

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**



**DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE UNA
ASOCIACIÓN DE VIVIENDA EN CHICLAYO,
AGOSTO – DICIEMBRE 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA**

YNGRID GUISEL JARA CASTILLO

Chiclayo, 02 de junio de 2018

**DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE UNA
ASOCIACIÓN DE VIVIENDA EN CHICLAYO, AGOSTO –
DICIEMBRE 2016**

Por

YNGRID GUISEL JARA CASTILLO

**Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo,
para optar el Título de:**

Licenciado en Psicología

APROBADA POR

Mgtr. Blanca Mariana Rojas Jiménez

Presidente del Jurado

Lic. Cora Elizabeth Valle Temoche

Secretaria del Jurado

Lic. Maria Elena Dorival Sihuas

Vocal del Jurado

Chiclayo, 02 de junio de 2018

Índice

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Marco Referencial.....	7
Antecedentes.....	7
Marco teórico.....	9
Depresión.....	9
Niveles.....	10
Teoría cognitiva de Beck.....	11
Definición operacional.....	13
Método.....	14
Diseño.....	14
Población.....	14
Criterios de selección.....	14
Procesamiento y análisis de datos.....	15
Resultados.....	16
Discusión.....	19
Conclusiones.....	23
Recomendaciones.....	24
Referencias.....	25
Apéndices.....	28

Resumen

La depresión es un trastorno mental frecuente, que está afectando a más de 322 millones de personas lo que equivale al 4.4 % de la población mundial y son más pronunciadas en las personas adultas mayores. La investigación se realizó en una población conformada por 80 personas adultas mayores, de 60 años hacia adelante, de ambos sexos. Esta investigación tuvo como objetivos determinar los niveles de depresión e identificar estos niveles según sexo y estado civil en adultos mayores de una asociación de vivienda de Chiclayo, de agosto a diciembre de 2016. El diseño y tipo de investigación fue descriptiva no experimental, el instrumento utilizado fue el Inventario de Depresión de Beck. Según los resultados se encontró que el 20 % de los adultos mayores no presenta depresión; el 38.75 % de los evaluados presentó depresión leve; a su vez el 32.5 % obtuvo depresión moderada y 8.75 % registró depresión grave. En cuanto al sexo, se encontró que las mujeres presentaron un mayor grado de depresión, el 42.86 % de ellas presentó depresión leve y 14.29 % depresión grave. Los varones solo las superaron en el nivel moderado con 34.62 %. Con respecto al estado civil, se halló que el mayor porcentaje correspondió a los adultos mayores solteros con 62.5 % en el nivel de depresión leve; por otra parte el 45.83 % de las personas viudas se ubicaron en el nivel moderado; y finalmente con depresión grave, se encontró un 25 % en los convivientes.

Palabras clave: depresión, adulto mayor

Abstract

Depression is a common mental disorder that is affecting more than 322 million people, which is equivalent to 4.4% of the world population and is more pronounced in older adults. The research was conducted in a population consisting of 80 older adults, 60 years of age, of both sexes. The objective of this research was to determine levels of depression and identify these levels according to sex and marital status in older adults of a housing association in Chiclayo, from August to December 2016. The design and type of research was non-experimental descriptive, the instrument used was the Beck Depression Inventory. According to the results it was found that 20% of the elderly do not present depression; 38.75% of those evaluated had mild depression; In turn, 32.5% had moderate depression and 8.75% had severe depression. Regarding sex, it was found that women presented a higher degree of depression, 42.86% of them had mild depression and 14.29% severe depression. The males only exceeded them at the moderate level with 34.62%. Regarding marital status, it was found that the highest percentage corresponded to the single elderly with 62.5% in the level of mild depression; On the other hand, 45.83% of the widows were located at the moderate level; and finally with severe depression, 25% were found in the cohabitants

Key words: depression, major adul

Depresión en adultos mayores de una asociación de vivienda de Chiclayo, agosto a diciembre 2016.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2015), en Perú la cantidad de adultos mayores de 60 y más años de edad asciende a 3 millones 11 mil 50 personas, lo que representan el 9,7% de la población. Esta cifra da referencia de una población apreciable en nuestro país, la que presenta características propias, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), así tenemos problemas neuropsiquiátricos más comunes: la demencia y la depresión.

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM IV) la depresión se define como aquel trastorno afectivo caracterizado por sentimientos de tristeza y desesperación, la mayor parte del día, falta de energía o cansancio constante, y que estos síntomas se presentan casi todos los días, durante más de dos semanas, cuya gravedad va desde un trastorno leve hasta otro que amenaza la vida, siendo uno de los trastornos psiquiátricos más habituales entre los adultos mayores.

La OMS (2016) la depresión afecta a unos 350 millones de personas, siendo más relevante en los adultos mayores, hecho que se debería a que la vejez es un periodo crítico de la vida, donde se presentan una serie de inconvenientes, como la jubilación, la pérdida de seres queridos, la marcha de los hijos, las enfermedades crónicas, la proximidad de la muerte, entre otros eventos negativos que ocurren casi inevitablemente y que producen en los adultos mayores reacciones afectivas negativas, como la depresión (Fernández, 2004).

El Ministerio de Salud (MINSA, 2005) de Perú indica que la prevalencia de depresión en la población adulta mayor fue de 9,8%, superior a la población joven y pueden corroborar la relevancia que tiene este trastorno para las personas adultas mayores y que se vuelve predominante por las vulnerabilidad y las crisis personales que el hombre tiene que afrontar en esta etapa de su vida. En algunos casos, el episodio depresivo puede llevar a pensamientos o conductas (intentos) suicidas, siendo el caso que 27,8% de la población adulta mayor alguna vez en su vida presentó pensamientos suicidas, el 2,5% intentó suicidarse y el 0,3% lo intentó en el último año.

Esta problemática en el adulto mayor, como se ha podido evidenciar, es de vital importancia en la salud pública, ya que según la OMS (2016) en los establecimientos de atención primaria de salud, la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera, pues los síntomas de este trastorno coinciden con otros problemas que experimentan los ancianos. Es

preciso, entonces, enfatizar en el apropiado diagnóstico y conocimiento de la depresión en la población de adultos mayores para brindar una adecuada salud psicológica que pueda proporcionar al anciano un desarrollo personal biopsicosocial.

En la actualidad existen instituciones y programas para el adulto mayor, con el objetivo de acrecentar la calidad de vida a través de actividades de índole recreativa y promoción a la salud entre otros. Sin embargo aún son pocos los programas que ofrecen el apoyo a este grupo vulnerable en materia de salud mental.

Frente a la problemática descrita, surgió la siguiente interrogante ¿Cuáles son los niveles de depresión en los adultos mayores de una Asociación de vivienda en Chiclayo, agosto a diciembre 2016?

