



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA**

TESIS

**DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DEL
DISTRITO DE CHANCAY, HUARAL, LIMA.**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

AUTOR:

RUBI FAYED PACHECO DELGADO

LIMA – PERÚ

2016

Dedicatoria:

A mis padres y hermanos por su permanente apoyo e imprescindible sabiduría.

A mis compañeros de la universidad por su constante aliento.

Agradecimientos:

A los profesores de la Escuela Profesional de Psicología Humana de la Universidad Alas Peruanas, por su invaluable esfuerzo y dedicación permanente.

RESUMEN

La presente investigación tuvo por finalidad determinar el nivel de depresión en adultos mayores residentes del distrito de Chancay, Huaral, Lima. El estudio trabajo fue de tipo descriptivo con un diseño de investigación no experimental; la muestra estuvo constituida por 99 personas entre 55 a 90 años de edad que tienen su residencia en la ciudad de Chancay, en el departamento de Lima. Se utilizó la Escala de la autovaloración de la depresión de Zung, de 20 ítems. El estudio concluyó en que la muestra estudiada no evidencia niveles de depresión altos, se observa importante diferencias entre hombres y mujeres.

Palabras Claves: Adulto mayor, depresión.

ABSTRACT

The aim of the present investigation was to determine the level of depression among the elderly in Chancay district, Huaral, Lima. The study work was descriptive with a non-experimental research design; The sample consisted of 99 people between 55 and 90 years of age who have their residence in the city of Chancay, in the department of Lima. The 20-item Zung Depression Self-Assessment Scale was used. The study concluded that the sample studied does not show high levels of depression, important differences between men and women are observed.

Keywords: elderly, depression.

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación, fue motivado por la experiencia de trabajar en un taller con el Club del Adulto Mayor del Hospital de Chancay, la experiencia de trabajar en contacto con los integrantes de este Club hizo que formulara la pregunta que inició el presente estudio.

Sabemos que en nuestro país la población es mayormente joven, sin embargo, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) la población de gerontes representa el 9% de la población peruana, es decir, 2'700.000 con tendencia a incrementarse en 3% cada año.

El presente estudio tuvo por finalidad proveer información actual sobre esta población en un distrito del norte de Lima, asimismo, probar algunos enfoques teóricos sobre este tema que prevalen en el ámbito teórico.

El trabajo esta ordenado del siguiente modo: el primer capítulo indica la descripción del problema, el problema, objetivos y justificación del trabajo; el segundo capítulo explica los fundamentos teóricos; el tercer capítulo indica la metodología empleada y el cuarto capítulo describe los resultados y explica la discusión de los resultados.

INDICE

Caratula.....	I
Dedicatoria.....	II
Agradecimiento.....	III
Resumen.....	IV
Abstract.....	V
Introducción.....	VI
Índice.....	VII
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	1
1.2 Delimitación de la investigación	4
1.2.1 Delimitación temporal	4
1.2.2 Delimitación geográfica	4
1.2.3 Delimitación social	4
1.3 Formulación del problema	4
1.3.1 Problema principal	4
1.3.2 Problema secundarios	4
1.4 Objetivos de la investigación	5
1.4.1 Objetivos general	5

1.4.2 Objetivos específicos	5
1.5 JUSTIFICACIÓN	6
CAPITULO II MARCO TEORICO	7
2.1 Antecedentes de la investigación	7
2.1.1 Antecedentes internacionales.	7
2.1.2 Antecedentes en el Perú.	9
2.2 bases teóricas	10
2.2.1 La depresión	10
2.2.1.1 Definición	10
2.2.1.2 La depresión en le DSM -5	12
2.2.1.3 La depresión en el CIE-10	15
2.2.1.4 Teorías más importantes	17
2.2.2 La depresión en adulto mayores	26
2.2.3 Afectivo	33
2.2.4 Conductual	33
2.2.5 Físicos	35
2.2.6 Cognitivo	36
CAPITULO III: METODOLOGIA	37
3.1. Tipo de la investigación	37
3.2 Diseño de la investigación	37
3.3 Población, muestra y muestreo	37
3.4 Variables, dimensiones o indicadores	38
3.5 Técnica e instrumentos de la recolección de datos	40
3.5.1 Instrumentos	40

CAPITULO IV: RESULTADOS	43
4.1 Descripción de la muestra	43
4.2 Discusión de los resultados	55
Conclusión	58
Sugerencias	59
Referencias	60
Anexos	68.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática.

En el Perú tiene mayoritariamente una población joven. Según Manrique De Lara (1992) el 38% de su población es menor de 15 años, y sólo el 6% corresponde a personas cuyas edades comprenden desde los 60 años o más cuya proyección al año 2025 será del 12%.

Sin embargo, se observa que en las últimas décadas esta tendencia a comenzado a cambiar, una de las razones más importantes es la declinación de las tasas de mortalidad y fecundidad. Esta última según la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES) señala un promedio de hijos por mujer de 4.1 para el período 1984 - 1986, frente a 5.2 del censo de 1981 y al 6.1 del censo de 1972 Manrique De Lara, G (1992)

Los gerontes no han sido incluidos dentro de esas prioridades. Un factor de supervivencia es el económico, los de mayor poder adquisitivo tendrán mayores oportunidades de vivir más años, sin embargo, no sucede así con los ancianos de los sectores populares, donde la pobreza los margina de una atención de primera categoría.

Aproximadamente sólo el 25% del total de las personas adultos mayores cubiertos por la Seguridad Social, son los jubilados de las empresas públicas

o privadas que aportaron durante su vida productiva para lograr ésta protección en su vejez. Los que no aportaron o los que no ejercieron ocupaciones dependientes, si no tuvieron la capacidad o la precaución de ahorrar, y si carecen del apoyo familiar afrontan el desamparo.

En el Perú la Seguridad Social ofrece programas de actividades culturales y sociales, por ejemplo, pasajes reducidos en el transporte urbano. Cuenta con algunos consultorios en los centros de salud periféricos para la atención de los ancianos, a cargo de médicos generales sin formación en geriatría a pesar que en la capital los hospitales cuentan con de 800 a 1000 camas y de 400 en otras ciudades del país.

En los últimos años se han multiplicado en nuestro medio las llamadas “casas de reposo”, “hogares de ancianos” ó “residencias” vienen aumentando su número, en muchos casos se observa que no cumplen con los requisitos mínimos para su funcionamiento, solicitando en cambio altas retribuciones en dinero a los familiares de estos pacientes. Asimismo, el Colegio Médico Peruano reconoce la especialidad de Geriatría.

Es cierto que en los últimos años los indicadores económicos han mejorado, pero aún estamos lejos de alcanzar un desarrollo humano integral empezando por la atención y salud a las personas de los adultos mayores.

Las limitaciones no sólo son económicas, también falta información confiable y real que permita elaborar un perfil del geronte peruano. Sin esta condición previa es riesgoso realizar la toma de decisiones de las políticas y programas so pena de poner en riesgo este importante esfuerzo.

En la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del 2003 se observó que la prevalencia de la hipertensión arterial fue de un 33,7%, afectando más a las mujeres de 65 y más años. La prevalencia de las dislipidemias de un 54,0% y una prevalencia de 15,2% de diabetes en los mayores de 65 años. Con respecto a la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares clasificadas

como “altas o muy altas” fue de un 54,9% y en los adultos mayores de un 83,1%. Riesgo cardiovascular “alto” se refiere a la presencia de dos o más factores de riesgo y “muy alto” si la persona es portadora de diabetes mellitus o enfermedad aterosclerótica.

En la actualidad el Distrito de Chancay tiene una población de 3.367 personas en la etapa del adulto mayor, de los cuales 96 fueron atendidas por el servicio de psicología realizando una evaluación psicológica en depresión, arrojando como resultado que seis presentan trastorno de depresivo en el hospital de Chancay.(Centro Estadístico de Hospital de Chancay, 2016)

Por lo anteriormente expuesto, respecto a la problemática actual del adulto mayor y sobre todo las condiciones bio – psico – sociales en las que viven que poniendo a riesgo su calidad de vida y su salud integral estará ocasionando en ellos, síntomas, síndrome o trastorno depresivo, por cuanto la presente investigación tiene por finalidad estudiar analizar dicha problemática y resolver la siguiente interrogante ¿Cuál será el nivel de depresión en Adultos Mayores Residentes del Distrito de Chancay – Huaral – Lima Año 2016?.

1.2. Delimitación de la investigación

1.2.1. Delimitación temporal

La investigación se realizó en noviembre 2015 a marzo del año 2016, se trabajó con personas que asisten al Hospital de Chancay y que residen en el Distrito de Chancay.

1.2.2. Delimitación geográfica

Esta investigación se desarrolló en el Distrito de Chancay, Provincias De Huaral del Departamento de Lima, y comprende a personas que se encuentra en la etapa de adultas mayores y que asisten al Hospital de Chancay y residen en el mismo distrito.

1.2.3. Delimitación social:

La presente investigación abarcó a personas cuyas edades comprendieron de 60 a 90 años de edad y que asistieron al Hospital de Chancay y Residen en el Distrito de Chancay, desde noviembre 2015 a marzo 2016.

1.3. Formulación del problema

1.3.1 Problema Principal

¿Cuál es el nivel depresión en adultos mayores residente del Distrito de Chancay, Huaral, Lima 2016?

1.3.2. Problemas Secundarios

1.3.2.1. ¿Cuál es el nivel de depresión en la dimensión afectiva en personas adultos mayores residente del Distrito de Chancay, Huaral, Lima 2016?

1.3.2.2. ¿Cuál es el nivel de depresión en la dimensión conductual personas

adultos mayores residente del Distrito de Chancay, Huaral, Lima 2016?

1.3.2.3. ¿Cuál es el nivel de depresión en la dimensión física en personas adultos mayores residentes del Distrito de Chancay, Huaral, Lima 2016?

1.3.2.4. ¿Cuál es el nivel de depresión en la dimensión cognitiva en personas adultos mayores residentes del Distrito de Chancay, Huaral, Lima 2016?

1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivos General

Determinar el nivel de depresión en personas adultos mayores residentes del Distrito de Chancay, Huaral, Lima.

1.4.2 Objetivos Específicos

1.4.2.1 Determinar el nivel de depresión en la dimensión afectiva en personas adultos mayores residentes del Distrito de Chancay, Huaral, Lima

1.4.2.2 Determinar el nivel de depresión en la dimensión conductual en personas adultos mayores residentes del Distrito de Chancay, Huaral, Lima.

1.4.2.3 Determinar el nivel de depresión en la dimensión física en personas adultos mayor residente del Distrito de Chancay, Huaral, Lima.

1.4.2.4 Determinar el nivel de depresión en la dimensión cognitiva en personas adultos mayor residente del Distrito de Chancay, Huaral, Lima.

1.5. Justificación

La presente investigación tiene por finalidad conocer los niveles de depresión en personas adultos mayores residentes del Distrito de Chancay, Huaral, Lima.

Se eligió la muestra por criterios de conveniencia, a las personas que asistieron al Hospital de Chancay desde noviembre 2015 a marzo 2016 y residen en el Distrito de Chancay. Las mismas son un total 99 personas entre los 55 a 90 años de edad que reciben atención en salud física y mental de forma sostenida y por el limitado presupuesto para el estudio, asimismo por el acceso relativamente más fácil a estas personas.

Los resultados de la presente investigación servirán tanto a los participantes como unidad de análisis del presente estudio, como también a las familias y personal asistencial a efectos de incrementar su conocimiento sobre los aspectos psicológicos de las personas en esta etapa de la vida, información que será importante para el diseño de estrategias de intervención y atención adecuada del personal salud hacia los pacientes adultos mayores y así mismo tener su medición de resultados.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación.

2.1.1 Antecedentes internacionales.

Crespo. (2011) realizó un estudio acerca de prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar, Ecuador. Tuvo por objetivo determinar la prevalencia de la depresión en adultos mayores. Estudio fue descriptivo, la población estuvo conformada por 84 adultos. El instrumento fue la escala de depresión de Yesavage, obteniéndose que el 70% de los adultos mayores obtuvo un puntaje mayor a 4, que según esta escala corresponde a depresión, el restante 30% obtuvo un puntaje igual o menor a 4 que 24 corresponde a normal. De los 33 varones a los que se aplicó el test el 69,70% presentan depresión, y de las 51 mujeres el 70,59% presentan depresión. El rango de edad que más casos de depresión presenta, tanto para el sexo masculino como para el femenino, es el comprendido entre los 80 – 89 años, representando el 47.83% para el sexo masculino y el 36.11% para el femenino.

Borda. (2013) realizó un estudio cuyo objetivo fue establecer la prevalencia y factores de riesgo para depresión en adultos de 65 - 95 años de centros de cuidado geriátrico de Barranquilla, Colombia. Fue un estudio descriptivo

transversal, con análisis de casos y controles. Participaron 66 adultos mayores. Se aplicó encuesta de factores de riesgo, Minimental Test y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Se estudiaron las variables independientes: edad, sexo, nivel educativo, ingresos económicos, fuentes de ingresos, comorbilidad y tipo, polifarmacia, y tipo de institución. Se realizó análisis bivariado de depresión y las variables independientes. Se efectuó el análisis mediante porcentaje, tendencia central y media y desviación estándar y asociación (Or e IC 95 % y Chi-cuadrado y p). El estudio concluyó en que la depresión está en un tercio de la población institucionalizada, en este estudio afectó a los adultos con primaria incompleta y algún trastorno neurológico o psiquiátrico. Asimismo, los hombres, los solteros, los que tienen ingresos muy bajos, que provienen de las familias con ingresos menores a un salario mínimo, que tienen hipotensión arterial y viven en hogares geriátricos públicos.

Se destaca, entonces, que la depresión en el adulto mayor, su detección oportuna es de gran importancia benéfica en las condiciones de salud, bienestar, calidad y satisfacción en la vida del adulto mayor. Por lo tanto estos estudios presentados se relacionan con el problema a investigar, por lo que ayudarán y aportarán a un mayor conocimiento del objeto de investigación, así como el proceso de análisis y discusión de los resultados.

