

Universidad Católica Santa María
Facultad de Enfermería
Escuela Profesional de Enfermería



**FACTORES SOCIOECONÓMICOS RELACIONADOS A LA
DEPRESIÓN EN EL CLUB DE ADULTOS MAYORES DEL PUESTO
DE SALUD “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” HUNTER, AREQUIPA
2020.**

Tesis presentada por las Bachilleres

López Pacuri, Erika Paola

Jiménez Álvarez, Grethel Dayanna

Para optar el título profesional de

Licenciada en Enfermería

Asesora

**Mg. Borja Vizcarra, María del Pilar
Sofía**

Arequipa - Perú

2021

DICTAMEN DE SUSTENTACION DE TESIS

A: Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería

DE: Jurado Dictaminador

ASUNTO: PROYECTO DE TESIS: FACTORES SOCIOECONÓMICOS RELACIONADOS A LA
DEPRESIÓN EN EL CLUB DE ADULTOS MAYORES DEL PUESTO DE SALUD
"DANIEL ALCIDES CARRIÓN" HUNTER, AREQUIPA 2020.

AUTORAS: López Pacuri, Erika Paola
Jiménez Álvarez, Grethel Dayanna

FECHA: 31 de julio del 2021

Reunidos los miembros del Jurado Dictaminador, revisado el borrador de tesis y habiendo subsanado las observaciones, el presente estudio de investigación de acuerdo al reglamento de grados y títulos de la Universidad Católica Santa María, está apto para pasar a la fase de SUSTENTACION

Atentamente



Dra. Teresa Chocano Rosas

Presidenta del Jurado



Dra. Susana Díaz de Bellido

Vocal del Jurado



Mg. Gladys Escudero de Simborth

Secretaria del Jurado

DEDICATORIAS

A mis amados padres Juan y Carmen, pilares en mi vida, quienes, con su ejemplo de superación, rectitud y trabajo, fueron la inspiración para el esfuerzo y la constancia.

A mis hermanos Maritza, Fernando y Juan Diego, compañeros fieles, quienes estuvieron a mi lado en los momentos más importantes de mi vida.

A mi esposo e hija por ser gran motivación para concluir con éxito este proyecto.

Erika Paola López Pacuri

A mis amados padres Hilario y Graciela, quienes inculcaron valores e inspiración en mi vida para trazar mi camino.

A mi madrina Eva, en quien siempre encontré aliento y apoyo.

A mis amigos por su apoyo y ánimo.

Grethel Dayanna Jiménez Álvarez

AGRADECIMIENTOS

Gratitud eterna a Dios por darnos la vocación de servicio y bendecirnos para culminar con este propósito en nuestras vidas.

Gratitud y recuerdo inefable a la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María a sus autoridades, docentes, personal administrativo y compañeros de estudio.

INDICE GENERAL

Pág.

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	1
1.DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.1.Enunciado del problema.....	1
1.2.Descripción del problema.....	1
1.2.1.Campo, área y línea de acción	1
1.2.2.Operacionalización de variables	2
1.2.3.Interrogantes Básicas	3
1.2.4.Tipo y nivel del problema.....	3
1.3.Justificación	3
2.MARCO TEÓRICO	4
2.1.Adulto mayor	4
2.1.1.Etapas de la adultez.....	5
2.1.2.Envejecimiento	5
2.2.La Depresión	6
2.2.1.La depresión en el envejecimiento	8
2.2.2.Depresión en el adulto mayor	9
2.2.3.Síntomas de la depresión en el Adulto Mayor	10
2.2.4.Características de la depresión en el adulto mayor	10
2.3.Tipos de Depresión.....	12
2.3.1.Episodio depresivo.....	12
2.3.2.Distimia.....	12
2.3.3.Depresión Bipolar	12
2.3.4.Depresión Psicótica.....	13
2.3.5.Depresión Atípica.....	13
2.3.6.Trastorno Afectivo Estacional.....	14
2.3.7.Posibles factores de la depresión	14
2.4.Factores socioeconómicos.....	15
2.4.1.Características Demográficas	16

2.4.2.Características Sociales	17
2.4.3.Características Económicas	17
2.5.El papel de la enfermería en la depresión del adulto mayor.....	17
2.5.1.Cuidados del adulto mayor.....	19
2.6.Programa de salud del adulto mayor	20
3.ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
3.1.A Nivel Local.....	22
3.2.A Nivel Nacional.....	22
3.3.A Nivel Internacional.....	22
4.OBJETIVOS	23
5.HIPÓTESIS	23
CAPITULO II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	25
1.TÉCNICA E INSTRUMENTOS	25
1.1.Técnica	25
1.2.Instrumentos.....	25
2.CAMPO DE VERIFICACIÓN	27
2.1.Ubicación Espacial.....	27
2.2.Ubicación Temporal.....	27
2.3.Unidades de Estudio.....	27
3.ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	28
3.1.Estrategias.....	28
3.2.Recursos.....	29
3.3.Validación de los instrumentos	30
3.4.Criterios para manejo de resultados	30
CAPITULO III. RESULTADOS.....	32
CONCLUSIONES.....	47
RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
ANEXOS	53
Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	54
Anexo 2. FICHA DE RECOLECCIÓN DE FACTORES SOCIO ECONÓMICOS	55
Anexo 3. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ()	56
Anexo 4. CONSTANCIA DE PROYECTO YESAVAGE DE INVESTIGACION	57

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1 Adultos Mayores Según Género Y Grupo De Edad.....	32
Tabla N° 2 Situación Conyugal Y Tenencia De Hijos	34
Tabla N° 3 Nivel De Instrucción Y Tenencia De Trabajo	35
Tabla N° 4 Tenencia De Vivienda Y Si Habita Con Hijos	36
Tabla N° 5 Ingreso Y Apoyo Económico	37
Tabla N° 6 Grupo De Edad Y Nivel De Depresión	38
Tabla N° 7 Género Y Nivel De Depresión	39
Tabla N° 8 Nivel De Instrucción Y Nivel De Depresión	40
Tabla N° 9 Tenencia De Trabajo Y Nivel De Depresión	41
Tabla N°10 Estado Civil Y Nivel De Depresión	42
Tabla N°11 Ingreso Económico Y Nivel De Depresión	43
Tabla N°12 Apoyo Económico Y Nivel De Depresión	44
Tabla N°13 Relación Entre Los Factores Socioeconómicos Y La Depresión En Los Adultos Mayores	44

RESUMEN

FACTORES SOCIOECONÓMICOS RELACIONADOS A LA DEPRESIÓN EN EL CLUB DE ADULTOS MAYORES DEL PUESTO DE SALUD “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” HUNTER, AREQUIPA 2020.

SOCIO-ECONOMIC FACTORS RELATED TO DEPRESSION IN THE ELDERLY CLUB OF THE “DANIEL ALCIDES CARRIÓN”, HEALTH CENTER, HUNTER, AREQUIPA 2020.

El estudio tiene como objetivo determinar la relación que existe entre las características socio – económicas y el grado de depresión en los adultos mayores del Puesto Daniel Alcides Carrión Hunter, Arequipa 2020. El estudio tiene un enfoque cuantitativo, de campo y nivel descriptivo correlacional con un diseño no experimental, de corte transversal. La técnica utilizada fue la entrevista y como instrumentos se utilizaron dos cédulas de entrevista, una para medir el nivel de los factores socioeconómicos y otra para medir el grado de depresión geriátrica. Concluyendo los resultados obtenidos con un p-valor (significancia) de 0.007 donde $p < 0.05$ se afirma que existe una relación o dependencia entre los factores socioeconómicos y la depresión, es decir que mientras mejor sean los factores socioeconómicos que presenten los adultos mayores de Puesto de Salud “Daniel Alcides Carrión” menor será el nivel depresivo que presente, por lo tanto, si los factores socioeconómicos son malos la probabilidad de que exista un grado de depresión es mayor.

Palabras claves: Factores socioeconómicos, Depresión geriátrica, Adulto mayor.

ABSTRACT

The objective of the study is determine the relationship that exists between the socio-economic characteristics and the degree of depression in the older adults of the position Daniel Alcides Carrión Hunter, Arequipa 2020. The study has a quantitative, field and descriptive level correlational approach with a non-experimental, cross-sectional design. The technique used was the interview and two interview cards were used as instruments, one to measure the level of socioeconomic factors and the other to measure the degree of geriatric depression. Concluding the results obtained with a p-value (significance) of 0.007 where $p < 0.05$ affirms that there is a relationship or dependence between socioeconomic factors and depression, that is, the better the socioeconomic factors presented by the Older adults of the "Daniel Alcides Carrión" Health Post will be less depressive, therefore if the socioeconomic factors are bad, the probability that there is a degree of depression is greater.

Keywords: Socioeconomic factors, Geriatric depression, Elderly.

INTRODUCCIÓN

La depresión constituye uno de los síndromes más frecuentes e incapacitantes de la población adulto mayor, tanto por el proceso normal de envejecimiento, necesidades, sociales, económicos, psicológicos, entre otros, factores que desencadenan cambios en la calidad de vida del adulto mayor.

Es un problema de salud pública de primera magnitud en todas las edades; sin embargo, es una preocupación en el adulto mayor ya que sus implicancias van a la familia, la sociedad y los servicios públicos de salud (1).

La presencia de un cuadro depresivo no es normal en el proceso de envejecimiento ya que precipita el deterioro biológico, físico y social, retardando la pronta recuperación frente a las enfermedades, incrementando las visitas médicas y llegando al suicidio; por ello debe actuarse de manera inmediata (2).

Actualmente, la población de la tercera edad se ha convertido en el principal foco de atención de la salud pública, respecto a la población general por el crecimiento acelerado, problema que no deja de ser fuente de preocupación a nivel nacional.

Por lo que en la presente investigación se desarrolla con el objetivo de determinar los factores socioeconómicos y su relación con la depresión en el adulto mayor, ya que al detectarlo a tiempo se puede trabajar a favor de ello. El presente trabajo de investigación es relacional de corte trasversal, se realizó en el Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión, durante el último trimestre del 2020, siendo autofinanciado por las investigadoras.

