1.4.4.	Expectativas (pronóstico).....	19
1.5.	El diagnóstico diferencial	19
1.6.	Calidad de vida en la vejez.....	20
CAPÍTULO II		22
1.	METODOLOGÍA	22
1.1.	Técnicas, instrumentos y materiales de verificación	22
1.1.1.	Técnicas	22
1.1.2.	Instrumentos	22
1.1.2.1.	Inventario de Autoestima de Stanley Copersmith, (SEI) version Adultos	22
1.1.2.2.	Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15).....	24
1.1.3.	Cuadro de coherencia.....	26
1.2.	Campo de Verificación.....	27
1.2.1.	Ubicación espacial.....	27
1.2.2.	Ubicación temporal	27
1.2.3.	Unidades de Estudio	27
1.2.3.1.	Criterios de inclusión.....	27
1.2.3.2.	Criterios de exclusión	27
1.3.	Estrategia de Recolección de datos	27
1.3.1.	Organización.....	27
1.3.2.	Recursos	27
III		28
RESULTADOS Y DISCUSIÓN		28
-	RESULTADOS	28
-	DISCUSIÓN	40

CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS.....	48
Anexo 1: Consentimiento informado.....	49
Anexo 2: Ficha de datos sociodemográficos.....	50
Anexo 3: Instrumentos:Inventario de Autoestima de Stanley Copersmith, (SEI) versión Adultos	51
Anexo 4: Escala De Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15) de Escala de depresión geriátrica de Yesavage ficha N° 3d.....	54
Anexo 5: Matriz de Sistematización	57



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Puntuaciones	24
Tabla 2: Cuadro de coherencia	26
Tabla 3: Población de estudio según edad y género	28
Tabla 4: Población de estudio según familiar responsable	29
Tabla 5: Población de estudio según la estadía en la institución	30
Tabla 6: Población de estudio según antecedentes de comorbilidades	31
Tabla 7: Población de estudio según estudios superiores	32
Tabla 8: Población de estudio según el nivel de autoestima	32
Tabla 9: Población de estudio según las dimensiones de la autoestima	34
Tabla 10: Población de estudio según el nivel de depresión	35
Tabla 11: Población de estudio según la relación entre la autoestima en la depresión ...	36
Tabla 12: Población de estudio según la relación entre la autoestima en sí mismo y la depresión	37
Tabla 13: Población de estudio entre la autoestima social y la depresión	38
Tabla 14: Población de estudio entre la autoestima familiar y la depresión	39
Tabla 15: Base de datos	57
.....	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Población de estudio según edad y género	28
Gráfico 2: Población de estudio según familiar responsable.....	29
Gráfico 3: Tiempo de estadía de la población de estudio.....	30
Gráfico 4: Población de estudio según antecedentes de comorbilidades	31
Gráfico 5: Población de estudio según estudios superiores	32
Gráfico 6: Población de estudio según el nivel de autoestima	33
Gráfico 7: Población de estudio según las dimensiones de la autoestima.....	34
Gráfico 8: Población de estudio según el nivel de depresión.....	35
Gráfico 9: Población de estudio según la relación entre la autoestima en la depresión ..	36
Gráfico 10: Población de estudio según la relación entre la autoestima en sí mismo y la depresión	37
Gráfico 12: Población de estudio entre la autoestima social y la depresión	38
Gráfico 13:: Población de estudio entre la autoestima familiar y la depresión	39

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo general determinar la relación de la autoestima en la depresión de senescentes institucionalizados en el asilo Lira. Se realizó un trabajo de investigación cuantitativo, de diseño no experimental, transversal de tipo correlacional. La población de estudio comprendió a 96 senescentes institucionalizados en el asilo Lira que cumplieron con los criterios de selección. Los instrumentos utilizados fueron la ficha de recolección de datos sociodemográficos, el inventario de Autoestima de Stanley Copersmith, (SEI) versión Adultos y la Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15). Para la estadística inferencial se aplicó la prueba de chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%. Los resultados mostraron que el 57.3% de los senescentes institucionalizados en el Asilo Lira presentaron autoestima alta en la dimensión en sí mismo, el 81.3% con autoestima social media baja, mientras que el 13.5% de los senescentes tienen autoestima media alta. El 66.7% presentaron autoestima media alta, seguido del 29.2% con autoestima media baja, mientras que el 2.1% tienen autoestima baja y alta. El 63.5% de los senescentes con depresión establecida, seguido del 35.4% no presentan depresión, mientras que el 1.0% tienen probable depresión. El 57.3% de los senescentes con depresión establecida presentan autoestima alta en la dimensión en sí mismo, mientras que el 21.9% de senescentes que no tienen depresión tienen autoestimabaja. Después de aplicar la prueba estadística se determinó que la depresión y la autoestima de sí mismo presenta relación estadística significativa inversa, por lo tanto, no puede aceptarse la hipótesis alterna.

PALABRAS CLAVE: Autoestima, depresión, senescentes.

ABSTRACT

The general objective of this research was to determine the relationship of self-esteem in the depression of older adults institutionalized in the Lira asylum. A quantitative research work, non-experimental design, cross-sectional correlational type was carried out. The study population comprised 96 older adults institutionalized in the Lira asylum who met the selection criteria. The instruments used were the sociodemographic data collection form, the Stanley Copersmith Self-Esteem Inventory (SEI) Adult version and the Yesavage Scale for Geriatric Depression (GDS-15). For inferential statistics, the chi-square test was applied with a significance level of 5%. The results showed that 57.3% of older adults institutionalized in Asilo Lira presented high self-esteem in the self-dimension, 81.3% with low average social self-esteem, while 13.5% of older adults have high average self-esteem. 66.7% had high average self-esteem, followed by 29.2% with low average self-esteem, while 2.1% had low and high self-esteem. 63.5% of older adults with established depression, followed by 35.4% do not have depression, while 1.0% have probable depression. 57.3% of older adults with established depression have high self-esteem in the dimension itself, while 21.9% of older adults who do not have depression have low self-esteem. After applying the statistical test, it was determined that depression and self-esteem have an inverse statistically significant relationship, therefore the alternative hypothesis cannot be accepted.

KEY WORDS: Self-esteem, depression, older adults.

INTRODUCCIÓN

La autoestima es un indicador fundamental respecto a la salud y el bienestar del senescente, es el sentimiento positivo o negativo hacia uno mismo, constituye un factor importante para equilibrio emocional, cognitivo y práctico, que al ser alterada va a afectar todos los aspectos del ser humano. La alteración de la autoestima en esta etapa de la vida depende principalmente del contexto de la persona. El senescente se encuentra en un tiempo donde las diferentes esferas física, social y cultural se encuentran menguadas. Esta situación hace que estas personas sientan que son aisladas, rechazadas por la sociedad y por su entorno, creen que le resaltan más los aspectos negativos degenerativos que sus virtudes como la experiencia y su sabiduría (1). El senescente se enfrenta a diferentes situaciones que modifican su función como parte de la sociedad, dentro ellos se encuentran la jubilación, las enfermedades crónicas degenerativas, el nido vacío y el significado de vejez que cada persona le da a esta etapa de la vida, las cuales se convierten en determinantes importantes que afectan la autoestima. Los adultos mayores interiorizan la idea que al llegar a esta etapa la persona es inútil, un incapacitado, que no pueden valerse por ellos mismos y que se encuentran camino a la muerte. Esto hace que se generen diversos sentimientos y como resultado final es la carencia de valor y valía por uno mismo, la cual puede conducir a otras afectaciones como la depresión (2). La depresión representa un problema de salud principal en la psicopatología geriátrica, cuya carga mundial está en aumento, actualmente son más de 300 000 000 de adultos que han desarrollado esta patología, dando lugar a la discapacidad física y mental, afectando más a mujeres que a varones. Existen diferentes factores que dan lugar a la depresión, entre ellos se encuentran los de índole psicológico, biológico y social, como consecuencia de diferentes estímulos propios de su entorno (3). La depresión en los senescentes tiene altas tasas de incidencia y genera un 5.7 % de añosvivos con discapacidad. La mayor parte de senescentes no acuden a sus controles médicos a instituciones de salud especializadas en

problemas de salud, por lo que en los niveles de atención primaria esta patología no se diagnostica, debido a que se confunde con otros síntomas propios de las enfermedades crónicas degenerativas que van desarrollando las personas a medida que envejecen (4).

Por lo anteriormente expuesto se plantea el siguiente problema de investigación:

Relación de la autoestima en la depresión de senescentes institucionalizados en el asilo Lira, Arequipa, 2021.



HIPÓTESIS

Dado que, la autoestima es la percepción de sí mismo de forma negativa o positiva y que influyen todos los aspectos de la vida.

Es probable que tenga una relación con la depresión en senescentes institucionalizados del asilo Lira.

OBJETIVOS

1.1 Objetivo General

Determinar la relación de la autoestima en la depresión de senescentes institucionalizados en el asilo Lira.

1.2 Objetivos Específicos

- Precisar el nivel de autoestima en los senescentes institucionalizados en el asilo Lira.
- Determinar la frecuencia de depresión en los senescentes institucionalizados en el asilo Lira.

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Senescente

1.1.1. Concepto

Arnett (3) recordó que la edad adulta comienza a los 18 años en orden cronológico y es una etapa en el desarrollo humano que sigue tres estándares adultos. La primera es que los adultos deben asumir sus responsabilidades, tomar decisiones independientes y lograr la independencia económica. La edad adulta no es completamente estática, pero como cambia constantemente, se divide en edad adultatemprana, edad adulta media y edad adulta tardía. La edad adulta tardía comienza a los 60 años, pero se reivindicó esta etapa porque fue el tema de este estudio.

La edad adulta tardía, también conocida como vejez, es una fase de la vida como cualquier otra, pero en esta fase se reducen las capacidades corporales y cognitivas de la persona. (4). Según la OMS (5) las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 viejos o ancianos, y los que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos.

Las Naciones Unidas consideran como personas mayores de 65 años en los países desarrollados a los mayores de 60, en el Perú, las personas mayores de 60 años son consideradas personas de edad avanzada. Las personas mayores a menudo se asocian con etapas de trabajo completadas, con historias diarias contadas en forma de anécdotas, leyendas o conocimientos. Por lo tanto, las personas mayores necesitan liberarse de la imagen de la discapacidad y la soledad, fortalecer sus roles sociales, enmascarar sus habilidades y ayudar a enriquecer su autoestima convirtiéndose en protagonistas activos de la sociedad.

1.1.2. Características de un senescente

Las características de los ancianos deben aceptarse como inevitables; pero es difícil determinar en qué medida son consecuencia de deterioro

neuroológico y mental, porque obedecen al cambio de situación social, psicológica y fisiológica. La pérdida de facultades físicas que quizá obligue a aceptar el cuidado de otros, el fin de la vida laboral, el aislamiento, la pérdida de contacto social que da el trabajo, la viudez y la muerte de los amigos minan la autoestima de los ancianos y provocan depresión. Existen senescentes que mantienen vivo el interés por muchas cosas ya que disponen de mayores ingresos a comparación de otros momentos de sus vidas, pero la mayoría de los casos lo regular es la falta de dinero, la soledad, la incapacidad física y la falta de estímulos mentales (6).

El aceleramiento de la sociedad moderna, la desorientación del anciano y la forma de vida actual no contribuyen a mejorar su situación; el resultado es apatía, pérdida de interés, resentimiento y estancamiento mental, que con frecuencia se explican atribuyéndolos a senilidad inevitable. En el lado positivo, la jubilación temprana, atención preferencial, las pensiones mensuales pueden hacer de la vejez una época de oportunidades y experiencias nuevas (7).

Estas pérdidas están relacionadas con el proceso fisiológico del envejecimiento; es decir, debemos hacer conciencia de ellas durante los cambios que sufre el senescente sano o enfermo.

1.1.2.1. Pérdidas físicas

- La pérdida o disminución en la capacidad del funcionamiento en general.
- La pérdida o disminución en la movilidad.
- La pérdida o disminución en el estado de salud.
- La pérdida o disminución en la capacidad sexual.

1.1.2.2. Pérdidas sociales

- Pérdida de trabajo.
- Pérdida de estatus.
- Pérdida de amigos.
- Pérdida de ingresos económicos.
- Pérdida de roles (amigos, compañeros, rol laboral, etc.).

- Pérdida del cónyuge por muerte.
- Pérdida de posesiones.
- Los problemas que llevan dichas pérdidas son: soledad, aislamiento, depresión, limitaciones de tipo económico lo cual comúnmente generan frustraciones y sensación de malestar

1.1.2.3. Pérdidas Psicológicas

- Pérdida o disminución de la autoestima.
- Pérdida o cambio de la independencia o interdependencia a dependencia.
- Pérdida o disminución en la sensación de bienestar con uno mismo.
- Pérdida en el manejo de decisiones o control sobre su vida.
- Pérdida o disminución en la capacidad mental.

Las personas sienten que sus vidas han sido significativas y que se han adaptado a sus pérdidas pueden ser capaces de enfrentar mejor la muerte. Hay dos pérdidas que pueden ser especialmente difícil es durante la edad adulta mayor: la muerte del cónyuge o de un hijo (8).

1.1.2.4. Cambios anatómicos y fisiológicos

Con el pasar del tiempo, naturalmente se producen cambios en todos los organismos vivos. Los más evidentes son los cambios anatómicos, pero los más importantes son los cambios en el funcionamiento de los órganos y sistemas del organismo (9).

1.1.2.4.1. Anatómicos

- En la estatura se comienza a perder 1.25 mm. por año, esto se debe a la compactación de los discos intervertebrales, aumento de la flexión de caderas y rodillas y aplanamiento del arco del pie.
- En la piel, disminuye la elasticidad y aumenta la laxitud, lo que hace más profundas las líneas de expresión (arrugas). La dermis se adelgaza y baja la irrigación. Disminuye la velocidad de crecimiento de uñas y pelo y aparecen las canas, que reflejan

perdida de función, de los melanocitos. Aparece vello facial en mujeres y el vello nasal en hombres.