Maldonado y Mendiola (2009), realizó un estudio cuyo objetivo fué conocer la calidad de vida auto percibido de los adultos mayores del hospital civil de ciudad Victoria, Tamaulipas, México. Participaron 30 adultos mayores. El método utilizado fue descriptivo transversal. El instrumento que se utilizó para valorar la variable calidad de vida fue el MGI Calidad de vida construido y validado en Cuba. El estudio concluyó que los adultos mayores de esta población presentaron baja calidad de vida específicamente en edades entre los 60 a 70 años y que las mujeres presentaron calidad de vida más alta que los hombres, posiblemente porque el envejecimiento fué percibido por el hombre como más negativo y las patologías crónicas no influyeron sobre la autopercepción de la calidad de vida, quizás porque se encontraban controlados medicamente. La mayoría de las personas mayores presentaron un elevado nivel de autonomía

para el cuidado personal y de independencia funcional. El aspecto social es el que presentó mayor afectación, los adultos mayores mantiene relaciones con sus amigos y vecinos en su gran mayoría, pero solo un poco más del 50% salen a distraerse ya sea solos o con la familia o amigos.

2.1.2 Antecedentes en el Perú.

Ruelas y Yemira (2013) realizaron un estudio acerca de los factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores en Tablada de Lurín, Lima. La investigación fue de tipo descriptivo y transversal. La población estuvo constituida por 44 adultos mayores, a quienes se entrevistó y aplicó un cuestionario de factores biopsicosociales y una escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage. El estudio concluyó en que la mayoría de adultos mayores presentó un nivel de depresión leve, seguidos por un nivel normal y en su minoría un nivel de depresión severa. Asimismo, se encontró que los factores biopsicosociales influyen mayoritariamente en el nivel de depresión leve, donde el factor biológico indica un 38,6%, el factor psicológico un 50% y el factor social un 34,1%. El factor biológico más relevante indica la disminución de la libido con un 59,1%, seguido por el factor psicológico, donde el sentimiento de soledad y autoestima evidenciaron un 50% cada uno y en el factor social, las dificultades económicas influyen con un 59,1%, entre los más principales.

González y Robles (2011) realizaron un estudio acerca de riesgo de depresión del adulto mayor según test de Escala de Depresión Geriátrica Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro en la ciudad de Lima. El estudio fue de tipo descriptivo y transversal. La población total está constituida por 353 adultos mayores que se encuentran en el Centro Residencial Ignacia Rodulfa Viuda de Canevaro, la técnica aplicada fue la entrevista. Se utilizó como instrumento de medición del riesgo de depresión en el adulto mayor la escala abreviada de Yesavage de 15 preguntas. El estudio concluyó en que los adultos mayores atendidos presentan un riesgo moderado de depresión. Los adultos mayores del grupo etario de 60 a 80 años tienen mayor riesgo de depresión que el resto de adultos, asimismo se encontró que no hay relación significativa entre

el riesgo de depresión y el sexo ($p = 0,910$, no significativo).

Juárez., León y Alata (2010) realizaron un estudio acerca del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH. Viña Alta, Lima. Utilizaron una muestra de 112 adultos mayores de 60 años residentes en el asentamiento humano de “Viña Alta” del distrito de La Molina en la ciudad de Lima. El estudio fue de tipo descriptivo. Se utiliza la escala de depresión geriátrica de Yesavage de 15 ítems (GDS-15). Las conclusiones del estudio fué que existiría una alta prevalencia de depresión (51.67%) que no estuvo asociada a ninguna de las variables del estudio.

Vásquez (2008) estudió el perfil epidemiológico del paciente anciano que acude al Hospital de Día de Geriatria del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Para determinar el estado cognitivo y la prevalencia de demencia, y la presencia de síntomas depresivos. El estudio fue descriptivo y retrospectivo. La población fueron 160 pacientes asegurados mayores de 60. El estudio concluyó en que existiría deterioro sensorial, siendo el auditivo con más frecuencia también presenta depresión y en algunos con deterioro cognitivo.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 La depresión.

2.2.1.1 Definición:

La depresión (del latín depressio, que significa opresión, encogimiento o abatimiento) es un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana (anhedonia). Los trastornos depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de ansiedad.

Durante el transcurso del tiempo el término depresión ha ido evolucionando hasta definirse e identificarla en la actualidad como una enfermedad. Los datos que permiten identificar sus orígenes se remontan muchos años atrás en la antigua Grecia, entre los siglos V y VI a. C. Hipócrates hace la descripción de un enfermedad a la cual llama melancolía, la cual era causada por uno de los cuatro humores corporales, que en relación conjunta estaban relacionados con problemas psiquiátricos: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema; y que la melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis (Calderon, 1998), con diversa sintomatología, principalmente somática. Los hipocráticos lo llamaban melancolía y estaba definido por el rechazo a la comida, desesperación, insomnio, irritabilidad e intranquilidad, ánimo triste y miedo.

Rice (1986), señala la importancia de analizar los problemas de los adultos mayores tomando en cuenta la influencia de los principales contextos en donde se desarrollan, entre las que destacan la familia, los amigos.

Durante la etapa de la adultez mayor, se tiende a enfrentar diversos cambios físicos y psicológicos, generando así una serie de problemas emocionales. Una de estas problemáticas es la depresión, que se caracteriza por una importante disminución del interés en la mayoría de actividades diarias, tristeza o ánimo deprimido la mayor parte del día, insomnio o sueño excesivo, sentimientos de inutilidad o culpabilidad, entre otros.

Se estima que para el 2020, la depresión será la segunda causa de enfermedad en el mundo y que actualmente ha sido asociada con diversas problemáticas, como el incremento de la mortalidad, la tasa de suicidios, y homicidios, comportamientos agresivos y el consumo de drogas (Pardo, Sandoval y Umbarita, 2004).

2.2.1.2 La depresión en el DSM-5

Criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor según el DSM-5:

No introduce cambios a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el episodio de depresión mayor, a excepción de las modificaciones y especificaciones sus característica esencial es de un período de al menos 2 semanas consecutivas en el que la persona manifiesta un mínimo de 5 síntomas de los cuales al menos 1 tiene que ser estado de ánimo depresivo y/o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades. El cuadro depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial, total o no especificad.

1. Estado de ánimo depresivo.
2. Significativa disminución del interés en casi todas las actividades y/o de las sensaciones placenteras relacionadas con ellas.
3. Apetito aumentado o disminuido, o pérdida importante (no relacionada con la dieta) o incremento en el peso corporal (p. ej.: $\geq 5\%$ en un mes).
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Agitación o inhibición psicomotora.
6. Sensación de fatiga o pérdida de energía.
7. Sentimiento de minusvalía o sentimiento de culpa infundado
8. Disminución en la destreza cognitiva, dificultades en la atención o en la toma de decisiones.

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temores a la muerte).

10. Pensamientos suicidas recurrentes sin un plan determinado, intentos de suicidio o un plan suicida.

El episodio depresivo mayor es la forma más frecuente de los trastornos depresivos. Se presenta en el transcurso de una depresión unipolar recurrente o de los trastornos bipolares, en los cuales también se presentan episodios de manía o de hipomanía (cuadros en que el estado de ánimo elevado no provoca trastornos severos en la percepción de la realidad y en la toma de decisiones de consecuencias graves). El diagnóstico preciso y correcto del episodio depresivo tiene una importancia esencial para el tratamiento a largo plazo. Por ello, además de establecer la forma del episodio depresivo, es necesario considerar la frecuente comorbilidad con trastornos de ansiedad, los cuales coexistirían frecuentemente.

Criterios diagnósticos de la forma depresiva de los trastornos de adaptación:

1. Dominan: estado de ánimo depresivo, llanto fácil, sentimiento de desesperanza.

2. Síntomas:

1) Se presentan como una respuesta al estrés hasta 3 meses después de su origen.

2) Exceden considerablemente la reacción esperada al estrés.

3) Deterioran significativamente el funcionamiento social y laboral.

4) Se mantienen ≤ 6 meses después de cesar la acción del estrés.

Los trastornos de adaptación se distinguen del episodio depresivo por la estrecha asociación del estado de ánimo actual con el problema causal. Si el paciente logra evitar la atención en pensamientos sobre las causas originarias del trastorno, puede ser capaz de desenvolverse nuevamente con normalidad.

Criterios diagnósticos del trastorno depresivo persistente (distimia) según el DSM-5:

1. Estado de ánimo deprimido que se mantiene durante casi todo el día y durante la mayoría de los días, en un período de ≥ 2 años.
2. Se registran por lo menos dos de los siguientes síntomas: disminución o aumento del apetito; insomnio o hipersomnias; sentimiento de fatiga o falta de energía; baja autoestima; dificultades para tomar decisiones, para concentrarse y para la atención; sentimientos de desesperanza.
3. En un período de dos años, los síntomas no remiten durante más de dos meses seguidos.

El diagnóstico requiere excluir una causa orgánica, así como que se trate de síntomas de una depresión mayor (síntomas crónicos, remisión parcial).

Criterios diagnósticos del trastorno depresivo causado por enfermedades somáticas:

1. En el cuadro clínico se mantiene el estado de ánimo depresivo o Existiría una importante reducción del interés o de la capacidad para

sentir placer en casi todas las actividades, de forma clara y persistente.

2. Existiría evidencia de que estos síntomas tienen una relación directa con determinado(s) estado(s) somático(s).

Los síntomas depresivos aparecen en el curso de otros trastornos psiquiátricos:

1. Depresión post-psicótica después de un episodio de esquizofrenia.
2. Forma depresiva de los trastornos esquizoafectivos con: aparición simultánea de síntomas del episodio de esquizofrenia y del depresivo.

2.2.1.3 La depresión en el CIE-10

En la Clasificación Internacional de Enfermedades, (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su décima versión, se clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30-F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión

Criterios diagnósticos para Episodio Depresivo:

- A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- B. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios del episodio hipomaniaco o maniaco en ningún período de la vida del individuo.
- C. Criterio de exclusión con más frecuencia: El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

Comúnmente se considera que algunos síntomas depresivos, de aquí denominados “somáticos” tienen un significado clínico especial (en otras clasificaciones se usan términos como biológicos, vitales, melancólicos o endogenomorfos).

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del síndrome somático. Para poder codificar el síndrome somático deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:

1. Pérdida de interés o capacidad para disfrutar importantes, en actividades que normalmente eran placenteras.
2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente provocan una respuesta emocional.
3. Despertarse en la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
4. Empeoramiento matutino del humor depresivo.
5. Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas).

6. Pérdida marcada de apetito.
7. Pérdida de peso (5% o más del peso corporal en el último mes).
8. Notable disminución la libido.

2.2.1.4 Teorías más importantes

Modelo Psicodinámico

Freud planteó en su libro *Duelo y Melancolía* (1917) que la depresión es un estado similar al duelo o aflicción, condiciones subsidiarias de un cambio interno (inconsciente) por la pérdida real o imaginaria del objeto deseado. Asimismo, Freud supuso que la depresión también podría aparecer como respuesta a pérdidas imaginarias o simbólicas. Por ejemplo, un trabajador que es despedido, puede experimentar esas dificultades de manera simbólica como si fuera la pérdida del amor de sus padres.

Sin embargo, Freud indicó que la diferencia entre el luto y la depresión es que las personas deprimidas manifiestan una autoestima más baja y también son más críticas consigo mismas. Supuso que la persona que está predispuesta a la depresión debe haber experimentado la pérdida de una madre, o que quizá sus padres no fueron capaces de satisfacer sus necesidades infantiles de amor y cuidados. En cualquier caso, ese niño habría crecido sintiéndose indigno del amor, con baja autoestima y con tendencia a sentir depresión cada vez que se enfrentase con pérdidas reales o simbólicas.

Más adelante, el psicoanalista John Bowlby (1980) conocido por su importante aporte a la psicología del desarrollo con su Teoría del Apego. Propuso la existencia de dos tipos diferentes de depresión.

Los individuos que experimentan el primer tipo de depresión conocida como analítica, dominada por el otro o dependiente, están fundamentalmente preocupados por las relaciones interpersonales, mostrando una excesiva dependencia de ellas, sentimientos de soledad, indefensión, pérdida y falta de amor. El segundo tipo de depresión es la denominada introyectiva, dominada por las metas o autocrítica, están principalmente preocupados por cuestiones de logro, autodefinición, se autocritican excesivamente y manifiestan una gran cantidad de sentimientos de culpa, de fracaso, de inutilidad.

Modelo Cognitivo

El psiquiatra y terapeuta Beck Aaron T. (1967) formula la teoría de la triada cognitiva de la depresión; considerando como primer punto la visión negativa de sí mismo, que ocasiona baja autoestima y auto concepto. Como segunda consideración la negación del entorno; interpretando erróneamente las situaciones del medio, y por último la consideración negativa del futuro, que se anticipa a los acontecimientos saldrán negativamente (desesperanza).

Asimismo, Beck también formula la teoría de los esquemas cognitivos de la depresión, manifestando que en la génesis de la depresión, los conceptos ya sean reales o irreales provienen de la experiencia de cada individuo, de las opiniones de otros y de la identificación de los roles sociales. Según Beck, se debe tomar en cuenta la interacción de la naturaleza, crianza. Los individuos sensibles al rechazo, al abandono o a la frustración suelen desarrollar miedos y creencias intensas sobre el significado catastróficos de esos hechos. Un paciente predispuesto a reacciones en exceso a los rechazos comunes de la niñez, puede desarrollar una autoestima negativa, esa imagen queda forzada si el rechazo es fuerte. Una vez formado el concepto, este influye en los juicios posteriores. Así nuestra percepción errónea, evaluación e interpretación de las situaciones puede determinar la depresión.