Para responder a esta interrogante, la investigación tuvo como objetivos: determinar los niveles de depresión en adultos mayores de una asociación en vivienda de Chiclayo, agosto a diciembre 2016, así como identificar los niveles de depresión según sexo y estado civil en los adultos mayores de dicha asociación.

Considerando que la depresión afecta a un número significativo de adultos mayores, la investigadora se vio motivada a realizar este estudio que le permitió brindar información precisa acerca de los niveles de depresión que afecta a un sector importante de la población.

Por otro lado, los resultados obtenidos abrirán puertas a futuras investigaciones así como servirán de antecedente de estudios dirigidos a investigar el nivel de depresión en adultos mayores.

Esta investigación, también, será de mucha utilidad para las autoridades de la Asociación de Vivienda ya que podrán conocer el estado de salud de sus asociados, respecto de la depresión. Además, les permitirá fundamentar la pronta atención de los adultos mayores de su Asociación, y encauzar sus demandas, ya que al dilatarse el tiempo de espera, la salud física como emocional de sus asociados adultos mayores podría verse perjudicada. Así mismo, proporcionará información a profesionales de la salud para que profundicen en el tema y sea un punto de partida para desarrollar acciones de prevención en grupos de riesgo identificado.

Marco Referencial

Antecedentes

Borda, Anaya y Pertuz (2013) realizaron en Colombia una investigación de tipo descriptivo transversal para determinar la depresión. Participaron 66 adultos mayores, se les aplicó la escala de depresión de Yesavage. En el estudio de las variables independientes, se obtuvo que la prevalencia de depresión en esta población fue de 36,4 %, predominando la depresión leve con un 24,2 %. En cuanto a estado civil un 50 % de solteros se ubicó en depresión leve.

López (2012) realizó en Guatemala una investigación de tipo descriptiva para determinar los niveles de depresión que padecen las personas internas en asilo de ancianos. El estudio se hizo en 25 adultos mayores de ambos sexos, entre los 65 a 99 años. Se utilizó la escala geriátrica de depresión. En base a los resultados obtenidos, se pudo concluir que en las personas evaluadas el 48 % presentó depresión moderada, 44 % depresión leve y 8 % depresión severa.

Crespo (2011) realizó un estudio con 84 adultos mayores, en asilos de la Provincia del Cañar - Ecuador. El estudio fue de tipo descriptivo y se aplicó el instrumento de la escala de depresión de Yesavage. Concluyó que 70 % de los adultos mayores obtuvo un puntaje mayor a 4, que según esta escala corresponde a depresión.

Burí (2011) en Loja – Ecuador, desarrolló una investigación de tipo descriptiva, en 67 adultos mayores de ambos sexos para conocer los principales trastornos emocionales en el adulto mayor. Aplicó el inventario de depresión de Beck y concluyó que el 78.6 % de la población femenina presentó un grado de depresión.

Gonzales y Silvestre (2011) realizaron, en Veracruz, una investigación de tipo descriptiva transversal, en 180 adultos mayores de ambos sexos pertenecientes a una institución. Aplicaron el inventario de depresión de Beck y hallaron que el 33 % presentó depresión leve, el 24 % depresión moderada y 4 % se ubicó en el nivel severo. De acuerdo al género, 21 % de la población femenina presentó depresión leve, 17 % moderada y 2 % severa; mientras que el sexo masculino reportó 18 % de depresión leve, 7 % moderada y el 1 % severa.

Gonzales y Vargas (2011) realizaron un estudio de tipo descriptivo en Chile, en 131 adultos mayores. Aplicaron la escala de depresión geriátrica de Yesavage. El estudio se centró en el estado civil de la población, se obtuvo que el grupo con mayor prevalencia de depresión fue en los viudos.

Zavala y Domínguez (2008) realizaron en México un estudio de tipo descriptivo en 100 adultos mayores. Aplicaron la escala de Yesavage y encontraron que 64 % de los casos presentó depresión leve, mientras que el 36 % obtuvo una depresión moderada.

Bacca, Gonzales y Uribe (2005) realizaron en Colombia un estudio de tipo descriptivo en 500 adultos mayores; utilizaron la escala de depresión de Yesavage, se encontró que 76,6 % de la población presentaba depresión normal 19,4 % depresión leve y 4% depresión establecida.

Torres (2013) realizó en Trujillo un estudio de tipo descriptivo, trasversal, correlacional en 150 adultos mayores, para determinar la relación entre la depresión y la percepción de funcionalidad familiar. Aplicó la escala de depresión de Yesavage y encontró que el 31% presentaba depresión y el 50 % percibía a su familia como disfuncional.

Torres y Torres (2013) desarrollaron en Chiclayo una investigación de tipo descriptiva-correlacional, para determinar el nivel de depresión en 84 adultos mayores que asisten al centro del adulto mayor (CAM). Aplicaron el inventario de depresión de Beck y concluyeron que el rango de depresión que se presenta con mayor frecuencia es no depresión con 46,4 %, así también un 4,8 % muestran menor frecuencia en depresión grave. Con respecto al sexo, el 40,7 % del sexo masculino presentó depresión grave a diferencia del sexo femenino que no presentó depresión.

Odar y Gonzales (2012) realizaron en Chiclayo un estudio de tipo descriptivo-transversal para estimar la prevalencia de trastorno depresivo en 90 adultos mayores, utilizaron el test de Yesavage. Obtuvieron que el 28,9 % padece depresión leve; 71,9 % depresión moderada; y 3,3% depresión establecida.

Juárez, León y Alata (2010) realizaron un estudio de tipo descriptivo en Lima, en 112 adultos mayores. Mediante la Escala de depresión geriátrica de Yesavage, un 51,67 % mostraba una alta prevalencia de depresión en algún grado. El 38,46 % de los solteros mostró depresión, en cuanto a separados fue de 33,3 %, mientras que en casados fue de 13,75 %.

Pérez (2007) en la ciudad de Chiclayo, realizó un estudio de tipo descriptivo-correlacional para determinar niveles de depresión en 70 adultos mayores. El instrumento utilizado fue el Inventario de depresión de Beck. Concluyó que 41,4 % se ubicó en un nivel de no depresión. En cuanto al estudio según sexo, 21,4 % de los varones presenta depresión y el 30 % de la población femenina no mostró depresión.

Marco Teórico

Depresión

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (OMS 2016).

Rojas (2006) dice que “las depresiones son un conjunto de enfermedades psíquicas hereditarias o adquiridas, con una sintomatología determinada a la que se asocian cambios negativos de tipo somático, psicológico, conductuales, cognitivo y asertivo”.