- A nivel músculo esquelético, hay una pérdida de hasta 40% de masa muscular y los tendones se rigidizan. El aumento de velocidad de reabsorción ósea produce osteoporosis, más marcada en mujeres (10).
- A nivel sistema nervioso, el peso del encéfalo disminuye por una pérdida selectiva de neuronas (neuronas corticales, cerebelosas e hipocampo).
- En la visión, los tejidos peri orbitales se atrofian, produciendo la caída del párpado superior y eversión del párpado inferior. El iris se hace más rígido y la pupila más pequeña.
- En la audición, se produce atrofia del canal auditivo externo con cerumen más denso y pegajoso. el tímpano se engruesa y la cadena de huesecillos se altera en sus articulaciones. existe disminución de células de corti y neuronas cocleares.
- A nivel cardiovascular, hay un leve aumento de tamaño de la aurícula izquierda. la acumulación de tejido conectivo subendotelial produce vasos más rígidos e irregulares. la aorta se dilata.
- A nivel del sistema respiratorio, hay disminución de la superficie alveolar. la calcificación de las articulaciones costo- esternales rigidiza el tórax, lo cual, junto con la disminución de la musculatura intercostal, produce menos eficiencia respiratoria.
- A nivel gastro intestinal, las encías se atrofian y se expone el cemento de los dientes, apareciendo caries y pérdida de piezas. los cambios musculares del esófago alteran la deglución, y hay más reflujo de contenido gástrico hacia el esófago.
- A nivel renal, se pierden nefrones de la corteza renal con caída de la función de hasta un 30% a los 80 años (11).

1.1.2.4.2. Fisiológicos

Los cambios fisiológicos más importantes involucran los ritmos fisiológicos, la capacidad del cuerpo para la homeostasis y los

mecanismos de defensa contra las infecciones.

- El ritmo fisiológico cambia y disminuye la amplitud rítmica del cuerpo por el cortisol plasmático, acortando el ciclo sueño- vigilia con la temperatura, además, los ciclos orgánicos como el sueño y el hambre pierden su sincronización natural debido a una disminución de los moduladores químicos del cuerpo (melatonina, hormona del crecimiento, gonadotropinas). Se reduce la probabilidad de cambios en la frecuencia cardíaca y la presión arterial en situaciones estresantes.
- En la homeostasis, los ancianos son más propensos a la hipotermia o hipertermia porque producen menos calorías por kilogramo, tienen menos probabilidades de contraer los vasos sanguíneos debido al frío y tienen menos efecto vasodilatador al sudar. La deshidratación es más probable porque el cuerpo está deshidratado y tiene menos sed.
- La barrera de defensa reduce la acidez de la piel alterando el microbioma que, con su delgadez, favorece pequeñas erosiones e infecciones de la piel. La menor producción de moco en la vejiga permite que los microorganismos se adhieran a la superficie y la hagan propensa a las infecciones. Se tiene así una respuesta reducida a la producción de anticuerpos y cambios en la sensibilidad y función de los macrófagos, que son esenciales para la regulación de la respuesta inmune (12).

1.2. Autoestima principales definiciones.

Purkey (13) considera que este concepto es un intrincado y cambiante sistema de convicciones que una persona establece como ciertas acerca de si misma, con un valor respectivo a cada creencia. Esto quiere decir que el concepto se dirige, hacia la percepción individual de sí mismo, y que va de la mano con los valores y creencia propios de cada persona. Por su parte Shavelson Et Al (14) aportó a este concepto que es un agregado de creencias que cada individuo tiene sobre sí, formadas mediante experiencia y el entorno. En ambos conceptos se combinan aspectos descriptivo y valorativo del autoconcepto, concediéndole a éste cualidades como ser dinámico, guiar el comportamiento y, si es preciso, adaptarse ante los cambios ambientales. Ambos

conceptos resaltan la naturaleza afectiva del autoconcepto (15).

Por su parte Morí (16) mencionó que los aspectos más significativos en la cognición humana son la capacidad de autoconciencia, autoevaluación, identidad y la autopercepción. Todo ello se resume en la habilidad que tiene cada individuo para observarse a sí mismo. Esta compleja noción de la autoestima ha variado a través de la historia de la psicología. Esta propuesta, fue reforzada por Cazalla-Luna y Molero, quienes se refirieron a la autoestima como la percepción que se forma a través de la experiencia y las interpretaciones de su entorno. También, añadieron que el constructor de la autoestima representa la noción que cada ser humano tiene de sí mismo como ser físico, espiritual y social.

Por otro lado, Mori señaló que desde la perspectiva cognitivista:

“La autoestima es la evaluación que el individuo hace y mantiene con respecto a sí mismo. Cuando el sujeto expresa una actitud de aprobación o desaprobación indica la medida en que este se cree capaz, importante, valioso y exitoso. Por ello, este autor manifestó que el autoconcepto es un sistema de creencias activo y complejísimo, que cada sujeto mantiene acerca de sí mismo y cada creencia aparece como un valor ya sea negativo o positivo”

Esto significa que el sujeto es, cada vez, más perceptivo con su cuerpo, sus capacidades cognitivas y las interacciones sociales que realiza. Es en este sentido, los adultos suelen tener un concepto de sí mismo objetivo y realista. Esto es desde el punto de vista psicoanalítico, Sigmund Freud y Anna Freud presentaron una nueva perspectiva de los procesos mentales internos que cada persona tiene.

Clerici y García (17) explicaron que la autoestima se entiende como la construcción que cada sujeto percibe y valora de sí mismo, y que esto se realiza dentro de un marco de diversas experiencias socioculturales a lo largo de todo el ciclo de vida.

1.2.1. Importancia de la autoestima

Naranjo (18) menciona que múltiples autores sostienen que las personas con una autoestima positiva tienen mayor capacidad para desenvolverse independientemente, así como la toma de decisiones y afrontar responsabilidades, también les permite enfrentar desafíos y tolerar el fracaso, Esto nos permite concluir que el autoconcepto influye en lo emocional y en la conducta del individuo.

La autoestima es de gran importancia en la vida de las personas. Según Cano (19) es importante porque es la parte fundamental de la personalidad, que permite que el individuo pueda reconocer su propio valor, el motivarse a sí mismo, el buscar ser un triunfador. Brinda la capacidad de autonomía, por lo que permite ser independiente, confiar y tener seguridad en sí mismo. Permite tener relaciones sociales saludables, caracterizadas por el mutuo respeto, la valoración a sí mismo ya los demás. Ayuda a formar la responsabilidad.

1.2.2. Tipos de autoestima

En las personas se puede apreciar características con las que se pueden identificar el tipo de autoestima, Acuña (20) en su investigación menciona:

- Autoestima alta: Tendencia a alta autoestima: Las personas con alta autoestima se caracterizan por: No cederá las presiones de los demás. Son seguros, se aceptan a sí mismos porque sabe cuánto vale. Sus relaciones interpersonales son positivas. Son aceptados por los demás. Sabe compartir y ayudar a los demás. Reconoce que nadie es perfecto y que todos cometen errores e incluso él y aprende de ellos. Sabe tolerar el fracaso y solucionar los problemas que le acontezcan. Tolerar las críticas de las demás personas, y las toma en cuenta para mejorar. Confía en sus habilidades y capacidades para aprovechar las oportunidades que se le presenten. No se preocupa por el futuro en su lugar se proyecta para el futuro. Cada día busca superarse, disfruta de su presente y vive plenamente.
- Autoestima media: Autoestima en riesgo: Las personas con autoestima media se caracterizan por poseer nivel aceptable de autoconfianza en sí mismo, pero esta decae de un instante a otro, influenciado por las opiniones o críticas de los demás.

1.2.3. Autoestima en el senescente

El autoconcepto y la autoestima parecen ser los elementos psicológicos básicos de la calidad de vida del adulto y del bienestar personal (21). Algunos autores consideran que la autoestima es un predictor de la calidad de vida del anciano a partir de la alta autoestima de la familia, baja autoestima social, intelectual, física y emocional. La autoestima también se ve reforzada por el apoyo social,

por lo que cuanto más amplia sea la red de apoyo social, mejor será la autoestima de las personas mayores. Los cambios físicos y socioeconómicos asociados con el envejecimiento a menudo se asocian con una disminución de la autoestima.

La autoestima juega un papel importante en varios estudios de adultos, en el funcionamiento diario de un individuo.

El progresivo deterioro del envejecimiento ha llamado la atención de estudios que analizan las actitudes sociales hacia las personas mayores y cómo estos afectan su imagen. Por lo tanto, comparten una autoimagen negativa de la vejez, predominantemente conceptos estereotipados como inutilidad, enfermedad, declive y carga para los demás. La imagen negativa de las personas mayores está relacionada con lo que se llama el "modelo de vida cerrado", donde los eventos, cambios y dificultades se consideran amenazas, fraudes y pérdidas. Por el contrario, es en el "modelo de apertura a la vida" que las personas mayores tienden a ver como los hechos de la vida, los cambios, los desafíos a resolver y las situaciones en las que la vida debe ser superada. Descubrimiento y comprensión.

En las últimas décadas, el número de personas mayores de 60 años ha aumentado significativamente en todos los países debido al aumento de la esperanza de vida. La Organización Mundial de la Salud (8) estima que la población mundial mayor de 60 años es de 650 millones de personas y llegará a 200 millones en 2050. Este fenómeno se conoce como envejecimiento de la población y cada vez más reconocido por el interés público. Comprender y promover las propiedades adecuadas para un envejecimiento exitoso es una condición que puede verse como un proceso que dura hasta el envejecimiento sin afectar la salud física y mental.

El envejecimiento exitoso requiere la consideración de varios factores. Se ha demostrado que las variables psicométricas se correlacionan positivamente con varias áreas de la salud del envejecimiento. Entre estas variables, se destaca la autoestima en relación con el mantenimiento de la salud psicofísica de los ancianos. Se considera un factor protector para el envejecimiento exitoso porque está asociado con percepciones positivas de calidad de vida, satisfacción con la vida y crecimiento personal.

1.3. Depresión

Cooper Smith en 1965 introdujo el concepto de naturaleza como un sentimiento de sí mismo. Se construye mediante la evaluación de los propios atributos. La relación entre la autoestima y el proceso de envejecimiento sigue sin estar clara. Muchos autores han estudiado esta relación sin llegar a resultados exactos o incluso ciertos.

Según la Asociación Americana de Psicología la depresión se define como un trastorno mental, clasificado dentro de los trastornos del humor, una condición común crónica familiar y recurrente que de no ser tratada adecuadamente persiste durante toda la vida.

“Presencia de sentimientos de tristeza, irritabilidad, sensación de minusvalía desesperanza, disminución marcada del interés la capacidad de experimentar placer, insomnio o hipersomnia, pérdida o aumento de peso, fatiga, agitación o entecimiento psicomotor, pérdida de energía, disminución de la capacidad para concentrarse o pensar, dificultad en tomar decisiones, ideas recurrentes acerca de muerte o intentos de suicidio, acompañados por síntomas físicos y que están presentes durante al menos dos semanas” (22).

A su vez es un enlace de diversos factores predisponentes los cuales actúan a través de distintos procesos psicológicos y bioquímicos para generar síntomas depresivos. La depresión en los adolescentes puede diagnosticarse utilizando los mismos criterios que en los adultos, siempre teniendo en cuenta las características propias y específicas al desarrollo de cada etapa, y en concordancia a los actuales sistemas de clasificación más utilizados como son el DSM V y el CIE 10 que se desarrollará en otro apartado más adelante.

1.3.1. Teorías de la depresión

Según lo propuesto por Callado y Bernal (20) se pueden reconocer las siguientes teorías de la depresión:

- a. Modelo psicoanalítico: Sostiene que la depresión se debe al desgaste real o imaginario del objeto ambivalentemente amado con la consiguiente internalización de agresividad, rabia y deslíz.
- b. Modelo de estrés: Los estresores vitales o los cambios en la situación

que necesitan reajustes causan depresión. Se demanda que los síntomas depresivos en los adolescentes se producen como una reacción a problemas familiares como agresión parental, disciplina punitiva y desacuerdo entre los padres.

- c. Modelo de aprendizaje vicario: Fundamentado por Bandura, los adolescentes pueden adoptar comportamientos observados e influidos en su entorno.
- d. Modelo de desesperanza aprendida: La ocurrencia de eventos percibidos como incontrolables causas en la persona vulnerable, sentimientos de desesperanza e incapacidad para enfrentar las peticiones de la vida
- e. Modelo de distorsión cognitiva: La persona que manifiesta al estrés con ideas negativas acerca de ella misma, de las personas y del futuro (triada cognitiva) con mayor posibilidad se deprimirá. Estas personas seleccionan la información negativa que refuerza su visión negativa del mundo y de sí mismos
- f. Modelo de auto control: Las personas con depresión poseerían déficits en su autoevaluación, auto reforzamiento y auto monitorización, concentrándose en consecuencias a corto plazo de su conducta atribuyendo las fallas a ellos mismos
- g. Modelo social de Brown y Harris: sustenta que cuando un evento vital mayor (entre los cuales Holmes y Rahe ubicaban la merma de un ser amado o de la libertad) ocurre, las personas que escasean de una relación íntima de apoyo o de una red de soporte social, tienen mayor propensión a desarrollarla depresión.

Se toma en cuenta el modelo cognitivo, y el modelo dialectico que no se ocupa de síntomas ni de manifestaciones aisladas, sino que actúa reconociendo como el sujeto se siente y como en su interacción social determina su consciencia, conceptos acordes con la definición que ha trabajado la Asociación Psicológica Americana.

1.3.2. Factores etiológicos de la depresión.

Según la American Psychiatric Association (23) el trastorno depresivo puede tener distintos factores que intervienen en su etiopatogenia. Y estos son los siguientes:

- Factores Bioquímicos: las diferencias entre los neurotransmisores a nivel del sistema nervioso central pueden desencadenar un cuadro depresivo.
- Factores Genéticos: también se presenta en familias. Por ejemplo, si un gemelo padece de depresión, el otro tiene un 70 por ciento de probabilidades de tener la enfermedad en algún momento de la vida.
- Personalidad: Existen muchos rasgos en la personalidad que pueden conllevar a una depresión como la baja autoestima, el pesimismo, etc.
- Factores externos o ambientales: un sujeto que está continuamente expuesto a la violencia, el abandono, el abuso o nivel socioeconómico bajo, pueden indudablemente volverlo más propenso a sufrir depresión.
- Autoestima en el senescente

1.3.3. Factores de riesgo de depresión en el senescente

En la depresión del senescente influyen diferentes factores.

A continuación, se analizan los factores de riesgo más importantes:

- a. Demográficos: La gran mayoría de estudios reportan que la proporción de depresión es más alta en mujeres que en hombres. Las viudas, ancianos aislados, pobres, institucionalizados y sometidos a estrés presentan depresión más frecuentemente. La prevalencia es mayor en el área rural que en la urbana (24).
- b. Biológicos:
 - *Enfermedad orgánica*
Varias enfermedades han sido relacionadas con la depresión en el senescente, los mismos que sufren contantemente de morbilidad asociada. Se entiende que el deterioro orgánico en la adultez afecta directamente el estado mental del paciente. Por ejemplo, se ha demostrado asociación entre enfermedad cardiovascular y depresión. La depresión a menudo ocurre antes que los problemas cardiovasculares, por ejemplo, las personas mayores tienen patrones de enfermedad más frecuentes, enfermedades cardio-metabólicas y

depresión, ansiedad y depresión, y dolor- desórdenes neuropsiquiátricos y depresión. Diabetes y cardiopatías han sido relacionadas con la depresión; el estudio ELSA (English Longitudinal Study of Ageing), realizado en 4454 pacientes diabéticos senescentes, demostró asociación entre depresión-diabetes y diabetes- trastornoscardiovasculares.