En la depresión, la relación entre cognición y depresión, está en relación directa con las creencias de pérdida o derrota. Aaron Beck, considera que las personas deprimidas tienden a comportarse con otras, auto-evaluándose negativamente, estos patrones de pensamiento (esquemas: contienen información sobre situaciones específicas, seleccionan estrategias para lograr más información y solucionar problemas) tienen en los siguientes, las más destacadas características: Suposiciones o creencias inflexibles, son resultantes de experiencias pasadas, son la base para percibir, discriminar, evaluar los estímulos.

Dentro del contenido, se han distinguido los siguientes tipos de distorsiones cognitivas.

Inferencia arbitraria: sacar conclusiones en base a información no sostenida por la evidencia.

Sobre generalización: conclusiones generales a partir de incidentes aislados, que afectan negativamente a la persona.

Personalización: tendencia a relacionar elementos de su entorno con uno mismo.

El *yo debería*: órdenes autoimpuestas, dictatoriales y extremas, que representan formas no realistas de obligaciones

Interpretación de pensamiento: suposiciones sobre cómo se sienten los demás, lo que piensan y lo que les motiva a ello. Dependen de la proyección de pensar que la reacción de los demás es la misma que la de uno mismo.

Falacia de cambio: Entender que nuestro bienestar depende del cambio de los demás.

Ruiz y Gonzáles (1996), estudiaron la relación entre la depresión, memoria implícita y el procesamiento de información llegando a la conclusión de que Existiría menor congruencia entre el estado de ánimo y la memoria implícita, ya que hay más tendencia a asociarse con la memoria explícita.

La memoria implícita es aquella que almacena información recopilada en un episodio específico y su manifestación no requiere que el sujeto se esfuerce por evocar o recuperar lo aprendido, mientras que la memoria explícita es la que sí necesita recuperación consciente de experiencias aprendidas.

Es importante considerar el hecho de que con frecuencia los ancianos padecen patologías crónicas y agudas a la vez. Además este tipo de paciente suele ser portador no solamente de enfermedades denominadas “activas”, sino también, de un número de procesos o secuelas de las mismas, “inactivos” en el momento actual, pero que han generado alteraciones suficientes para limitar el funcionamiento de los órganos y sistemas. Por eso, en muchos casos cabe hablar de presentaciones atípicas de una determinada enfermedad (Lázaro del Nogal M., 2002).

Dio Bleichmar (1991) describió lo que otros denominan como “depresiones enmascaradas”. Estos síntomas son: los problemas en la vida de pareja (esto no se da en todos los casos pero podría indicar la presencia de un trastorno depresivo); las dificultades sexuales; los problemas en las relaciones interpersonales y los síntomas físicos, como las cefaleas y otras formas de somatización. Muchas veces en la depresión, dolencias físicas que de otra manera pasarían desapercibidas son sentidas como muy graves (Mondimore, 2006).

El psiquiatra William W.K. Zung (1965) propuso la categoría diagnóstica de trastornos depresivos, la misma que incluye el trastorno depresivo

grave, el trastorno distímico, los trastornos depresivos no específicos (trastorno depresivo leve, trastorno depresivo leve recurrente y trastorno disfórico pre-menstrual), así como los trastornos depresivos debidos a condiciones médicas o inducidos por el uso de sustancias. El trastorno depresivo mayor es el más prevalente en la población general colombiana. Sin embargo, la mayoría de las personas no consulta por estos síntomas. De la pequeña proporción de personas que informa estas manifestaciones, un número reducido se identifica en la consulta médica general. El trastorno depresivo mayor es el más discapacitante de los trastornos depresivos y deteriora en forma importante la calidad de vida implica una alta carga de enfermedad, e incrementa significativamente el riesgo de presentar comorbilidad médica. Las personas deprimidas presentan, por ejemplo, una mayor frecuencia de enfermedades cardiovasculares que las no deprimidas, muestran una pobre adherencia a los tratamientos de enfermedades de larga evolución como la diabetes o la hipertensión arterial (este grupo de pacientes sigue con menor frecuencia las prescripciones médicas) y se ausentan con más frecuencia de los sitios de trabajo, lo que tiene un impacto negativo en la economía de las naciones. Las escalas son instrumentos útiles para la identificación de posibles casos de trastorno depresivo mayor en grandes poblaciones. Se dispone de varias escalas para el tamizaje. Sin embargo, en Colombia la escala de Zung para la depresión es la más usada porque no es necesario comprar los formatos (no está sujeta a derechos de autor) y es la más conocida, ya que se usó en los primeros estudios nacionales de salud mental por la facilidad al diligenciarla. La escala de Zung para la depresión es un instrumento que diligencia la propia persona y que consta de 20 componentes. Explora síntomas relacionados con la presencia de un episodio depresivo mayor y presenta un patrón de respuesta ordinal de cuatro opciones. Esta escala ha mostrado propiedades psicométricas aceptables en diferentes poblaciones clínicas y no clínicas. Sin embargo, se han propuesto versiones con un menor número de componentes. Estas versiones, que llamaremos abreviadas, se diseñaron con el propósito de tamizar el trastorno depresivo grave en

adultos mayores. Se consideró que un número menor de componentes minimizaba el sesgo de respuesta relacionado con el cansancio que podía producir un instrumento de mayor longitud, y naturalmente reducía el tiempo dedicado a dar las respuestas. Para abreviarlas incluso más, se ha propuesto el tamizaje con “escalas” de uno o dos componentes. Esta estrategia parece muy atractiva. No obstante, este tipo de instrumentos “ultra breves” tiene varias limitaciones psicométricas. Primero, es muy poco factible que un único componente o una escala con menos de tres componentes abarque con suficiencia un constructo tan complejo como el concepto actual de episodio depresivo grave. Segundo, la confiabilidad de un solo componente es muy pobre si se compara con escalas con un número razonable de componentes.

Modelo conductista

Antonuccio, D.O., Ward, C. H. y Tearnan, B.H. (1989) el modelo conductual manifiestan que la depresión unipolar es aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno (p.ej., relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo). La interacción influyen en las cogniciones, las conductas, las emociones, las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas. Las estrategias conductuales se utilizan para cambiar los patrones poco adaptativos de conducta, cognición y emoción.

Para Lewinsohn (1975), Youngren y Grosscup (1979) y Lewinsohn, Muñoz, Youngren y Zeiss (1986), la depresión es el resultado de la reducción del refuerzo positivo contingente a las conductas del paciente. El total de refuerzo positivo que consigue un sujeto es función del número de acontecimientos que son potencialmente reforzadores para la persona; el número de depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX 423 hechos potencialmente

reforzadores que tienen lugar; y el conjunto de habilidades que posee una persona (p.ej., habilidades sociales) para provocar refuerzo para sus conductas proveniente del entorno.

Los aspectos cognitivos de la depresión tales como baja autoestima, culpabilidad, pesimismo, etc., son el resultado de las atribuciones que hace el sujeto acerca de su sentimiento de disforia.

Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, (1997) reformularon la teoría de la reducción del refuerzo positivo donde se incluye el fenómeno de la secuenciación de conexiones causales, comienza cuando surge un acontecimiento potencialmente evocador de depresión, el cual interrumpe los patrones de conducta automáticos del sujeto, produciendo todo ello una disminución de la tasa de refuerzo positivo y/o un número elevado de experiencias aversivas. Como consecuencia de todo ello, se produce un aumento de la conciencia de uno mismo la autocrítica y las expectativas negativas, traduciéndose todo ello en un aumento de la disforia con consecuencias de todo tipo conductuales, cognitivas, interpersonales, etc.

Lewinsohn (1985) propusieron varios factores que incrementarían la depresión tales como ser mujer, tener una edad entre 20 y 40 años, historia previa de depresión, susceptibilidad frente a acontecimientos aversivos, bajo estatus socioeconómico, baja autoestima y tener hijos con edades inferiores a 7 años. A su vez, también plantearon una serie de factores de protección frente a capacidad de iniciativa, competencia social autopercebida, exposición a una frecuencia elevada de acontecimientos positivos y un grado elevado de apoyo social, indican que ambos tipos de factores, ya sean los de vulnerabilidad o los inmunógenos, podrían afectar a distintas conexiones causales en el modelo general.

Por otro parte, Rehm (1977), manifiesta que la depresión es el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos. La teoría del autocontrol se centra en la contribución del individuo a esta relación negativa a través de las respuestas conductuales y cognitivas.

Se teoriza que los individuos deprimidos tienen una tendencia perfeccionista, pretenden metas inalcanzables, se centran en los aspectos negativos de su entorno y se aplican pocos refuerzos mientras que la tasa de autocastigo es elevada. Esta teoría no intenta minimizar el papel de los factores ambientales, sino que considera que los acontecimientos positivos ocurren con una baja frecuencia a causa de sesgos cognitivos disfuncionales y déficit de estrategias de autocontrol. A través de una regulación errónea de las expectativas y de las estrategias de autoevaluación, por su codificación selectiva y procesamiento y recuperación de los acontecimientos negativos, la persona deprimida tiene un mayor riesgo de autocastigarse.

Modelo neoconductista

Seligman (1975) manifiesta que la depresión se produce cuando el sujeto no es capaz de discriminar la relación (contingencia) entre su comportamiento y las consecuencias que le siguen, ya sean positivas o negativas. Como consecuencia de ello se produciría lo que denominó indefensión aprendida. Este término se refiere al estado de pasividad, así como a otras actitudes que se generan en el sujeto cuando se ha expuesto a un proceso en el que no existiría contingencia entre la conducta y las consecuencias de la misma. Según Seligman la indefensión es un estado psicológico que se produce cuando los acontecimientos son incontrolables. Una consecuencia es incontrolable cuando su probabilidad de ocurrencia es la misma ocurra o no una determinada respuesta voluntaria por parte del organismo. Por el contrario, si cuando ocurre una respuesta la probabilidad de que se dé

una consecuencia es diferente de su probabilidad cuando la respuesta no ocurre, entonces la consecuencia es dependiente de esa respuesta y dicha consecuencia se dice que es controlable.

Para Seligman, un organismo llega a estar indefenso frente a una determinada consecuencia cuando ésta ocurre independientemente de todas sus respuestas voluntarias.

Abramson (1978) reformuló la teoría de Seligman, haciendo énfasis en el tipo de atribuciones que el sujeto hace sobre la causa de su indefensión. Para este investigador estas atribuciones pueden variar en alguna de las siguientes dimensiones: interna-externa, global-específica y estable-inestable.

Por ejemplo, si un sujeto va a una entrevista de trabajo y no lo consigue, y atribuye el fracaso a su baja capacidad, estaría haciendo una atribución de tipo interno, estable y global. Si por el contrario, lo atribuye a que este tipo de trabajo no era adecuado para él, la atribución sería de tipo externa, específica e inestable. Estas tres dimensiones determinan el efecto sobre la autoestima, la cronicidad y la generalidad de la indefensión y la depresión.

Peterson, Maier y Seligman, (1993). El patrón opuesto en las atribuciones sería el que se basa en hechos positivos. Abramson también señalan que algunas de las características de la depresión vienen determinadas por el estilo atribucional de cada sujeto, como por ejemplo la presencia de una baja autoestima como resultado de una atribución personal.

Otras teorías psicológicas

Sullivan en la década de los años 50 hicieron énfasis en la relación recíproca entre factores biológicos y psicosociales de la psicopatología. Aunque el modelo de la terapia interpersonal «no hace asunciones acerca de las causas de la depresión Klerman y Weissman (1993). Sugiere que las relaciones interpersonales de los sujetos pueden jugar un papel significativo tanto en el comienzo como en el mantenimiento de la depresión. Sin embargo, Existirían diferencias de conceptualización muy importantes entre las distintas teorías interpersonales que se han formulado para explicar la depresión (Vázquez y Sanz, 1995). Por ejemplo, la teoría de Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron (1984) parte de la tradición psicoanalítica, mientras que las de Coyne (1976), Coates y Wortman (1980) y Gotlib y Colby, 1987; Gotlib y Hammen, 1992) provienen de los enfoques cognitivo-conductuales.

2.2.2 La Depresión en Adultos Mayores

La depresión no es algo normal del envejecimiento y Existirían estudios que muestran que la mayoría de los ancianos se sienten satisfechos con sus vidas a pesar del aumento de dolores físicos. Sin embargo, cuando la depresión se presenta en ancianos, puede ser pasada por alto porque ellos pueden mostrar síntomas menos evidentes y porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer sentimientos de tristeza o pena.

Además, los ancianos pueden tener más condiciones médicas tales como enfermedad cardíaca, derrame cerebral, o cáncer, las cuales pueden provocar síntomas de depresión, o pueden estar tomando medicamentos cuyos efectos secundarios contribuyen a la depresión. Algunos adultos mayores pueden padecer lo que algunos médicos llaman depresión vascular, también llamada depresión arterioesclerótica o depresión isquémica subcortical. La depresión vascular puede suceder cuando los vasos sanguíneos pierden flexibilidad y se endurecen con el tiempo y se

contraen. Este endurecimiento de los vasos evita que el flujo normal sanguíneo llegue a los órganos del cuerpo, incluyendo el cerebro. Las personas con depresión vascular pueden tener o estar en riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular o derrame cerebral.

Aunque muchas personas suponen que las tasas más altas de suicidio se dan entre los jóvenes, en realidad se dan entre los hombres blancos mayores de 85 años. Muchos sufren una enfermedad depresiva que los médicos no pueden detectar, a pesar del hecho de que estas víctimas de suicidio a menudo visitan a su médico dentro del mes anterior a su muerte. La mayoría de los ancianos con depresión mejoran cuando reciben tratamiento con antidepresivos, psicoterapia, o una combinación de ambos, la medicación sola como los tratamientos combinados son eficaces para reducir la tasa de reaparición de la depresión en adultos. La psicoterapia sola también puede prolongar los períodos sin depresión, especialmente en ancianos con depresión leve y es particularmente útil para aquellos que no pueden o no desean tomar antidepresivos.