Así pues, la depresión es un trastorno emocional que provoca en la persona alteraciones en su estado afectivo cognitivo, motivacional y somático, un sentimiento de desesperanza hacia sí mismo, hacia el futuro y hacia el mundo en general, son pensamientos del tipo “no valgo para nada”. Esto es lo que Beck llamó “pensamiento distorsionado” que se caracteriza por ser irracional y destructivo. (Beck 1967).

Arranz y San Molina (2010) refieren que la depresión es una exageración persistente de los sentimientos habituales de tristeza. Es una enfermedad grave que dura semanas o meses, afecta tanto al cuerpo como la mente, así como en la forma en que la persona come y duerme.

Síntomas de la depresión

Beck (como se citó en Navarro, 1990, p.16-17) enumera los síntomas y las manifestaciones conductuales que son característicos de la depresión. Estos se agrupan del modo siguiente:

Alteraciones emocionales: Las manifestaciones emocionales son los cambios en los sentimientos y en el estado de ánimo que se relacionan con la depresión, o ciertas modificaciones en la conducta que se pueden atribuir directamente al estado emocional alterado. También puede haber manifestaciones de temor, culpa, ansiedad e irritabilidad.

Alteraciones cognoscitivas: Las alteraciones intelectuales o cognoscitivas incluyen una sensopercepción disminuida, bajas en la atención y en el estado de alerta, dificultades para la comprensión y trastornos de la memoria. Otras manifestaciones son: una evaluación muy baja de sí mismo, autocríticas y culpa, indecisión, expectativas negativas y distorsión de la imagen corporal.

Alteraciones del comportamiento: las alteraciones de la motivación y del comportamiento incluyen, en palabras de Beck, la parálisis de la voluntad, tan prominente en la depresión. Además, disminuye la actividad, baja el rendimiento en el trabajo, se descuida el aseo personal y hay pensamientos o intentos de privarse de la vida. En ocasiones se vuelven

dependientes de otras personas y hay tendencia a utilizar el alcohol (entre otras drogas) como escape a las sensaciones de ansiedad.

Alteraciones somáticas: las alteraciones vegetativas o somáticas se deben a perturbaciones a nivel hipotalámico y a otros trastornos relacionados con el sistema nervioso autónomo. Entre las alteraciones somáticas se encuentran la pérdida del sueño y del apetito, disminución de peso, debilitamiento o desaparición del deseo sexual. Cefalea tensional, problemas intestinales, alteraciones de la frecuencia y del ritmo cardiaco.

Niveles de depresión

Beck (como se citó en Navarro, 1990) refiere que para evaluar la intensidad de las alteraciones que presenta un individuo, se suele utilizar cuatro niveles.

No depresión: ausencia de síntomas que nos indiquen la presencia de la depresión.

Depresión leve: la persona siente que ha perdido el interés por sus actividades ordinarias, el estudio y el trabajo. La persona con depresión leve espera que las cosas le salgan mal, también se muestra pesimista respecto a su salud y duda que pueda existir alguna mejoría. Le dificultad tomar decisiones; además se preocupa por todo tipo de problemas, tanto económicos como personales. Así mismo, disminuye ligeramente el deseo sexual y la capacidad de responder ante los estímulos sexuales. También se duerme más o se despierta poco antes de lo acostumbrado.

Depresión moderada: el individuo pierde el interés por casi todo y tiene que empeñarse mucho o ser forzado por otros para activarse. Las personas con depresión moderada se sienten aburridas durante la mayor parte del tiempo. Las mujeres descuidan de modo notable su apariencia personal, lloran con facilidad al hablar de sus problemas personales, tienden a tomar todo con seriedad y nada les parece gracioso. Por otro lado, el apetito desaparece y en ocasiones la persona deja de comer sin percatarse de ello. Se despierta dos o tres horas antes de lo acostumbrado o duerme mucho más que antes. El deseo sexual disminuye notablemente, puede permanecer sentado durante largos ratos, en silencio.

Depresión grave: la persona siente la ausencia total de cualquier tipo de deseos, muchas veces llega a ser necesario que tengan que alimentarla o vestirla. Se queda siempre en casa y pasa la mayor parte en cama. Las ideas suicidas son intensas, considera que la vida ya no le ofrece nada y que la única salida es la muerte. Así mismo, estas personas pueden llegar a no sentir nada por su familia o manifiesta que siente odio por los demás, se percibe como un fracaso total y como una carga para su familia, piensan que todos estarían mejor si él no existiera.

Modelo cognitivo de la depresión.

Beck (1979) refiere que en el modelo cognitivo postulan tres conceptos claros para explicar el sustrato psicológico de la depresión: la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos.

La triada cognitiva. Consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, a considerar su futuro y el del mundo.

Visión negativa de sí mismo: es aquella en donde el paciente tiende a subestimarse viéndose como una persona torpe, con poca valía criticándose a sí mismo en base a sus defectos. Piensa que no puede lograr la felicidad y la alegría.

Visión negativa hacia el mundo: la persona piensa que el mundo está en contra de él, presentándole obstáculos para que no logre alcanzar sus objetivos.

Visión negativa hacia el futuro: en este tercer componente, la persona depresiva hace proyectos, anticipa que sus dificultades o sufrimientos continuarán indefinidamente, piensa que toda tarea serán un fracaso.

Organización estructural del pensamiento depresivo.

Segundo componente del modelo cognitivo, este se refiere al modelo de esquemas. A través de este concepto se busca explicar por qué el paciente depresivo mantiene actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes. Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia, el esquema constituirá la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta la persona. En depresiones leves, generalmente el paciente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con cierta objetividad, a medida que la depresión se agrave, su pensamiento es cada vez más dominado por ideas negativas, aun pudiendo no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas. En los estados depresivos más graves, el pensamiento del paciente llega a estar completamente dominado por los esquemas idiosincrásicos, encontrándose completamente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes, encontrando extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos, por ejemplo, leer, responder preguntas o comprender actividades mentales voluntarias, solución de problemas y recuerdos.

Errores en el procesamiento de la información.

Así mismo, Beck hace referencia al tercer componente del modelo cognitivo, que vienen a ser los errores sistemáticos que se dan en la persona depresiva, en este caso mantienen la creencia en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la evidencia contraria, se considera:

Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta). Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

Abstracción selectiva (relativo al estímulo). Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.

Generalización excesiva (relativo a la respuesta). Se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

Maximización o minimización (relativo a la respuesta). Quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento, error de tal calibre que constituye una distorsión.

Personalización (relativo a la respuesta). Se refiere a la tendencia y facilidad del paciente de atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.

Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta). Se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias, según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecables o sucias, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

VARIABLES Y OBJETIVOS

Definición Operacional de Variable e Indicadores.