Debido a la realidad actual dicha investigación demuestra la importancia de conocer la existencia de relación entre ambas variables para una intervención futura y contribuir a la mejora de un envejecimiento saludable y digno.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1. Enunciado del problema

FACTORES SOCIOECONÓMICOS RELACIONADOS A LA DEPRESIÓN
EN EL CLUB DE ADULTOS MAYORES DEL PUESTO DE SALUD
“DANIEL ALCIDES CARRIÓN” HUNTER, AREQUIPA 2020.

1.2. Descripción del problema

1.2.1. Campo, área y línea de acción

- **Área** : Ciencias de la Salud
- **Campo** : Enfermería en Salud Pública
- **Línea** : Salud del Adulto Mayor

1.2.2. Operacionalización de variables

El estudio tiene dos variables

Variable independiente : Factores socioeconómicos

Variable dependiente : Depresión geriátrica en el adulto mayor

VARIABLE	INDICADORES	SUBINDICADORES
Factores Socioeconómicos	Características demográficas	Edad
		Genero
		Hijos
	Características sociales	Nivel de Instrucción
		Régimen de Trabajo
		Situación conyugal
	Características económicas	Tenencia de Vivienda
		Convivencia Familiar
		Ingreso Económico
		Apoyo Económico
Depresión en el Adulto Mayor	Sentimiento	0-4 normal 5-8 depresión leve 9-11 depresión moderada 12-15 depresión severa
	Creencia	
	Actividades recreativas	
	Memoria	

Fuente: Instrumento elaborado por investigadoras.

1.2.3. Interrogantes Básicas

1. ¿Cuáles son los factores socioeconómicos de los adultos mayores en el Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión del distrito de Hunter, Arequipa 2020?
2. ¿Cuáles es el nivel de depresión de los adultos mayores del Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión Hunter, Arequipa?
3. ¿Cuál es la relación que existe entre los factores socioeconómicos y el nivel de depresión en los adultos mayores de Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión Hunter, Arequipa?

1.2.4. Tipo y nivel del problema

- **Tipo:** De campo.
- **Nivel:** Relacional de Corte Transversal

1.3. Justificación

El presente estudio está dirigido a determinar la relación que existe entre los factores socioeconómicos y la depresión en integrantes del Club de Adultos Mayores del distrito de Hunter, Arequipa 2020. A pesar de que la depresión es un problema de salud pública, más aún en la población geriátrica; existen pocas investigaciones recientes al respecto en nuestro medio haciendo que la investigación sea original.

Presenta relevancia científica, ya que se aplicarán diversos elementos de Enfermería y de prevención para el manejo de la depresión en población geriátrica; todo esto indica su gran relevancia práctica ya que permitirá identificar los factores que coadyuvan en el desarrollo de los síntomas depresivos en adultos mayores. A su vez presenta una relevancia social, ya que permitirá mejorar la calidad de vida de los adultos mayores de un distrito representativo de la ciudad de Arequipa.

El estudio es contemporáneo debido a la importancia de la depresión en población geriátrica como problema de salud pública de permanente preocupación.

El estudio es factible de realizar por tratarse de un diseño prospectivo en el que se cuenta con instrumentos validados y poblaciones identificables y conocidas.

Además de satisfacer la motivación personal de realizar una investigación en el área de prevención en salud, se logrará una importante contribución académica al campo de la Enfermería, y por el desarrollo del proyecto en el área de pregrado, cumplimos con las políticas de investigación de la Universidad con el fin de obtener el título profesional en esta etapa importante del desarrollo profesional.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Adulto mayor

El adulto mayor al igual que todos los seres humanos experimenta a lo largo de su ciclo evolutivo una serie de cambios físicos. Algunos de los cambios físicos que por lo general se asocian con el envejecimiento resultan evidentes para un observador causal, aunque afecta más a algunos ancianos que a otros. La piel envejecida tiende a perder elasticidad, y puede arrugarse a medida que se reduce la grasa y la masa muscular, tal vez aparezcan venas varicosas en las piernas; el cabello de la cabeza se adelgaza y se torna gris y luego blanco; y el bello corporal comienza a escasear (3).

En la etapa del adulto mayor se manifiestan los declives de las facultades físicas y psicológicas, la enfermedad más que el envejecimiento parece ser el descompensador primario del individuo para adquirir enfermedades crónicas (4).

Por otra parte, algunas investigaciones demuestran que el envejecimiento acarrea el deterioro de la apariencia física inevitable y el funcionamiento de todos los órganos (5).

Esta etapa se caracteriza por la disminución progresiva de las eficiencias psicológicas y funcionalidad de los tejidos y órganos determinando así una diversidad de los cambios biológicos, psicológicos y sociales que aparecen como resultados de un conjunto de factores personales y del entorno en el que viven por lo cual esto conlleva al proceso del envejecimiento (3).

2.1.1. Etapas de la adultez

- **Adultez temprana:** (18 a 35 años aproximadamente) en esta fase se tiende a producir la formación del núcleo familiar, el acceso a la edad legal y al mundo del trabajo y el cumplimiento de los derechos cívicos.
- **Adultez media:** (35 a 65 años aproximadamente) en esta fase se produce la mayor productividad del individuo, la consolidación de los roles profesionales y sociales, se alcanza el grado máximo de autorrealización. Es la época de mayor contribución socioeconómica y política. Aunque se produce una ligera declinación de las funciones físicas.
- **Adultez tardía:** (a partir de 65 años) es una fase de disminución de las actividades sociales y laborales, con posible aparición de afecciones crónicas. Se produce una disminución de la capacidad para el trabajo físico e intelectual (3).

2.1.2. Envejecimiento

El envejecimiento físico es un proceso con múltiple variabilidad individual y, por tanto, no debemos esperar encontrar en nuestros

mayores las mismas características en todos. Además, el envejecimiento no es un proceso sincrónico o uniforme en un mismo organismo, es decir, no todos nuestros órganos o sistemas envejecen al mismo ritmo y por consiguiente, en una misma persona, no aparecerán todas estas características de forma conjunta (6).

El envejecimiento es un deterioro progresiva, universal, individual, irreversible, continuo, dinámico, declinante, y heterogéneo. En esta etapa es común que se desarrollen modificaciones biopsicosociales como resultado de la interacción entre factores culturales, sociales, y genéticos. Es universal porque, engloba a todos los seres vivos, porque tiene un principio y un final, progresivo porque se rige en un proceso acumulativo, irreversible porque no hay marcha atrás, dinámico porque está en un constante cambio, y es individual y heterogéneo porque no sigue un lineamiento establecido, ya que cada especie posee características propias para envejecer (7).

El envejecimiento es una transformación normal del ser humano, en la cual se desarrolla una disminución del 25 al 30 % de las células del cuerpo humano, realizándose una modificación en la homeostasis y también un cambio en la vitalidad orgánica, incrementándose las posibilidades de padecer enfermedades degenerativas y crónicas, además los inadecuados estilos de vida y las bajas condiciones socioeconómicas son nocivas además que aceleran el proceso de envejecimiento (8).

2.2. La Depresión

Los conceptos de depresión varían mucho debido a los diferentes enfoques psicológicos y a la complejidad sintomática. Desde las teorías psicodinámicas la depresión es: la exacerbación constitucional y heredada del erotismo oral, la ira autodirigida por interiorización de

representación del objeto o la reacción a la pérdida de un objeto por separación, rechazo o muerte (9).

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes entre los adultos mayores. En esta etapa de vida el trastorno depresivo, junto con la demencia tipo Alzheimer son considerados como las grandes epidemias de este siglo, debido a que deterioran la calidad de vida, predisponen a enfermedades físicas y disminuyen el tiempo de vida (10).

La Organización Mundial de la Salud señala que la depresión es un trastorno mental frecuente, que tiene características principales, entre ellos: se manifiesta la tristeza, hay pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración en la vida cotidiana (11).

La Sociedad Americana de Psiquiatría define a la depresión como una enfermedad mental en la que la persona experimenta tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades. En contraste con la tristeza normal, la depresión tiene impacto en la realización de las actividades de trabajo o en el desempeño social del individuo (12).

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en las personas de edad avanzada y a menudo se presenta de manera encubierta como múltiples quejas de tipo somático y, a veces, con un fuerte componente hipocondríaco que enmascara el proceso depresivo subyacente, el ánimo triste no forma parte del envejecimiento normal y no es un acompañamiento natural e inevitable del declive de la actitud social (13).

La depresión puede llegar ser crónica o recurrente y dificultar el desempeño en las labores del trabajo o el colegio y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su nivel más alto, puede llevar al suicidio. Si es leve, se puede otorgar tratamiento sin medicamentos, pero cuando tiene

carácter moderado o grave se pueden tratar con medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria (11).

La depresión se debe a una falta de refuerzos que hace que el que la padece no actúe. Debido a la inactividad el deprimido no encuentra refuerzos en la sociedad y en consecuencia la depresión se perpetúa.

2.2.1. La depresión en el envejecimiento

La depresión no es parte en el envejecimiento. Existen estudios que muestran que los adultos mayores se sienten conformes con sus vidas a pesar del aumento de dolores físicos. Cuando la depresión está presente, no siempre es detectada, porque a veces los adultos mayores no suelen mostrar los síntomas menos evidentes, porque están menos propensos a sufrir o reconocer sentimientos de tristeza o pena (11).

La depresión disminuye de forma sustancial la calidad de vida del anciano y puede culminar en discapacidad. Parece claro que un deterioro en la salud abogue hacia un ánimo deprimido, pero no se admite tanto que los síntomas depresivos complican el tratamiento de las enfermedades físicas y aumentan el riesgo de presentar nuevas enfermedades. Por todo esto, el diagnóstico y el tratamiento de la depresión son de vital importancia en el anciano (13).

Los adultos mayores están propensos a manifestar las diferentes enfermedades tales como el cáncer, enfermedades cardíacas o un derrame cerebral, y como consecuencia el tipo de medicamentos que consuma podrían tener efectos secundarios que contribuyen a la depresión. A veces, los adultos mayores pueden padecer de

depresión vascular, evitando que el flujo sanguíneo llegue a todos los órganos del cuerpo, incluyendo el cerebro. Las personas que padecen de esta depresión vascular pueden tener o estar en riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular o derrame cerebral coexistente (11).

2.2.2. Depresión en el adulto mayor

La etapa de la adultez tardía suele describirse como una época de descanso, reflexión y de oportunidades para hacer cosas que quedaron postergadas mientras se criaba a los hijos y se mantenía en el ámbito laboral. Lamentablemente, el proceso de envejecimiento no es siempre tan idílico (1).