El anciano deprimido puede expresar su enfermedad de muy diferentes maneras. Por lo tanto la sintomatología va a ser muy diferente de un caso a otro. En el aspecto funcional pueden reflejar abatimiento, tristeza, soledad, irritabilidad, llanto, miedo, ansiedad, pérdida de interés, etc. En el aspecto cognoscitivo se pueden producir alucinaciones, falta de autoestima, pesimismo, ideas delirantes, pensamientos suicidas, duda de valores y creencias, mala memoria, dificultad de concentración, etc.

En el aspecto físico pueden referir anorexia, astenia, trastornos del sueño, adelgazamiento, estreñimiento, dolores, inquietud, etc. En el aspecto volitivo pueden reflejar una pérdida de motivación o parálisis de la voluntad.

Estos pacientes tienen unos signos observables que en su aspecto presentan una postura inmóvil, cara triste, son hostiles y a veces

suspicaces, pueden estar confusos, son poco colaboradores y, en casos graves, pueden presentar un aspecto desaliñado y babeo. Los movimientos son lentos y gesticulan poco. La marcha puede ser lenta y torpe. En casos graves, pueden llegar al mutismo y al estupor. En ocasiones están agitados, se retuercen las manos, tienen lesiones de rascado en la piel y una marcha incesante. A veces el comportamiento es anormal con intentos de suicidio, negativismo, brotes de agresividad y caídas hacia atrás.

En la mayoría de las ocasiones los cuadros no son tan floridos y se presentan de forma más enmascarada. En el adulto mayor predomina la tendencia a somatizar (refieren estreñimiento, insomnio, dolores, etc.). El sentimiento de inutilidad es frecuente en los ancianos.

El anciano institucionalizado es más vulnerable y por lo tanto más proclive a padecer depresiones. En las Residencias de ancianos la vida se hace rutinaria en muchos casos y además la prevalencia de enfermedades es más alta. Todo ello provoca monotonía, hastío, aburrimiento y desencadena síntomas depresivos. Esto explica la alta prevalencia de depresión (30-50%) en ancianos institucionalizados.

Hay residentes que refieren problemas del sueño que pueden estar motivados por las propias normas horarias del Centro. La falta de interés o la dificultad para concentrarse se suelen originar en medios ambientes estériles en iniciativas y actividades.

Cuando el residente refiere una disminución de la satisfacción vital, debe ahondarse en una posible falta de comunicación social. Un medio impersonal favorece la pérdida de autoestima del anciano institucionalizado. La depresión es más frecuente en las personas con una calidad de vida inferior, en los residentes que toman más medicamentos, en los que tienen mayores dificultades para realizar los actos de la vida diaria y en los que tienen un comportamiento social más

pobre.

El medio ambiente constituye parte del entorno de la persona y por lo tanto influye en el humor.

Con relación a la creencia de que la depresión aumenta con la edad y de que es mayor durante la vejez. Las investigaciones actuales sugieren dos posibilidades: Primera, que la depresión alcanza valores altos en la juventud, disminuye durante la adultez y vuelve a incrementarse en la vejez a valores similares a los de la juventud, de forma que la curva de la prevalencia a lo largo del ciclo vital tiene forma de U (Newmann, 1989; Gatz y Hunwicz, 1990). El incremento de la prevalencia durante la vejez se hace significativo a partir de los 75 años, en comparación con el intervalo de 55 a 74 años de edad y segunda, que el riesgo más elevado de padecer un episodio depresivo se observa entre los jóvenes adultos y disminuye a partir de esta edad, dándose una curva descendente a partir de los 45 años (Vázquez y Sanz, 1995). Estas investigaciones, por tanto, no ofrecen suficiente evidencia empírica de que la prevalencia de la depresión sea mayor en la vejez o de que esta edad se caracterice, en comparación con otras edades, por una clara sintomatología depresiva. Sin embargo, es habitual que la depresión se considere una de las alteraciones psicológicas de la misma (Buendía y Riquelme, 1995) o, incluso, el desorden funcional más común en la vejez (Kalish, 1991). Se ha sugerido al respecto que durante la vejez pueden aparecer altos niveles de síntomas depresivos sin que necesariamente alcancen el criterio para el diagnóstico de depresión mayor (Gatz, 1994), siendo la distimia, en consecuencia, más frecuente en los grupos de mayor edad. En este sentido, algunos trabajos, que han utilizado escalas de autoinforme de síntomas depresivos, apuntan a que un tercio de los sujetos tenían disforia significativa sin alcanzar el criterio de un desorden depresivo mayor (Blazer, Hughes y George, 1987). No obstante, aunque no haya mayor tasa de depresión en la vejez, parece que la depresión en la última etapa de la vida es diferente a la de épocas más tempranas

(Ruiz, Martin, Serrano y Morales, 1988; Gatz, 1994). De forma que durante la vejez la depresión normalmente se asocia a múltiples pérdidas orgánicas y cognitivas. Entre las características diferenciales de la depresión en la vejez, en relación a otras edades, una muy frecuente es la queja de los ancianos deprimidos acerca de problemas de memoria, que enmascara su trastorno principal, acudiendo a las consultas médicas con la sospecha de problemas de demencia y no de depresión. Además, los ancianos con deterioro cognitivo presentan, en muchos casos, al mismo tiempo depresión (Reifler, Larson y Hanley, 1982). Esto nos indica la especial interacción entre las variables cognitivas y las afectivas durante la vejez, y la posibilidad de confusión en el diagnóstico.

La demencia se le define como un desorden de la memoria y la cognición, que empeora progresivamente (Gatz, 1994), aunque no está necesariamente asociada a la vejez (González y Ramos, 1995). Dado que en la vejez se incrementa progresivamente la demencia, la posibilidad de confusión en el diagnóstico diferencial entre ésta y la depresión se hace mayor. En este sentido pensamos que la comprensión de la naturaleza, severidad y causas exactas del deterioro cognitivo es importante para el diagnóstico y tratamiento de la depresión.

Los estudios sobre el funcionamiento cognitivo de los deprimidos han puesto de manifiesto consistentemente un deterioro en tareas atencionales y de memoria inmediata (Sweeney, Stokes, Wetzier y Kocsis, 1989). Los sujetos depresivos muestran un rendimiento inferior en las pruebas explícitas de memoria de recuerdo libre, recuerdo con claves y reconocimiento; sin embargo, en las pruebas implícitas de memoria las diferencias entre depresivos y no depresivos dependen de la naturaleza propia de las pruebas: si éstas requieren un nivel de procesamiento superficial no hay diferencias, mientras que sí existirían diferencias si se requiere un nivel de procesamiento profundo, semejante al requerido en las pruebas explícitas (Beato y Fernández, 1995). Estas diferencias en el rendimiento cognitivo entre depresivos y no depresivos

son significativamente mayores en los ancianos (Deptula, Singh, Pomara, 1993).

La relación entre los estados de depresión y problemas de memoria y atencionales ha hecho que estos problemas sean incluidos entre los criterios de evaluación clínica de la depresión. Es posible que el hecho de que la depresión pueda estar relacionada con problemas atencionales, que afectan a la fase inicial de la adquisición y codificación de la información. Lo cual se confirma en estudios psicofisiológicos en los que se muestra una reducción en el nivel de reactividad a la estimulación sensorial en los deprimidos (Dawson, Schell y Catania, 1977). Otras posibles explicaciones son el deterioro de los recursos cognitivos (Ellis y Ashbrook, 1988), las dificultades en la elaboración del material (Watkins, Matheuws, Williamson y Fuller. 1992) y las estrategias ineficaces de organización subjetiva (Davis, 1979).

Diversos trabajos apuntan que la depresión es el mejor predictor de la percepción de problemas de memoria en la vejez (Zelinski et al.. 1980; por lo que, a su vez, la memoria se convierte en un indicador importante para diferenciar deprimidos y no deprimidos. La implicación de la memoria en el rendimiento mnésico de los ancianos es origen de cierta controversia. Para algunos autores las quejas de memoria de los ancianos no se corresponden con el rendimiento posterior de los mismos (O'Connor, Pollit y Roth 1990; Bermejo y Garda de Blas, 1993). Otros, sin embargo, sugieren la Existiríancia de una importante relación entre la memoria y la ejecución en tareas de memoria, especialmente en la vejez (Zelinski, Gilewski y Thompson, 1980; Dellefield y McDougall, 1996. Algunos autores, incluso, no sólo han encontrado relación entre la metacognición y la memoria, sino también entre aquélla y el rendimiento en diversas tareas cognitivas (Fingerman y Perlmutter, 1994). Esta relación es superior conforme el sujeto es más viejo.

Además de la memoria, que diferencia entre sujetos deprimidos y

normales, como ya hemos señalado, Existirían otras tareas que han mostrado su eficacia a la hora de distinguir entre depresión y demencia. Entre estas, destaca la capacidad de retención de la información (recuerdo demorado), la cual se ha comprobado que se mantiene más o menos intacta en los ancianos deprimidos y se deteriora considerablemente en la demencia tipo Alzheimer (Massan, Butters y Delis, 1994).

En cuanto al género, las mujeres presentan mayor tasa de depresión en todas las edades, siendo estas diferencias mayores en la vejez. A este fenómeno se le han dado diversas explicaciones, que van desde lo biológico a lo sociocultural, y sigue siendo bastante controvertido. Pero dejando a un lado los resultados contradictorios, lo cierto es que el balance de la evidencia clínica y epidemiológica indica que la mujer presenta un riesgo 1.5 veces mayor que el hombre de sufrir trastornos depresivos o depresión mayor (Weissman y Klerman, 1985; Bebbington, 1988; Anthony y Aboraya, 1992).

Por otra parte, si la edad es un factor de riesgo para la demencia, se puede afirmar que la educación es un factor protector: parece ser que a niveles educativos más bajos Existirían mayores riesgos de deterioro cognitivo en general (Steen, 1992; Gatz, 1994), y en concreto de la memoria en los ancianos (Coisher y Wallace, 1991). A esto se le han dado diversas explicaciones, desde la que afirma que el nivel de estudios propicia una mayor actividad cerebral, que protegería en la vejez del deterioro cognitivo (Zhang, Katzman y Salmón, 1990), a la que asegura que la educación sería un indicador del nivel socioeconómico del sujeto, factor de riesgo verdaderamente implicado en el deterioro cognitivo.

Esta relación entre nivel educativo y demencia, independientemente de cuál sea su origen, nos hace presumir la Existiríancia de una interrelación entre el nivel de estudios y la depresión. Al respecto, en algunos estudios ya se ha establecido que un bajo nivel de estudios es un factor de riesgo

para la presencia de la depresión en la edad adulta y la vejez (Anthony y Aboralla, 1992).

2.2.3 Afectivo.

Es un concepto que se basa en tres elementos que son los siguientes:

- a) estado de ánimo, conformado por estados o tonalidades afectivas que caracterizan a una persona y su relación con el mundo en un periodo determinado.
- b) Emociones, caracterizadas por un conjunto de respuestas conductuales, afectivas, somáticas y cognitivas que se viven de manera intensa y se dan en un corto tiempo ante un estímulo específico.
- c) Evaluaciones afectivas, formadas por juicios agradable-desagradable que hace un sujeto acerca de algunos aspectos en su vida (Fernández, Ubillos & Zubieta, 2000; Páez & Carbonero, 1993)

En general, se pueden identificar dos dimensiones principales de la afectividad, las cuales representan polos distintos y relativamente independientes de este concepto: afecto positivo y afecto negativo.

La dimensión positiva se manifiesta por emociones placenteras y sensaciones de energía, entusiasmo, confianza, motivación incrementada, logro y éxito.

La dimensión negativa se caracteriza por emociones displacenteras, miedos, inhibición, inseguridad, frustración, fracaso y culpa

2.2.4 Conductual

Proviene del término conducta de origen latino. Este concepto hace referencia al comportamiento de las personas a lo largo de la vida.

En el cual manifiesta que la conducta es la manifestación de la personalidad y de los factores visibles y externo de los individuos.

Factores que determinan la conducta.

- Es a partir del objetivo del comportamiento que la conducta adquiere un sentido y da lugar a una interpretación se relación con el ambiente físico, social, incluyendo las instituciones que lo conforman. En otras palabras, solo se hace referencia a los factores externos.
- Lugar se encuentra la motivación, es decir que la conducta posee algo que la moviliza, es decir se encuentra vinculado con las cuestiones genéticas que son determinantes en el proceso biológico. Es decir, poseen un carácter interno
- La conducta también posee o se produce por una causa determinada, en relación con el ambiente físico, social, incluyendo las instituciones que lo conforman. En otras palabras, solo se hace referencia a los factores externos.

Asimismo referimos que existen dos elementos más que dirigen la conducta, ellos son los elementos de la sociedad y el ambiente, y los elementos biológicos.

2.2.5 físicos.

Son síntomas físicos o denominados somáticos para distinguir los síntomas corporales de otros tipos de síntomas no somáticos, cognitivos, o emocionales.

La distinción no es únicamente semántica. La expresión 'somático' se refiere a las diferentes sensaciones corporales que una persona percibe como desagradables o preocupantes.

Los síntomas físicos incluyen sensaciones corporales como dolor de espalda, dolor de cabeza, trastornos intestinales, mareos, palpitaciones, fatiga, y numerosas otras perturbaciones, disfunciones físicas básicas, como las de sueño, apetito, fatiga o pérdida de energía, también se incluyen en el término 'somático'. Es clínicamente relevante diferenciar entre síntomas somáticos dolorosos y no dolorosos de la depresión.