La variable Depresión es medida por el Inventario de Depresión de Beck (Ver Tabla

1)

Tabla 1.

Definición operacional de la variable Depresión - Inventario de Depresión de Beck.

Definición Operacional	Dimensión Operacional		
	Dimensión	Indicadores	Niveles
Beck (1967) La depresión "es un trastorno emocional que provoca en la persona alteraciones en su estado afectivo cognitivo, motivacional y somático, un sentimiento de desesperanza hacia sí mismo, hacia el futuro y hacia el mundo en general",	Tristeza	1	
	Pesimismo	2	
	Sensación de fracaso	3	No
	Insatisfacción	4	Depresión
	Culpa	5	0-9
	Expectativa de castigo	6	
	Autodesagrado	7	
	Autoacusaciones	8	
	Ideas suicidas	9	Depresión
	Llanto	10	Leve
	Irritabilidad	11	10-18
	Separación social	12	
	Indecisión	13	
	Cambio de la imagen corporal	14	Depresión
	Retardo laboral	15	Moderada
	Insomnio	16	19-29
	Fatigabilidad	17	
	Anorexia o bulimia	18	
	Pérdida de peso	19	Depresión
	Preocupación psicósomática	20	Grave
	Pérdida de libido	21	30-63

Método

Tipo y Diseño de investigación.

No experimental, descriptiva

Población

La población objeto de estudio fueron adultos mayores de 60 años a más, de ambos sexos, pertenecientes a la Asociación de vivienda de Chiclayo. Estuvo conformada por 80 personas, todas participaron en el estudio.

Criterios de selección

Inclusión.

Adultos mayores pertenecientes a la edad mayor o igual a 60 años.

Exclusión.

Adultos mayores que presenten dolencia neurológica o discapacidad mental

Eliminación.

Adultos mayores que se rehusaron a firmar el consentimiento informado. Así mismo, adultos mayores con dificultades auditivas.

Procedimiento

Para realizar la investigación, primero se presentó una solicitud al Presidente de la asociación de vivienda (ver apéndice A), quien dio por aceptada su autorización para la aplicación del instrumento. Posteriormente la secretaria encargada de la asociación hizo entrega de la lista del número total de 80 asociados que asisten permanentemente a las reuniones. Los 80 participantes fueron seleccionados como población accesible para la aplicación del instrumento, se consideró a todos. El día de la evaluación primero se realizó la entrega y explicación del consentimiento informado a los participantes. Al iniciar la aplicación del instrumento, se les explicó la forma adecuada cómo se responde el test, tuvieron una duración de 15 minutos aproximadamente, dos días después de la evaluación se le entregaron sus respectivos resultados, de manera personal y confidencial.

Instrumento

En esta investigación se utilizó la técnica de la encuesta, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck II, para medir los niveles de depresión. Puede ser aplicado en adolescentes y adultos entre las edades de 16 años a más, su administración es individual o colectiva, el tiempo para resolver es de 15 minutos. Este inventario está constituido por 21 indicadores, con puntuación de 0 a 3. El rango de puntuación es de 0 a 63, donde 0-9 es no depresión, 10- 18 depresión leve, 19-29 depresión moderada y 30 – 63 depresión grave. Este instrumento ha sido

validado por Bazán (2013) en una muestra de adultos mayores de un centro asistencial de Chiclayo. En este estudio la validez fue realizada por el método de contrastación de grupos, se obtuvo un puntaje superior a 0.72; asimismo se encontró que posee una confiabilidad con un Alpha de Cronbach de 0,95.

Aspectos éticos

Este estudio se desarrolló teniendo en cuenta el respeto y la dignidad por la persona humana, cabe señalar que es de importancia que el participante se encuentre informado para así poder contar con su permiso y autorización. Para ello, se elaboró un consentimiento informado teniendo en cuenta los principios de beneficencia, confidencialidad y voluntariedad. Se les explicó que la información obtenida es confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de esta investigación, así mismo se especificó que la persona es libre de retirarse de la investigación en el momento que ella decida.

Plan de procesamiento y análisis de datos

Los datos colectados a través del instrumento, se registraron en una hoja de cálculo Excel, los mismos que componen la base de datos.

Para determinar los niveles de la depresión en el adulto mayor se suman las respuestas de cada ítem que varían entre 0-3 y el puntaje total determina el nivel que le corresponde: no depresivo 0-9; depresión leve 10-18; depresión moderada 19-29 y depresión grave 30-63.

Para determinar la depresión por sexo y estado civil los datos se agruparon según estas variables intervinientes y los niveles de depresión se determinaron de acuerdo al puntaje, como se refirió anteriormente. Los resultados se presentaron en tablas y figuras.

Resultados

Niveles de depresión

En cuanto a los niveles de depresión encontramos que el 38.75 % presentaron un nivel de depresión leve, sin embargo hay que resaltar que presenta un puntaje significativo la depresión moderada con 32.5 % y un 8.75 %, depresión grave, tal como se observa en la figura 1.

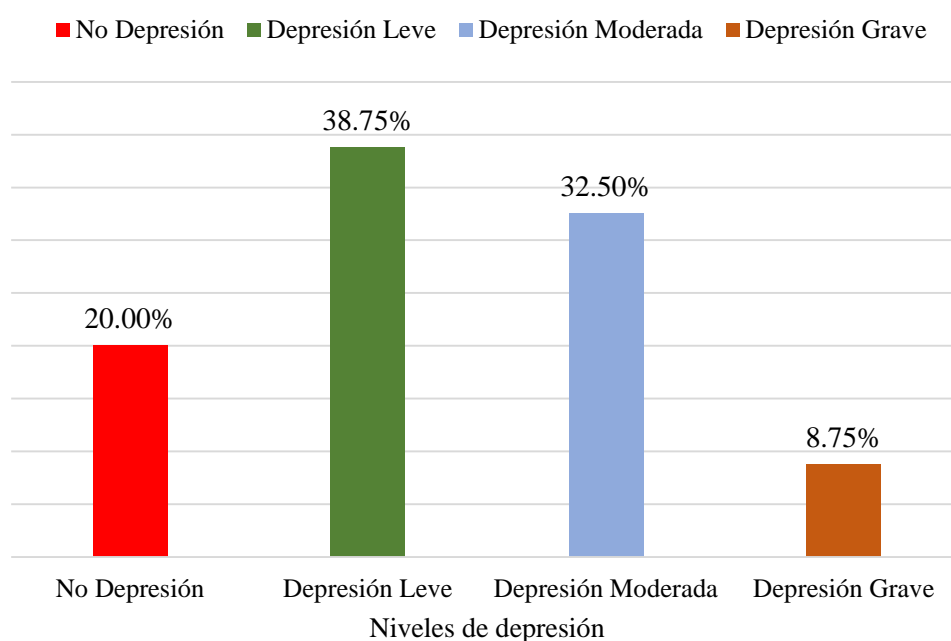


Figura 1: Niveles de depresión en adultos mayores de una asociación de vivienda de Chiclayo, agosto a diciembre 2016.