La depresión es un trastorno común en los adultos mayores, puesto que estos tienen mayor susceptibilidad para contraer cualquier tipo de enfermedades, estas patologías generan cambios neurológicos, inmunológicos y hormonales. Puesto que se ha comprobado que la bioquímica del cerebro influye en los trastornos depresivos (14).

La Sociedad Americana de Psiquiatría define como una enfermedad mental desarrollando una profunda tristeza, disminuyendo el interés en casi todas las actividades que realizaba cotidianamente (15).

Otros estudios señalan que la depresión es un problema emocional, donde se presentan largos estados de tristeza, intolerancia a las frustraciones, cambios y agotamiento en el componente cognitivo lo cual refleja una visión negativa de sí mismo, del futuro y del exterior (2).

2.2.3. Síntomas de la depresión en el Adulto Mayor

Según el Ministerio de Salud (MINSA) los principales síntomas son: Atípicas y que en otras instancias son tomadas propias del adulto mayor; ellos no expresan sus síntomas sino lo hacen mediante manifestaciones somáticas verbalizando sus síntomas como dificultades para dormir, anergia, dolor localizados o inespecíficos.

- Ánimo depresivo y bajo interés en las actividades diarias
- Trastorno en el apetito, pérdida de peso y de energía
- Alteraciones del sueño y retardo psicomotor
- Sentimiento de culpa y/o desesperanza
- Pensamientos suicidas (14).

2.2.4. Características de la depresión en el adulto mayor

Es cierto que los trastornos depresivos de los adultos mayores pueden ser consecuencia de una enfermedad física, pero también puede ser al revés esta coincidencia genera un solapamiento de los síntomas que enmascara frecuentemente la depresión o por consecuencia iatrogénica de ciertos fármacos (por ejemplo, efectos secundarios de analgésicos, antihipertensivos, anti cólicos, anti parkinsonianos, estrógenos, corticoides, anfetaminas, ansiolíticos, antipsicóticos y/o beta bloqueadores.

Dando origen a cambios psicofisiológicos esenciales que le diferencian del resto de la población. Entre las principales características de la depresión en la edad avanzada existe un relativo consenso en señalar la presencia de:

- Episodios continuos y resistentes al tratamiento farmacológico.

- Poca verbalización de sentimientos de inutilidad, de culpa y de sus emociones
- Incremento de los delirios y alucinaciones
- La apatía y aplanamiento afectivo (falta de expresividad gestual, disminución de movimientos espontáneos, pobre contacto ocular).
- Incremento de pensamientos suicidas más cuando viven solos.
- Intensa ansiedad o bien inhibición psicomotriz intensa y atípica.
- Irritabilidad.
- Trastornos del sueño, sobre todo insomnio o hipersomnía.
- Incrementa la ansiedad.
- Disfunción cognitiva (2).

El diagnóstico de la depresión en los adultos mayores, es muy compleja esto según las características de la población. Actualmente existen diversos métodos para medir el grado de depresión, a nivel de funcionalidad, afectividad, calidad de vida y deterioro cognitivo (16).

La escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS), elaborada por Yesavage y Brink en 1982, y la escala de Hamilton son las de mayor aceptación al momento de encontrar síntomas de la depresión en los ancianos (17).

2.3. Tipos de Depresión

2.3.1. Episodio depresivo

El tipo más común y típico de depresión es el episodio depresivo. Un episodio depresivo puede empezar rápidamente en algunos días o más lentamente durante unas semanas, y suele tener una duración de varias semanas o meses. Algunos de los síntomas depresivos deben de estar presentes de manera continua al menos durante 2 semanas para poder hablar de un episodio depresivo. La mayoría de las personas que experimentan un episodio depresivo, tendrán más episodios a lo largo de su vida. Este riesgo de recurrencia puede reducirse con el tratamiento apropiado.

2.3.2. Distimia

La Distimia es un trastorno depresivo a largo plazo, que se caracteriza por sintomatología depresiva menos severa en comparación con la de un episodio depresivo. A pesar de esto, el trastorno se inicia normalmente en la adolescencia y es persistente, ya que los síntomas suelen durar desde al menos 2 años hasta décadas (18).

2.3.3. Depresión Bipolar

El trastorno afectivo bipolar (trastorno maniaco-depresivo) es un trastorno severo. Es menos frecuente que los trastornos unipolares.

Los pacientes con este trastorno sufren episodios tanto depresivos como maníacos. Los episodios maníacos pueden aparecer después de haber tenido diversos episodios. Este cambio en el estado de ánimo puede ocurrir muy rápido (de la noche a la mañana) después de un episodio depresivo o después de meses o años de un estado de ánimo normal. Las fases maníacas se caracterizan por un estado de ánimo excesivamente elevado,

conectado con hiperactividad, inquietud, irritabilidad, locuacidad y disminución de la necesidad de dormir. Si los síntomas maníacos son menos pronunciados y no provocan problemas psicosociales, no estamos frente a un episodio maníaco, sino hipomaníaco. Algunas veces, los episodios hipomaníacos ocurren inmediatamente después de un episodio depresivo.

2.3.4. Depresión Psicótica

Un tipo especial de depresión es la llamada depresión psicótica o delirante. La depresión psicótica se caracteriza por ideas o pensamientos falsos (delirios) y, a veces también por alucinaciones. Los delirios suelen estar centrados en sentimientos de culpa desproporcionados (por ejemplo, "sólo soy una carga para mi familia" o "he cometido un error terrible"), o centrados en un miedo exagerado de estar económicamente arruinados (delirio de pobreza), o centrados en el miedo exagerado de padecer una enfermedad severa e incurable (delirio hipocondríaco). Los delirios suelen estar presentes, aunque haya evidencias de lo contrario (por ejemplo, disponer dinero suficiente). Los pacientes con depresión psicótica casi siempre necesitan ingresar en una unidad de psiquiatría debido a la severidad de este trastorno y al alto riesgo de suicidio. La depresión psicótica puede aparecer tanto en depresión unipolar como bipolar (18).

2.3.5. Depresión Atípica

Los pacientes con este tipo de depresión tienen los mismos síntomas depresivos que los pacientes con depresión típica, con dos excepciones: mientras que los pacientes con depresión típica experimentan una falta de apetito (a menudo seguida de una pérdida de peso) y dificultades para dormirse, los pacientes con depresión atípica muestran incremento del apetito y la ingestión de alimentos e incremento de la necesidad de dormir.

(hipersomnolencia). Este tipo de depresión puede ocurrir tanto en la depresión unipolar como en la bipolar.

2.3.6. Trastorno Afectivo Estacional

Los pacientes con trastorno depresivo estacional (SAD, por sus siglas en inglés), muestran los síntomas atípicos descritos en la depresión atípica y, además, los sufren solamente durante una cierta estación del año, en la mayoría de los casos otoño o invierno. Normalmente, cuando las fases depresivas acaban, la persona suele volver a su estado anímico y funcionamiento normal (18).

2.3.7. Posibles factores de la depresión

Entre los factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor son las manifestaciones de violencia psicológica, necesidad de ser escuchados, pérdida de roles sociales, el temor a la muerte, la disfuncionalidad en la dinámica familiar, adultos que se encuentran viviendo solos, muerte de familiares o hijos y la viudez, sin embargo, las investigaciones por lo general se limitan a abordar el tratamiento psicológico de la depresión en la vejez, sin valorar la calidad de supervivencia con posterioridad a ser tratados (1).

Varios factores, tanto biológicos como psicológicos, pueden contribuir a causar la depresión. Con respecto a posibles causas biológicas, el trastorno depresivo mayor forma parte de las enfermedades genéticamente complejas, en las que tanto factores genéticos como ambientales intervienen en su etiología (19).

- Factores genéticos: La predisposición genética aumenta la probabilidad si existen antecedentes familiares con cuadros de depresión. Las mujeres sufren con mayor frecuencia la depresión que los hombres.

- Factores biológicos: En nuestro cerebro existen sustancias químicas, que son denominadas neurotransmisores que cumplen la función de pasar señales de una célula a otra. En la depresión se alteran los neurotransmisores principalmente de Serotonina y Noradrenalina, que causa depresión, ansiedad y otros trastornos mentales.
- Factores sociales: Los principales factores son los acontecimientos vitales estresantes y los recursos de afrontamiento, el apoyo social, la alienación y la autoestima. Los diversos estudios muestran que la depresión y la ansiedad tienen mayor prevalencia en el sexo femenino que en el sexo masculino (19).

La presencia de varios factores de la depresión provoca las manifestaciones de la enfermedad, Por ejemplo, la pérdida o la muerte de una persona importante para las personas, o situaciones de sobrecarga crónica pueden ser los desencadenantes de una enfermedad depresiva (1).

Existen acontecimientos difíciles de afrontar en la vida, y en consecuencia estos pueden desencadenar tristeza, decadencia y cambios emocionales, si le diagnostican depresión, según el nivel que tenga se debe seguir ciertos tratamientos (20).

2.4. Factores socioeconómicos

La posición socioeconómica puede influir en la manera en que los retirados pasan su tiempo, un patrón común, es el estilo de vida enfocado en la familia, consta sobre todo de actividades accesibles, de bajo costo, que giran alrededor de la familia, el hogar y los compañeros como conversar, ver televisión, visitas a familiares y amigos, entretenimiento informal, jugar cartas o hacer simplemente lo que se le presente, otro patrón, es la inversión equilibrada que es característicos de las personas

con mayor educación, que asignan su tiempo de manera equitativa entre familia, el trabajo y la recreación (1).

Las malas condiciones socioeconómicas influyen en la depresión del adulto mayor. Un estudio longitudinal, en 2461 adultos mayores pobres y 1668 no pobres, dio como resultado que los síntomas depresivos son más altos en los pobres, pero con el tiempo se estabilizan y, en un grupo importante de pobres, con el tiempo decrecen. Los adultos mayores que no participan en redes sociales incrementan los síntomas depresivos; y son los pobres los que participan menos, probablemente por tener menos oportunidades. Los hallazgos de este estudio realizado en Korea concluyen que hay patrones diferenciales en salud, riesgo social y depresión que deben facilitar la diferenciación de grupos vulnerables para romper el vínculo pobreza-depresión.

Un estudio en mujeres adultas mayores de México encontró asociación entre maltrato y depresión y que el apoyo social amortigua esa asociación. El estudio subraya la relevancia de los programas dirigidos a aumentar el apoyo social entre los adultos mayores. El aislamiento influye directamente en la salud y la calidad de vida del adulto mayor.

Otro estudio, realizado en México con 320 personas mayores de 65 años hospitalizadas, encontró una prevalencia de depresión en un 50%, de las cuales 62% eran dependientes, estableciendo así una relación importante entre depresión y grado de dependencia (21).

2.4.1. Características Demográficas

Los datos demográficos son información general sobre grupos de personas. Dependiendo de la finalidad, los datos pueden incluir atributos como la edad, el sexo y el lugar de residencia, así como características sociales como la ocupación, la situación familiar o los ingresos (22). Los datos demográficos se utilizan sobre todo

para el uso estratégico de la adaptación de las ofertas al grupo objetivo respectivo y también pueden utilizarse como base para análisis de negocio e informes de rendimiento.

2.4.2. Características Sociales

Las circunstancias de vida concreta pueden determinar las características sociales de una persona. Debido a ello, se analizan las tendencias demográficas, alimentarias, sanitarias, condiciones de empleo, grado de instrucción, vivienda, miembros del hogar y fuerza de trabajo. Los factores sociales son establecen la situación de un individuo que pertenece a una comunidad.

2.4.3. Características Económicas

En la actualidad, debido a la falta de capacidad económica de ciertos grupos sociales y a las crecientes dificultades, las personas con niveles económicos bajos pueden encontrar más problemas en diferentes áreas de su vida. Ejemplo: salud, empleo, educación, techo de la residencia, etc. Las características económicas incluyen en todas las actividades que realiza el ser humano para mantener la vida y la de sus familiares (22).

2.5. El papel de la enfermería en la depresión del adulto mayor

La etapa de adaptación al envejecimiento no es nada fácil para el adulto mayor, el cuerpo cambia; hay cambios psicológicos, físicos, que requiere de ayuda de todo aquel que participe en su cuidado más cercano. Considerando que los adultos mayores son seres demasiado vulnerables y más cuando están expuestos a un desgaste constante o la soledad. La depresión se caracteriza por un estado de tristeza, melancolía, desmotivación asociada a una serie de síntomas orgánicos como falla o

exceso de apetito, falta o exceso de sueño, dolor en alguna región del cuerpo y ve afectada su vida. La intervención de Enfermería tiene un papel muy importante, como fortalecer los cuidados de enfermería y las necesidades, en conjunto con terapias médicas alternativas (23).

En los últimos años las demandas en atención primaria en salud mental han aumentado notablemente. La depresión es una de las enfermedades mentales con mayor prevalencia en atención primaria, convirtiéndose en el ámbito idóneo para prevenir la aparición de enfermedades mentales por varias razones principales:

1. Es el nivel asistencial más cercano a la población.
2. Es una institución social con un contacto continuo de personas a lo largo del año y de la vida de cada uno de ellos.
3. Los pacientes consultan de forma repetida y continuada a los profesionales de atención primaria en los que depositan su confianza.
4. Los trastornos emocionales que no se detectan precozmente por los médicos de atención primaria tienen una peor evolución (24).

El personal de enfermería de los centros de salud juega un papel relevante, fundamental en la prevención de los trastornos mentales y en la promoción de una buena salud mental de la población a la que atiende (25).

La enfermera debe tener habilidad para reconocer señales y síntomas de la depresión en los ancianos, tan pronto como sea posible; establecer acciones de enfermería para reducir al mínimo o evitar tales señales y síntomas; supervisar el tratamiento de ancianos con depresión ya instalada, ayudando en su recuperación (26).

2.5.1. Cuidados del adulto mayor

El adulto mayor puede necesitar ayuda para acostarse o levantarse de la cama, para el aseo y limpieza personal, incluso a algunos haya que darles de comer. El cuidador debe procurar hablar al adulto mayor con voz suave y de frente, llamarle por su nombre, despacio, y ser paciente con él. Expresar claramente lo que debe hacer, sin dejar lugar a incertidumbre. Las preguntas que hagamos deben ser sencillas y sin regañar. No debemos dejar que el adulto mayor duerma todo el día si no lo ameritan las atenciones médicas (27).

El rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor, generalmente, implica la interacción directa con la red social informal de la persona y sus efectos positivos son resultado del apoyo emocional, de la información y la ayuda que se intercambian durante esa interacción. El rol, es por tanto, indirecto e involucra esfuerzos, iniciativas para generar cambios en la conducta individual o las actitudes, en la calidad y frecuencia en la interacción entre el adulto mayor y uno o más miembros de su red social informal; creando una red más responsable y duradera, capaz de proporcionar al adulto mayor, beneficios a largo plazo, en la satisfacción de las necesidades emocionales, en la participación activa en la vida comunitaria, en la promoción de conductas saludables y una mayor calidad de vida (28).

De lo anterior surge una serie de estrategias que enfermería puede sugerir a la red social informal; al adulto mayor, se le debe demostrar que alguien está disponible, a través de la presencia física dar muestras de afecto, de cariño, de pertenencia, mediante los abrazos, las invitaciones a caminar, a pasear, el envío de tarjetas, de flores, la compañía en las oraciones, el escuchar atentamente; se agregan otras maneras alternativas de ofrecer apoyo como es el uso del internet, las llamadas telefónicas, que

intentan aliviar la incertidumbre, la ansiedad, el aislamiento y la depresión; dependiendo de las circunstancias contextuales los intercambios verbales y el contacto físico no siempre son aceptados, pues hay personas que son reacias a expresar abiertamente sus pensamientos y emociones (28).

El modelo de Virginia Henderson considera que “la única función de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizará por él mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o la voluntad necesaria. Todo esto de manera que le ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible.” Desde el punto de vista profesional nuestras actuaciones, siempre deberán ir encaminadas a que recupere la independencia lo más rápidamente posible” (29).

2.6. Programa de salud del adulto mayor

El proceso de envejecimiento a nivel mundial y en América Latina, está avanzando a un ritmo sin precedentes en la historia de la humanidad. Hoy en día dado el avance de la tecnología y las ciencias de la salud, la expectativa de vida ha aumentado ostensiblemente, de manera que la vejez ya no es sinónimo de enfermedad, sino una etapa del ciclo vital del ser humano. Actualmente, el mundo del adulto mayor, es todo un estilo de vida, en el cual las personas mayores desarrollan roles y tienen perspectivas sociales como en cualquier otra edad (27).

La visión actual para la etapa de vida adulto mayor se orienta hacia el enfoque del proceso saludable, con actitud positiva y que permite a la persona mantenerse en actividad y con la capacidad de seguir desempeñando sus actividades cotidianas de manera independiente. En este enfoque del adulto mayor como centro de la preocupación colectiva nacional y mundial, se hace necesaria y urgente la formación continua de

recursos humanos tales como gerontólogos, geriatras, entre otros; así como promotores en salud comunitaria en esta temática.

El Ministerio de Salud acorde a los Lineamientos de Política Nacional y Sectorial, y a efecto de priorizar y consolidar acciones de atención integral de salud relativas a la promoción, prevención y cuidado de la salud, disminuyendo los riesgos y daños, especialmente de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados, aprobó el Modelo de Atención Integral de Salud, que destaca la Atención Integral de Salud por Etapas de Vida y dentro de ello la Atención Integral de Salud del Adulto Mayor, en este marco se viene desarrollando la implementación y fortalecimiento de la atención integral de salud de este grupo poblacional a nivel nacional.

El objetivo de la atención integral del adulto mayor, es mejorar y mantener las condiciones de salud de los adultos mayores, en especial de los más excluidos y vulnerables, a través de la provisión de una atención integral, continua y de calidad adecuada a sus necesidades de salud y expectativas de atención, previniendo riesgos, recuperando y rehabilitando el daño, promoviendo factores de protección, el autocuidado y el reconocimiento de sus derechos y deberes en salud (30).

Para la realización de esta finalidad, la gestión y rectoría se encuentra a cargo del MINSA, donde la organización de los servicios será de acuerdo a los niveles de atención.

Dentro de las actividades de la atención integral de los adultos mayores se encuentran;

- El desarrollo de prácticas de autocuidado,
- Estilos de vida saludables,
- La orientación y consejería integral mediante la salud psicosocial, ambiental, física, nutricional y sexual,

- Programas de inmunizaciones conformado por medicación para prevenir el tétanos, la fiebre amarilla, la influenza, neumonía (14).

3. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. A Nivel Local

Manrique (2019) en su estudio **“Factores asociados a manifestaciones depresivas en el adulto mayor Club del adulto mayor de la municipalidad del distrito de Mariano Melgar, Arequipa”**. Se concluyó que, al tener un menor nivel de instrucción y un deterioro cognitivo leve se encuentran asociados de forma significativa con la presencia de manifestaciones depresivas en el adulto mayor (31).

Rodríguez (2015) en su estudio **“Características generales y nivel de ansiedad en los adultos mayores que acuden al Servicio de Geriatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa 2015”**. La conclusión principal indica que existe una alta frecuencia de ansiedad en pacientes geriátricos, y se relaciona a ciertas características sociales de los mismos (32).

3.2. A Nivel Nacional

Dueñas y Valdez (2018) en su estudio **“Factores biopsicosociales y la depresión en el adulto mayor del centro de atención residencial gerontológico San Vicente de Paúl Huancayo – 2018”**. Se llega a la conclusión que los factores relacionados con la variable se relacionan con la depresión en el adulto mayor sin importar edad, género y grado de instrucción (2).

3.3. A Nivel Internacional

Sinchire (2017) en su tesis **“Factores que influyen en la depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de la parroquia de Vilcabamba y Malacatos en el año 2016”**. Se concluye

que los principales factores de riesgo que afectan a los adultos mayores con depresión son los factores biológicos y los factores sociales (33).

Llanes, López, Vásquez y Hernández (2015) en su artículo **“Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor”**. Se concluyó que son múltiples los factores psicosociales presentes en la depresión del adulto mayor combinándose los factores psicológicos y sociales, presentes en la convivencia familiar como la inadaptación a la jubilación y la comunicación social, siendo típico la desesperanza que los lleva a una depresión mayor (34).