El lenguaje utilizado en la literatura médica para describir síntomas somáticos de la depresión es a la vez confuso y contradictorio. Un gran número de términos, incluyendo síntomas físicos, condiciones físicas dolorosas crónicas, síntomas no explicados médicamente, síntomas somatizados, síntomas dolorosos, somatización, síntomas somatomorfos, síntomas psicósomáticos, depresión enmascarada. Es importante no confundir los síntomas somáticos asociados a la depresión con los trastornos somatomorfos. El diagnóstico diferencial es confundido por el conocimiento de que existe una alta prevalencia de depresión en pacientes con trastorno de somatización. Del mismo modo que hay niveles sustanciales de síntomas hipocondriacos, de conversión y somatización en pacientes con depresión. Entender la relación de los síntomas somáticos y la depresión es un elemento esencial para mejorar nuestro conocimiento de los trastornos depresivos en el entorno de la atención primaria.

2.2.6 La cognitivo.

Está relacionado con el proceso de adquisición de conocimiento (cognición) mediante la información recibida por el ambiente, el aprendizaje, y deriva del latín *cognoscere*, que significa conocer.

La cognición implica muchos factores como el pensamiento, el lenguaje, la percepción, la memoria, el razonamiento, la atención, la resolución de problemas, la toma de decisiones, etc., que forman parte del desarrollo intelectual y de la experiencia.

La psicología cognitiva, dentro de las ciencias cognitivas, está relacionada con el estudio de los procesos mentales que influyen en el comportamiento de cada individuo y el desarrollo intelectual. De acuerdo con el pensador suizo, psicólogo, biólogo y epistemólogo Jean Piaget, la actividad intelectual está vinculada al funcionamiento del propio organismo, a la evolución biológica de cada persona

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. Tipo de la investigación:

La presente investigación es de tipo descriptivo, porque solo describe los niveles de depresión que se presentan en los adultos mayores (Hernández, Fernández, Baptista. 2010).

3.2 Diseño de la investigación

El estudio se enmarca en el descriptivo no experimental y transversal, porque el investigador no manipula las variables y tan sólo describe sus manifestaciones determinadas (Hernández, et al 2010).

3.3 Población y muestra.

- a. Población: La población actual en adultos mayores en el Distrito de Chancay es de 3367 personas. El presente estudio estuvo conformada por personas de la tercera edad, cuyas edades van desde 55 a 90 años de edad. Pertenecen a un nivel socioeconómico medio y tienen su residencia en el Distrito de Chancay.
- b. Muestra: fue de tipo no probabilístico, estuvo conformado por personas que asiste al Hospital de Chancay que residen en el Distrito de Chancay de la

Provincia de Huaral, Departamento de Lima. Es decir, 985 personas divididos en 71 mujeres y 28 varones entre 55 a 90 años de edad.

Criterios de exclusión:

Estar en tratamiento farmacológico por algún trastorno del comportamiento.

Tener importantes dificultades cognitivas como producto de algún tipo de demencia o condición médica.

3.4 Variables, dimensiones o indicadores.

3.4.1. Variable Depresión.

Definición Conceptual

Es un estado de ánimo deprimido que se mantiene durante casi todo el día y durante la mayoría de los días, en un período de ≥ 2 años cuyos síntomas son: Disminución o aumento del apetito; insomnio o hipersomnias; sentimiento de fatiga o falta de energía; baja autoestima; dificultades para tomar decisiones, para concentrarse y para la atención; sentimientos de desesperanza.

Definición Operacional

Es el resultado de la medición de la escala de la autovaloración de la depresión de W.W.K. Zung cuyos resultados se expresan a través de dimensiones afectivas, conductual, física y cognitiva.

Variable	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores
Depresión	Es lo que medir Escala de la autovaloración de la depresión del Dr. W.W.K. Zung, de 20 ítems	Afectiva	Estado de ánimo conformado por estados o tonalidades afectivas que caracterizan a una persona y su relación con el mundo en un periodo determinado.
		Conductual	Es la manifestación de conductas de la personalidad y de los factores visibles y externo del individuo en relación con el ambiente físico, social.
		Física	Son síntomas físicos o denominados somáticos para distinguir los síntomas corporales de otros tipos de síntomas no somáticos, cognitivos, o emocionales.
		cognitiva	Implica factores como el pensamiento, el lenguaje, la percepción, la toma de decisiones, etc. Que forman parte del desarrollo intelectual y de la experiencia.

3.5 Técnica e instrumentos de la recolección de datos

3.5.1 Instrumentos

Escala de la autovaloración de la depresión del Dr. W.W.K Zung.

Es una encuesta corta creado por el Dr. W.W.K Zung que consiste en identificar presencia e intensidad de síntomas y signos indicadores de la depresión, se administrara adolescentes y adultos (adultos mayores), tiene una sensibilidad de un 97%, con una especificidad de 63% y tiene un 82% de acierto para discriminar depresión. Sin embargo, no se ha validado con certeza su capacidad para predecir alteraciones somáticas sensoriales y autonómicas, consta de 20 preguntas, cada una relacionada con características específicas de la depresión, y cuyas respuestas generan puntajes individuales, que son totalizados y transformados en un índice que señala el grado de depresión del individuo. El índice de Zung, traduce una impresión clínica equivalente y está basado en resultados combinados de algunos estudios que compararon pacientes deprimidos y no deprimidos en el rango de edad de 20 a 64 años. Las puntuaciones elevadas no implican un diagnóstico en sí mismas, pero sí indican la presencia de depresión. La puntuación de cada pregunta muestra signos y síntomas específicos, mientras que la adición de la puntuación de varias preguntas indica las áreas donde el sujeto presenta las mayores dificultades. De esta manera, en este instrumento, las preguntas se subdividen en cuatro categorías: afectiva, fisiológica, psicomotora y psicológica, lo que permite delinear en sus diferentes aspectos sintomáticos el síndrome depresivo. La categoría afectiva consta de 2 preguntas (10% del total), la categoría fisiológica consta de 8 preguntas (40% del total), la motora (10% del total), y la categoría psicológica, con 8 preguntas (40% del total).

Asi mismo también referimos que la escala de la autovaloración de la depresión del Dr. W.W.K Zung autoescala consiste en 20 preguntas y 4

opciones de respuesta: “muy pocas veces”, “algunas veces”, “muchas veces” o “casi siempre”, lo que se traduce en un puntaje del 1 al 4, respectivamente. La sumatoria de los puntajes de cada pregunta genera un valor total que luego es convertido en un índice mediante una tabla de equivalencia de 100 puntos. Este índice total revela el grado de depresión del individuo: un índice menor de 50 sugiere una impresión clínica normal, sin psicopatología; de 50-59: depresión mínima o leve; de 60-69: depresión moderada o notoria; 70 o más: depresión severa a extrema. Los individuos con valores patológicos para Zung (mayor o igual a 50) se evaluaron utilizando una historia clínica detallada, basada en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desordenes Mentales, versión IV (DSM-IV).

Tiene un tiempo determinado de 15 minutos el material que se usara es de lápiz y borrado: la encuesta indicara cuatro características más comunes de la depresión que son el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras, se usa en el ámbito clínico e investigación, tienes validez de diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa, cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo), también indica su Fiabilidad en la mitad de las afirmaciones están expresadas en sentido positivo “Me siento abatido y melancólico” y la mitad en sentido negativo respecto a la depresión “por las mañanas es cuando me siento mejor” lo cual evita que el paciente descubre una pauta a seguir y responda de manera automática indicando el grado en que presenta cada uno de los síntomas. Al calificar su intensidad de acuerdo con la frecuencia con que aparecen, puede valorarse adecuadamente la mayoría de ellos.

La posibilidad de escoger entre cuatro grados facilita la respuesta.

Propiedades Psicométricas:

Fiabilidad.

Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice α de Cronbach entre 0,79 y 0,92).

Validez.

Ha sido validada en otras poblaciones y ha mostrado una sensibilidad entre el 92% y 95%, y una especificidad entre 74% y 87,5%, mientras que su consistencia interna se ha informado entre 0,58 y 0,84 en el cual indica que las variaciones se relacionan con las características socioculturales de las poblaciones objeto de estudio e indican que deben hacerse ajustes en los puntos de corte, dependiendo los objetivos que se hayan propuesto y de la comunidad que se vaya a analizar.

En población geriátrica disminuye su validez, tanto para cuantificar la intensidad / gravedad de la depresión, como a efectos de cribado o detección de casos 16, debido al elevado peso relativo que tienen los síntomas somáticos en el puntaje total. Orientadas más hacia el paciente geriátrico, se han desarrollado versiones abreviadas 23-24, con menor peso de los síntomas somáticos, que han tenido una difusión muy limitada.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 Descripción de la muestra

4.2 Estadísticos descriptivos

En la tabla N°1 se puede apreciar que los puntajes más altos se encuentran en el ítem N° 2 y N°5 y los bajos en el ítem N° 3 y N° 4 esto significa que la muestra estudiada tiene mejor estado anímico por las mañanas, y no presentan problemas con el apetito. Por otra parte, la muestra estudiada tiene dificultades para para la expresión emocional del llanto y también para conciliar el sueño.

Tabla N° 1

		Estadísticos				
		1.- Me siento abatido y melancólico.	2.- Por las mañanas es cuando me siento mejor.	3.- Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.	4.- Duermo mal.	5.- Tengo tanto apetito como antes.
N	Válidos	99	99	99	99	99
	Perdidos	0	0	0	0	0
	Media	2,59	3,42	1,85	1,86	2,63
	Mediana	3,00	4,00	2,00	2,00	3,00
	Moda	3	4	1 ^a	2	3
	Asimetría	-,126	-,662	,270	,375	-1,233
	Error típ. de asimetría	,243	,243	,243	,243	,243
	Curtosis	-1,215	-,530	-1,277	,248	,812
	Error típ. de curtosis	,481	,481	,481	,481	,481
	Suma	256	339	183	184	260

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

4.3 Estadísticos descriptivos

En la tabla N°2 se puede apreciar que los puntajes más altos se encuentran en el ítem N° 6 y N°9 y los bajos en el ítem N° 7 y N° 8 y N°10 esto significa que la muestra estudiada no tiene dificultades en la atracción sexual pero su percibe dificultades con el ritmo cardíaco. Por otro lado la muestra estudiada no percibe problemas con el peso, el estreñimiento y el cansancio excesivo.

Tabla N° 2

		Estadísticos				
		6.- Aún me atraen las personas de sexo opuesto.	7.- Noto que estoy perdiendo peso.	8.- Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.	9.- Me late el corazón más a prisa que de costumbre.	10.- Me canso sin motivo.
N	Válidos	99	99	99	99	99
	Perdidos	0	0	0	0	0
	Media	3,58	1,58	1,76	2,11	1,70
	Mediana	4,00	1,00	2,00	2,00	1,00
	Moda	4	1	2	2	1
	Asimetría	-,311	1,711	-,268	,586	1,319
	Error típ. de asimetría	,243	,243	,243	,243	,243
	Curtosis	-1,943	2,133	-,208	,093	,816
	Error típ. de curtosis	,481	,481	,481	,481	,481
	Suma	354	156	174	209	168

4.4 Estadísticos descriptivos

En la tabla N°3 se puede apreciar que los puntajes más altos se encuentran en el ítem N° 11 y N°15 y los bajos en el ítem N° 12 y N° 13 y N° 14 esto significa que la muestra estudiada tiene claridad mental y al mismo tiempo se siente irritable por momentos. Por otro lado no siente dificultad para hacer sus actividades cotidianas, presenta ciertas dificultades para estar tranquilas y limitadas expectativas para el futuro.

Tabla N° 3:

		Estadísticos				
		11.- Tengo la mente tan clara como antes.	12.- Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	13.- Me siento nervioso(a) y no puedo estarme quieto.	14.- Tengo esperanza en el futuro.	15.- Estoy mas irritable que antes.
N	Válidos	99	99	99	99	99
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media		2,88	1,74	1,65	1,59	2,06
Mediana		3,00	1,00	2,00	1,00	2,00
Moda		3	1	2	1	1
Asimetría		-,807	1,064	,111	1,455	,743
Error típ. de asimetría		,243	,243	,243	,243	,243
Curtosis		-,250	,275	-,749	,932	-,950
Error típ. de curtosis		,481	,481	,481	,481	,481
Suma		285	172	163	157	204

4.5 Estadísticos descriptivos

En la tabla N°4 se puede apreciar que los puntajes más altos se encuentran en el ítem N° 16 y N°18 y N°17 y los bajos en el ítem N° 19 y N° 20 esto significa que la muestra estudiada tiene facilidad para tomar decisiones, para sentirse útil y estar satisfecho con su vida actual y finalmente la muestra estudiada tiene una percepción negativa sobre la actitud de su familia y refiere que ya no disfruta las cosas como antes.

Tabla N° 4:

		Estadísticos				
		16.- Me es fácil tomar decisiones.	17.- Me siento útil y necesario.	18.- Me satisface mi vida actual.	19.- Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.	20.- Disfruto de las mismas cosas que antes.
N	Válidos	99	99	99	99	99
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media		2,63	2,44	2,45	1,59	1,36
Mediana		3,00	2,00	2,00	2,00	1,00
Moda		3	2	2	2	1
Asimetría		-,548	,227	,362	-,125	1,828
Error típ. de asimetría		,243	,243	,243	,243	,243
Curtosis		,177	-1,989	-,648	-1,464	2,144
Error típ. de curtosis		,481	,481	,481	,481	,481
Suma		260	242	243	157	135

4.6 Estadística para cada una de las dimensiones afectivo – sexo

4.6.1 Resultados para la dimensión afectiva.

En la tabla N° 5 y grafico N° 1 y grafico N° 2 que corresponde a la dimensión afectiva se observa importante diferencias en los resultados para hombres y mujeres. En la categoría "a veces" los hombres obtuvieron un 78.6%, es decir la mayor parte de la muestra de hombres se encuentra en esta categoría. Así mismo en la categoría con "bastante frecuencia" las mujeres superaron a los hombres con 46.5%. En ambos géneros la mayor parte de las respuestas se ubican en la categoría "a veces", con 76.6% para los hombres y 53.5% para las mujeres. En términos generales juntando ambos géneros se aprecia que la mayor parte de las respuesta se ubican en la categoría "a veces" con 60.60% y el resto con la categoría con " bastante frecuencia" con 39.4%.