- *Deterioro funcional*

La limitación funcional en los muestra está relacionada con depresión y sentimientos de inutilidad.

La fragilidad en senescentes se entiende como pérdida de energía, masa, fuerza muscular, reserva fisiológica disminuida e intolerancia al ejercicio; depresión y fragilidad coexisten en 10% de senescentes.

- *Deterioro cognitivo*

La depresión y su relación con el deterioro cognitivo tiene amplia evidencia científica. La depresión puede ser un signo de demencia incipiente y algunos pacientes con depresión permanecen sin síntomas mientras no tienen demencia.

- *Deterioro en la calidad del sueño*

Como la demencia, el insomnio está relacionado con la depresión, pero puede ser un factor o un efecto, senescentes, con insomnio tenían mayor probabilidad de tener depresión y mayor persistencia de la enfermedad. Otro estudio, en USA, reportó que el insomnio en un año aumenta la prevalencia de depresión al siguiente año, recomendando incluso la detección de alteraciones del sueño para un mejor tratamiento de la depresión (24).

c. Sociales

El aislamiento es un factor importante asociado con la depresión en el senescente ya que puede por sí mismo provocar depresión o agravarla. Puede además influir de manera negativa en el estado de salud y la calidad de vida.

La depresión es más frecuente en situación de riesgo social y con baja

condición socio económica. También se ha demostrado que la depresión mayor, bajos ingresos económicos, enfermedades crónicas y dependencia influyen en la ideación suicida. (24).

d. Económicos

Es evidente que la situación económica influye en el estado de ánimo de las personas, es más probable que la persona con bajos ingresos económicos se encuentre triste, esto se aplica a todas las edades. Una encuesta de personas mayores en China y Rusia encontró los niveles más bajos de depresión. En China a mayores niveles de seguridad económica y cohesión social, es decir, a los efectos de mayores recursos económicos y sociales la depresión disminuye.

Las crisis financieras en los países influyen directamente sobre la situación económica de sus habitantes. El estudio MEDIS analizó como la crisis financiera en el Mediterráneo afectó los determinantes de salud de los senescentes; en efecto, la crisis aumentó la depresión, el aislamiento social, tabaquismo, y afectó la calidad de dieta y disminuyó la actividad física (24).

1.3.4. Tipos de depresión

Los trastornos depresivos pueden clasificarse en leves, moderados o graves, según su intensidad. Para los sistemas de clasificación de diagnóstico ICD10 y DSM IV TR, la gravedad de episodios se expresó como el número, tipo, intensidad y disfunción de síntomas.

La depresión leve debe caracterizar a pacientes con síntomas de corta duración o criterios mínimos para la depresión, con una puntuación más baja en la escala de depresión estándar. El DSM IV (25) indica que la depresión leve puede definirse como la presencia de 5 a 6 síntomas leves, además de un ligero deterioro funcional. Algunos autores sugieren que la evaluación de la complejidad de la depresión debe tener en cuenta la comorbilidad con los trastornos por estrés y la enfermedad crónica. Esto se entiende como retención de síntomas durante dos años a pesar del tratamiento (26). Los cambios asociados con el trastorno depresivo pueden identificarse más fácilmente en el área, donde las personas son más activas. Por lo tanto, los cambios en el estado

familiar, escolar o laboral pueden ser síntomas de una enfermedad depresiva, que dura más de dos semanas casi a diario como: fatiga, trastornos fisiológicos persistentes como insomnio y anorexia, poca concentración o bajo rendimiento en la escuela o en el trabajo, emocionalmente sensible o inestable, quejas físicas constantes, aumento del uso de sustancias, manifestaciones de pensamientos desesperados o culpables.

En las mujeres, la depresión a una edad temprana tiende a aparecer con mayor frecuencia, con síntomas y tasas que superan con creces las depresiones atípicas. El análisis estadístico multivariado mostró que el inicio de síntomas como la autocrítica excesiva y la disminución de la libido fueron los mejores predictores de depresión mayor en las mujeres. El número de síntomas atípicos principalmente en mujeres puede ser lo que refleja las diferencias fisiopatológicas en la depresión entre hombres y mujeres.

La depresión se clasifica como un trastorno afectivo con cambios de humor y muestra que los efectos de la depresión se limitan al funcionamiento emocional; sin embargo, los efectos de la depresión son mucho más graves y afectan a casi todos los aspectos de la vida de una persona, incluidas las relaciones interpersonales, la función conductual y la función cognitiva.

Entonces se comprende el por qué la depresión causa graves problemas en el trabajo. Aunque no es medible físicamente, la naturaleza de la depresión, basada en autoinformes o inferencias del comportamiento de personas deprimidas, contribuye a la falta de comprensión y prejuicio, y retrasa la detección y el correcto manejo al momento de interferir (27).

1.4. Depresión en el senescente

1.4.1. Descripción general

La depresión en adultos mayores es una condición de salud mental que afecta a las personas de edad avanzada. Los síntomas de la depresión en adultos mayores pueden ser similares a los de otras etapas de la vida, pero también pueden presentarse de manera diferente debido a los desafíos y cambios asociados con el envejecimiento.

1.4.2. Síntomas

Algunos de los síntomas comunes de la depresión en adultos mayores incluyen:

1. Estado de ánimo deprimido persistente, tristeza o sensación de vacío.
2. Pérdida de interés o placer en actividades que antes eran disfrutables.
3. Cambios en el apetito, como pérdida de apetito o aumento significativo en el consumo de alimentos.
4. Alteraciones del sueño, como insomnio o hipersomnia (exceso de sueño).
5. Fatiga o falta de energía constante.
6. Sentimientos de inutilidad, culpa o desesperanza.
7. Dificultad para concentrarse, tomar decisiones o recordar detalles.
8. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
9. Pensamientos recurrentes sobre la muerte, el suicidio o la autodestrucción (28).

1.4.3. Tratamiento

El tratamiento de la depresión en adultos mayores generalmente implica una combinación de enfoques, adaptados a las necesidades individuales y la situación de cada persona. Estos pueden incluir:

1. Terapia psicoterapéutica: La terapia individual o grupal con un profesional de la salud mental puede ayudar a los adultos mayores a explorar y abordar los desencadenantes subyacentes de su depresión, así como a desarrollar estrategias para hacer frente a los desafíos emocionales y cognitivos.
2. Medicación: En algunos casos, se pueden recetar antidepresivos para ayudar a aliviar los síntomas de la depresión. Es importante trabajar estrechamente con un médico para determinar el medicamento adecuado y monitorear su efectividad y posibles efectos secundarios.
3. Apoyo social: El apoyo de familiares, amigos y grupos de apoyo puede desempeñar un papel importante en el manejo de la depresión en adultos mayores. Mantener conexiones sociales significativas y participar en actividades sociales puede ayudar a reducir el aislamiento y fortalecer el

bienestar emocional.

4. Estilo de vida saludable: Adoptar hábitos de vida saludables, como una dieta equilibrada, ejercicio regular, sueño adecuado y evitar el consumo excesivo de alcohol o sustancias, puede tener un impacto positivo en el estado de ánimo y la salud mental en general (29).

1.4.4. Expectativas (pronóstico)

En cuanto a las expectativas, es importante tener en cuenta que la depresión en adultos mayores es tratable y que muchas personas experimentan una mejora significativa en su bienestar emocional con el tratamiento adecuado. Sin embargo, la recuperación puede llevar tiempo y es posible que sea necesario ajustar el enfoque de tratamiento a medida que se avanza en el proceso.

Es fundamental buscar ayuda profesional si se sospecha de depresión en un adulto mayor. El médico o un profesional de la salud mental especializado en geriatría pueden realizar una evaluación completa, establecer un diagnóstico preciso y recomendar el plan de tratamiento más adecuado para cada individuo (29).

1.5. El diagnóstico diferencial

Se demuestra que el modo de diagnóstico diferencial de la depresión en el anciano constituye una práctica médica imprescindible. Se realiza un diagnóstico completo y tratamientos, evitando enfermedades corrosivas que conducen a enfermedades permanentes. En algunos casos clínicos, esta tarea de diferenciación se prolonga hasta que se implica el estudio de la historia familiar y cultural del paciente. Las diferentes formas de presentar la depresión dependen de una combinación de varios factores.

Describe el nivel de conflicto y la gravedad del trauma, el paciente y el terapeuta, o la estructura de personalidad del terapeuta (11).

El contexto cultural social y familiar, en el que las dos intervenciones pueden haber sido todas vertidas, a diferencia del vínculo entre metástasis y finalmente la duración del trastorno depresivo y el número de recaídas (8).

El diagnóstico diferencial del curso depresivo, con un diagnóstico esperado, fue el primer método médico para evaluar la situación planteada por él. A partir de las dos estrategias, se matematiza la lógica. Otros estudios como la puesta en marcha de estudios interdisciplinarios, técnicas psicoterapéuticas aplicadas, prescripción, pruebas psicométricas, consulta con un geriatra o un clínico tamiz, etc.

1.6. Calidad de vida en la vejez

Desde la crisis de la mediana edad hasta la muerte, cuando las esferas biológica, mental y social de las personas mayores se ven comprometidas, la edad se considera una época de lento declive (17).

La depresión en los ancianos está muy extendida, tiene un impacto negativo en la calidad de vida y reduce el estado de ánimo, aumenta la ansiedad y la insatisfacción.

El trauma psicosocial está involucrado en la vejez y se considera la principal causa de trastornos depresivos. Al estudiar la depresión, siempre debe tener en cuenta sus heridas y desencadenantes actuales hasta que se revele el de su contenido. Este concepto ha sido utilizado recientemente en todas las áreas de las ciencias sociales, con aplicabilidad a la política, el desarrollo urbano y la reforma de salud, el potencial de intervención de lo social y sus creadores, incluidas las herramientas de marketing.

El anciano tiene dignidad de por vida, a pesar de los signos de un mayor deterioro psicofísico más adelante en la vida, aunque sea compensado con otras medidas de protección, tiene derecho a la convivencia y esto merece el respeto. Hoy, la esperanza de vida está aumentando y cada vez más personas tienen más de 85 años.

Establecida en 1990, la definición de la OMS se refiere a la salud física, psicológica y social de un individuo. Se deben utilizar otros indicadores para establecer la salud psicológica y social de una comunidad o población, ya que los indicadores normales de salud como la mortalidad y la morbilidad no son suficientes para medir estos aspectos. El factor ha contribuido a subrayar un mejor concepto de calidad de vida.

No se trata solo de vivir más, se trata de vivir mejor. El concepto se ha retrasado más

años en regiones como América Latina y el Caribe y se ha utilizado como indicador o modelo de desarrollo. Se estima la situación que vive la población, luego se evalúa los programas de apoyo para estos y se aplica una "coordinación" política, sólida y económica que sea apropiada para una serie de circunstancias físicas.

Las experiencias desagradables y placenteras por las que los senescentes han pasado como un proceso de aprendizaje internalizado en el pasado les ayudan a comprender mejor las relaciones objétales internas y externas fuera del mundo tiempo y espacio actual, muchas conexiones emocionales se pierden, y los ancianos sienten el dolor de la pérdida por muerte, cónyuge, hijos, otros familiares, amigos, etc.; es el aislamiento emocional lo que hace que la condición progrese.

En la vejez, los mitos, los sistemas de creencias y las arrugas sociales sobre varios aspectos de la vida cotidiana se descubren con mayor frecuencia.

Ellos suelen tener una enfermedad mental que interfiere con la versión gratuita de la realidad. Son un sistema de pensamientos distorsionados, ideas automáticas, conscientes o inconscientes.

CAPÍTULO II

1. METODOLOGÍA

1.1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1.1. Técnicas

La técnica a la que se recurre para el cumplimiento de los objetivos de la presente investigación corresponde a la encuesta, ambas variables utilizarán la entrevista.

Ambas variables utilizarán la cédula de entrevista

La cédula de entrevista consta de una serie de preguntas que involucran una o más de las variables medidas. Debe ser consistente con el enunciado del problema y la hipótesis. Los cuestionarios se utilizan en todo tipo de encuestas. Para la variable autoestima se aplicará el Inventario de Autoestima de Coopersmith, el cual fue creado en el año 2010. Y permite evaluar los niveles de autoestima en adultos, mientras que para la variable depresión se usará el Inventario de Depresión de Yesavage.

1.1.2. Instrumentos

- 1.1.2.1. Inventario de Autoestima de Stanley Copersmith, (SEI) versión Adultos
Nombre: Escala de Autoestima – SEI. Versión Adultos. Autor: Stanley Coopersmith, 1975

Esta prueba fue estandarizada por Isabel Panizo (1985) en Perú.

Descripción: Es una prueba diseñada para medir actitudes valorativas hacia el sí mismo, para sujetos mayores de 15 años, y está compuesta por 25 ítems. Los ítems se deben responder de acuerdo con sí el sujeto se identifica o no con cada afirmación en términos afirmativos o negativos; los ítems del inventario generan un puntaje total, así como puntajes separados en tres áreas: sí mismo general, social – pares y hogar.

Los 25 ítems del inventario generan un puntaje total, así como puntajes separados en tres áreas:

SI MISMO GENERAL: Actitudes que presenta el sujeto frente a su autopercepción y propia experiencia valorativa sobre sus características

físicas y psicológicas.

SOCIAL: Actitudes del sujeto en el medio social frente a sus compañeros o amigos. Así como sus referentes a las vivencias en el interior de instituciones educativas o formativas y las expectativas en relación con su satisfacción de su rendimiento académico o profesional.

FAMILIAR: Actitudes y/o experiencias en el medio familiar con relación a la convivencia.

Administración: Su administración es individual o colectiva y tiene un tiempo aproximado de 15 minutos, aunque no hay tiempo límite.

Niveles de aplicación: De 16 años en adelante.

Finalidad: Medir las actitudes valorativas de la autoestima y sus correspondientes dimensiones: Sí mismo, Familiar y Social.

Calificación: El inventario consta de 25 ítems, distribuidos en 03 áreas, 13 se refieren a sí mismo, 06 ítems se refieren al área social y 06 ítems al área familiar.

La calificación es un procedimiento directo, el sujeto debe responder de acuerdo con la identificación que se tenga o no con la afirmación en términos de Verdadero (Tal como a mí) o Falso (No como a mí).