4. OBJETIVOS

1. Determinar los factores socioeconómicos de los adultos mayores en el Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión del distrito de Hunter, Arequipa 2020.
2. Determinar el nivel de depresión que presentan los adultos mayores del Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión Hunter, Arequipa 2020.
3. Determinar la relación que existe entre las características socioeconómicas y el nivel de depresión en los adultos mayores del Puesto de Salud Daniel Alcides Carrión Hunter, Arequipa 2020.

5. HIPÓTESIS

Dado que las características socioeconómicas son importantes en la satisfacción de las diversas necesidades psico – emocionales de los adultos mayores y que la depresión suele presentarse de manera frecuente en personas de este grupo de edad.

Es probable que ciertas características socioeconómicas se encuentren relacionados con la presencia de depresión en los adultos mayores que asisten al Puesto de Salud “Daniel Alcides Carrión”.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTOS

1.1. Técnica

Para la primera variable Factores Socioeconómicos se hizo uso de la técnica de entrevista

Para la segunda variable Depresión geriátrica se hizo uso de la técnica de entrevista.

1.2. Instrumentos

Para la variable, Factores Socioeconómicos, la investigación se realizó con la aplicación de una cedula de entrevista para la recolección de los datos socioeconómicos de los adultos mayores, la cual consta de 10 preguntas con respuesta cerrada, donde la información se clasificará en tres dimensiones: Características demográficas, sociales y económicas. La primera dimensión consta de 3 preguntas acerca de la edad, genero, situación conyugal; en la segunda dimensión, características sociales se abarcan 3 preguntas de nivel de instrucción, ocupación y la tenencia de

hijos. En cuanto a la última dimensión, las preguntas se encuentran referidas a la tenencia de la vivienda, convivencia familiar, ingreso y apoyo económico. (Ver anexo 2)

Para la variable, Depresión Geriátrica, el estudio fue realizado con la Escala de depresión geriátrica de Yesavage GDS-15 es el instrumento propicio porque es un documento específico que permite al investigador recoger la información y las opiniones que manifiestan las personas para identificar la depresión, diseñada por Sheikh y Yesavage en 1986, especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los adultos mayores se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el adulto mayor.

Para la versión corta, se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS que guardan la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación. De los 15 puntos, 10 indican la presencia de depresión cuando se contestan afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente.

Cada ítem se valora como 0/1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. De los 15 puntos, 10 indican la presencia de depresión cuando se contestan afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indican depresión cuando se responden negativamente. Un puntaje de 0 - 4 se considera normal, según la edad, educación; 5 - 8 indica depresión leve; 9 - 11 indica depresión moderada; y 12 - 15 indica depresión severa. (Ver anexo 3)

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Niveles	Puntaje
Normal	0 – 4
Depresión leve	5 – 8
Depresión moderada	9 – 11
Depresión severa	12 – 15

Fuente: Dueñas y Valdez (2018)

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

La investigación se realizó en el Club de Adultos Mayores del Puesto De Salud “Daniel Alcides Carrión” Hunter, Departamento y Provincia de Arequipa ubicado en la intersección de la avenida Unión y 28 de julio.

2.2. Ubicación Temporal

El estudio se realizó en forma coyuntural durante el año 2020.

2.3. Unidades de Estudio

Población de Estudio

La población de estudio son los integrantes del Club de Adultos Mayores del Puesto de Salud “Daniel Alcides Carrión” del distrito de Hunter, Arequipa.

Universo

El estudio se realizó con el total de 30 de integrantes del Club de Adultos Mayores del Puesto de Salud “Daniel Alcides Carrión” del distrito de Hunter, Arequipa.

Muestra

No se calculó un tamaño de muestra ya que se estudió a todos los integrantes de la población que cumplan los criterios de selección.

Criterios de Inclusión

- Adultos mayores cuya edad es igual o mayor a 60 años
- De ambos sexos
- Inscrito en el Club del Adulto Mayor
- Los adultos mayores que acepten participar en la investigación.

Criterios de Exclusión

- Adultos mayores con deterioro cognitivo severo
- Integrantes con trastornos de conciencia
- Fichas de cuestionarios incompletas o mal llenadas
- Adultos mayores Inscrito en el Club del Adulto Mayor que sean Quechua hablantes.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Estrategias

- En primer lugar, se realizó el trámite ante la facultad de Enfermería, a fin de solicitar se nombre jurado dictaminador del proyecto de

investigación. Una vez aprobado el proyecto solicitar carta de presentación de la Decana de la Facultad.

- Se solicitó la autorización a la Red de Salud Arequipa - Caylloma y al director del Puesto de Salud “Daniel Alcides Carrión” del distrito de Hunter para realizar la investigación. Una vez obtenida la respuesta se conversó con el encargado del Club del Adulto Mayor a fin de acordar cómo se realizaría la aplicación de los instrumentos. Se debe señalar que la aplicación de los instrumentos del estudio fue realizada durante un operativo de Salud cumpliendo con todos los protocolos de bioseguridad a fin de evitar la propagación del virus en este grupo de edad, con la finalidad de capacitar y dar a conocer las características y consecuencias del COVID-19.
- Los instrumentos aplicados son instrumentos que tienen validez y confiabilidad, donde fueron medidos el grado de depresión geriátrica y los factores socioeconómicos presentes en los adultos mayores.
- Una vez recolectada la información de los instrumentos se dispuso a realizar el vaciado de la información en la base de datos para luego procesarla y analizarla.

3.2. Recursos

Recursos Humanos

- Investigadoras: López Pacuri, Erika Paola y Jiménez Álvarez, Grethel Dayanna.
- Participantes: adultos mayores.

Recursos Financieros

- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

La ficha de recolección para los datos relacionados a los factores socioeconómicos no requiere de validación por ser una ficha para recoger información.

La validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica de Yesavage GDS-15 en el Perú se dio en el año 2006, aplicando el instrumento del test de depresión geriátrica a una cantidad total de 400 adultos mayores entre 60 y 85 años que ingresaron al estudio. La sensibilidad del GDS-15 fue de 49%, la especificidad 96%, con un valor predictivo negativo de 90% y valor predictivo positivo de 72%. (35)

En cuanto a su confiabilidad los autores Dueñas y Valdez en su estudio del año 2018, demostraron que el test de Yesavage GDS-15 es confiable mediante el Alfa de Cronbach con un valor de 0.749, el cual manifiesta la confiabilidad del instrumento (2).

Validez y confiabilidad de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Concepto	Índice
Validez Alfa de Cronbach	
Confiabilidad	0,749

Fuente: Dueñas y Valdez (2018)

3.4. Criterios para manejo de resultados

Plan de Procesamiento

Los datos recogidos a través de los cuestionarios fueron transcritos en una base de datos en SPSS v.25 para su posterior análisis e interpretación.

Plan de Clasificación

Para la clasificación de los datos, se realizó una base de datos para cada instrumento, en las cuales se especificó cada pregunta.

Plan de Codificación

Se procedió a la codificación de las respuestas para la escala de depresión geriátrica.

Plan de Recuento

El recuento de los datos se realizó de manera electrónica, en base a la matriz diseñada en el software SPSS v.25.

Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva mediante distribución de frecuencias y gráficos para determinar y analizar las características de cada variable. Para medir el grado de relación de las variables se utilizó la estadística inferencial mediante el coeficiente de correlación de Spearman, considerando significativa una diferencia de $p < 0.05$. Para el análisis de datos se empleó el paquete SPSS v.25.

CAPITULO III

RESULTADOS

Tabla N° 1
ADULTOS MAYORES SEGÚN GÉNERO Y GRUPO DE EDAD

Grupo de edad	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	F	%	F	%	F	%
60 a 69 años	6	20.00	2	6.67	8	26.67
70 a 79 años	7	23.33	6	20.00	13	43.33
80 a 89 años	3	10.00	5	16.67	8	26.67
90 años o más	0	0.00	1	3.33	1	3.33
Total	16	53.33	14	46.67	30	100.00

Fuente: Instrumento elaborado por investigadoras.

Al analizar las edades de los adultos mayores del Puesto de Salud “Daniel Alcides Carrión” ubicado en Hunter, Arequipa, se observa en la tabla, que: el 43.33% de los adultos mayores tienen entre los 70 a 79 años de edad, un 26.67% tienen entre 60 a 69 años, otro 26.67% tienen entre los 80 y 89 años y el 3.33% entre 90 o más años de edad.

En relación al género de los adultos mayores del Puesto de Salud “Daniel Alcides Carrión” ubicado en Hunter, Arequipa, se observa en la tabla, que: el 53.33% de los adultos mayores son de sexo femenino mientras el restante 46.67% son de género masculino.

De lo cual se deduce que cerca de la mitad de los adultos mayores encuestados presentan edades comprendidas entre los 70 y 79 años, de igual manera se puede detallar que más de la mitad son mujeres.



Tabla N° 2
SITUACIÓN CONYUGAL Y TENENCIA DE HIJOS

Situación conyugal	Tienen hijos				Total	
	Si		No			
	F	%	F	%	F	%
Soltero (a)	8	26.67	0	0.00	8	26.67
Separado (a)	7	23.33	0	0.00	7	23.33
Viudo (a)	5	16.67	0	0.00	5	16.67
Conviviente	3	10.00	0	0.00	3	10.00
Casado (a)	7	23.33	0	0.00	7	23.33
Total	30	100.00	0	0.00	30	100.00

Fuente: Instrumento elaborado por investigadoras.

En cuanto a la situación conyugal de los adultos mayores del puesto de salud “Daniel Alcides Carrión”, se observa en la tabla, que: el 26.67% de los adultos mayores se encuentran solteros, un 23.33% son casados, otro 23.33% se encuentran separados, un 16.67% son viudos y el restante 10.00% son convivientes con sus parejas.

En relación a si tienen hijos los adultos mayores del puesto de salud “Daniel Alcides Carrión” ubicado en Hunter, Arequipa, se observa en la tabla, que: el 100.00% de los adultos mayores manifestaron tener hijos.

De lo cual se deduce que más de la mitad de los adultos mayores encuestados no tienen una relación de pareja en la actualidad y todos manifestaron tener hijos.

Tabla N° 3
NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y TENENCIA DE TRABAJO

Nivel de instrucción	Tienen trabajo				Total	
	Si		No			
	F	%	F	%	F	%
Sin estudios	1	3.33	17	56.67	18	60.00
Primaria	1	3.33	5	16.67	6	20.00
Secundaria	2	6.67	4	13.33	6	20.00
Superior	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total	4	13.33	26	86.67	30	100.00

Fuente: Instrumento elaborado por investigadoras.

Al analizar el nivel de instrucción de los adultos mayores del Puesto de Salud “Daniel Alcides Carrión” ubicado en Hunter, Arequipa, se observa en la tabla, que: el 60.00% de los adultos mayores no tienen estudios, un 20.00% tienen nivel de educación primaria y el restante 20.00% tienen una educación de nivel secundario.

En relación a si tienen trabajo los adultos mayores del Puesto de Salud “Daniel Alcides Carrión” ubicado en Hunter, Arequipa, se observa en la tabla, que: el 86.67% de los adultos mayores se encuentran en casa sin desempeñar ninguna actividad laboral, y el restante 13.33% refieren tener trabajo.

De lo cual se deduce que más de la mitad de adultos mayores encuestados manifestaron no tener estudios y no tienen trabajo.

Tabla N° 4
TENENCIA DE VIVIENDA Y SI HABITA CON HIJOS

Tenencia de vivienda	Habita con hijos				Total	
	Si		No			
	F	%	F	%	F	%
Propio	15	50.00	4	13.33	19	63.33
Alquilado	0	0.00	10	33.34	10	33.34
Cedido por familiar o amigo	1	3.33	0	0.00	1	3.33
Total	16	53.33	14	46.67	30	100.00

Fuente: Instrumento elaborado por investigadoras.

Al analizar la tenencia de vivienda de los adultos mayores del Puesto de Salud “Daniel Alcides Carrión”, se observa en la tabla, que: el 63.33% de los adultos mayores son propietarios de la vivienda donde habitan, un 33.34% se encuentran alquilando y el 3.33% restante habitan en viviendas cedidas por familiares o amigos.

En cuanto a la convivencia familiar de los adultos mayores del Puesto de Salud “Daniel Alcides Carrión”, se observa en la tabla, que: el 53.33% de los adultos mayores viven con sus hijos y el restante 46.67% habitan sus viviendas sin hijos.

De lo cual se deduce que más de la mitad de adultos mayores encuestados tienen vivienda propia y viven con sus hijos.

Tabla N° 5
INGRESO Y APOYO ECONÓMICO

Ingreso económico	Apoyo económico				Total	
	Si		No			
	F	%	F	%	F	%
Si	3	10.00	2	6.67	5	16.67
No	19	63.33	6	20.00	25	83.33
Total	22	73.33	8	26.67	30	100.00

Fuente: Instrumento elaborado por investigadoras.

En relación a si tienen ingreso económico de los adultos mayores del Puesto de Salud “Daniel Alcides Carrión”, se observa en la tabla, que: el 83.33% de los adultos mayores no reciben ingreso económico y solamente el restante 16.67% si perciben un ingreso económico para sus gastos.

En relación a si tiene apoyo económico de los adultos mayores del Puesto de Salud “Daniel Alcides Carrión” por parte de familiares, se observa en la tabla, que: el 73.33% de los adultos mayores manifestaron recibir un apoyo económico y el restante 26.67% no perciben un apoyo económico por parte de sus familiares.

De lo cual se deduce que más de la mitad de los adultos mayores encuestados no tienen un ingreso económico, pero si perciben un apoyo económico para sus gastos.

Tabla N° 6
GRUPO DE EDAD Y NIVEL DE DEPRESIÓN

Nivel de depresión	Grupo de edad								Total	
	60 a 69 años		70 a 79 años		80 a 89 años		90 años o más			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
*SIN DEPRESION	4	13.34	7	23.33	3	10.00	1	3.33	15	50.00
Depresión Leve	3	10.00	0	0.00	1	3.33	0	0.00	4	13.33
Depresión Moderada	1	3.33	4	13.33	1	3.34	0	0.00	6	20.00
Depresión severa	0	0.00	2	6.67	3	10.00	0	0.00	5	16.67
Total	8	26.67	13	43.33	8	26.67	1	3.33	30	100.00

Fuente: Instrumento elaborado por investigadoras.

***. Esta población es parte del estudio, pero no presenta depresión**

En la tabla se puede observar que del 50.00% de los adultos mayores que no presentan depresión, un 23.33% tienen edades comprendidas entre los 70 y 79 años, un 13.34% con edades entre los 60 y 69 años, otro 10.00% presentan edades entre los 80 a 89 años y el 3.33% tienen 90 años o más. Igualmente se detalla que del 13,33% de los adultos mayores que presentan un nivel leve de depresión, el 10.00% tienen entre los 60 y 69 años, y un 3.33% entre los 80 y 89 años de edad.

Para el nivel moderado del 20,00% de los adultos mayores un 13,33% presentan edades entre los 70 y 79 años, un 3,33% entre los 60 y 69 años y otro 3,34% entre los 80 y 89 años. Por último, para el nivel severo del 16,67% de los adultos mayores el 10,00% tienen edades entre los 80 y 89 años, y un 6,67% entre los 70 y 79 años.

De lo cual se deduce que la mitad de adultos mayores encuestados de 60 años a más presentan algún nivel de depresión.

Tabla N° 7
GÉNERO Y NIVEL DE DEPRESIÓN

Nivel de depresión	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	F	%	F	%	F	%
*SIN DEPRESIÓN	7	23.33	8	26.67	15	50.00
Depresión Leve	4	13.33	0	0.00	4	13.33
Depresión Moderada	2	6.67	4	13.33	6	20.00
Depresión severa	3	10.00	2	6.67	5	16.67
Total	16	53.33	14	46.67	30	100.00

Fuente: Instrumento elaborado por investigadoras.

**. Esta población es parte del estudio, pero no presenta depresión.*

En la tabla se puede observar que del 50.00% de los adultos mayores que no sufren de depresión un 26.67% son hombres y el restante 23.33% son mujeres. Igualmente se detalla que del 13.33% de los adultos mayores que presentan un nivel leve, son del sexo femenino.

Para el nivel moderado del 20.00% de los adultos mayores un 13.33% son hombres y el otro 6.67% son mujeres. Por último, para el nivel severo del 16.67% de los adultos mayores el 10.00% son mujeres y el restante 6.67% son hombres.

De lo cual se deduce que más de la mitad de adultos mayores encuestados son mujeres y de ellas la mitad presentan algún nivel de depresión.

Tabla N° 8
NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y NIVEL DE DEPRESIÓN

Nivel de depresión	Nivel de instrucción								Total	
	Sin estudios		Primaria		Secundaria		Superior			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
*SIN DEPRESIÓN	4	13.33	6	20.00	5	16.67	0	0.00	15	50.00
Depresión Leve	3	10.00	0	0.00	1	3.33	0	0.00	4	13.33
Depresión Moderada	6	20.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	6	20.00
Depresión severa	5	16.67	0	0.00	0	0.00	0	0.00	5	16.67
Total	18	60.00	6	20.00	6	20.00	0	0.00	30	100.00

Fuente: Instrumento elaborado por investigadoras.

**. Esta población es parte del estudio, pero no presenta depresión.*

En la tabla se puede observar que del 60.00% de los adultos mayores que no tienen estudios un 20.00% tienen un nivel de depresión moderado, un 16.67% un nivel severo y otro 10.00% depresión leve.

Un 20.00% de los adultos mayores estudiaron primaria y no sufren depresión, mientras otro 20.00% estudio nivel secundario donde un 16.67% no presenta ningún grado de depresión, pero el restante 3.33% presenta un nivel depresivo leve.

De lo cual se deduce que más de la mitad de los adultos mayores encuestados no tienen estudios y la mitad presentan algún nivel de depresión.

Tabla N° 9
TENENCIA DE TRABAJO Y NIVEL DE DEPRESIÓN

Nivel de depresión	Tiene trabajo				Total	
	Si		No			
	F	%	F	%	F	%
*SIN DEPRESIÓN	4	13.33	11	36.67	15	50.00
Depresión Leve	0	0.00	4	13.33	4	13.33
Depresión Moderada	0	0.00	6	20.00	6	20.00
Depresión severa	0	0.00	5	16.67	5	16.67
Total	4	13.33	26	86.67	30	100.00

Fuente: Instrumento elaborado por investigadoras.

***. Esta población es parte del estudio, pero no presenta depresión.**

En la tabla se puede observar que del 50.00% de los adultos mayores que no sufren de depresión un 36.67% no tienen trabajo y el restante 13.33% si tienen trabajo.

Igualmente se detalla que del 86.67% de adultos mayores que no tienen trabajo, 20.00% de ellos tienen depresión moderada, 16.67% depresión severa y un 13.33% depresión leve.

De lo cual se deduce que más de la mitad de los adultos mayores encuestados no tienen trabajo y la mitad presentan algún nivel de depresión.

TABLA N° 10
ESTADO CIVIL Y NIVEL DE DEPRESIÓN

Estado civil	Nivel de Depresión								Total	
	*Sin depresión		Depresión Leve		Depresión Moderada		Depresión Severa			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Soltero (a)	1	3.33	4	13.33	6	20.00	5	16.67	16	53.33
Casado (a)	6	20.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	6	20.00
Conviviente	3	10.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	10.00
Separado (a)	1	3.34	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	3.34
Viudo (a)	4	13.33	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4	13.33
Total	15	50.00	4	13.33	6	20.00	5	16.67	30	100.00

Fuente: Instrumento elaborado por investigadoras.

*: **Esta población es parte del estudio, pero no presenta depresión.**

En la tabla se puede observar que del 50.00% de los adultos mayores que no tienen depresión, un 20.00% son casados, un 13.33% son personas viudas, un 10.00% son convivientes, un 3.33% son solteros y el otro 3.34% son personas separadas.

Igualmente se detalla que del 13.33% de los adultos mayores que presentan un nivel leve son solteros. Para el nivel moderado del 20.00% de los adultos mayores también son solteros. Por último, para el nivel severo del 16.67% de los adultos mayores se encuentran en soltería.

De lo cual se deduce que más de la mitad de los adultos mayores encuestados se encuentran solteros y presentan algún grado de depresión.