Tabla N° 5

ESTADISTICA PARA CADA UNA DE LAS DIMENSIONES AFECTIVO - SEXO										
	NUNCA O CASI NUNCA		A VECES		CON BASTANTE FRECUENCIA		SIEMPRE O CASI SIEMPRE		TOTAL	
	1		2		3		4		sujetos	%
HOMBRES	0	0%	22	78.6%	6	21.4%	0	0%	28	100%
MUJERES	0	0%	38	53.5%	33	46.5%	0	0%	71	100%
TOTAL	0	0%	60	60.60%	39	39.4%	0	0%	99	100%

Grafico N° 1

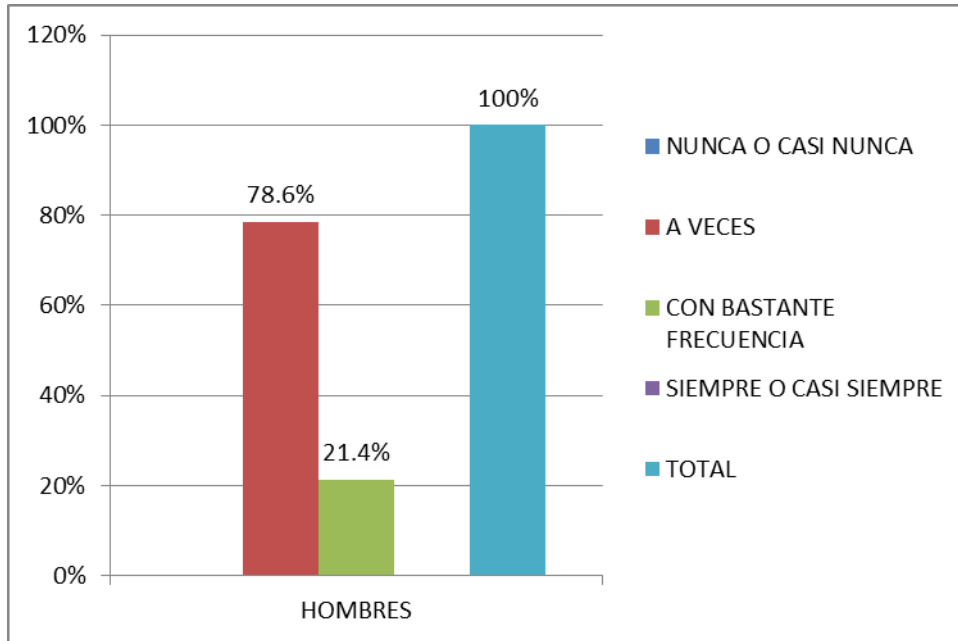
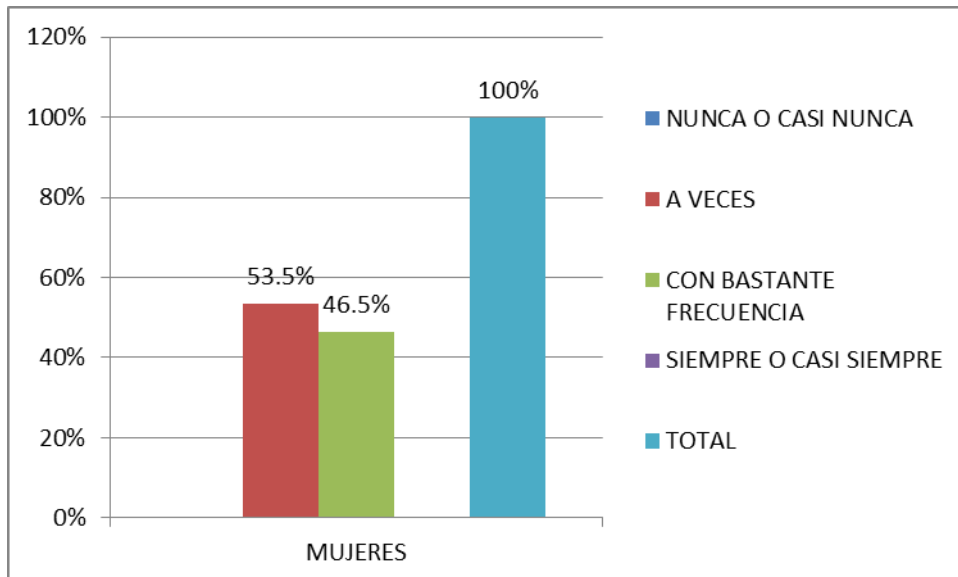


Grafico N° 2



4.7 Estadística Para Cada Una De Las Dimensiones Conductual – Sexo.

4.7.1 Resultados para la dimensión conductual.

En la tabla N° 6 y grafico N° 3 y grafico N° 4 que corresponde a la dimensión conductual se observa importante diferencias en los resultados para hombres y mujeres. En la categoría "a veces" los hombres obtuvieron un 78.6%, es decir la mayor parte de la muestra de hombres se encuentra en esta categoría. Así mismo en la categoría con "bastante frecuencia" las mujeres superaron a los hombres con 46.5%. En ambos géneros la mayor parte de las respuestas se ubican en la categoría "a veces", con 76.6% para los hombres y 53.5% para las mujeres. En términos generales juntando ambos géneros se aprecia que la mayor parte de las respuesta se ubican en la categoría "a veces" con 60.60% y el resto con la categoría con " bastante frecuencia" con 39.4%.

Tabla N° 6

ESTADISTICA PARA CADA UNA DE LAS DIMENSIONES CONDUCTUAL - SEXO										
	NUNCA O CASI NUNCA		A VECES		CON BASTANTE FRECUENCIA		SIEMPRE O CASI SIEMPRE		TOTAL	
	1		2		3		4		sujetos	%
HOMBRE	0	0%	22	78.6%	6	21.4%	0	0%	28	100%
MUJERES	0	0%	38	53.5%	33	46.5%	0	0%	71	100%
TOTAL	0	0%	60	60.6%	39	39.4%	0	0%	99	100%

Grafico N° 3

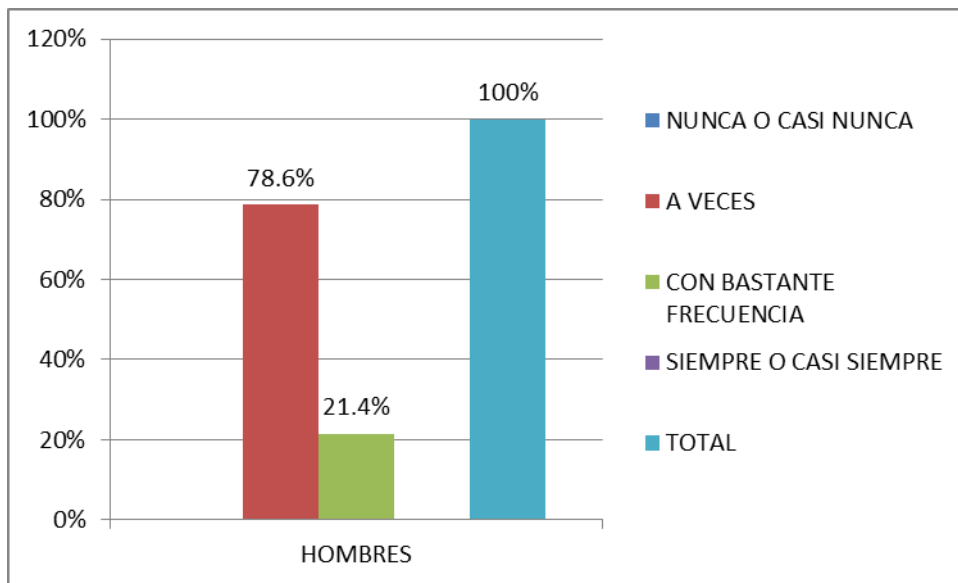
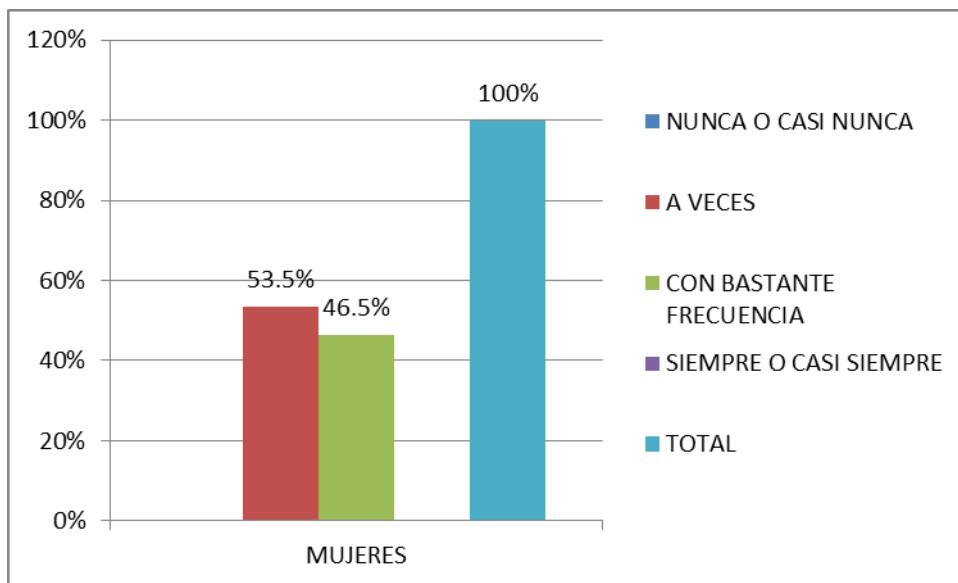


Grafico N° 4



4.8 Estadística para cada una de las dimensiones física – sexo

4.8.1 Resultados para la dimensión física

En la tabla N° 7 y grafico N° 5 y grafico N° 6 que corresponde a la dimensión física se observa importante diferencias en los resultados para hombres y mujeres. En la categoría "a veces" los hombres obtuvieron un 96.4%, es decir la mayor parte de la muestra de hombres se encuentra en esta categoría. Así mismo en la categoría con "con bastante frecuencia" las mujeres superaron a los hombres con 11.3%. En ambos géneros la mayor parte de las respuestas se ubican en la categoría "a veces", con 96.4% para los hombres y 83.1% para las mujeres. Es interesante notar que en la categoría nunca o casi nunca la mujeres obtuvieron un 5.6%. En términos generales juntando ambos géneros se aprecia que la mayor parte de las respuesta se ubican en la categoría "a veces" con 86.9%, y en la categoría con " bastante frecuencia" con 9.1% y finalmente en la categoría " nunca o casi nunca" un 4%.

Tabla N° 7

ESTADISTICA PARA CADA UNA DE LAS DIMENSIONES FISICA - SEXO										
	NUNCA O CASI NUNCA		A VECES		CON BASTANTE FRECUENCIA		SIEMPRE O CASI SIEMPRE		TOTAL	
	1		2		3		4		sujetos	%
HOMBRE	0	0%	27	96.4%	1	3.6%	0	0%	28	100%
MUJERES	4	5.6%	59	83.1%	8	11.3%	0	0%	71	100%
TOTAL	4	4 %	86	86.9%	9	9.1%	0	0%	99	100%

Grafico N° 5

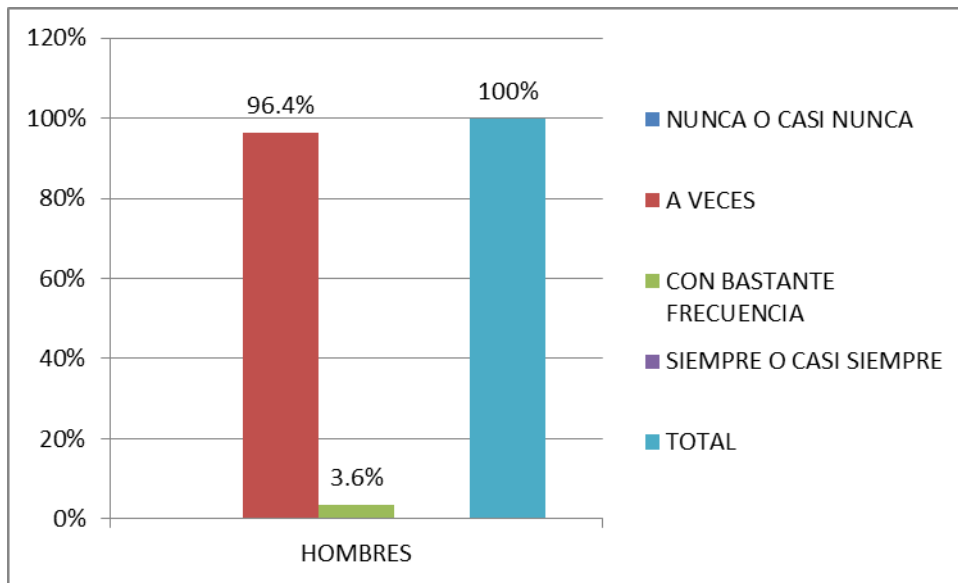
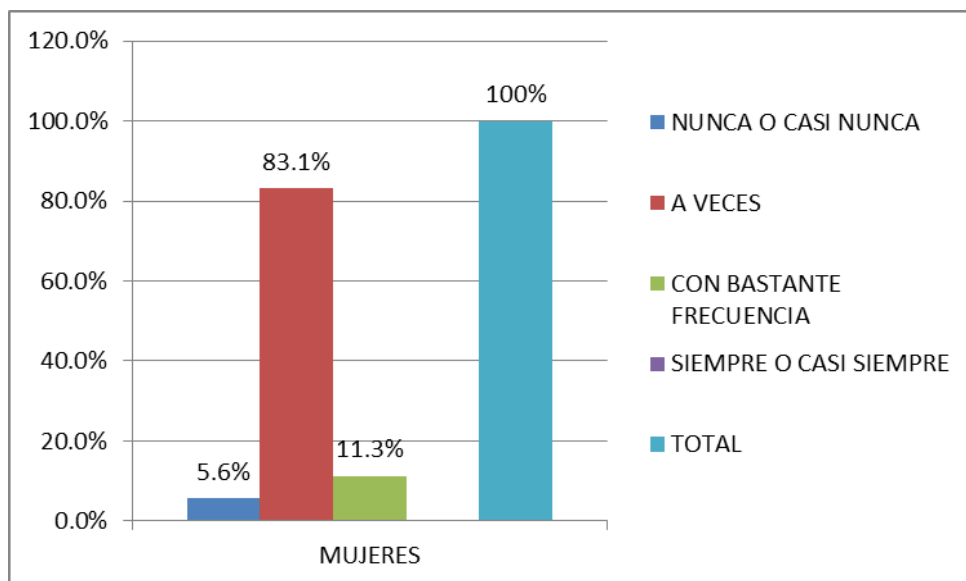


Grafico N° 6



4.9 Estadística para cada una de las dimensiones cognitiva – sexo

4.9.1 Resultados para la dimensión cognitivo

En la tabla N° 8 y grafico N° 7 y grafico N° 8 que corresponde a la dimensión cognitiva se observa importante diferencias en los resultados para hombres y mujeres. En la categoría "a veces" las mujeres obtuvieron un 78.9%, es decir la mayor parte de la muestra de las mujeres se encuentra en esta categoría. Así mismo se observa que los hombres obtuvieron en las categoría "a veces" y "con bastante frecuencia" (46.4%).