Niveles de depresión según sexo.

El 42.86 % de las mujeres presentó niveles de depresión leve, un 28.57 % depresión moderada y un 14.29 % depresión grave. En el caso de los varones, reportaron depresión leve 36.54 %, resaltando la depresión moderada un 34.62 %, la cual es más frecuente en los varones, y un 5.77 % depresión grave, logrando destacar que en el sexo femenino prevalece un mayor grado de depresión, tal como se observa en la figura 2.

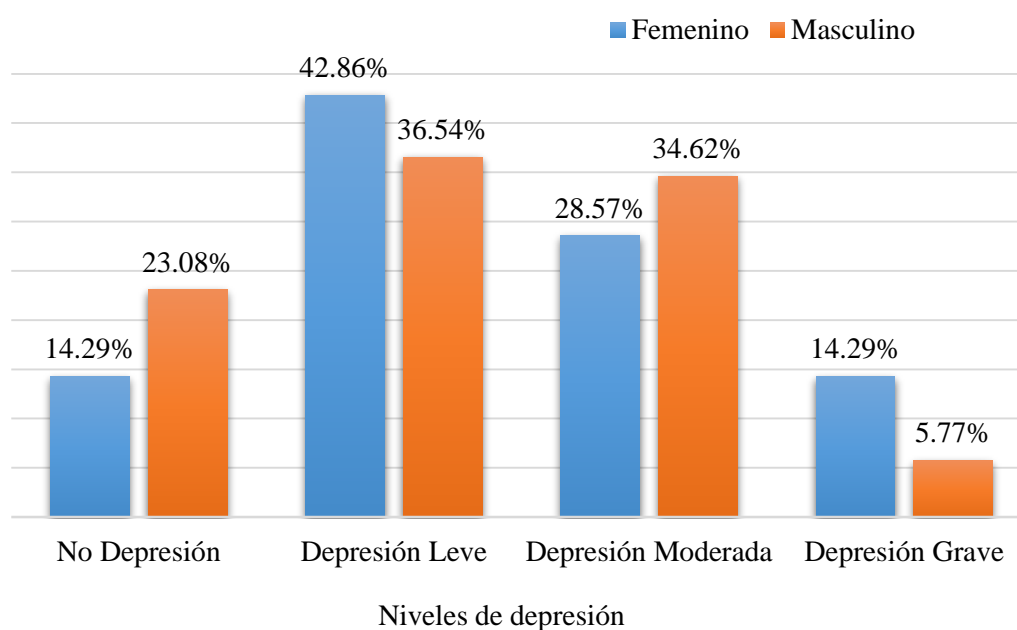


Figura 2. Niveles de depresión según sexo en los adultos mayores de una asociación de vivienda de Chiclayo, agosto a diciembre 2016.

Niveles de depresión según estado civil.

Los resultados determinaron que un gran número de personas solteras, 62.5 % se ubican en el nivel de depresión moderada, seguido de las personas viudas, pues un 45.83 % presentan depresión leve y, por último, en el nivel de depresión grave con 25 % se ubicaron las personas convivientes. La figura 3 refleja estos resultados.

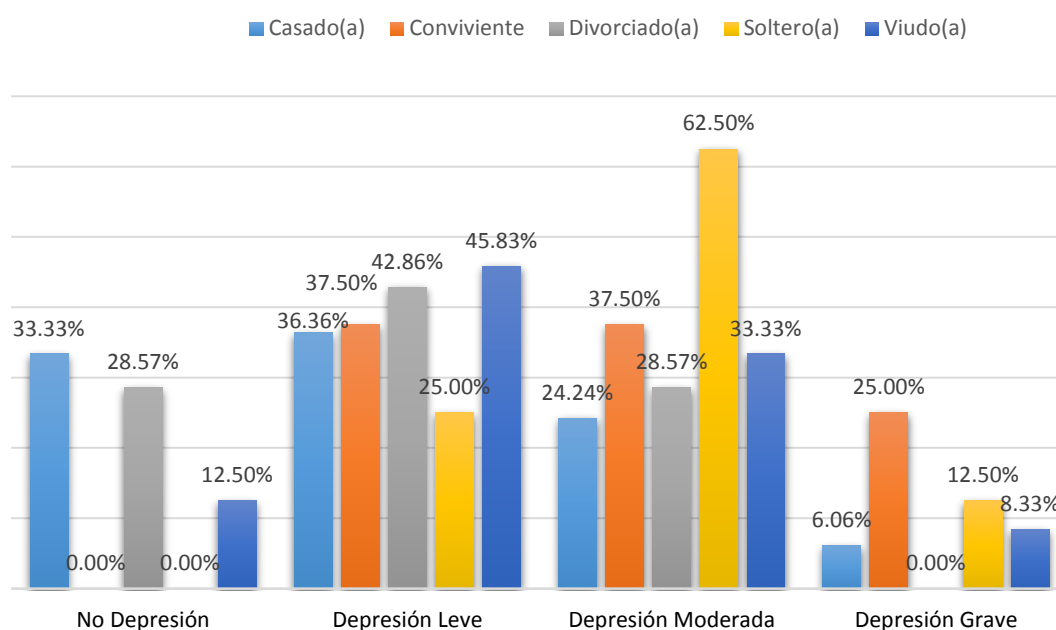


Figura 3. Niveles de depresión según estado civil en adultos mayores de una asociación de vivienda de Chiclayo, agosto a diciembre 2016.

Discusión

En la investigación se comprobó que existe depresión en los adultos mayores de una asociación de vivienda en Chiclayo, agosto a diciembre 2016. Pichardo (2009) describe a la depresión como un “trastorno del estado de ánimo de presentación temprana en la vida, pero con mayor incidencia en la vejez, quizá porque es cuando se diagnostica con mayor frecuencia, y en la que nunca falta la anhedonia o pérdida del placer, y muchas veces no se reconoce como una enfermedad, pues se piensa que es por el proceso del envejecimiento”. En términos generales, la depresión en el adulto mayor es moderada, y en pocas ocasiones grave, con incremento en el suicidio consumado (pocas veces expresado); el estado bipolar prácticamente es inexistente en el adulto mayor.