El puntaje máximo es de 100 puntos y no existe escala de mentiras que invaliden la prueba. Los puntajes se obtienen sumando el número de ítems respondido en forma correcta (de acuerdo con la clave) y multiplicando éste por cuatro (04). La calificación puede ser individual o grupal.

Clave de respuesta:

Ítems Verdaderos: 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19, 20. Restante: Falsos Subescalas:

SI MISMO GENERAL: 1, 3, 4, 7, 10, 12, 13, 15, 18, 19, 23, 24, 25.

SOCIAL: 2, 5, 8, 14, 17, 21.

FAMILIAR: 6, 9, 11, 16, 20, 22.

Categorías: Los intervalos para cada categoría de autoestima son:

- De 0 a 24 Nivel de autoestima bajo
- 25 a 49 Nivel de autoestima medio bajo
- 50 a 74 Nivel de autoestima medio alto
- 75 a 100 Nivel de autoestima alto.

Validez y confiabilidad: Stanley Coopersmith (1967), reportó la confiabilidad del inventario a través de la prueba, retest (0.88) en una muestra conformada por 647 estudiantes. En nuestro medio, la escala original, fue validada por Panizo (1985; citada por Piera, 2012) quien utilizó el coeficiente de confiabilidad por mitades al azar, reportando una correlación entre ambas mitades de 0.78.

1.1.2.2. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15)

Es una escala que consta de quince ítems con respuestas dicotómicas (sí o no). La GDS-15 evalúa síntomas depresivos cognoscitivos, como estado de ánimo, esperanza, deseos de muerte y capacidad de disfrute (6, 7).

Ficha técnica

Nombre original: Escala de Depresión Geriátrica (GDA) Autor: Brink, Yesavage, Lun, Heer Sena, Adey y Rose Adaptación: Delgado Belaunde, Aida J.

Procedencia: Universidad Ricardo Palma – Psicología Administración:
Individual

Duración: 15 a 20 min. aproximadamente.

Significación: Mide el nivel de depresión presente en el anciano.

INSTRUCTIVO:

Puntuación total: 15 PUNTOS DE CORTE:

Tabla 1: Puntuaciones

No depresión	0-5 puntos
Probable depresión	6-9 puntos
Depresión establecida	10-15 puntos

Normas de aplicación: El evaluador lee las preguntas al paciente sin realizar interpretaciones de los ítems y dejando claro al paciente que la respuesta no debe ser muy meditada. La respuesta debe ser “sí” o “no” y debe referirse a cómo se ha sentido el paciente la semana anterior.

TIPIFICACIÓN: Baremos para senescentes año: 1993 Confiabilidad y

validez

La prueba presenta alta validez de 0.81 (Spearman-Brown- Dos mitades) y confiabilidad de 0.86 (Kuder Richardson-Consistencia Interna).



1.1.3. Cuadro de coherencia

Tabla 2: Cuadro de coherencia

Variable	Indicadores	Técnica	Instrumento	Estructura del instrumento
Autoestima	Si mismo general	Entrevista	Inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith (SEI) Versión adulta	Ítems:
	Social	Entrevista		1,3,4,7,10,12,13,15,18,19,23,24,25
	Familiar	Entrevista		2,5,8,14,17,21
Depresión	Satisfacción con la vida	Entrevista		6,9,11,16,20,22
	Sensación de desamparo	Entrevista	Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15)	Puntuación
	Problemas de memoria	Entrevista		0-5 puntos: No depresión
	Preocupación	Entrevista		6-9 puntos: Probable depresión
	Sin esperanza	Entrevista		10-15 puntos: Depresión establecida

Fuente: Elaboración propia

1.2. Campo de Verificación:

1.2.1. Ubicación espacial

La investigación se realizará en la ciudad de Arequipa, en el asilo Lira ubicado en calle Carmen Alto Yanahuara

1.2.2. Ubicación temporal

Es coyuntural para 2021

1.2.3. Unidades de Estudio

96 senescentes institucionalizados en el asilo Lira

1.2.3.1. Criterios de inclusión

Pacientes que deseen participar en la investigación

1.2.3.2. Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 60 años
- Pacientes que no deseen participar en la investigación
- Pacientes con problemas emocionales

1.3. Estrategia de Recolección de datos

1.3.1. Organización

Los datos serán recabados previa autorización de los directivos del asilo Lira, se aplicarán los cuestionarios, y luego de la aplicación de los baremos respectivos serán vaciados en una base de datos Excel, para luego ser procesados y analizados en el programa SPSS.

Para el análisis de la información y teniendo una vez una base de datos consolidada se procederá a utilizar el software estadístico SPSS Versión 25, con ayuda del cual se llevará a cabo el análisis descriptivo de las variables de estudio a través de gráficos interactivos.

1.3.2. Recursos

La investigación será de tipo autofinanciado.

CAPÍTULO III

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

- RESULTADOS

Tabla 3: Población de estudio según edad y género

Edad	Genero				TOTAL	
	Masculino		Femenino		N.º.	%
	N.º.	%	N.º.	%		
70-80	18	18,8	18	18,8	36	37,5
81-90	20	20,8	20	20,8	40	41,7
≥91	5	5,2	15	15,6	20	20,8
TOTAL	43	44,8	53	55,2	96	100

La Tabla muestra que el mayor porcentaje 20,8% de los senescentes se encuentran entre las edades de 81 a 90 años y pertenecen al género masculino, de similar forma en el mismo porcentaje 20,8% se encuentran el grupo etario de 81 a 90 años y son de sexo femenino, siguiéndole el 18% en las edades de 70 a 80 años en ambos géneros.

Gráfico 1: Población de estudio según edad y género

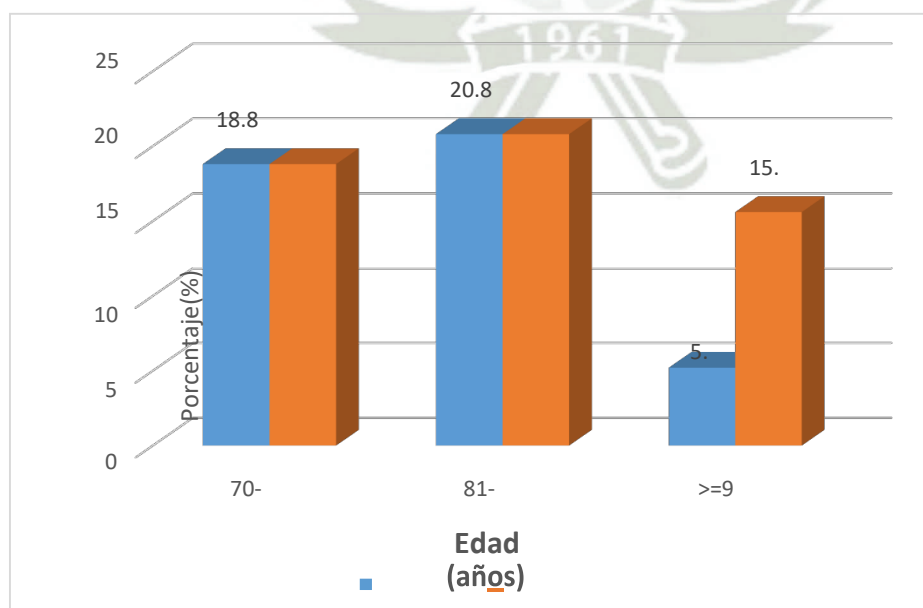


Tabla 4 - Población de estudio según familiar responsable

Familiar encargado	N.º	%
Hijo	82	85,4
No tiene familiares	14	14,6
TOTAL	96	100

La Tabla muestra que el mayor porcentaje correspondiente al 85,4% los familiares responsables son los hijos y un 14,6% no tienen familiares responsables.

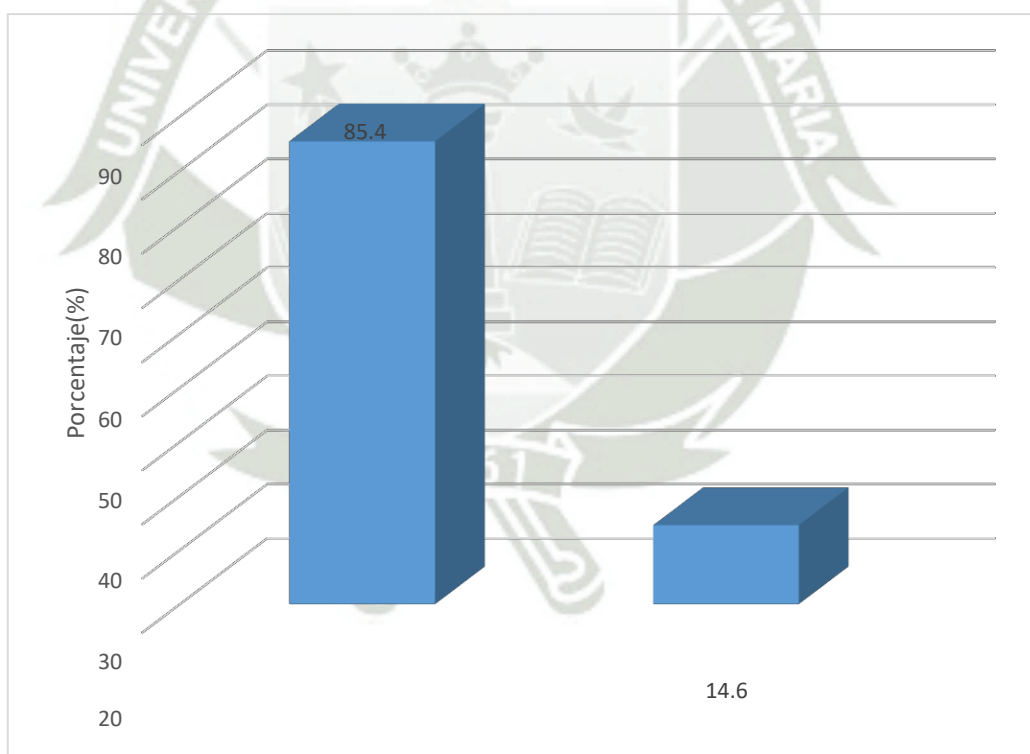
Gráfico 2: Población de estudio según familiar responsable

Tabla 5 - Población de estudio según la estadía en la institución

Tiempo de estadía	N.º.	%
1 a 5 años	51	53,1
>5 años	45	46,9
TOTAL	96	100

La Tabla muestra que el mayor porcentaje correspondiente al 53,1% de los senescentes llevan entre 1 a 5 años de estadía en la institución, mientras que el 46,9% tienen más de 5 años de estadía.

Gráfico 3: Tiempo de estadía de la población de estudio

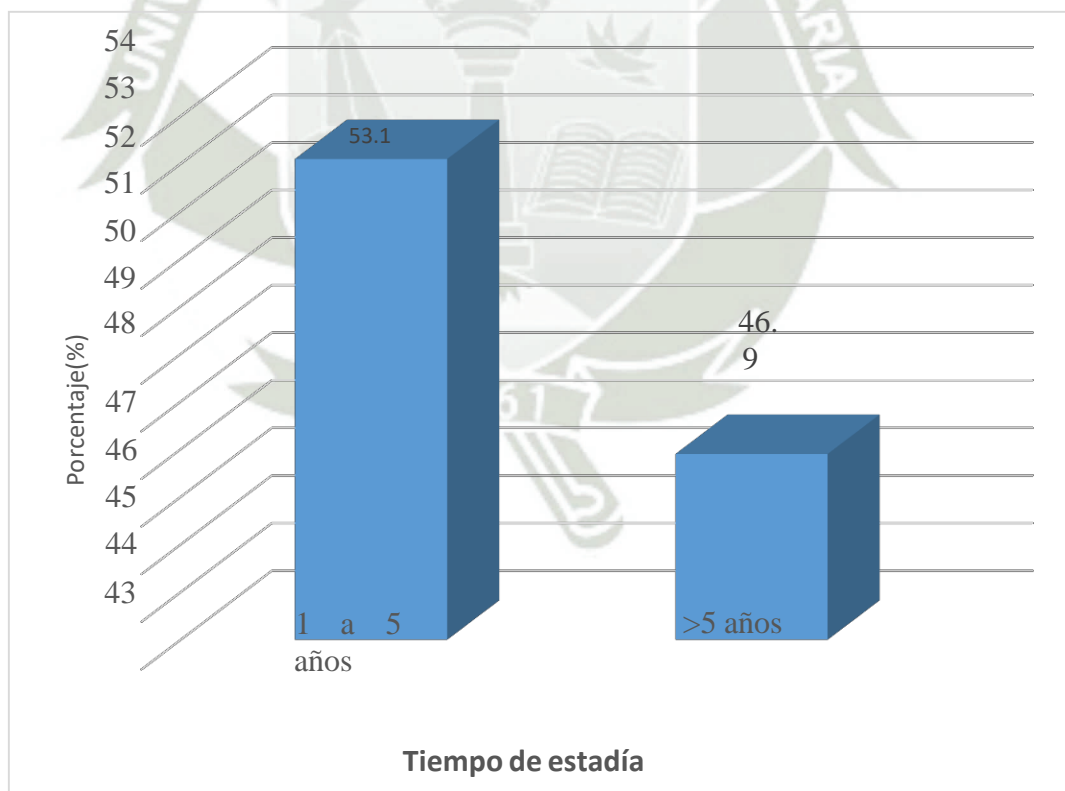


Tabla 6: Población de estudio según antecedentes de comorbilidades

Antecedentes	N.º	%
Diabetes	8	8,3
HTA	29	30,2
Ninguna	59	61,5
TOTAL	96	100

La Tabla muestra que la mayoría 61,5% de los senescentes no tienen ninguna comorbilidad de enfermedades crónicas, seguido del 30,2% con hipertensión arterial, mientras que solo el 8,3% de los senescentes tienen diabetes.