En términos generales juntando ambos géneros se aprecia que la mayor parte de las respuesta se ubican en la categoría "a veces" con 69.7%, y en la categoría "con bastante frecuencia" con 25.3% y en la categoría "nunca o casi nunca" un 3%, Y finalmente en la categoría "siempre o casi siempre" con un 2%.

Tabla N° 8

ESTADISTICA PARA CADA UNA DE LAS DIMENSIONES COGNITIVA – SEXO										
	NUNCA O CASI NUNCA		A VECES		CON BASTANTE FRECUENCIA		SIEMPRE O CASI SIEMPRE		TOTAL	
	1		2		3		4		sujetos	%
HOMBRE	0	0%	13	46.4%	13	46.4%	2	7.1%	28	100%
MUJERES	3	4.2%	56	78.9%	12	16.9%	0	0%	71	100%
TOTAL	3	3. %	69	69.7%	25	25.3%	2	2 %	99	100%

Grafico N° 7

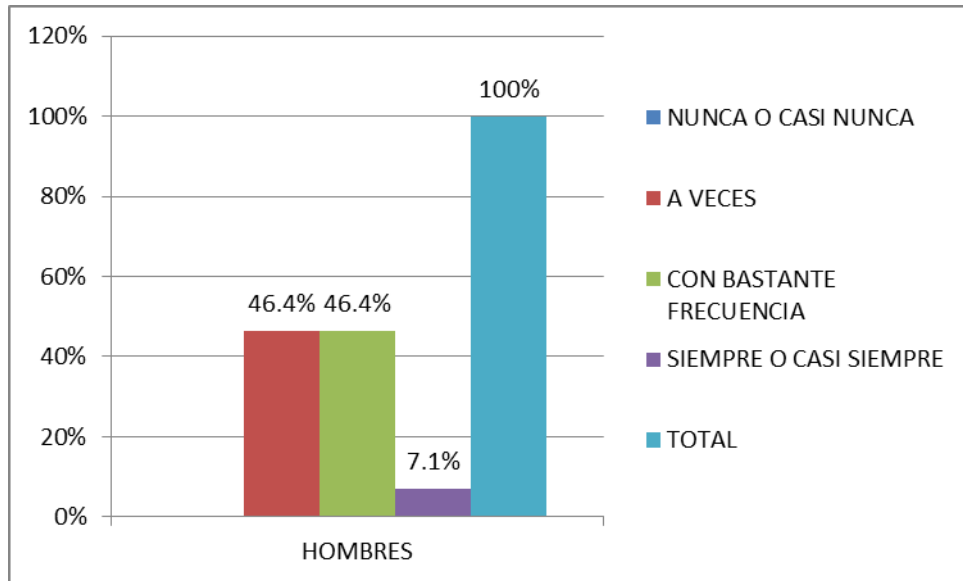
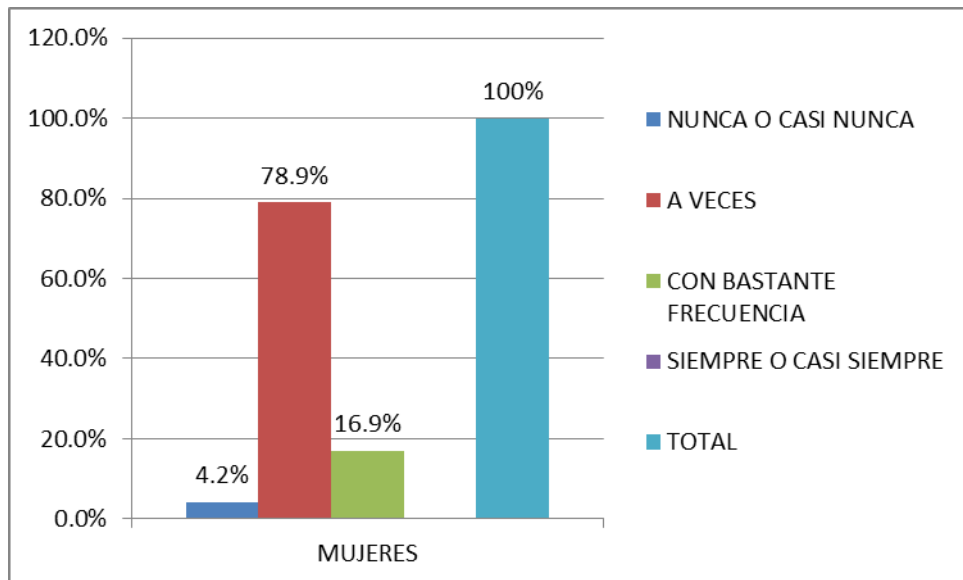


Grafico N° 8



4.10 Discusión de los resultados

Esta investigación tuvo como finalidad describir las dimensiones de depresión en un grupo conformado por adultos mayores que son pacientes del Hospital de Chancay.

En respuesta a este planteamiento se analizó los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario de depresión de Zung.

Debido a la naturaleza descriptiva del presente trabajo, no hay hipótesis, por tanto se analiza la depresión en función de cuatro dimensiones, afectiva, conductual, física, y cognitiva.

Con relación al objetivo general se encontró diferencias importantes en los niveles depresión en hombres mujeres. Aunque en la presente muestra el número de hombres y mujeres notablemente diferente (hombres 28% y mujeres 71% de 99 personas) se observa que los hombres tienen puntajes en la categoría “a veces” y las mujeres sobresalen en la categoría “casi siempre”. En ningún caso se registran puntajes en la categoría siempre. Es importante señalar que en ningún caso hay puntajes que indiquen niveles depresión significativos que nos harían pensar sobre la necesidad de un programa de intervención.

Un nivel muy bajo o poco significativo de rasgos depresivos. Es decir, los resultados están en relación con los resultados encontrados por Crespo V. J. R. (2011), por Borda P., M. (2012), Maldonado G. G. (2009), Ruelas, F. y Yemira K. (2010), González M. y Robles E. (2011) y Vásquez, S. (2008). Se sabe que la depresión no es una condición inherente a la senectud, y en este sentido los resultados están en contraste con las dos tendencias teóricas más importantes sobre el particular. Una corriente de trabajo (Newmann, 1989; Gatz y Hunwicz, 1990) concluye que la depresión alcanza valores altos en la juventud, disminuye durante la adultez y vuelve a incrementarse en la vejez a valores similares a los de la juventud, de forma que la curva de la prevalencia

a lo largo del ciclo vital tiene forma de U. El incremento de la prevalencia durante la vejez se hace significativo a partir de los 75 años, en comparación con el intervalo de 55 a 74 años de edad (Murrell, Himmelfarb y Wright, 1983). Una segunda corriente teórica indica que el riesgo más elevado de padecer un episodio depresivo se observa entre los jóvenes adultos y disminuye a partir de esta edad, dándose una curva descendente a partir de los 45 años (Vázquez y Sanz, 1995). Es necesario indicar que sobre este tema no se ha alcanzado unanimidad debido que los diversos trabajos no ofrecen suficiente evidencia empírica sobre la prevalencia de la depresión sea mayor en la vejez o de que esta edad se caracterice, en comparación con otras edades, por una clara sintomatología depresiva. Asimismo, los resultados del presente estudio son interesantes porque estimulan el desarrollo de nuevos trabajos investigativos a efectos de proponer explicaciones alternativas.

Con relación a la dimensión afectiva se encontró diferencias importantes en los niveles depresión en hombres mujeres. En el caso de los hombres se observa que poseen mayores puntajes en la categoría “a veces”. Asimismo, las mujeres superan a los hombres en la categoría “con bastante frecuencia”. Es decir que las mujeres tienen mayores niveles de depresión en estas dimensiones que los hombres. Es importante señalar que la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, así como el aumento de la fatigabilidad son estados que pueden ser resultado de diversas condiciones físicas debido a tratamientos médicos o producto del proceso biológico del envejecimiento, por otro lado, también podría ser el resultado de particulares condiciones personales que cotidianamente enfrentan estas personas. Con todo, estos resultados contrastan con la tendencia teórica expuesta anteriormente que relaciona vejez con depresión.

Con relación a la dimensión conductual se observa la tendencia de la dimensión anterior, es decir, hay diferencias importantes en los niveles depresión en hombres mujeres. En el caso de los hombres se observa que poseen mayores puntajes en la categoría “a veces”. Asimismo, las mujeres superan a los hombres en la categoría “con bastante frecuencia”. Es decir que

las mujeres tienen mayores niveles de depresión en esta dimensión que los hombres. En estudios anteriores no se reportan diferencias importantes entre ambos sexos, sería importante estudiar ulteriormente este contraste.

Con relación a la dimensión física también se encontró diferencias importantes en los niveles de depresión en hombres y mujeres. En el caso de los hombres se observa que poseen mayores puntajes en la categoría “a veces”. Asimismo, las mujeres superan a los hombres en la categoría “con bastante frecuencia”. Cabe resaltar que las mujeres son las únicas que registran un puntaje en la categoría “nunca o casi nunca”. Es decir que las mujeres tienen mayor nivel de depresión en comparación a los hombres. Es probable que estos resultados de la calidad de atención del Hospital de Chancay, así como también, el entorno familiar y social constituyan factores que fortalezcan los recursos de afrontamiento a la depresión en las personas adultas mayores.

Con relación a la dimensión cognitiva se encontró diferencias importantes en los niveles de depresión en hombres y mujeres. En el caso de los hombres se observa que poseen puntajes repartidos en la categoría “a veces” y “con bastante frecuencia”, con un porcentaje menor en la categoría “siempre o casi siempre”. Por otro lado, las mujeres registran mayor cantidad de puntajes en la categoría “a veces”. Estos resultados parecen coincidir con Vásquez (2008) quien en una muestra de personas de la tercera edad con depresión encontró deterioro cognitivo. Asimismo, estos resultados son consistentes con la descripción de la depresión que hace el DSM-5 en su listado de síntomas de esta enfermedad. Por otro lado, es posible que factores contextuales (como la familia, estilo de vida, idiosincrasia, machismo entre otros) generen en las mujeres mayores sentimientos de vulnerabilidad e inseguridad, situación que afecta su tono emocional.

Conclusiones:

1. La muestra estudiada no evidencia niveles de depresión altos, se observa importantes diferencias entre hombres y mujeres.
2. Dimensión afectiva, encontramos niveles de depresión moderados con importantes diferencias en hombres y mujeres. Las mujeres superan a los hombres en esta dimensión.
3. Dimensión conductual, encontramos niveles de depresión moderados con importantes diferencias en hombres y mujeres. Sin embargo, las mujeres superan a los hombres en esta categoría.
4. Dimensión física, encontramos niveles de depresión moderados con importantes diferencias en hombres y mujeres. Las mujeres registran mayores niveles de depresión en esta dimensión.
5. Dimensión cognitiva, se encontró niveles de depresión leves y en que los hombres poseen puntajes repartidos por igual en la categoría “a veces” y “con bastante frecuencia”. Por otro lado, las mujeres registran mayor cantidad de puntajes en la categoría “a veces”. En esta dimensión los hombres superan a las mujeres.

Sugerencias:

1. Continuar con el desarrollo de los programas en la atención física y psicológica desarrollados por el Hospital de Chancay y mantener los niveles de calidad de atención que se ejecutan.
2. Desarrollar y ejecutar programas interdisciplinarios como creación de talleres de manualidades y juegos a efectos de reducir el porcentaje de depresión leve, asimismo, hacer un seguimiento más estrecho sobre los resultados, a efectos de alcanzar el éxito en la aplicación de dichos programas.
3. Continuar con esta línea de investigación, haciendo énfasis en los resultados de las diferentes estrategias de trabajo que se realiza con los adultos mayores.
4. Desarrollar e implementar programas de intervención psicológico para la prevención de deterioro cognitivo
5. Incluir al psicólogo en la intervención de Atención Integral De Salud en la etapa del adulto mayor.

REFERENCIAS

Abramson L, M Seligman, J. Teasdale (1978) Indefensión Aprendida en Los Seres Humanos. Journal of Abnormal Psychology. New Jersey.

Anthony, J. C. y Aboralla, A. (1992). The epidemiology of selected mental disorders in later life. En J .Birren, R.B. Sloane y G. D. Cohen (Eds.), Handbook of mental health and aging (2' ed., pp. 28-73). San Diego Academic Press.

Antonuccio, D.O., Ward, C. H. y Tearnan, B.H. (1989). The behavioral treatment of unipolar depression in adult outpatients.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-5. Bogota: Panamericana.