Tabla N° 11
INGRESO ECONÓMICO Y NIVEL DE DEPRESIÓN

Nivel de depresión	Ingreso económico				Total	
	Si		No			
	F	%	F	%	F	%
*SIN DEPRESIÓN	3	10.00	12	40.00	15	50.00
Depresión Leve	2	6.67	2	6.66	4	13.33
Depresión Moderada	0	0.00	6	20.00	6	20.00
Depresión severa	0	0.00	5	16.67	5	16.67
Total	5	16.67	25	83.33	30	100.00

Fuente: Instrumento elaborado por investigadoras.

***. Esta población es parte del estudio, pero no presenta depresión.**

En la tabla se puede observar que del 50.00% de los adultos mayores que no tienen depresión un 40.00% no tienen ingreso económico, y el otro 10.00% tienen ingreso económico. Igualmente se detalla que del 13.33% de los adultos mayores que presentan un nivel leve, un 6.67% tienen ingresos económicos y el otro 6.66% no tienen.

Para el nivel moderado el 20.00% de los adultos mayores no tienen ingresos económicos. Por último, para el nivel severo el 16.67% tampoco refiere tener ingresos económicos.

De lo cual se deduce que la mitad de los adultos mayores encuestados presentan algún nivel de depresión y no tienen un ingreso económico

Tabla N° 12
APOYO ECONÓMICO Y NIVEL DE DEPRESIÓN

Nivel de depresión	Apoyo económico				Total	
	Si		No			
	F	%	F	%	f	%
*SIN DEPRESIÓN	11	36.67	4	13.33	15	50.00
Depresión Leve	2	6.66	2	6.67	4	13.33
Depresión Moderada	5	16.67	1	3.33	6	20.00
Depresión severa	4	13.33	1	3.34	5	16.67
Total	22	73.33	8	26.67	30	100.00

Fuente: Instrumento elaborado por investigadoras.

***. Esta población es parte del estudio, pero no presenta depresión.**

En la tabla se puede observar que del 50.00% de los adultos mayores que no presentan depresión, un 36.67% reciben apoyo económico por sus familiares, y el otro 13.33%% no lo hacen. Igualmente se detalla que del 13.33% de los adultos mayores que presentan un nivel leve de depresión, un 6.66% reciben apoyo económico y el otro 6.67% no tienen.

Para el nivel moderado del 20.00% de los adultos mayores, un 16.67% tienen apoyo económico de su familia y el restante 3.33% no reciben ningún apoyo. Por último, para el nivel severo del 16.67% de los adultos mayores, un 13.33% manifestaron recibir apoyo de tipo económico por sus familiares y el restante 3.34% dijo no tener.

De lo cual se deduce que más de la mitad de los adultos mayores encuestados presentan algún nivel de depresión y perciben un apoyo económico.

Tabla N° 13
RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y LA DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES

Nivel de Factores socioeconómicos	Nivel de Depresión								Total	
	Sin depresión		Depresión Leve		Depresión Moderada		Depresión Severa			
	F	%	F	%	F	%	f	%	f	%
Bajo	0	0,00%	0	0,00%	5	16,67%	5	16,67%	10	33,33%
Regular	9	30,00%	4	13,33%	1	3,33%	0	0,00%	14	46,67%
Alto	6	20,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	6	20,00%
Total	15	50,00%	4	13,33%	6	20,00%	5	16,67%	30	100,00%

Fuente: Instrumento elaborado por investigadoras.

**. Esta población es parte del estudio, pero no presenta depresión.*

Si el *p*-valor es $> \alpha$ las dos variables son independientes entre sí.

Si el *p*-valor es $< \alpha$ las dos variables son dependientes entre sí.

gl: 6 α : 0.05 p-valor: 0.007 χ^2 tabla: 12.592 χ^2 prueba: 30.000

En la tabla 13 se puede observar que el 50,00% de los encuestados no presentan depresión y tienen un nivel de factores socioeconómicos regular o alto. El 13,33% de los encuestados que presentaron depresión leve tienen un nivel regular de factores socioeconómicos. En cuanto al 16,67% de las personas que presentaron depresión moderada tienen un bajo nivel de los factores socioeconómicos y un 3,33% presentan un nivel regular de factores socioeconómicos. Por último, el 16,67% de las personas que presentaron depresión severa tienen un bajo nivel de factores socioeconómicos.

Según los resultados obtenidos con un p-valor (significancia) de 0.007 donde $p < 0.05$ se afirma que existe una relación o dependencia entre los factores socioeconómicos y la depresión en los adultos mayores del Puesto de Salud “Daniel Alcides Carrión” del distrito de Hunter de la ciudad de Arequipa. Al existir una relación o dependencia entre ambas variables, se recomienda realizar una prueba de correlación para medir el grado de asociación entre ambas variables en estudio.



CONCLUSIONES

- Primera:** Los adultos mayores del Puesto de Salud “Daniel Alcides Carrión” encuestados más de la mitad presentan características socioeconómicas desfavorables
- Segunda:** La mitad adultos mayores presentan algún nivel de depresión resaltando que una quinta parte del total presentan una depresión moderada, menos de la cuarta parte presentan una depresión severa, y por último también se tiene que menos de la cuarta parte tienen un nivel de depresión leve.
- Tercera:** Según los resultados obtenidos con un p-valor (significancia) de 0.007 donde $p < 0.05$ se afirma que existe una relación o dependencia entre los factores socioeconómicos y la depresión en los adultos mayores del Puesto de Salud “Daniel Alcides Carrión” del distrito de Hunter de la ciudad de Arequipa.

RECOMENDACIONES

Primera: Se recomienda a la Licenciada en Enfermería encargada del club de adultos mayores del Puesto de Salud “Daniel Alcides Carrión”, la implementación de talleres de motivación que presenten metodología dinámica y cuenten con la participación de familiares con la finalidad de mejorar el estado de ánimo del adulto mayor, buscando que se sientan amados por las personas de su entorno.

Segunda: De igual manera a la Licenciada y Director encargados del establecimiento, se recomienda desarrollar un monitoreo permanente mediante la visita domiciliaria, aplicando la normativa legal a esta etapa de vida y fomentar la participación de la familia para enfrentar los factores de riesgo biológico ambientales y/o sociales al que está expuesto al adulto mayor.

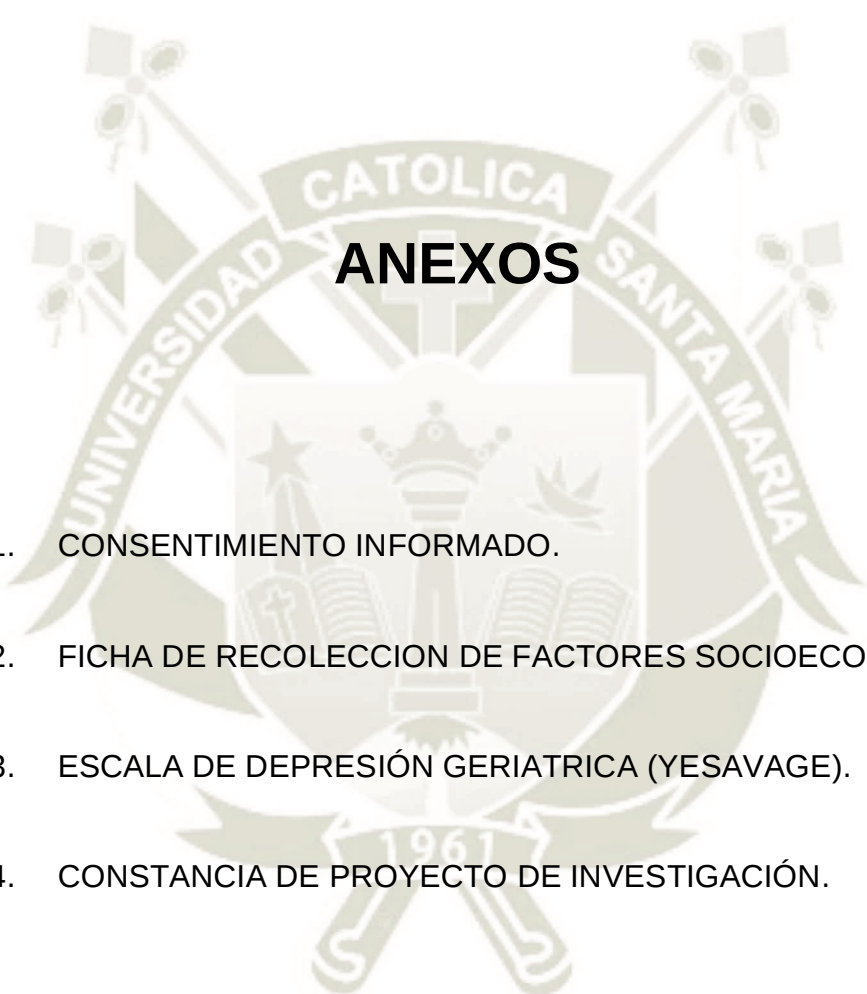
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chica A, Zambrano G. Factores psicosociales que inciden en la depresión geriátrica de las adultas y adultos mayores que asisten al Centro de Docencia e Investigación para el Desarrollo del Buen Vivir (CDID) y Centro de Atención de Enfermería (CAE) de la Universidad de Guayaquil. Tesis Licenciatura en Psicología. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2017.
2. Dueñas Y, Valdez S. Factores biopsicosociales y la depresión en el adulto mayor del centro de atención residencial gerontológico San Vicente de Paúl Huancayo – 2018. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Huancayo, Perú: Universidad nacional del Centro de Perú; 2018.
3. Papalia D. Desarrollo humano. 6th ed. Colombia: Editorial Mc Graw-Hill Interamericana; 2018.
4. Dueñas. Psicología de la Vejez. 4th ed. México: Editorial Prentice-hall Hispanoamericana; 2019.
5. Morris G, Maisto A. Introducción a la Psicología México: Editorial Pearson; 2017.
6. Marín J. Envejecimiento. Salud Publica Educ Salud. 2018; 3(1): p. 28-33.
7. Leyton Z, Ordoñez Y. Autocuidado de la salud para el adulto mayor. Manual de información para profesionales; 2018.
8. Brizuela C, Cabrera G. Calidad de vida en ancianos institucionalizados México; 2017.
9. Cobo A. Depresión en adultos y adultas mayores que pertenecen a la cooperativa primero de mayo en el sector Mapasingue este de la ciudad de Guayaquil. Tesis de Psicología. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2018.
10. Varela L. Principios de Geriátrica y Gerontología. 1st ed. Lima, Perú: Centro Editorial UPCH; 2017.
11. Arellano M. Nivel de depresión en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi centro poblado San Francisco provincia Mariscal Nieto – Moquegua. Tesis

- Licenciatura en Psicología. Lima, Perú: Universidad Ica Garcilaso de la Vega; 2017.
12. Aguilar S, Ávila J. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gac Med Mex*. 2017; 143(2): p. 141-148.
 13. Campos J, Ardanaz J, Navarro A. Depresión en pacientes de edad avanzada. Dos ámbitos: un centro sociosanitario y un programa de soporte domiciliario. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2016; 39(4): p. 232-239.
 14. MINSA. Módulo de atención integral en salud mental Lima, Perú: MINSA; 2016.
 15. Cancio V, Cordero M. Factores que influyen en la depresión de pacientes geriátricos de larga estancia. Tesis de Especialista en Cuidado Enfermero en Geriatria y Gerontología. Lima, Perú: Universidad Privada Norbert Wiener; 2017.
 16. Jima S. Factores psicosociales que afectan a las actividades básicas de la vida diaria del adulto mayor. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2017.
 17. Martínez J, Onis C, Dueñas R, Albert C, Aguado C, Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *MEDIFAM*. 2018 Diciembre; 12(10): p. 620-630.
 18. Alianza Europea contra la Depresión. Tipos de Depresión. [Online]. España; 2020 [cited 2020 12]. Available from: <https://ifightdepression.com/es/for-all/subtypes-of-depression>.
 19. Mitjams M, Arias B. La genética de la depresión: ¿Qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas. *Actas Esp Psiquiatr*. 2018; 40(2): p. 70-83.
 20. Montenegro J, Santisteban Y. Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del centro poblado los coronados Mochumí – Lambayeque - 2016. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Pimentel, Perú: Universidad Señor de Sipán; 2016.

21. Calderón D. Factores sociales, familiares y dependencia asociados con la depresión en el adulto mayor beneficiario de seguro social en la consulta externa de un hospital público de la ciudad de Quito en 2018. Tesis de Doctor en Medicina. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019.
22. Palladino A. Introducción a la demografía. 1st ed. UNN , editor. Argentina: Universidad Nacional del Nordeste; 2017.
23. Alvarez L, Begazo M. Repercusión de la depresión en la calidad de vida de los adultos mayores del Albergue Buen Jesus, Arequipa 2015. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Arequipa, Perú: Universidad Católica de Santa María; 2016.
24. Quintana E. El papel de la enfermería en la depresión mayor. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Cantabria, España: Universidad de Cantabria; 2018.
25. Fornés J, Gómez J. Principales problemas de Salud Mental e intervención enfermera. 1st ed.: Enfo ediciones; 2018.
26. Santos S, Tier C, Silva B, Barlem E, Felicianni A, Valcarenghi F. Diagnósticos e intervenciones de enfermería para ancianos con depresión y residentes en una institución de larga estancia (ILE). Enfermería Global. 2017 Octubre;(20): p. 1-13.
27. Garcés W, Zamora V. Cuidados de enfermería en adultos mayores con depresión. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Milagro, Ecuador: Universidad Estatal de Milagro; 2018.
28. Fernández R, Manrique F. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. Enfermería Global. 2017;(19): p. 1-9.
29. Linares A. Eficacia del programa de musicoterapia en el nivel de depresión de los adultos mayores, puesto de salud Chilpinilla – Hunter. Arequipa, 2019. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Arequipa, Perú: Universidad Católica de Santa María; 2020.
30. Cejaz N. Atención integral de salud para las personas adultas mayores (PAMs). Moquegua, Perú: Universidad José Carlos Mariátegui; 2016.

31. Manrique V. Factores asociados a manifestaciones depresivas en el adulto mayor Club del adulto mayor de la municipalidad del distrito de Mariano Melgar, Arequipa. Tesis de Maestría en Ciencias: SAalud Pública con Mención en Epidemiología y Demografía. Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2019.
32. Rodríguez Y. Características generales y nivel de ansiedad en los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa 2015. Tesis Médico Cirujano. Arequipa, Perú: Universidad Católica de Santa María; 2016.
33. Sinchire M. Factores que influyen en la depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de la parroquia de Vilcabamba y Malacatos en el año 2016. Tesis de Medicina General. Loja, Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2017.
34. Llanes H, López Y, Vásquez J, Hernández R. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. Revista de Ciencias Médicas. 2016; 21(1): p. 65-74.
35. De la Torre J, Shimabukuro R, Varela L, Krüger H, Leandro Huayanay HL, Cieza J, et al. Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Acta méd. peruana. 2016; 23(3): p. 144-147.
36. Acosta E. Autoestima del adulto mayor que asiste al centro del adulto mayor de Essalud, Chimbote, 2017. Tesis de Licenciatura en Psicología. Chimbote, Perú: Universidad Católica de los Ángeles; 2019.



ANEXOS

- ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.
- ANEXO 2. FICHA DE RECOLECCION DE FACTORES SOCIOECONÓMICOS.
- ANEXO 3. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA (YESAVAGE).
- ANEXO 4. CONSTANCIA DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....de..... años de edad, manifiesto que he sido informado(a) en lenguaje claro y sencillo con respecto a la investigación titulada:

“FACTORES SOCIOECONÓMICOS RELACIONADOS A LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL PUESTO DE SALUD “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” HUNTER, AREQUIPA 2020”

Presentada por las señoritas López Pacuri Erika Paola y Jiménez Álvarez Grethel Dayanna con la finalidad de la obtención del título profesional de Licenciatura en Enfermería.

Donde se me ha solicitado participar en la investigación y me encuentro en total conocimiento de sus objetivos y teniendo presente que se publicaran los resultados guardando la privacidad de mis datos personales, así como el respeto a los principios de beneficencia y confidencialidad de la información, trato digno, libre determinación y voluntaria.

.....
Investigador responsable

.....

Anexo 2. FICHA DE RECOLECCIÓN DE FACTORES SOCIO ECONÓMICOS



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
FACULTAD DE ENFERMERIA

El propósito del instrumento es evaluar los factores socioeconomicos que usted presenta. Sobre este particular, se solicita total sinceridad sobre las respuestas que brinde a cada pregunta, teniendo a bien de elegir la alternativa que considere correcta, marcando con un aspa (x). Se agradece la participación debido a que será de gran aporte para la presente investigación

Ficha de recolección de Factores socioeconómicos

Ficha No.:

1.- Edad:

2.- Genero: ☐ F ☐ M

3.- Situación conyugal:

☐ Soltero (a)
 ☐ Casado (a)
 ☐ Conviviente
 ☐ Separado (a)

4.- Nivel de Instrucción

☐ Sin estudios
 ☐ Primaria
 ☐ Secundaria
 ☐ Superior

5.- Ocupación:

☐ Ama de casa
 ☐ Comerciante

6.- Tiene hijos?

☐ Si

Cuantos:

☐ No

7.- El lugar donde habita es?

☐ Propio
 ☐ Alquilado
 ☐ Cedido por familiar o amigo

8.- Ud. actualmente vive con sus hijos?

☐ Si
 ☐ No

9.- Ud. actualmente tiene un ingreso economico?

☐ Si

Monto:

☐ No

10.- Sus hijos o familiares lo apoyan económicamente?

☐ Si
 ☐ No

Observaciones: _____

Muchas gracias por su colaboración...

Anexo 3. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ()

 UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA FACULTAD DE ENFERMERÍA El propósito del instrumento es evaluar el nivel de depresión que usted presenta. Sobre este particular, se solicita total sinceridad sobre las respuestas que brinde a cada pregunta, teniendo a bien de elegir la alternativa que considere correcta, marcando con un aspa (x). Se agradece la participación debido a que será de gran aporte para la presente investigación		
Escala de depresión geriátrica (Yesavage)		
Escoja la respuesta adecuada según cómo se sintió usted la semana pasada.		
1.- ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida?	☐ 0 Si	☐ 1 No
2.- ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses?	☐ 1 Si	☐ 0 No
3.- ¿Siente usted que su vida está vacía?	☐ 1 Si	☐ 0 No
4.- ¿Se aburre usted a menudo?	☐ 1 Si	☐ 0 No
5.- ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?	☐ 0 Si	☐ 1 No
6.- ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar?	☐ 1 Si	☐ 0 No
7.- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	☐ 0 Si	☐ 1 No
8.- ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)?	☐ 1 Si	☐ 0 No
9.- ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas?	☐ 1 Si	☐ 0 No
10.- ¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	☐ 1 Si	☐ 0 No
11.- ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento?	☐ 0 Si	☐ 1 No
12.- ¿De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil?	☐ 1 Si	☐ 0 No
13.- ¿Se siente usted con mucha energía?	☐ 0 Si	☐ 1 No
14.- ¿Siente usted que su situación es irremediable?	☐ 1 Si	☐ 0 No
15.- ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted?	☐ 1 Si	☐ 0 No

Anexo 4. CONSTANCIA DE PROYECTO YESAVAGE DE INVESTIGACION

“AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA”

CONSTANCIA DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

EL DOCTOR RESPONSABLE DEL P.S DANIEL ALCIDES CARRIÓN-HUNTER

Hace constar que las señoritas:

ERIKA PAOLA LOPEZ PACURI Y GRETHEL DAYANNA JIMENEZ ALVAREZ

Bachilleres en Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, han cumplido la realización del Proyecto de Tesis **“FACTORES SOCIOECONÓMICOS RELACIONADOS A LA DEPRESIÓN EN EL CLUB DE ADULTOS MAYORES DEL PUESTO DE SALUD “DANIEL ALCIDES CARRIÓN” HUNTER, AREQUIPA. 2020”**; de la jurisdicción de la Micro Red Hunter en el Periodo comprendido del 7 de Diciembre del 2020 al 15 de Enero del año 2021.

Se expide la presente constancia a solicitud de las interesadas para fines que crea conveniente.

Arequipa , 23 de Marzo del 2021.



Dr. Jesús Fernández Contreras
RESPONSABLE DEL P.S. DANIELA. C.

Firma y Sello