Gráfico 4 - Población de estudio según antecedentes de comorbilidades

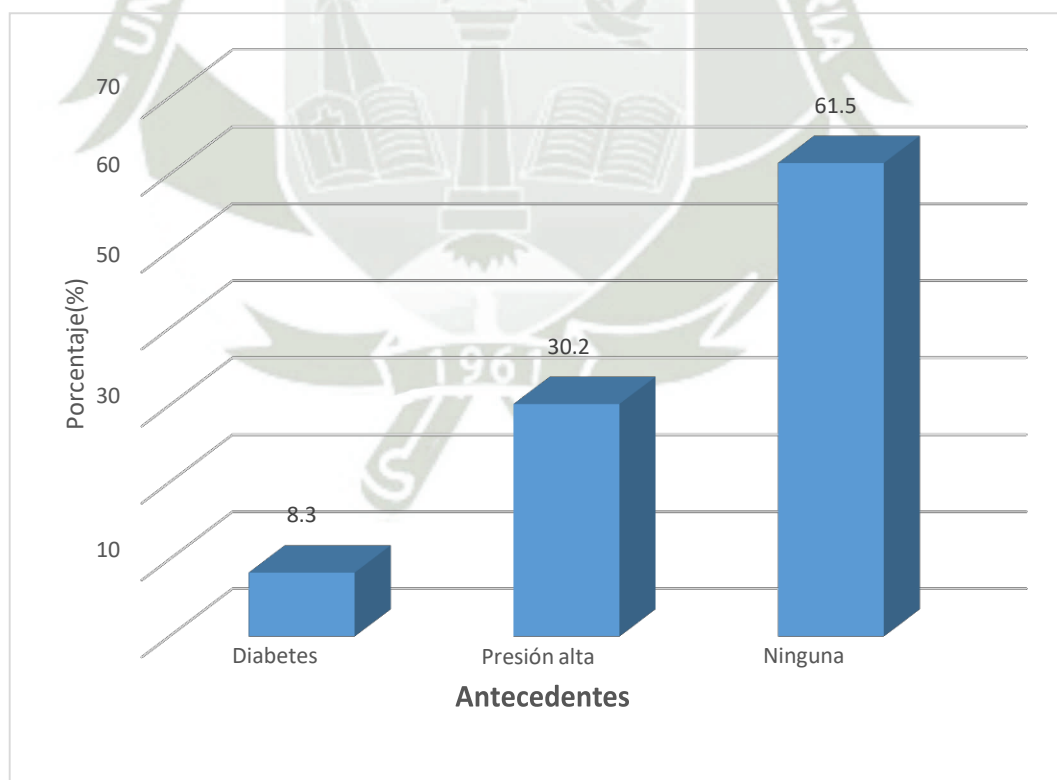


Tabla 7: Población de estudio según estudios superiores

Estudios superiores	N.º	%
Si	61	63,5
No	35	36,5
TOTAL	96	100

La Tabla muestra que el mayor porcentaje correspondiente al 63,5% de los senescentes tienen estudios superiores, mientras que solo el 36,5% no tienen estudios superiores.

Gráfico 5: Población de estudio según estudios superiores

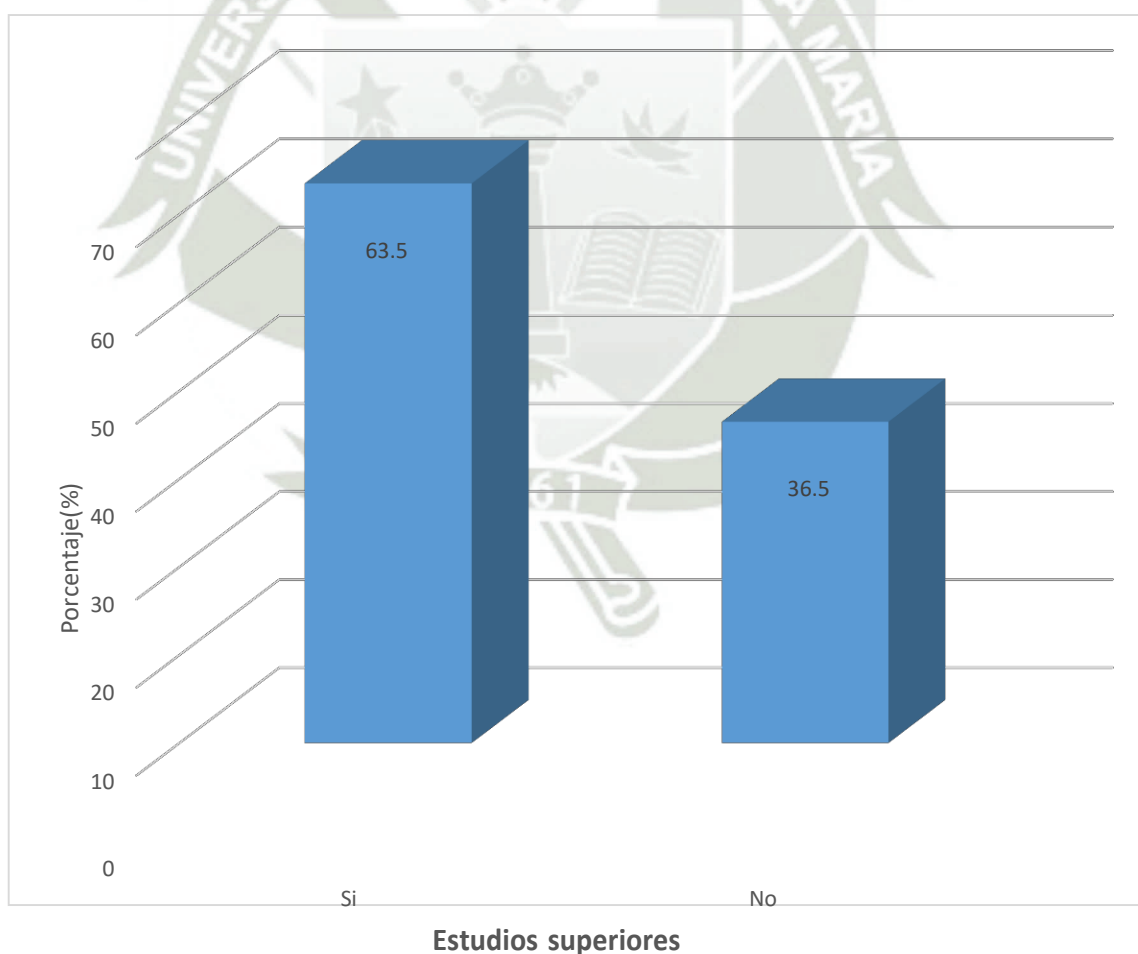


Tabla 8 - Población de estudio según el nivel de autoestima

Autoestima	N.º	%
Baja Media	2	2,1
baja Media	28	29,2
alta	64	66,7
Alto	2	2,1
TOTAL	96	100

La Tabla muestra que el mayor porcentaje 66,7% de los senescentes tienen autoestima media alta, seguido del 29,2% con autoestima media baja, mientras que con el mismo porcentaje 2,1% tienen autoestima baja y alta.

Gráfico 6 - Población de estudio según el nivel de autoestima

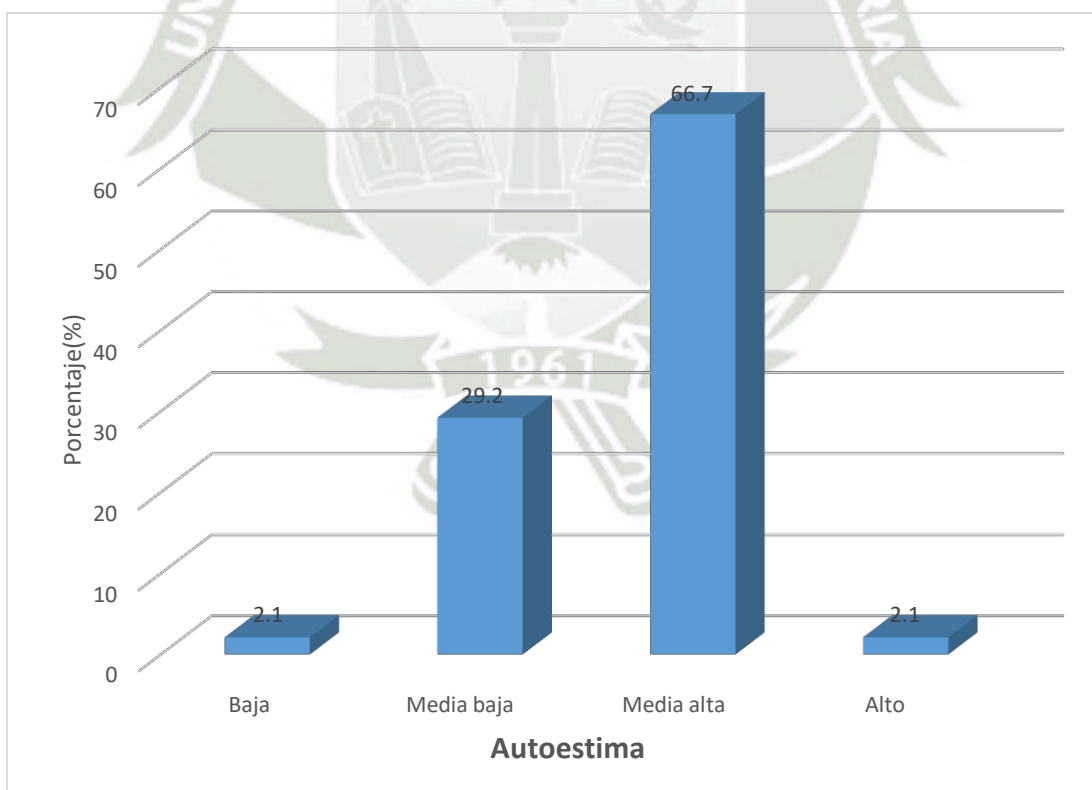


Tabla 9 - Población de estudio según las dimensiones de la autoestima

Autoestima	Si mismo		Social		Familiar	
	N.º.	%	N.º.	%	N.º.	%
Baja	21	21,9	4	4,2	1	1,0
Media baja	9	9,4	78	81,3	81	84,4
Media alta	11	11,5	14	14,6	13	13,5
Alto	55	57,3	0	0,0	1	1,0
TOTAL	96	100	96	100	96	100

La Tabla muestra el mayor porcentaje 57,3% de los senescentes tienen autoestima alta en la dimensión en sí mismo, en la dimensión social el mayor porcentaje 81,3% tienen autoestima media baja, mientras que la mayoría 84,4% de los senescentes tienen autoestima media baja en la dimensión familiar.

Gráfico 7 - Población de estudio según las dimensiones de la autoestima

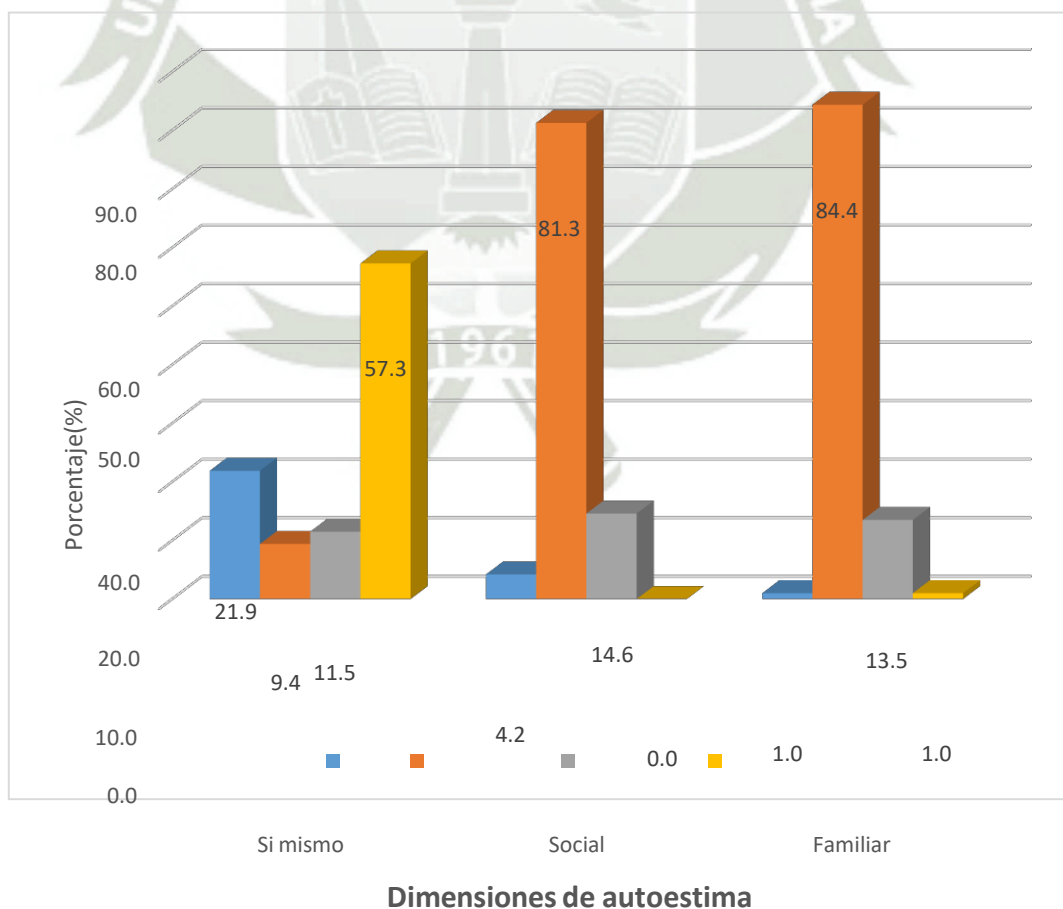




Tabla 10 - Población de estudio según el nivel de depresión

Depresión	N.º.	%
No depresión	34	35,4
Probable depresión	1	1,0
Depresión establecida	61	63,5
TOTAL	96	100

La Tabla muestra que el mayor porcentaje 63,5% de los senescentes tienen depresión establecida, siguiéndole el 35,4% que no presentan depresión, mientras que el menor porcentaje 1,0% tienen probable depresión.