En cuanto a los niveles de depresión, se encontró que el nivel leve tuvo mayor prevalencia, logró alcanzar el 38.75 %, seguido del nivel moderado, 32.50 %, y un 8.75 % en nivel grave. Estos datos se relacionan con la investigación de Zavala y Domínguez (2008), quienes realizaron un estudio con 100 adultos mayores. Encontraron que 64 % de los casos presentó depresión leve mientras que el 36 % mostró una depresión moderada. Así mismo, coinciden con la investigación de Borda, Anaya y Pertuz (2013), quienes realizaron una investigación para determinar la depresión en 66 adultos mayores. En este caso, hallaron que la prevalencia de depresión fue de 36,4 %, predominando la depresión leve en 24,2 %.

Sin embargo, Odar y Gonzales (2012) realizaron un estudio para estimar la prevalencia de trastorno depresivo en 90 adultos mayores, encontraron que el 28,9 % padece depresión leve, 71,9 % depresión moderada y 3,3 % depresión establecida. Así mismo, en la investigación de López (2012), para determinar los niveles de depresión que padecen los ancianos, los resultados demuestran que el 48 % presentó depresión moderada, el 44 % depresión leve y un 8 % depresión severa.

Estos resultados pueden deberse a que la vejez es un periodo crítico de la vida, donde se presentan una serie de inconvenientes: la jubilación, la pérdida de seres queridos, la marcha de los hijos, las enfermedades crónicas, la proximidad de la muerte, entre otros eventos negativos que ocurren casi inevitablemente y que producen en los adultos mayores reacciones afectivas negativas, como la depresión (Fernández, 2004). Así mismo, en esta etapa, la salud de los adultos mayores tiende a deteriorarse, optando por tomar algún medicamento, ya sea con o sin receta médica, lo cual limita la capacidad de la persona adulta mayor para llevar a cabo las actividades normales de la vida cotidiana.

Con relación al sexo, la depresión fue más representativa en las mujeres, se halló que los adultos mayores de sexo femenino presentan mayor porcentaje de niveles de depresión leve, 43 %; mientras que los del sexo masculino alcanzan porcentajes bajos de depresión, resultados que indican que las mujeres tienden a desarrollar niveles altos de depresión a diferencia de los varones.

Así mismo, estos resultados coinciden con la investigación de Buri (2011), quien halló en una investigación que el 78.6 % de las mujeres alcanzaron mayor depresión, concluyendo que en ellas le da la mayor incidencia de depresión. Al igual que Gonzales y Silvestre (2011) encontraron que en el 21 % del sexo femenino predomina el nivel leve de depresión. Dichas investigaciones confirman los datos que nos da la Organización Mundial de la Salud (2016), los que mencionan que las mujeres son más propensas que los hombres a la depresión. Así mismo, la OMS nos menciona que unos 73 millones de mujeres adultas sufren cada año en todo el mundo un episodio de depresión mayor. (Como se citó en Zarragoitia, 2013).

Mientras que Pérez (2007) en su investigación realizada para determinar niveles de depresión en 70 adultos mayores, encontró que el sexo masculino 21 % se encuentra ubicado dentro de un nivel de depresión y el 30% de la población femenina no presento depresión.

Para Montesó (2015), la enfermedad depresiva es dos veces más frecuente en las mujeres debido a sus ciclos biológicos, como el síndrome premenstrual, o el postparto, el climaterio y la menopausia. Así mismo, las mujeres padecen de cuadros depresivos debido a factores ambientales, pues tienden a experimentar tensión en situaciones que se relacionan con su labor de madre, esposa, vida laboral y hogareña. El estrés prolongado puede conducir a depresión. Además, la mujer es más empática al momento de sensibilizarse con los problemas de seres cercanos.

Según el Instituto Nacional De la Salud Mental (2011) nos manifiesta que las mujeres al lidiar con una enfermedad crónica, muerte de su pareja u otros factores pueden hacer que ellas se sientan tristes o afligidas. Después de un periodo de adaptación, muchas mujeres pueden recuperar su equilibrio emocional, pero otras no lo hacen y pueden desarrollar depresión.

En cuanto al estado civil, los viudos, convivientes y solteros fueron los más representativos. Se encontró que los adultos mayores solteros alcanzaron un 63 % en el nivel moderado; el 46 % de adultos viudos se ubicaron en el nivel leve, lo cual explica que las personas que viven solas pueden llegar a deprimirse, por lo que requieren de la parte afectiva de sus seres queridos, y el 25 % de personas convivientes se ubicaron en el nivel grave. Esto

resultados difieren de los estudios encontrados por Borda, Anaya y Pertuz (2013), ellos encontraron que el 50 % de adultos mayores solteros se ubican en el nivel de depresión leve.

Así mismo, los resultados de la investigación de Gonzales y Vargas (2011) en adultos mayores demuestran que el grupo con mayor prevalencia de depresión fue en los viudos, con 38,46 %; el porcentaje de depresión tanto en solteros como en separados de hecho fue de 33,3 %, mientras que en casados fue de 13,75 %.

Para Shea y Owens (2009), el solo hecho de estar solteros o viudos, vivir solos y la falta de una red sólida de apoyo social son unos de los factores que pueden llevar a los adultos mayores a correr el riesgo de sufrir depresión.

En la investigación en curso, los niveles con mayor predominio, de menos a más, son leve, moderado y grave. En cuanto al desempeño de los adultos mayores en el nivel leve, se observa que presentan dificultad para tomar decisiones; además, se preocupan por todo tipo de problemas, tanto económicos como personales; duermen más o se despiertan poco antes de lo acostumbrado. En cuanto al nivel moderado, se percibe descuido notable de su apariencia personal, lloran con facilidad al hablar de sus problemas personales, tienden a tomar todo con seriedad y nada les parece gracioso. Por otro lado, el apetito desaparece y, en ocasiones, la persona deja de comer sin percatarse de ello. Por último, en el nivel grave las personas consideran que la vida ya no les ofrece nada y que la única salida es la muerte. Así mismo, estas personas pueden llegar a no sentir nada por su familia o manifiesta que sienten odio por los demás, se perciben como un fracaso total y como una carga para su familia, piensan que todos estarían mejor si él o ella no existieran. Beck (como se citó en Navarro, 1990).

Así mismo, el mayor número de personas solteras viven solos en cuartos alquilados, al alcance de lo poco que les brindan sus familiares, aunque pocos de ellos viven con algún familiar cercano como hermanos (as). De la misma manera pasa con los viudos, con la pérdida de su pareja creen que para ellos acabo todo, y están bajo la ayuda de sus hijos, que en muchos casos no viven con ellos, ya que se encuentran en otros lugares por motivo de trabajo; otros viven con sus hijos pero piensan que son una carga más para ellos, lo cual les causa tristeza al no valerse por sí mismos. Y en el caso de los adultos mayores convivientes el hecho de ser el jefe del hogar y no tener ingresos les causan preocupación, por ende la presencia de indicadores emocionales, y no saben qué pasará con el mantenimiento de sus familias. Algunos de los adultos mayores reciben una pensión de jubilación pero sus gastos sobrepasan sus ingresos económicos, lo que les genera preocupación.

Se concluye que llegar a la vejez, no es fácil de sobrellevar, ya que muchos de ellos, en esta etapa, pasan por diferentes cambios que muchas veces no pueden afrontar solos, como

es el hecho de depender de sus familiares, de no contar con trabajo y el poco ingreso que tienen disminuye gradualmente o son nulos. También les afecta el aislamiento social, viudez y otro aspecto principal en ellos, que no pasa desapercibido, son las enfermedades, pues en su mayoría suelen ser crónicas o degenerativas, lo que causa en ellos niveles de depresión en algún grado.

Por todo lo expuesto, se necesita crear programas de prevención en cuanto a salud mental y establecer redes de apoyo a través de estrategias acordes con esta etapa, ya que muchos de ellos no cuentan con un seguro social.

Conclusiones

En este estudio acerca de la depresión en adultos mayores se encontró que el 38.75 % de ellos presentó depresión leve; un 33 % mostró depresión moderada y un 8.75 %, depresión grave.

Se halló que un mayor porcentaje de mujeres presentaron depresión leve, 42.86 %, a diferencia de los varones que alcanzaron un porcentaje menor, 36.54 % en el mismo nivel. También se halló que el 29 % de ellas mostraron un nivel de depresión moderada, mientras que los varones alcanzaron un porcentaje superior, 35 % en el mismo nivel. Sin embargo, en el nivel grave, el 14 % son del sexo femenino a diferencia de los varones que solo llegan al 6 %. Al respecto, se reconoce que en el sexo femenino prevalece un mayor grado de depresión.

El 63 % de adultos mayores solteros presentaron depresión moderada, mientras que los adultos viudos alcanzaron un 46 % en nivel leve; sin embargo, el 25 % de adultos mayores convivientes presentaron depresión grave, lo que implica un porcentaje significativo.

Recomendaciones

Que las autoridades de la asociación tomen conciencia del estado emocional de los adultos mayores en la actualidad y contribuyan en buscar ayuda para la mejora del bienestar emocional de los asociados. Así mismo, se sugieren realizar programas de intervención cognitiva conductual a la población de estudio con el propósito de que se pueda reducir los niveles de depresión encontrados en ellos.

Se considera necesario crear un día en el cual se realicen actividades recreativas como paseos turísticos, viajes, ejercicios para los adultos mayores a fin de favorecer un ambiente saludable.

Por todo esto, se sugiere que el presidente de la asociación solicite estudiantes de Psicología para servicio de voluntariado que brinden apoyo, en cuanto a talleres, charlas sobre diferentes temas que brinden apoyo al adulto mayor. Así mismo, se podrían realizar talleres de manualidades para que muchas mujeres desarrollen sus habilidades y potencialidades artísticas, ya que por motivos económicos no las ponen en práctica. Así, podrían generar un ingreso económico adicional a través de la práctica de las habilidades de gestión de microemprendimiento de las personas adultas mayores.

Referencias

- Arranz, B., & San Molina, L. (2010). *El médico en casa. Comprender la depresión*. Barcelona: Amat, S.L.
- Bacca, A., González, A., & Uribe, A. (2005). Validación de la Escala de Depresión de Yesavage en adultos mayores colombianos. *Pensamiento psicológico*. 1(4), 53-63. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80112046006>
- Beck, A. y colaboradores (1967). *Terapia cognitiva de la depresión*, DESCLEE DE BROWER, S.A.
- Beck, A. (1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. New York. Garvica, S.A
- Borda, M., Anaya, M., Pertuz, M., Romero, L., Suárez, A., & Suárez, A. (2013). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla: prevalencia y factores de riesgo. *Salud Uninorte*. 29(1), 64-73. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/817/81728689008.pdf>
- Burí, A (2011). *Trastornos emocionales en el adulto mayor en los ancianos del Cantón Loja*. (Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de Loja. Ecuador). Recuperado de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/7356/1/Buri%20Quizhpe%20Alba%20Lucia.pdf>
- Crespo, V. (2011). *Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones azogues, cañar, tambo de la provincia del cañar*. (Tesis de Licenciatura, Universidad de Cuenca, Cuenca- Ecuador). Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3497>
- Fernández, B. (2004). La psicología de la vejez. *Encuentros multidisciplinares*, 16, 1-11. Recuperado de <http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%C2%BA16/Roc%C3%ADo%20Fernandez%20Ballesteros.pdf>
- Gonzales, S.; Silvestre, S (2011). *Depresión en el adulto mayor*. (Tesis de Licenciatura, Universidad Veracruzana. Veracruz). Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/16305090.pdf>
- Gonzales, M; Rojas, A y Vargas, L (2011). Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 49 (4): 331-337 Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v49n4/art04.pdf>

- INEI, (2015). *Situación de la población adulta mayor*. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic2015.pdf
- Juárez, J., León, A., & Alata, V. (2012). Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del aa.h.h “viña alta” - La Molina. Lima. Perú. *RevHorizMed*.12 (2). 28-31
Recuperado de <http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/101/100>
- López, I (2012). Depresión en las personas internas del asilo de ancianos madre teresa de Coatepeque. (Tesis de Licenciatura, Universidad Rafael Candivar, Guatemala. Recuperado de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/22/Lopez-Irene.pdf>
- MINSA, (2005). *Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores*. Ministerio de Salud. Perú. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/lineamiento%20normas%20tecnicas_%20primera%20parte.pdf
- Montesó, C (2015). *La depresión en las mujeres. Una aproximación multidisciplinar desde la perspectiva de género*. Tarragona. Urv publicaciones.
- Navarro, A. (1990). *Psicoterapia antidepresiva: humanismo conductual para recuperar la alegría de vivir*. México: D.F. Trillas.
- NIMH (2011). Las mujeres y la depresión. Instituto Nacional de Salud Mental. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-mujeres-y-la-depresion/index.shtml>
- Odar, G (2012). *Prevalencia de trastornos depresivos en adultos mayores que conforman el centro integral del adulto mayor*. (Tesis de Licenciatura, Universidad San Martín de Porras. Chiclayo-Perú). Recuperado de <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2200>.
- OMS. (2016). *La depresión*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Pérez, M. (2007). *Relación entre niveles de apoyo social y niveles de depresión en los pacientes del programa del adulto mayor – Essalud*. (Tesis de Licenciatura, Universidad Señor de Sipán, Chiclayo- Perú).
- Pichardo, F. (2009). *Geriatría*. México: D.F. Mc. Graw Hill.

- Quesada, F (11 de julio del 2014). Las mujeres sufren más depresión por estas seis razones. *El comercio*. Recuperado de <http://elcomercio.pe/ciencias/medicina/seis-razones-porque-mujeres-sufren-mas-depresion-noticia-1742314>
- Risco, P. (2007). *Soporte social y satisfacción con la vida en un grupo de adulto mayor que asiste a un programa para el adulto mayor*. (Tesis de licenciatura, Universidad Católica del Perú. Lima).
- Rojas, (2009) Inventario de apoyo social para embarazadas. Sociedad científica de estudiantes de medicina de la Universidad Central de Venezuela. *Acta Científica Estudiantil* 2009; 7(3):173-179.
- Shea, L y Owens, M (mayo 2009). Las mujeres y la depresión. *Diabetes voice*. Recuperado de https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/2009_SI%20Women_Shea_Owen_E_S.pdf
- Torres, I. (2013). *Depresión y Funcionamiento familiar en Adultos Mayores*. (Tesis de especialidad, Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo- Perú). Recuperado de http://dspace.unitru.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/695/TorresMoreno_I.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Torres, J & Torres, J. (2013). *Depresión y calidad de vida en el adulto mayor de la ciudad de Chiclayo*. (Tesis de Licenciatura, Universidad Señor de Sipán, Chiclayo -Perú).
- Zavala, G & Domínguez, S (2008). Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. *Psicogeriatría*. 2(1). 41-48. Recuperado de http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0201/0201_0041_0048.pdf
- Zarragoitía, A (2013). Las diferencias de sexo y género en la depresión: proclividad en la mujer. *Medwave* 2013; 13(3):e5651 doi: 10.5867/medwave.2013.03.5651. Recuperado de <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Casos/>

Apéndice A

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE AARON BECK.

Código: _____ Sexo: F M
 Estado Civil: a) Soltero (a) b) Casado (a) c) Viudo (a)
 d) Divorciado (a) e) Conviviente

Instrucciones: En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

- 1)
 - No me siento triste
 - Me siento triste.
 - Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 - Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
- 2)
 - No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 - Me siento desanimado respecto al futuro.
 - Siento que no tengo que esperar nada.
 - Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
- 3)
 - No me siento fracasado.
 - Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 - Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 - Me siento una persona totalmente fracasada.
- 4)
 - Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 - No disfruto de las cosas tanto como antes.
 - Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 - Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
- 5)
 - No me siento especialmente culpable.
 - Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 - Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 - Me siento culpable constantemente.
- 6)
 - No creo que esté siendo castigado.
 - Me siento como si fuese a ser castigado.
 - Espero ser castigado.
 - Siento que estoy siendo castigado.
- 7)
 - No estoy decepcionado de mí mismo.
 - Estoy decepcionado de mí mismo.
 - Me vergüenzo de mí mismo.
 - Me detesto.
- 8)
 - No me considero peor que cualquier otro.
 - Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 - Continuamente me culpo por mis faltas.
 - Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9)
 - No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 - A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 - Desearía suicidarme.
 - Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

- 10)
- No lloro más de lo que solía llorar.
 - Ahora lloro más que antes.
 - Lloro continuamente.
 - Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
- 11)
- No estoy más irritado de lo normal en mí.
 - Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 - Me siento irritado continuamente.
 - No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
- 12)
- No he perdido el interés por los demás.
 - Estoy menos interesado en los demás que antes.
 - He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 - He perdido todo el interés por los demás.
- 13)
- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 - Evito tomar decisiones más que antes.
 - Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 - Ya me es imposible tomar decisiones.
- 14)
- No creo tener peor aspecto que antes.
 - Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 - Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
 - Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15)
- Trabajo igual que antes.
 - Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 - Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
 - No puedo hacer nada en absoluto.
- 16)
- Duermo tan bien como siempre.
 - No duermo tan bien como antes.
 - Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 - Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
- 17)
- No me siento más cansado de lo normal.
 - Me canso más fácilmente que antes.
 - Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 - Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 18)
- Mi apetito no ha disminuido.
 - No tengo tan buen apetito como antes.
 - Ahora tengo mucho menos apetito.
 - He perdido completamente el apetito.
- 19)
- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
 - He perdido más de 2 kilos y medio.
 - He perdido más de 4 kilos.
 - He perdido más de 7 kilos.
 - Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.
- 20)
- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
 - Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 - Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
 - Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
- 21)
- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
 - Estoy menos interesado por el sexo que antes.
 - Estoy mucho menos interesado por el sexo.
 - He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Apéndice B

Consentimiento Informado para participar en un estudio de investigación

Institución : Asociación Nacional de Fonavistas de los Pueblos Peruanos.

Investigadora: Ingrid Guisel Jara Castillo.

Título : Depresión en Adultos Mayores de una Asociación de vivienda en Chiclayo, agosto – diciembre 2016.

Fines del estudio:

Se le invita a participar en un estudio llamado: Depresión en adultos mayores de una asociación de vivienda de Chiclayo, agosto – diciembre 2016. La depresión es una enfermedad mental que se representa con una profunda tristeza, pérdida del interés, dificultad para dormir, sensación de soledad y es bastante frecuente en adultos mayores. Este trabajo de investigación lo desarrolló la investigadora de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo para determinar niveles de depresión en adultos mayores de una asociación de vivienda en Chiclayo, agosto – diciembre 2016.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se le pedirá que responda a las preguntas de un test que tiene un tiempo de duración de 15 min aprox.

Riesgos:

No existen riesgos por participar en este estudio.

Beneficios:

Los participantes se beneficiarán con los resultados de una evaluación psicológica referente a niveles de depresión. Dichos resultados serán entregados de manera personal y confidencial, dos días después de la aplicación del instrumento en el local de la asociación, en caso se encuentre una persona que presente altos niveles de depresión se le brindará una orientación y será referido a los servicios de psicología disponibles de acuerdo a su jurisdicción de vivienda de redes de apoyo a las que puedan asistir para una ayuda a su problema.

Costos e incentivos:

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

La información que se recoja será confidencial. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación que garantiza la confidencialidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio.

Uso futuro de la investigación:

La información una vez procesada será eliminada.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar a Ingrid Jara al teléfono: 074 – 234753. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, teléfono 606200 anexo 1138.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que significa mi participación en él, también entiendo que puedo decidir no participar y retirarme del procedimiento en cualquier momento, sin perjuicio alguno a mi persona.

Participante

Nombre

DNI

Fecha

Investigador

Nombre: Ingrid Guisel Jara Castillo.

DNI: 44723950

Fecha