Buendía, J. y Riquelme, A. (1995). Trastornos asociados a la vejez. En A. Belloch, B. Bandín y F. Ramos (Dírs.), Manual de Psicopatología, (Vol. 2, pp. 747-767). Madrid.

Beck, A.T. (1972). Depression: Causes and treatment. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.

Beato, M.S. y Fernández, A. (1995). Memoria explícita e Implícita en pacientes depresivos: diferencias entre pruebas perceptivas y conceptuales. Cognitiva, 7(1), 51-66.

Bebbington, P. (1988). The social epidemiology of clinical depression. En A.S.

Henderson y G.D. Bun-ows (Eds.), Handbook of social psychiatry (pp. 87-102). Amsterdam: Elsevier Science Publishers.

Blazer, D. Hughes, D. C. y George, L.K. (1987). The epidemiology of depression in an elderly community population. *The Gerontologist*, 27, 281-287.

Borda P. (2013) Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla Colombia. Recuperado el 22 de enero del 2016 <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/3397>

Bowlby J. (1980). La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Ed. Paidós, Barcelona.

Organización Mundial de la Salud. (1992) CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra.

Centro de estadísticas del Hospital de Chancay (2015). Ministerio de Salud.

Coyne, J. C. (1976). La depresión y la respuesta de los demás. *Journal of Abnormal Psychology*.

Coates, D. y Wortman, C.B. (1980). Depression maintenance and interpersonal control. En A. Baum y J.E. Singer (dirs.), *Advances in environmental psychology*. Vol. 2. Applications of personal control (pp. 149-182). Hillsdale, NJ: LEA.

Colsher, P. L. y Wallace, R. B. (1991). Epidemiologic considerations in studies of cognitive function in the elderly: methodology and nondementing acquired dysfunction. *Epidemiological Review*, 13, 1-27

Crespo J. (2011). Prevalencia De Depresión En Adultos Mayores De Los Asilos De Los Cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la Provincia del Cañar.

Tesis previa a la obtención del título de Médico en la Universidad de Cuenca.
Ecuador

Davis, H. (1979). The self-schema and subjective organization of personal Information in depresión. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 415-425.

Dawson, M., Schell, A. y Catanía, J. (1977). Automatic conrelates of depresston and clinical improvement fblloving electroconvulsive shock therapy. *Psychophysiology*.

Deptula, D., Singh. R. y Pomara, N. (1993). Aging, emotional states, and memory. *American Journal of Psychiatry*.

Dellefield, McDougall. G. J. (1996). Increasing metamemory in older adults. *Nursing Research*.

Dio Bleichmar, E. (1991). *La depresión en la mujer*. Madrid: Temas de Hoy.

Ellis, H. C. y Ashbrook, P. W. (1988). Resource allocation model of the efFects of depressed mood States on memory. En K. Fiedler y J. Porgas (Eds.). *Affect, cognition and social behavior*, (pp. 25-43). Tofonto: Hogrefe.

Fernandez, I., Ubillos, S. & Zubieta, E. (2000). *Manual de psicología social y salud, instrumentos de prácticas de investigación*. San Sebastián: Universidad del País Vasco.

Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolía*. (1915) Editorial Paidos Editorial Gedisa. Ecuador.

Fingenrran, K. L. y Perlmutter, M. (1994). Self-Ratings of past, present, and futura cognitive performance across adutthood. *ínternationalJournal Aging and Human Development*. 38 (4), 363-382

Gatz, Mi Hurwicz. M.L (1990). Are old people more depressed? Cross-sectional data on Center for Epidemiological Studies Depression Scale factors. *Psychology and Aging*, 5 (2), 284-290

González, H. y Ramos, F. (1995). Las demencias seniles. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Dir.), *Manual de Psicopatología*, (Vol. 2 pp. 769-790). Madrid

González M., Robles J. (2011). Riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro, (tesis de licenciatura). Lima: UNIVERSIDAD WIENER.

Gotlib, I.H. y Colby, C.A. (1987). *El tratamiento de la depresión. Se acercan los sistemas interpersonales*. Oxford.

Gotlib, I.H. y Hammen, C. (1992). *Aspectos psicológicos de la depresión. Hacia una integración interpersonal cognitiva*. New York.

Hernández, Fernández, baptista (2000) *metodología de la investigación*. México. Mc Graw Hill.

Juárez J. M. León A. F. Vicky Alata L. (2010). *Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH. Viña Alta, perfil epidemiológico de los ancianos que acuden a un hospital de día de geriatría*. La Molina, Lima.

Kalish, R.A. (1991), *La vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano*, Pirámide, Madrid.

Klerman, G. L. y Weissman, M. M. (1993). *La psicoterapia interpersonal para la depresión: Antecedentes y conceptos*. En G. L. Klerman y M. M. Weissman (dirs.), *Las nuevas aplicaciones de psicoterapia interpersonal* (pp. 3-26). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. y Chevron, E. S. (1984/1999). Interpersonal la psicoterapia de la depresión: Una breve y focalizada estrategia específica. Nueva York.

Lázaro-Del Nogal M. (2002). Función mental y estado confusional agudo. In Ribera-Casado JM, Gil-Gregorio P, eds. Función mental y envejecimiento. Madrid.

Lewinsohn, P. M., Hoberman, H., Teri, L. y Hautzinger, M. (1985). Una teoría integradora de depresión. En S. Reiss y R. R. Bootzin (dirs.), Cuestiones teóricas en la terapia de comportamiento (pp. 291-315). Nueva York

Lewinsohn, P. M., Youngren, M. A. y Grosscup, S. J. (1979). Refuerzo y la depresión. En R. A. Depue (dir.), La psicobiología de los trastornos depresivos: Implicaciones para los efectos del estrés (pp 291-315.). Nueva York: Academic Press

Lewinsohn, P. M., Gotlib, I.H. y Hautzinger, M. (1997). Tratamiento conductual de la depresión unipolar. En V.E. Caballo (dir.), Manual para el Tratamiento cognitivo-conductual de Los Trastornos Psicológicos, vol. 1 (pp. 493-541). Madrid.

Maldonado G y Mendiola I. (2009). Autopercepción de la Calidad de Vida en Adultos Mayores, en Contribuciones a las Ciencias Sociales. México

Massan, P. J., Mantequillas, N.M. y Delis, DC (1994). Some comparisons of the verbal learning déficit in Alzheimer demetia, Huntington disease, and depression.

Mondimore, M.D. (2006) Depression, The Mood Disease, 3rd edition. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Murrel, S.A Himmelfarb, S. y Wright, K. (1983). Prevalence of depression and its con'elates in older adults. American Journal of Epidemilogy, 177, 173-185

Newman, J. P (1989). Aging and depression. *Psychology and Aging*, 4, 150-165.

Manrique De Lara, G (1992). Situación del adulto mayor en el Perú. Perú: Revista Médica Herediana. Vol. 3, núm. 3 Recuperado el 3 de febrero del 2016 file:///C:/Users/hp%20touch/Documents/TESIS%202016/poblacion%20adulto%20UPCH,%202013.pdf.

O'Connor, D. W., Pollit, P. A. y Roth, M. (1990). Memory complaints and impairments in normal, depressed & demented elderly persons identified in a community survey. *Arch Gen Psych* 47: 224-7

Pardo, G., Sandoval, A. y Umbarita, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 13-28.

Peterson, C., Maier, S. F. y Seligman, M. E. (1993). Indefensión aprendida. Una teoría para la edad de control personal. Nueva York: Oxford University Press.

Rice, F. Philip (1986). *Desarrollo humano: Estudio del ciclo vital*. 2ª ed. México.

Reifler, B.V., Larson, E. y Hanley, R. (1982). Coexistence of cognitive impairment and depression in geriatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 139, 623-626.

Ruiz, M., M. F.; Serrano, V. y Morales, M. (1988). Depresiones en las diferentes edades de la vida. *Psiquis*, 9(2). 11-22.

Ruelas F., Yemira K. (2013). "Factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010" Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Programa Cybertesis PERÚ.

Ruiz, J. y Gonzales, P. (1996). Depresión, memoria implícita y procesamiento de

información emocional. Consultado el 02 de febrero 2009 en Revista de Psicología general Aplicada, de la Federación Española de Asociaciones de Psicología 49(1), 103 - 110. Recuperado el 4 de enero del 2016 <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2358127>

Seligman, M.E.P. (1975). Impotencia: En la depresión, el desarrollo, y la muerte. San Francisco: Freeman.

Sullivan, H.S. (1953). La teoría interpersonal de la psiquiatría. Nueva York: Norton.

Sweeney. J.A., Stokes, P., Wetzler, S., y Kocsis.J. (1989). Cognitive functioning in depression. *Journal of Clinical Psychology*. 45(6).

Steen, B. (1992). Psychosocial and cultural aspects of dementia: a european perspective. En M. Bergener, K. Hasegawa, S.I. Finkel y T. Nishimura (Eds.), *Aging and mental disorders. International perspectives*, (pp. 124-133). Nueva York: Springer

Vázquez, C. y Sanz, J. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (dirs.), *Manual de psicopatología*, Vol. 2 (pp. 299- 340). Madrid

Vásquez, S. perfil epidemiológico de los ancianos que acuden a un hospital de día de geriatría. 2008.

Vázquez, C. y Sanz, J. (1995). Trastornos del Estado de Animo: Aspectos Clínicos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (dirs.), *Manual de Psicopatología*, vol. 2 (pp. 299 y 340). Madrid.

Watkins Mathews. A. Williamson. D.A., y Fuller. R.D. (1992). Mood congruent memory in depression: Emotional priming or elaboraron? *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 581-586.

Weissman, M. M. y Klerman. G. L. (1985). Gender and depression. Trends in Neuroscence, 8,416- 420.

Youngren, Mi Lewinsohn, P. M. (1980). La relación funcional entre la depresión y la problemática comportamiento interpersonal. Journal of Abnormal Psychology, 89, 333-341.

Zeiss, A.M., Lewinsohn, P.M. y Muñoz, R. F. (1979). Efectos no específicos de mejora en depresión mediante la formación habilidades interpersonales, cronogramas de actividades agradables, o entrenamiento cognitivo. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47, 427-439.

Zelinski, E. M., Gilewski, M. J. y Thompson. L.W. (1980). Do laboratory tests relate to selfassessment of memory ability in the young. and oíd?. En LW.Poon, J.L.Fozard, L.S. Cermak D.Arenberg y L.W. Thompson (Eds.), New directions in memory and aging. Hillsdale, N.J; Eribaum.

Zhang, M., Katzman, R. y Salmón, D. (1990). Prevalence of dementia and Alzheimer's disease in Shanghai, China.

Zung, W.W (1965). A self-rating depression scale. Archives of General Psychiatry.

Zung, W. (1965). Auto informé Escala de Depresión. Colombia

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROYECTO:

PROBLEMA	OBJETIVOS	DISEÑO METODOLOGICO
<p>Problema Principal: ¿Cuál es el nivel de depresión en adultos mayores residente del Distrito de Chancay, Huaral, Lima?</p> <p>Problema Secundario: 1. ¿Cuál es el nivel de depresión en la dimensión afectiva en personas adultos mayores residente del Distrito de Chancay, Huaral, Lima?</p> <p>2. ¿Cuál es el nivel de depresión en la dimensión conductual en personas adultos mayores residente del Distrito de Chancay, Huaral, Lima?</p> <p>3. ¿Cuál es el nivel de depresión en la dimensión física en personas adultos mayores residente del Distrito de Chancay, Huaral, Lima?</p> <p>4. ¿Cuál es el nivel de depresión en la dimensión cognitiva en personas adultos mayores residente del Distrito de Chancay, Huaral, Lima?</p>	<p>Objetivo General: Determinar el nivel de depresión en adultos mayores residente del Distrito de Chancay, Huaral, Lima.</p> <p>Objetivos Específicos: 1. Determinar el nivel de depresión en la dimensión afectiva en personas adultos mayores residente del Distrito de Chancay, Huaral, Lima.</p> <p>2. Determinar el nivel de depresión en la dimensión conductual en personas adultos mayores residente del Distrito de Chancay, Huaral, Lima.</p> <p>3. Determinar el nivel de depresión en la dimensión física en personas adultos mayores residente del Distrito de Chancay, Huaral, Lima.</p> <p>4. Determinar el nivel de depresión en la dimensión cognitiva en personas adultos mayores residente del Distrito de Chancay, Huaral, Lima.</p>	<p>Tipo de Investigación: Descriptivo.</p> <p>Diseño de Investigación: No experimental.</p> <p>Población: Personas que asisten al Hospital de Chancay desde noviembre 2015 a marzo del año 2016, y residen en el Distrito de Chancay, Huaral, Lima</p> <p>Muestra: 98</p> <p>Instrumentos: Escala de la autovaloración de la depresión del Dr. W.W.K Zung.</p>

Escala de la autovaloración de la depresión del Dr. W.W.K Zung

Nombres y apellidos: _____					
Domicilio: _____ Fecha de evaluación: ___/___/___					
	Nunca o casi nunca	A veces	Bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntaje
1. Me siento abatido y melancólico					
2. Por las mañanas es cuando me siento mejor					
3. Tengo accesos de llanto o ganas de llorar					
4. Duermo mal					
5. Tengo tanto apetito como antes					
6. aún me atraen las personas del sexo opuesto					
7. Noto que estoy perdiendo peso					
8. Tengo trastornos intestinales y estreñimiento					
9. Me late el corazón más aprisa que de costumbre					
10. Me canso sin motivo					
11. Tengo la mente tan clara como antes					
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes					
13. Me siento nervioso y no puedo estar me quieta					
14. Tengo esperanza en el futuro					
15. Estoy más irritable que antes					
16. Me es fácil tomar decisiones					
17. Me siento útil y necesario					
18. Me satisface mi vida actual					
19. Creo que los demás estarían mejor si yo muriera					
20. Disfruto de las mismas cosas que antes					
Puntaje total				=	

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PARA EL ADULTO