Gráfico 8 - Población de estudio según el nivel de depresión

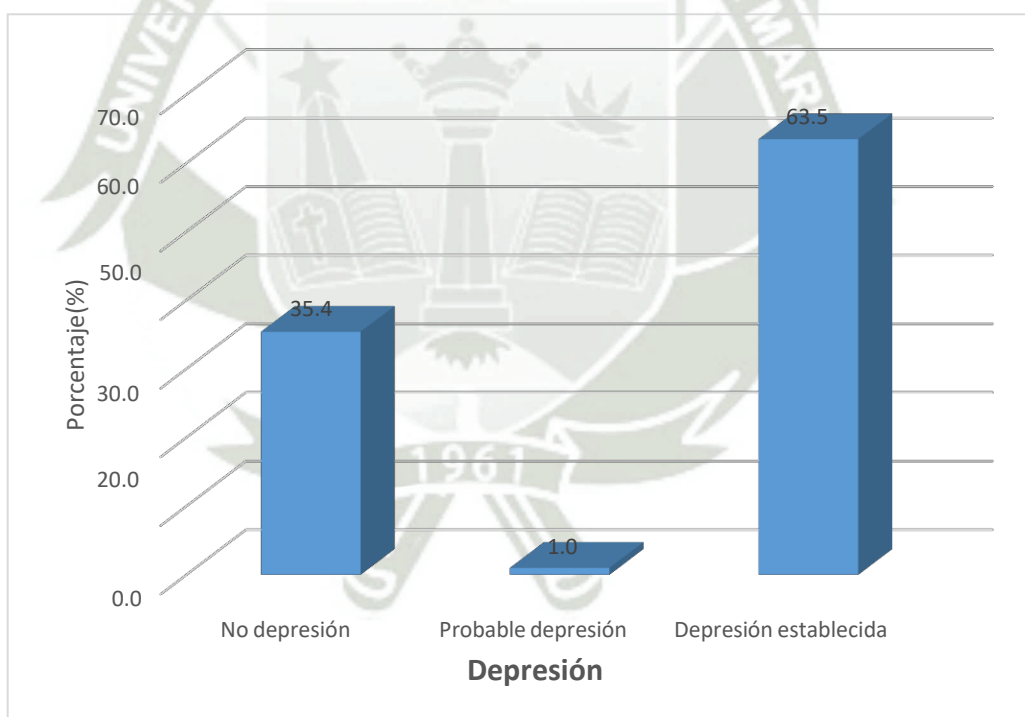


Tabla 11 - Población de estudio según la relación entre la autoestima en la depresión

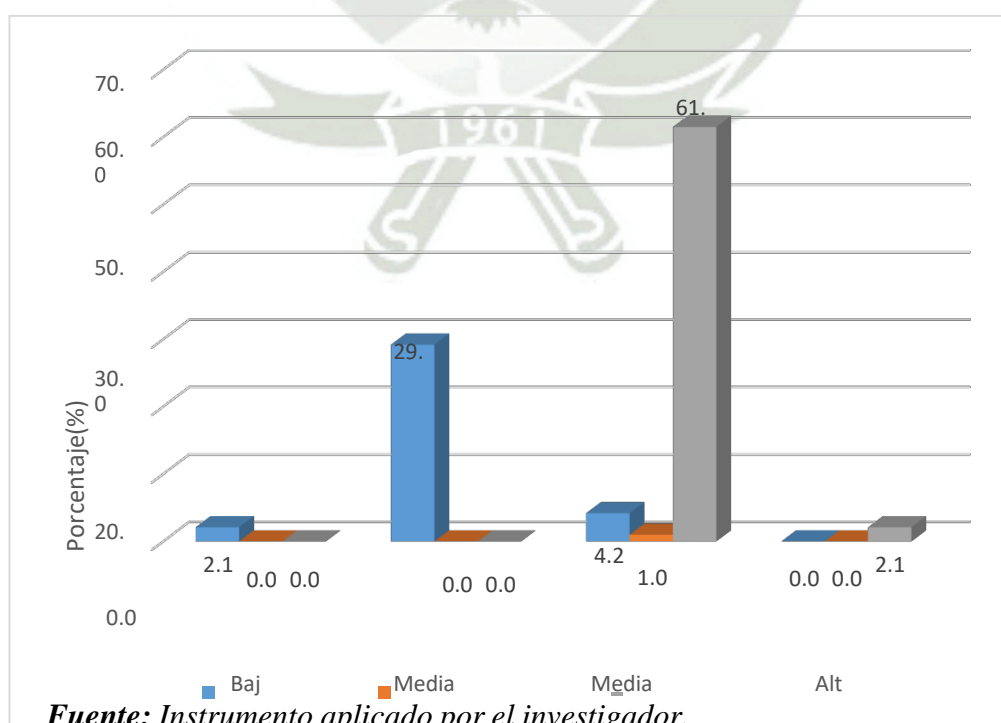
Autoestima	Depresión						TOTAL	
	No depresión		Probable depresión		Depresión establecida			
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Baja	2	2,1	0	0,0	0	0,0	2	2,1
Media baja	28	29,2	0	0,0	0	0,0	28	29,2
Media alta	4	4,2	1	1,0	59	61,5	64	66,7
Alto	0	0,0	0	0,0	2	2,1	2	2,1
TOTAL	34	35,4	1	1,0	61	63,5	96	100

$$X^2=16.80 \quad P<0.05 \quad P=0.01$$

La Tabla según la prueba de chi cuadrado ($X^2=16.80$) muestra que la depresión y la autoestima presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo, se observa que el mayor porcentaje correspondiente al 61,5% de los senescentes con depresión establecida presentan autoestima media alta, seguido del 29,2% de la población que no presentan depresión y tienen autoestima media baja.

Gráfico 9 - Población de estudio según la relación entre la autoestima en la depresión



Autoestim

No

Probable

Depresión



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

Tabla 12: Población de estudio según la relación entre la autoestima en sí mismo y la depresión

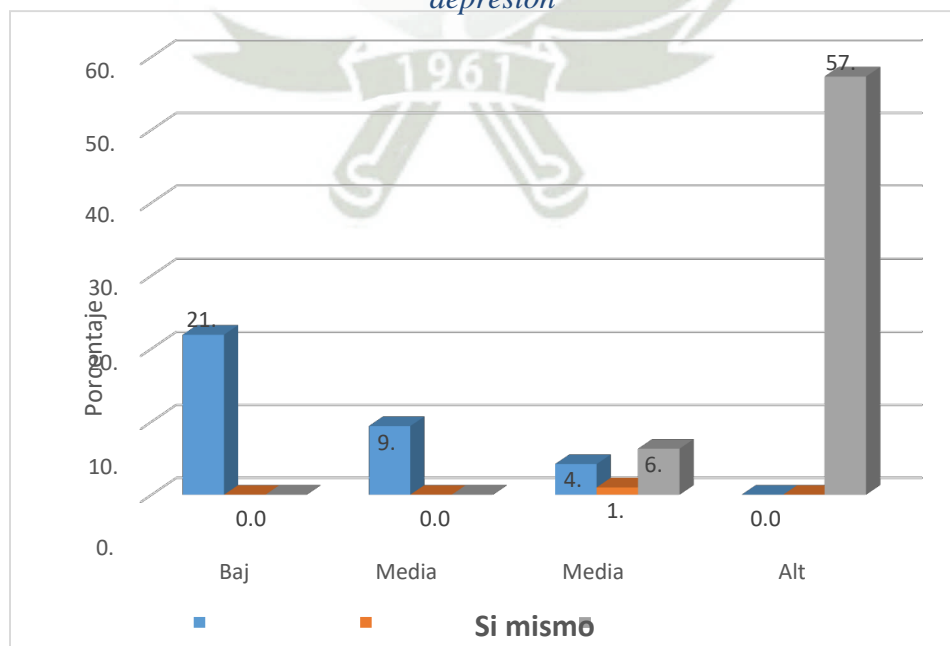
Si mismo general	Depresión						TOTAL	
	No depresion		Probable depresión		Depresion establecida			
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Baja	21	21,9	0	0,0	0	0,0	21	21,9
Media baja	9	9,4	0	0,0	0	0,0	9	9,4
Media alta	4	4,2	1	1,0	6	6,3	11	11,5
Alto	0	0,0	0	0,0	55	57,3	55	57,3
TOTAL	34	35,4	1	1,0	61	63,5	96	100

$$X^2=93.24 \quad P<0.05 \quad P=0.00$$

La Tabla muestra que según la prueba de chi cuadrado ($X^2=93.24$) la depresión y la autoestima de sí mismo presenta relación estadística significativa ($P<0.05$).

También observa que el mayor porcentaje 57,3% de los senescentes con depresión establecida presentan autoestima alta en la dimensión en sí mismo, seguido del 21,9% de la población que no tienen depresión y presentan autoestima baja.

Gráfico 10: Población de estudio según la relación entre la autoestima en sí mismo y la depresión



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

No



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

Tabla 13 - Población de estudio entre la autoestima social y la depresión

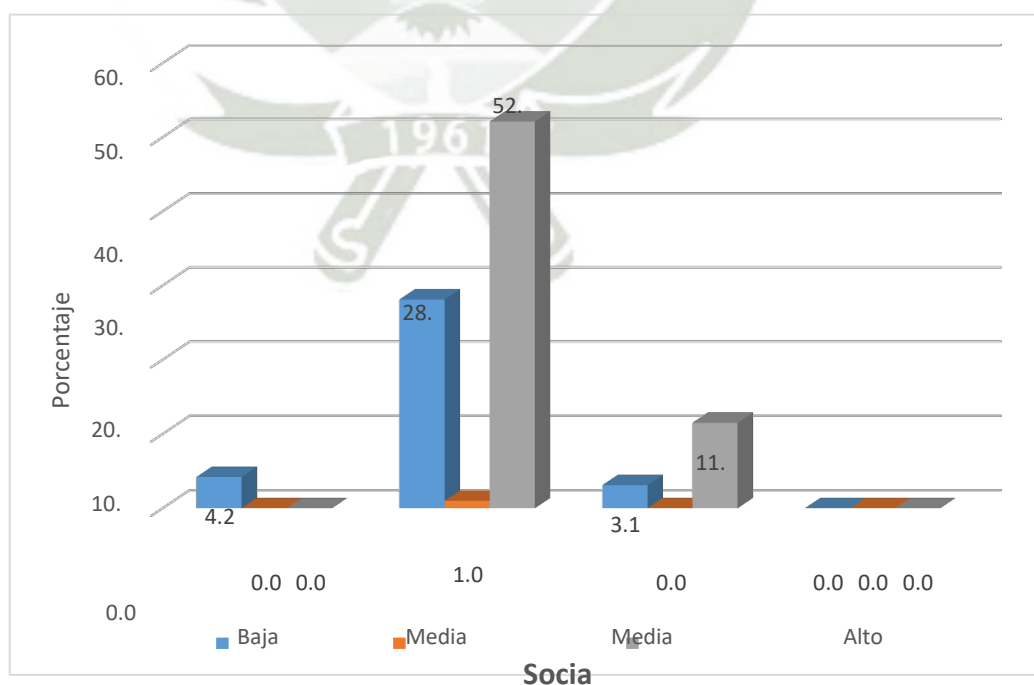
Social	Depresión						TOTAL	
	No depresión		Probable depresión		Depresión establecida			
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Baja	4	4,2	0	0,0	0	0,0	4	4,2
Media baja	27	28,1	1	1,0	50	52,1	78	81,3
Media alta	3	3,1	0	0,0	11	11,5	14	14,6
Alto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	34	35,4	1	1,0	61	63,5	96	100

$\chi^2=8.77$ $P>0.05$ $P=0.06$

La Tabla muestra que según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=8.77$) la depresión y la autoestima social no presenta relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el porcentaje mayor 52,1% de los senescentes con depresión establecida presentan autoestima social media baja, seguido del 28,1% de los senescentes que no presentan depresión y tienen autoestima social media baja.

Gráfico 11- Población de estudio entre la autoestima social y la depresión



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

No

Probable

Depresión



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

Tabla 14 - Población de estudio entre la autoestima familiar y la depresión

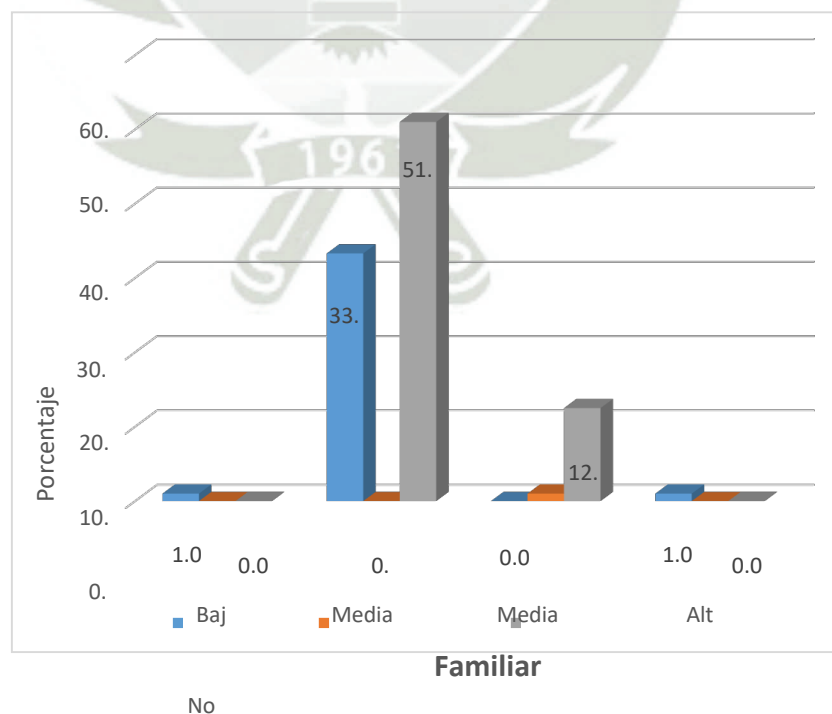
Familiar	Depresión						TOTAL	
	No depresión		Probable depresión		Depresión establecida			
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Baja	1	1,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
Media baja	32	33,3	0	0,0	49	51,0	81	84,4
Media alta	0	0,0	1	1,0	12	12,5	13	13,5
Alto	1	1,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
TOTAL	34	35,4	1	1,0	61	63,5	96	100

$$X^2=16.80 \quad P<0.05 \quad P=0.01$$

La Tabla según la prueba de chi cuadrado ($X^2=16.80$) muestra que la depresión y la autoestima familiar presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

También se observa que el porcentaje mayor 51,0% de los senescentes con depresión establecida presentan autoestima familiar media baja, seguido del 33,3% de los senescentes que no tienen depresión y tienen autoestima familiar media baja.

Gráfico 12 - Población de estudio entre la autoestima familiar y la depression



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador.

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con el objetivo de determinar la relación de la autoestima en la depresión de senescentes institucionalizados en el asilo Lira. Se desarrolló esta investigación debido a que será una importante contribución académica al generar nuevos conocimientos que servirán de fundamento para el desarrollo de estudios posteriores.

Con respecto a las características sociodemográficas el 20.8% de los senescentes institucionalizados en el asilo Lira de género femenino tienen entre 81-90 años, mientras que el 18.8% de los senescentes de género masculino tienen entre 70- 80 años. El 85.4% tienen hijos a cargo de ellos, mientras que el 14.6% de los senescentes no tienen familiares. El 53.1% llevan entre 1 a 5 años de estadía, mientras que el 46.9% tienen más de 5 años.

El 61.5% no tienen ninguna comorbilidad, seguido del 30.2% con presión alta, mientras que solo el 8.3% de los senescentes tienen diabetes. El 63.5% tienen estudios superiores, mientras que solo el 36.5% no tienen estudios superiores. Sinchire, M. (31) en su investigación concluyó que en los senescentes acuden a los hospitales geriátricos con problemas de depresión, alto riesgo de enfermedades y dolor crónicos como los primeros factores, seguidos del estigma, la mala salud social y la falta de apoyo familiar y de la comunidad.

Respondiendo al objetivo general se determinó que la autoestima y sus dimensiones están relacionadas con la depresión; el 57.3% de los senescentes institucionalizados en el asilo Lira con depresión establecida presentan autoestima alta en la dimensión en sí mismo, mientras que el 21.9% de senescentes que no tienen depresión tienen autoestima baja. El 52.1% de los senescentes institucionalizados en el asilo Lira con depresión establecida presentan autoestima social media baja, mientras que el 4.2% de los senescentes que no presentan depresión tienen autoestima social baja. El 51.0% de los senescentes institucionalizados en el asilo Lira con depresión establecida presentan autoestima familiar media baja, mientras que el 1.0% de los senescentes con depresión probable tienen autoestima familiar media alta. El 61.5% de los senescentes institucionalizados en el asilo Lira con depresión establecida presentan autoestima media alta, mientras que el 29.2% de los senescentes que no presentan depresión tienen autoestima media baja.

Respondiendo al primer objetivo se determinó que el 57.3% de los senescentes institucionalizados en el asilo Lira tienen autoestima alta en la dimensión en sí mismo, el 81.3% tienen autoestima social media baja, mientras que el 13.5% de los senescentes tienen autoestima media alta; el 66.7% de los senescentes tienen autoestima media alta, seguido del 29.2% con autoestima media baja, mientras que el 2.1% tienen autoestima baja y alta.

En cuanto al segundo objetivo el 63.5% de los senescentes institucionalizados en el asilo Lira tienen depresión establecida, seguido del 35.4% que no presentan depresión, mientras que el 1.0% tienen probable depresión.

Estos resultados no coinciden con Noriega D (29), Carmita E; Ortiz P, Ana C. (30) “Relación entre autoestima y niveles de depresión en los senescentes” 2020, Licán – Ecuador, quienes concluyeron que no se encontró una correlación significativa entre la autoestima y los niveles de depresión de los senescentes, considerando la intervención de otros factores predisponentes que pueden generar síntomas depresivos, entre ellos las enfermedades propias de la edad, la institucionalización en centros geriátricos y la economía. Estos resultados tampoco coinciden con Orosco C. (32) quien realizó una investigación similar y concluyó que existe una relación estadísticamente significativa e inversa entre la depresión y la autoestima en los grupos estudiados, es decir, tanto en los senescentes institucionalizados como en sus pares no institucionalizados, encontramos que a mayor depresión se infiere menor autoestima.

Por otro lado, se encontraron coincidencias con Orosco C. que determino que existe una relación estadísticamente significativa e inversa entre la depresión y la autoestima en los grupos estudiados, es decir, tanto en los senescentes institucionalizados como en sus pares no institucionalizados, encontramos que a mayor depresión se infiere menor autoestima; también se hallaron coincidencias con Coronel, C. (34) quien concluyó que los resultados expresados al calcular el coeficiente de Pearson, se concluye que existe relación inversa (-326) entre las variables autoestima y depresión en senescentes de una institución de salud.

CONCLUSIONES

Primero. Los resultados muestran que la mayoría de los adultos mayores institucionalizados en el asilo Lira tienen autoestima media alta, seguido de una autoestima media baja, y un nivel más bajo tienen autoestima baja y alta. Poco más de la mitad de los adultos mayores tienen autoestima alta en la dimensión en sí mismo, la mayoría tienen autoestima social y familiar media baja.

Segundo. Los resultados muestran que gran parte de los adultos mayores institucionalizados en el asilo Lira tienen depresión establecida, seguido de un porcentaje menor los cuales no presentan depresión, mientras que un porcentaje mínimo tienen probable depresión.

Tercero. La depresión y la autoestima presentan relación estadística significativa inversa ($P < 0.05$). Más de la mitad de los adultos mayores con depresión establecida presentan autoestima media alta, mientras que un porcentaje menor de los adultos mayores que no presentan depresión tienen autoestima media baja.

RECOMENDACIONES

Primera: Se recomienda la dirección del asilo Lira, trabajar en forjar una autoestima media alta o alta con los senescentes institucionalizados en el asilo Lira, es habitual que tendamos a quitarles tareas a los senescentes para que no tengan que hacer esfuerzos o quizás porque su velocidad no es la misma que la nuestra e inevitablemente preferimos hacerlo nosotros por ellos, se debe cambiar esta perspectiva de ellos. Este es uno de los errores más habituales y uno de los que puede afectar a la autoestima de las personas mayores en mayor medida. Es importante que les hagamos sentir autónomos, les asignemos tareas para que se sientan útiles.

Segunda: Se recomienda a la dirección del asilo Lira, crear unas rutinas diarias en las que el senescente participe, en tareas sencillas que les harán sentir que son parte fundamental en el asilo.

Tercera: Se recomienda a la dirección del asilo Lira que, con apoyo psicológico, fomente la construcción de una autoestima alta de los senescentes, debemos entender la importancia y el afecto que se tiene a sí mismo. Para tal construcción los senescentes deben ser capaces de conocerse, valorarse y percibirse, incluso en condiciones adversas de la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto Galicia: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia; 2014.
2. Baldeón Martínez P, Luna Muñoz C, Mendoza Cernaqué S, Correa López LE. Depresión del senescente peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. Revista de la Facultad de Medicina Humana. 2019 octubre-diciembre; 19(4).
3. Novelo H. Situación epidemiológica y demográfica del senescente en la últimadécada. Lima: INEI, RevSa Pub; 2011.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Niñez y del adulto.;2020.
5. OMS. Temas de salud: Depresión. [Online].; 2018 [cited 2021 Julio 21. Availablefrom: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
6. Papalia D, Feldman R, Martorell G. Desarrollo Humano Washington; 2012.
7. Orlandini M. MIngesta. Alimentaria en Senescentes en Residencia Geriátrica. Tesis para optar el grado de Licencia de la Nutrición. Quito: Universidad Abierta Interamericana; 2010.
8. OMS. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría.; 2019.
9. Gonzáles J. Evaluación del Estado Nutricional de un grupo de Senescentes pertenecientes al plan de nueva Sonrisa Dispensario Santa Francisca de Pana. Tesis para obtener el título de Nutricionista Dietista. Tesis. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2011.
10. Alba D, Mantilla S. Estado Nutricional Hábitos Alimentarios y Actividad Física en Senescentes del Servicio Pasivo de la Policía de la Ciudad de Ibarra. Tesis. Quito: Universidad

- Técnica del Norte, Nutrición y Salud Comunitaria; 2013.
11. MINSA. Vulnerabilidad a la Inseguridad Alimentaria. Lima: Ministerio de Salud; 2020.
 12. Favela E, García J, Minera G, Rivera M. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el senescente en el primer nivel de atención. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Catálogo de Guíasde práctica clínica; 2011.
 13. Ortiz J, Castro M. Bienestar psicológico de los senescentes, su relación con la autoestima y la autoeficacia: contribución de enfermería; 2009.
 14. Keyes L. Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing: A Complementary Strategy for Improving National Mental Health. American Psychologist. 2007.
 15. Barrientos J. Autoestima y agresividad en estudiantes de 3ero y 4to de secundaria de Instituciones educativas nacionales del distrito de Ventanilla, 2017. Tesis. Lima: Universidad César Vallejo; 2017.
 16. Bandura A. Autoestima. Evaluación y Mejora Nueva Jersey: Prentice Hall; 1977
 17. Varela L. Salud y calidad de vida en el senescente. Revista Peruana de medicina experimental y salud pública. 2016; 33(2).
 18. Martina M, Ara M, Gutierrez C, Piscoya J. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según ENDES. Revista An Fac Med. 2017; 78(4).
 19. Gil L, Sil M, Dominguez E, Torres L, Medina J. Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Revista de instrumentos clínicos México.2013.
 20. Callado L, Bernal R. Bases Neurobiológicas de la Depresión. [Online].; 2011 [cited 2021 Julio 21. Available from: http://www.siicsalud.com/pdf/tm_depresion_1_3_80311.pdf.
 21. Valdés M, Serrano T, Florenzano R. Factores familiares protectores para conductas de riesgo: Vulnerabilidad y

- resistencia. In XXXXIX Congreso de Psiquiatría, Neurología y Neuropsiquiatría; 1994; Viña del Mar, Chile.
22. Miranda K. Diabetes Mellitus tipo 2 como factor asociado a depresión en senescentes. Universidad Privada Antenor Orrego; 2017.
23. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición. [Online].; 2017 [cited 2021 mayo 15. Available from: https://dsm.psychiatryonline.org/pbassets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf.
24. Palomino, Peña. Factores sociodemográficos y depresión en senescentes, Curgos 2018-2019. UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO; 2019.
25. DSM-IV-TR. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Pub. 2000; Fourth Edition (IV).
26. The Management of MDD Working Group. CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR MANAGEMENT OF MAJOR DEPRESSIVE DISORDER (MDD). Department of Veterans Affairs Department of Defense. Washington, DC; 2008.
27. Gobierno de Chile. Guía Clínica AUGE: Depresión Santiago de Chile: Subsecretaría de salud pública; 2015-2016.
28. MAYO Clinic. MAYO Clinic. [Online]. [cited 2021 Agosto 18. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>.
29. Medline Plus. Medline Plus. [Online].; 2020 [cited 2021 agosto 18. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001521.htm#:~:text=Los%20primeros%20pasos%20del%20tratamiento,el%20alcohol%20y%20los%20somníferos.>

30. Noriega Duche C, Ortiz Paredes AC. Relación entre autoestima y niveles de depresión en los senescentes.; 2020.
31. Sinchire Gómez MV. Factores que influyen en la depresión en los senescentes que acuden a los centros gerontológicos de la parroquia de Vilcabamba y Malacatosen el año 2016. Tesis. Loja: UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA; 2017.
32. Orosco C. Depresión y autoestima en senescentes institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. Tesis. Lima: Universidad de Lima, Lima; 2015.
33. Coronel Alva C. Autoestima y depresión en senescentes de una institución de salud. Trujillo 2017. Tesis. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2018.
34. Manrique CV. Factores asociados a manifestaciones depresivas en el senescente Club del senescente de la Municipalidad del Distrito de Mariano Melgar. Tesis. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 19.
35. De La Cruz Kimoto MN. Cuidado de Enfermería y Calidad de Vida en Los Senescentes del Asilo “San Juan De Dios” Ica - 2016. Tesis. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2017.
36. Fernández Collado C, Hernandez Sampieri R, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. Sexta Edición ed. México: Mc Graw Hill (c); 2014.

ANEXOS



Anexo 1: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La persona que suscribe hace constar mediante el presente documento que da su consentimiento expreso para ser unidad de estudio en la investigación titulada: que presenta, con fines de la obtención del título

Declaro que, como sujeto de investigación he sido informado objetivamente sobre los objetivos, fines y resultados del presente estudio. Asimismo, se me ha informado sobre los derechos que comunidad de estudio me asisten, en lo que respecta a los principios de beneficencia, privacidad, anonimato y confiabilidad de la información brindada trato justo y digno, antes, durante y posterior a la investigación. En fe y aceptación voluntaria de lo expresado procedo a firmar este documento

Arequipa.....

Investigador

Investigado (a)

Anexo 2: Ficha de datos sociodemográficos

FICHA SOCIOECONÓMICA

Por favor lea cuidadosamente y marque con una X según corresponda. Esta información es para ayudar con la investigación, se manejará completa confidencial.

Nombre: _____

Edad: _____

Género:

Masculino

Femenino

Familiar encargado del
paciente:

Esposo/a

Hijo/a

No tiene familiares

Tiempo de estadía en el asilo

De 1 a 5 años

De 5 años a más

Antecedentes patológicos

**Anexo 3 - Instrumentos:Inventario de Autoestima de Stanley Copersmith,
(SEI) versión Adultos**

INVENTARIO DE AUTOESTIMA VERSIÓN ADULTOS

Nombre: Edad ...Sexo (M)

(F)

Estudios superiores..... Fecha

Marque con un aspa (X) debajo de V o F, de acuerdo con los siguientes criterios:V cuando la frase Si coincide con su forma de ser o pensar.

F si la frase No coincide con su forma de ser o pensar.

N°	FRASE DESCRIPTIVA	V	F
1	Usualmente las cosas no me molestan		
2	Me resulta difícil hablar en frente a un grupo		
3	Hay muchas cosas de mí que cambiaría si pudiese		
4	Puedo tomar decisiones sin mayor dificultad		
5	Soy muy divertido (a)		
6	Me altero fácilmente en casa		
7	Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cualquier cosa nueva		
8	Soy popular entre las personas de mi edad		
9	Generalmente mi familia considera mis sentimientos		
10	Me rindo fácilmente		
11	Mi familia espera mucho de mí		
12	Es bastante difícil ser “yo mismo (a)”		

13	Me siento muchas veces confundido (a)		
14	La gente usualmente sigue mis ideas		
15	Tengo una pobre opinión acerca de mí mismo (a)		
16	Hay muchas ocasiones que me gustaría irme de casa		
17	Frecuentemente me siento descontento con mi trabajo		
18	No soy tan simpático como mucha gente		
19	Si tengo algo que decir, usualmente lo digo		
20	Mi familia me comprende		
21	Muchas personas son más preferidas que yo		
22	Frecuentemente siento como si mi familia me estuviera presionando		
23	Frecuentemente me siento desalentado con lo que hago		
24	Frecuentemente desearía ser otra persona		
25	No soy digno (a) de confianza		

Clave de respuesta:

Ítems Verdaderos: 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19, 20.

Restante: Falsos Subescalas:

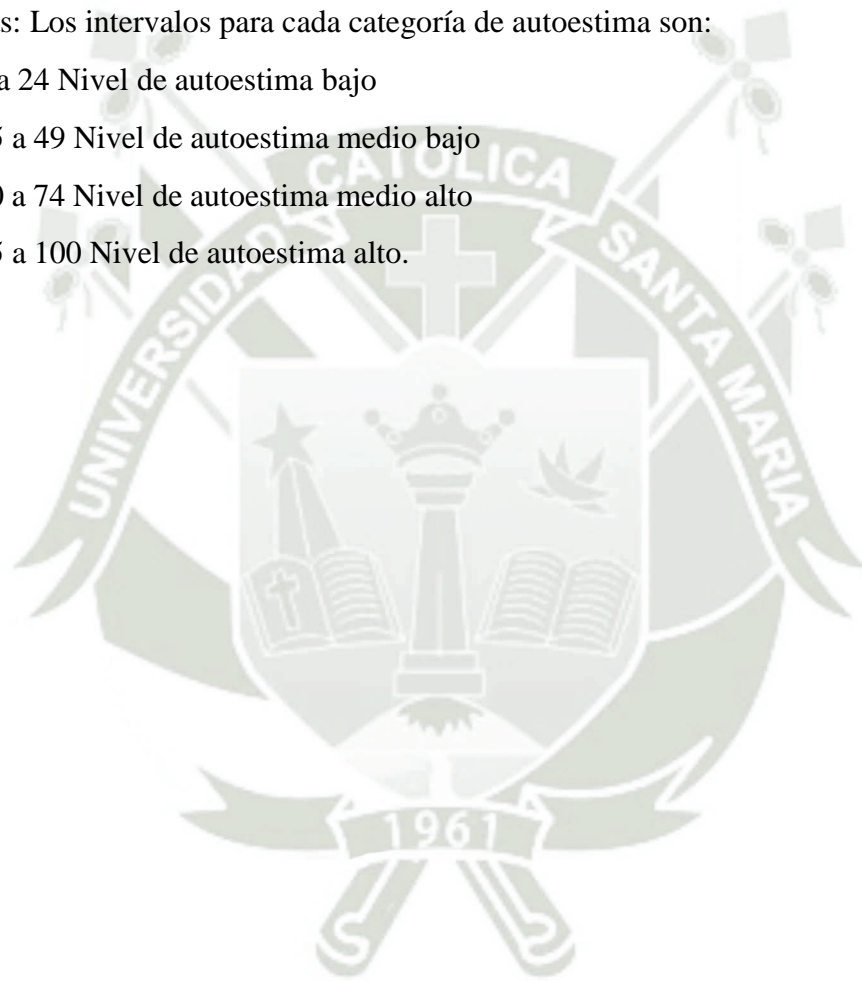
SI MISMO GENERAL: 1, 3, 4, 7, 10, 12, 13, 15, 18, 19, 23, 24, 25.

SOCIAL: 2, 5, 8, 14, 17, 21.

FAMILIAR: 6, 9, 11, 16, 20, 22.

Categorías: Los intervalos para cada categoría de autoestima son:

- 0 a 24 Nivel de autoestima bajo
- 25 a 49 Nivel de autoestima medio bajo
- 50 a 74 Nivel de autoestima medio alto
- 75 a 100 Nivel de autoestima alto.



**Anexo 4: Escala De Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15)Escala
de depresión geriátrica de Yesavage ficha N° 3d**

Escala de Yesavage (Screening de Depresión)				
Nombre del Usuario:			Zona:	Distrito: Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad:	Años	Meses	Fecha de aplicación:	Aplicado por:

INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA

1.	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	NO
3.	¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	NO
5.	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	SI	NO
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SI	NO
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado?	SI	NO
9.	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SI	NO
10.	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	NO
11.	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	SI	NO
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	SI	NO

13.	¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	NO
15.	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	SI	NO
<p>Las respuestas que indican depresión están en NEGRITA Y MAYÚSCULAS.</p> <p>Cada una de estas respuestas cuenta 1 PUNTO.</p>			Total:

FIRMA DEL EVALUADOR

INSTRUCTIVO:

Puntuación total: 15 puntos

PUNTOS DE CORTE:

No depresión	0-5 puntos
Probable depresión	6-9 puntos
Depresión establecida	10-15 puntos

Normas de aplicación: El evaluador lee las preguntas al paciente sin realizar interpretaciones de los ítems y dejando claro al paciente que la respuesta no debe ser muy meditada). La respuesta debe ser “sí” o “no” y debe referirse a cómo se ha sentido el paciente la semana anterior.

TIPIFICACIÓN: Baremos para Senescentes

Anexo 5: Matriz de Sistematización

Tabla 15: Base de datos

ID	EDAD	GENERO	FAMILIAR ENCARGADO	TIEMPO DE ESTADIA	ANTECEDENTES	ESTUDIOS	Si mismo general	Social	Familiar	Autoestima	Depresión
1	>=91	Femenino	Hijo	1 a 5 años	PRESION ALTA	Si	Alto	Media alta	Media baja	Media alta	Depresión establecida
2	81-90	Masculino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	No	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
3	70-80	Masculino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	Si	Alto	Media alta	Media baja	Media alta	Depresión establecida
4	>=91	Femenino	Hijo	>5 años	Ninguna	No	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
5	70-80	Femenino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	No	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
6	81-90	Femenino	Hijo	1 a 5 años	PRESION ALTA	Si	Alto	Media alta	Media baja	Media alta	Depresión establecida
7	81-90	Femenino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	Si	Alto	Media alta	Media baja	Media alta	Depresión establecida
8	>=91	Femenino	No tiene familiares	>5 años	Ninguna	No	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
9	81-90	Femenino	No tiene familiares	>5 años	PRESION ALTA	No	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
10	81-90	Femenino	Hijo	>5 años	DIABETES	No	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
11	70-80	Femenino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	Si	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
12	>=91	Femenino	No tiene familiares	>5 años	PRESION ALTA	Si	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
13	70-80	Femenino	Hijo	1 a 5 años	PRESION ALTA	No	Alto	Media alta	Media baja	Media alta	Depresión establecida
14	81-90	Femenino	Hijo	>5 años	PRESION ALTA	Si	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida

15	81-90	Masculino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	Si	Alto	Media baja	Media alta	Media alta	Depresión establecida
16	>=91	Masculino	Hijo	>5 años	Ninguna	Si	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
17	81-90	Masculino	Hijo	1 a 5 años	PRESION ALTA	Si	Baja	Media baja	Media baja	Media baja	No depresión
18	81-90	Femenino	Hijo	1 a 5 años	DIABETES	No	Alto	Media baja	Media alta	Media alta	Depresión establecida
19	70-80	Femenino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	No	Baja	Media baja	Media baja	Media baja	No depresión
20	70-80	Masculino	Hijo	1 a 5 años	PRESION ALTA	Si	Baja	Media baja	Media baja	Media baja	No depresión
21	70-80	Femenino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	No	Baja	Baja	Baja	Baja	No depresión
22	70-80	Masculino	Hijo	1 a 5 años	PRESION ALTA	Si	Baja	Media baja	Media baja	Media baja	No depresión
23	70-80	Masculino	Hijo	1 a 5 años	PRESION ALTA	Si	Baja	Media baja	Media baja	Media baja	No depresión
24	81-90	Femenino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	Si	Baja	Media baja	Media baja	Media baja	No depresión
25	81-90	Masculino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	Si	Media baja	Media baja	Media baja	Media baja	No depresión
26	70-80	Femenino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	Si	Baja	Media baja	Media baja	Media baja	No depresión
27	81-90	Femenino	Hijo	>5 años	Ninguna	Si	Media alta	Media baja	Media alta	Media alta	Probable depresión
28	81-90	Masculino	No tiene familiares	>5 años	Ninguna	Si	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
29	81-90	Masculino	No tiene familiares	>5 años	Ninguna	No	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
30	81-90	Femenino	Hijo	>5 años	Ninguna	No	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
31	70-80	Masculino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	No	Media alta	Media baja	Alto	Media alta	No depresión
32	81-90	Masculino	No tiene familiares	>5 años	DIABETES	Si	Media baja	Media baja	Media baja	Media baja	No depresión
33	81-90	Masculino	Hijo	>5 años	PRESION ALTA	Si	Media alta	Media baja	Media baja	Media alta	No depresión
34	81-90	Femenino	Hijo	>5 años	Ninguna	No	Baja	Media alta	Media baja	Media baja	No depresión
35	70-80	Masculino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	Si	Media alta	Media baja	Media alta	Media alta	Depresión establecida
36	70-80	Femenino	Hijo	1 a 5 años	PRESION ALTA	Si	Media alta	Media baja	Media alta	Media alta	Depresión establecida
37	81-90	Masculino	Hijo	>5 años	Ninguna	Si	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
38	70-80	Masculino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	Si	Alto	Media baja	Media alta	Media alta	Depresión establecida
39	81-90	Masculino	Hijo	1 a 5 años	PRESION ALTA	No	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida

40	70-80	Femenino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	Si	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
41	81-90	Femenino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	No	Alto	Media alta	Media alta	Media alta	Depresión establecida
42	70-80	Masculino	Hijo	>5 años	Ninguna	No	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
43	70-80	Femenino	Hijo	1 a 5 años	PRESION ALTA	Si	Baja	Media baja	Media baja	Media baja	No depresión
44	70-80	Femenino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	Si	Alto	Media alta	Media baja	Media alta	Depresión establecida
45	70-80	Masculino	Hijo	>5 años	Ninguna	No	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
46	70-80	Masculino	Hijo	1 a 5 años	DIABETES	No	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
47	70-80	Masculino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	No	Media alta	Media baja	Media alta	Media alta	Depresión establecida
48	81-90	Femenino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	Si	Baja	Media baja	Media baja	Media baja	No depresión
49	70-80	Femenino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	Si	Media baja	Baja	Media baja	Media baja	No depresión
50	>=91	Femenino	Hijo	>5 años	Ninguna	Si	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
51	>=91	Femenino	Hijo	>5 años	DIABETES	Si	Media baja	Media baja	Media baja	Media baja	No depresión
52	81-90	Femenino	Hijo	>5 años	Ninguna	Si	Media baja	Media baja	Media baja	Media baja	No depresión
53	>=91	Masculino	No tiene familiares	>5 años	PRESION ALTA	No	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
54	70-80	Masculino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	No	Baja	Media baja	Media baja	Media baja	No depresión
55	81-90	Masculino	Hijo	>5 años	Ninguna	Si	Baja	Media baja	Media baja	Media baja	No depresión
56	81-90	Femenino	Hijo	>5 años	Ninguna	No	Media alta	Media alta	Media baja	Media alta	No depresión
57	>=91	Femenino	No tiene familiares	>5 años	Ninguna	No	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
58	70-80	Femenino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	No	Media alta	Media baja	Media alta	Media alta	Depresión establecida
59	>=91	Femenino	Hijo	>5 años	PRESION ALTA	Si	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
60	70-80	Femenino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	Si	Alto	Media alta	Media alta	Alto	Depresión establecida
61	81-90	Masculino	Hijo	1 a 5 años	PRESION ALTA	Si	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
62	81-90	Masculino	Hijo	1 a 5 años	PRESION ALTA	Si	Baja	Media baja	Media baja	Media baja	No depresión
63	81-90	Masculino	Hijo	>5 años	PRESION ALTA	Si	Alto	Media alta	Media baja	Media alta	Depresión establecida
64	81-90	Femenino	Hijo	>5 años	PRESION ALTA	Si	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida

65	81-90	Masculino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	Si	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
66	70-80	Femenino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	Si	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
67	>=91	Femenino	No tiene familiares	>5 años	PRESION ALTA	Si	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
68	>=91	Masculino	No tiene familiares	>5 años	DIABETES	Si	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
69	70-80	Masculino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	Si	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
70	81-90	Femenino	Hijo	>5 años	Ninguna	Si	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
71	81-90	Masculino	Hijo	>5 años	Ninguna	Si	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
72	70-80	Masculino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	Si	Media baja	Media baja	Media baja	Media baja	No depresión
73	>=91	Masculino	No tiene familiares	>5 años	PRESION ALTA	No	Baja	Media baja	Media baja	Media baja	No depresión
74	>=91	Femenino	No tiene familiares	>5 años	PRESION ALTA	Si	Baja	Media baja	Media baja	Media baja	No depresión
75	70-80	Femenino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	Si	Baja	Baja	Media baja	Baja	No depresión
76	>=91	Femenino	Hijo	>5 años	Ninguna	No	Media alta	Media baja	Media alta	Media alta	Depresión establecida
77	70-80	Masculino	Hijo	>5 años	Ninguna	No	Baja	Media baja	Media baja	Media baja	No depresión
78	70-80	Masculino	Hijo	1 a 5 años	DIABETES	No	Media baja	Baja	Media baja	Media baja	No depresión
79	70-80	Masculino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	No	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
80	81-90	Femenino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	Si	Media baja	Media baja	Media baja	Media baja	No depresión
81	70-80	Femenino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	Si	Media baja	Media baja	Media baja	Media baja	No depresión
82	>=91	Femenino	Hijo	>5 años	Ninguna	Si	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
83	>=91	Femenino	Hijo	>5 años	DIABETES	Si	Baja	Media baja	Media baja	Media baja	No depresión
84	81-90	Femenino	Hijo	>5 años	Ninguna	Si	Baja	Media baja	Media baja	Media baja	No depresión
85	>=91	Masculino	No tiene familiares	>5 años	PRESION ALTA	No	Media alta	Media alta	Media baja	Media alta	No depresión
86	70-80	Masculino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	No	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
87	81-90	Masculino	Hijo	>5 años	Ninguna	Si	Media alta	Media baja	Media alta	Media alta	Depresión establecida
88	81-90	Femenino	Hijo	>5 años	Ninguna	No	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
89	>=91	Femenino	No tiene familiares	>5 años	Ninguna	No	Alto	Media alta	Media alta	Alto	Depresión establecida

90	70-80	Femenino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	No	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
91	>=91	Femenino	Hijo	>5 años	PRESION ALTA	Si	Baja	Media baja	Media baja	Media baja	No depresión
92	70-80	Femenino	Hijo	1 a 5 años	Ninguna	Si	Alto	Media alta	Media baja	Media alta	Depresión establecida
93	81-90	Masculino	Hijo	1 a 5 años	PRESION ALTA	Si	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
94	81-90	Masculino	Hijo	1 a 5 años	PRESION ALTA	Si	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
95	81-90	Masculino	Hijo	>5 años	PRESION ALTA	Si	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida
96	81-90	Femenino	Hijo	>5 años	PRESION ALTA	Si	Alto	Media baja	Media baja	Media alta	Depresión establecida



RELACIÓN DE LA AUTOESTIMA EN LA DEPRESIÓN DE ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN EL ASILO LIRA, AREQUIPA, 2021

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

18%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

14%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.une.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	repositorio.uigv.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	Submitted to Universidad Nacional de Tumbes Trabajo del estudiante	2%
4	www.scielo.org.pe Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Autonoma de Chile Trabajo del estudiante	1%
6	www.inclusion.gob.ec Fuente de Internet	1%
7	edoc.pub Fuente de Internet	1%
8	revistahorizontes.org Fuente de Internet	1%

9	Submitted to Universidad Internacional de la Rioja Trabajo del estudiante	1 %
10	biblioteca.uajms.edu.bo Fuente de Internet	1 %
11	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1 %
12	www.dspace.uce.edu.ec Fuente de Internet	1 %
13	repositorio.ulasamericas.edu.pe Fuente de Internet	1 %
14	repositorio.untumbes.edu.pe Fuente de Internet	1 %
15	campusvirtualupch.edu.pe Fuente de Internet	1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado