



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA  
SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA HUMANA

TITULO:

AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL  
DISTRITO DE SANTIAGO – ICA, 2018.

TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA HUMANA

AUTOR:

BACH. LOPEZ MARTICORENA, JORGE D’MARTIN

ASESOR:

PS. CHECCLLO TENORIO, ADIN MEZOLLAM

ICA – PERU

2018

Dedico este trabajo que me ha costado tanto  
esfuerzo a mi Madre Vilma y mi Padre Jorge,  
quienes me brindaron todo su apoyo en los  
momentos que más necesite de ellos  
sin dudar en mí.

También dedico este trabajo a mis abuelos  
en especial a mi abuela Reyna que partió  
de este mundo sin saber que podría o no  
culminar mi carrera profesional.

Me animo a lograrlo.

Agradezco a mi familia por apoyarme emocionalmente y económicamente para que este proyecto pueda culminar de la mejor manera.

Agradezco a mi asesor metodológico por el apoyo que me brindo en cada paso que daba para la construcción de mi tesis.

Y agradezco a todas las personas que me apoyaron con esfuerzo y esmero en todo este proceso de ejecución.

## RESUMEN

Objetivo: Relación entre autoestima y depresión en adultos mayores del distrito de Santiago - Ica. Diseño: descriptivo correlacional comparativo. Muestra: 120 adultos mayores de los cuales 60 son institucionalizados y 60 no institucionalizados. Instrumentos: escala de autoestima de Rosenberg con una confiabilidad moderada de 0.567 y escala de depresión geriátrica de Yesavage con una confiabilidad alta de 0.689. Los resultados: indican que el 47,5% de los adultos mayores presentan autoestima elevada. Por otro lado, se observa que el 77,5% no presento depresión. Conclusión: se observa que los datos de las variables presentan moderada correlación inversa, es decir, a mayores niveles de autoestima menores niveles de depresión y en función con las variables sociodemográficas presentaron similitudes con las variables de estudio.

Palabras Claves: Autoestima, Depresión, Adultos Mayores, Institucionalizados

## ABSTRACT

Objective: Relationship between self-esteem and depression in older adults of the district of Santiago - Ica. Design: descriptive comparative correlation. Sample: 120 adults over 60 are institutionalized and 60 are not institutionalized. Instruments: Rosenberg's self-esteem scale with a moderate reliability of 0.567 and a geriatric depression scale of Yesavage with a high reliability of 0.689. The results: indicate that 47.5% of older adults have high self-esteem. On the other hand, it was observed that 77.5% did not present depression. Conclusion: it is observed that the data of the variables show moderate inverse correlation, that is, with higher levels of self-esteem, lower levels of depression and in function with the sociodemographic variables, with similarities of presentation with the study variables.

Key Words: Self-esteem, Depression, Older Adults, Institutionalized

## INTRODUCCIÓN

El propósito de esta investigación es dar a conocer la importancia de los adultos mayores en relación a las variables estudiadas, para esto lo primero que se debe de saber es ¿Qué es envejecimiento?, ya que éste es un proceso normal que conlleva a un deseo de seguir viviendo, lo ideal es hacerlo con una capacidad funcional y una calidad de vida adecuada. Para que esto suceda el adulto mayor debe aceptar su vida como se ha vivido y creer que se hizo lo mejor posible en aquellas circunstancias. Si se logra hacer, se habrá desarrollado la integridad del ego, el cual según Erikson (1982) permitiría luchar contra la idea de estar cerca de la muerte. La Autoestima es aquella actitud positiva que se tiene hacia uno mismo, la cual no es innata y se desarrolla a lo largo de la vida mediante procesos de desarrollo y aprendizaje. Sin embargo, en los adultos mayores la autoestima tiene mucha importancia, pues los cambios físicos, enfermedades y actitudes sociales, pueden influir negativamente en el concepto que tienen los adultos mayores de sí mismas y afectarla. Por otro lado, existen aquellos que se infravaloran hasta el punto de no quererse, respetarse o valorarse llevándolos a la depresión.

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos que causa una sensación de malestar, con manifestaciones de tristeza, angustia, mal humor, frustración, y todo esto es consecuencia de algo negativo que sucedió.

En la presente investigación se desglosará en capítulos para detallar el contenido del estudio:

En el primer capítulo se desarrolla el planteamiento del problema, donde se encuentra la descripción de la realidad problemática, formulación del problema, objetivos de la investigación, justificación y limitaciones del estudio.

En el segundo capítulo se encuentra el marco teórico, donde se evidencian los antecedentes de la investigación, bases teóricas y definiciones de términos básicos.

En el tercer capítulo se señala la hipótesis y variables de la investigación, donde se establece la formulación de las hipótesis principales e hipótesis derivadas, las variables y definiciones conceptuales y operacional.

En el cuarto capítulo se encuentra la metodología, que permite detallar el diseño metodológico, diseño muestral, técnicas e instrumentos de recolección de datos, técnicas estadísticas para el procesamiento de la información y aspectos éticos.

En el quinto capítulo se encuentran los resultados, análisis y discusión, donde se efectúa el análisis descriptivo de los datos, análisis inferencial de los datos, comprobación de las hipótesis, discusión, conclusión y recomendaciones. Así mismo se presentan en los anexos la tabla de confiabilidad de ambos instrumentos, ficha sociodemográfica, la escala de autoestima y la escala de depresión, pruebas de normalidad, matriz de consistencia

En esta oportunidad mediante esta investigación se permite contribuir a la comunidad científica con los hallazgos obtenidos, así mismo el investigador logrará graduarse como licenciado en psicología.

## **INDICE**

### **CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

1.1. Descripción de la realidad problemática	11
1.2. Formulación del problema	14
1.2.1. Problema principal	14
1.2.2. Problemas secundarios	14
1.3. Objetivos de la investigación	15
1.3.1. Objetivo general	15
1.3.2. Objetivos secundarios	15
1.4. Justificación e importancia de la investigación	15
1.4.1. Importancia de la Investigación	15
1.4.2. Viabilidad de la Investigación	16
1.5. Limitaciones del estudio	17
1.5.1. Limitaciones Endógenas	17
1.5.2. Limitaciones Exógenas	17

### **CAPITULO II. MARCO TEORICO**

2.1. Antecedentes de la Investigación	18
2.1.1. Autoestima	18
2.1.2. Depresión	22
2.2. Bases teóricas	27
2.3. Definición de términos básicos	39

### **CAPITULO III. HIPOTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACION**

3.1. Formulación de hipótesis principal y derivadas	41
3.1.1. Hipótesis principal	41
3.1.2. Hipótesis derivada	41



3.2. Variables; definición conceptual y operacional	42
---	----

## **CAPITULO IV. METOLOGIA**

4.1. Diseño metodológico	44
4.1.1. Diseño de Investigación	44
4.1.2. Método	44
4.1.3. Nivel	45
4.1.4. Tipo	45
4.2. Diseño muestral	46
4.2.1. Población	46
4.2.2. Muestra	46
4.3. Técnicas e instrucciones de recolección de datos	46
4.3.1. La encuesta	46
4.3.2. Instrumentos	46
4.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	48
4.5. Aspectos éticos	48

## **CAPITULO V. RESULTADOS, ANALISIS Y DISCUSION**

5.1. Análisis descriptivo de los datos	49
5.2. Análisis inferencial de los datos	51
5.3. Comprobación de hipótesis	57
5.3.1. Técnicas estadísticas empleadas	59
5.4. Discusión	61
5.5. Conclusión	66

RECOMENDACIONES	67
REFERENCIAS	68
ANEXOS	75
INDICE DE FIGURAS	92

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

Los adultos mayores constituyen una de las poblaciones más vulnerables que existe en el país y hacia ellos apunta gran parte de su esfuerzo el sector salud y sus instituciones. Precisamente, cada 26 de agosto se celebra en el Perú el Día Nacional del Adulto Mayor, fecha que sirve para sensibilizar a la población en general sobre los cuidados en la salud y el involucramiento de la familia en esta etapa de la vida de las personas que cuentan con 60 años a más. Seguro Integral de Salud (SIS, 2017). De igual manera la OMS considera que en los países desarrollados la etapa de vida Adulto Mayor se da a partir de los 65 años; no obstante, para los países en desarrollo se considera a partir de los 60 años. (OMS, 2015).

Sin embargo, como lo indica el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2017), Las personas de la tercera edad suman 3 millones 229 mil 876 en el país y constituyen el 10,1% de la población nacional, según las proyecciones de población por rango de edad del INEI para el cierre de junio de 2017; de los cuales trabajan 1 millón 282 mil 500 personas en el primer trimestre del año 2017, aumentando en 9,9%, al compararlo con similar trimestre del año anterior.

Por consiguiente, se observa que casi 2 millones de adultos mayores no se dedican a alguna actividad que les genere independencia y por lo contrario se vuelven dependientes de aquellas personas que en su momento estuvieron a cargo de ellos mismo. Tales como hijos, sobrinos o nietos. Dando como consecuencia pensamientos negativos que solo los incitan a tener una autoestima baja y depresión. Es por esta razón que se crean los Centros de Adulto Mayor (CAM) donde se brindan espacios que son orientados a mejorar el proceso de envejecimiento, mediante el desarrollo de programas de integración familiar, intergeneracional, socioculturales, recreativos, productivos que generan un mejor estilo de vida para un envejecimiento positivo.

Se realizó un estudio sobre la “Depresión, Autoestima y Ansiedad en la tercera Edad, México”.

Los resultados obtenidos mostraron que, el 40% no presenta ansiedad, el 46.6% presenta ansiedad leve y el 13.3% ansiedad moderada. En cuanto a la depresión se encontró el 63.3% no presenta depresión, el 20% presenta depresión leve, el 13.3% presenta depresión moderada y el 3.3% presenta depresión grave. Respecto autoestima un 90% presento una autoestima alta, el 10% autoestima media o normal, y ninguna con autoestima baja. (Canto y Castro, 2004. p.265).

También se encontraron estudios acerca de el “Nivel de Depresión del Adulto Mayor en un Centro de Atención Integral de San Juan de Miraflores”.

Relacionado al nivel de depresión de los adultos mayores se aprecia que del 100 % de los encuestados el 58% tienen un nivel de depresión leve, seguido de un 23 % con depresión normal y finalmente, el 19% con un nivel de depresión severo. (Licas, 2014. p.47).

Según Orosa (2003) la llamada tercera edad, también conocida con los términos de vejez, adultez mayor o tardía, ha sido abordada en la literatura de manera aislada o como fase de involución y no como una auténtica etapa del desarrollo humano. Se ubica alrededor de los 60 años, asociada al evento de la jubilación laboral. Incluso hoy comienza a hablarse de una cuarta edad para referirse a las personas que pasan de los 80 años. Esta misma autora señala que hasta hoy en día los autores estudiosos de la edad los incluyen a todos como adultos mayores o ancianos, indistintamente, y comienzan a separarlos más bien en estudios demográficos o por proyectos específicos de trabajo.

Así mismo, es de gran importancia contar con algún tipo de seguro de salud, como lo indica el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2017), el 44,5% de los/as adultos/as mayores acceden solo al Seguro Integral de Salud (SIS) y el 32,1% sólo a EsSalud. Comparado con similar trimestre del año anterior, la proporción de asegurados al Seguro Integral de Salud (SIS) se incrementó en 1,6 puntos porcentuales y disminuyó en 0,7 punto porcentual en EsSalud.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS,2011) menciona que la autoestima protege a niños, adolescentes, adultos jóvenes y adultos mayores frente a la aflicción mental y pesimismo, habilitándolos para manejar adecuadamente situaciones de vida dificultosas y estresantes. Así mismo, la (OMS, 2014) indica que la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

Por lo mencionado anteriormente, se requiere investigar la relación de autoestima y depresión en adultos mayores del distrito Santiago, Ica. Analizar en función con las variables sociodemográficas: institucionalizados y no institucionalizados, edad, sexo, estado civil y grado de instrucción. Esta investigación permitirá ahondar en el marco teórico, sensibilizar a las instituciones y participantes, y contribuir a la comunidad científica.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL**

¿Qué relación existe entre los niveles de autoestima y los niveles de depresión en adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, 2018?

### **1.2.2. PROBLEMA SECUNDARIO**

¿Qué relación existe entre los niveles de autoestima y los niveles de depresión en adultos mayores según institucionalizados y no institucionalizados del distrito de Santiago – Ica, 2018?

¿Qué relación existe entre los niveles de autoestima y los niveles de depresión en adultos mayores según la edad del distrito de Santiago – Ica, 2018?

¿Qué relación existe entre los niveles autoestima y los niveles depresión según el sexo en adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, 2018?

¿Qué relación existe entre los niveles autoestima y los niveles depresión según el grado de instrucción de los adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, 2018?

¿Qué relación existe entre los niveles autoestima y los niveles depresión según el estado civil de los adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, 2018?

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Analizar la relación entre los niveles de autoestima y los niveles de depresión en adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, 2018.

#### **1.3.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS**

Verificar la relación entre los niveles de autoestima y los niveles de depresión en adultos mayores según institucionalizados y no institucionalizados del distrito de Santiago – Ica, 2018.

Evaluar la relación entre los niveles de autoestima y los niveles de depresión según la edad en adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, 2018.

Establecer la relación entre los niveles autoestima y los niveles depresión según el sexo en adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, 2018.

Examinar la relación entre los niveles autoestima y los niveles depresión según el grado de instrucción de los adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, 2018.

Identificar la relación entre los niveles autoestima y los niveles depresión según el estado civil de los adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, 2018.

Analizar la confiabilidad de los instrumentos de medida.

### **1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.4.1. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación es importante de varias perspectivas: científicas, metodológicas, social, teórico y práctico. Lo cual se aborda de la siguiente manera:

La perspectiva científica, es importante ya que se estudiarán los niveles de autoestima y depresión en relación a los adultos mayores del distrito de Santiago de Ica. De la perspectiva metodológica se podrá probar la fiabilidad de los instrumentos que se utilizaran en el proyecto de investigación. De la perspectiva social, se podrá

comparar los resultados y dar la importancia necesaria que permita tomar conciencia y sensibilizar a los participantes y a la institución del distrito de Santiago de Ica. De la perspectiva teórico, permitirá descubrir, analizar y contrastar las hipótesis hechas en el proyecto de investigación con los hallazgos encontrados. Por ultimo desde la perspectiva practica permitirá sugerir que se elaboren programas de intervención o actividades que ayuden a fortalecer los niveles estudiados. Dependiendo si los hallazgos presentan bajos niveles de autoestima y altos niveles de depresión.

#### **1.4.2. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN**

En la ejecución del proyecto de investigación se utilizarán numerosos recursos que ayudarán a que esta se desenvuelva. Tales como el recurso humano, donde participaran, el investigador, los encuestadores, los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, el asesor metodológico y el asesor estadístico. Asimismo, se utilizarán recursos materiales como cuestionarios impresos, hojas, lapiceros y sobres manila. Del mismo modo se recurrirán a recursos financieros que servirán para sustentar la compra de materiales que serán necesarios para desarrollar el proyecto, el pago de la asesoría externa y los pasajes que se gastarán en asistir al centro de salud. Igualmente se invertirá tiempo, el proyecto de investigación se ejecutará desde el mes de enero hasta el mes de julio del año 2018. Por último, también se recurrirá a investigaciones a través de diversas páginas de internet, tales como [redalyc.org](http://redalyc.org), [isciii.es](http://isciii.es), [scielo.com](http://scielo.com), [proquest.com](http://proquest.com), [biblioteca.pucp.edu.pe](http://biblioteca.pucp.edu.pe), [uap.edu.pe/biblioteca](http://uap.edu.pe/biblioteca). Las cuales brindaran información necesaria para el desenvolvimiento del proyecto.



## **1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

### **1.5.1. LIMITACIONES ENDÓGENAS**

Se presentarán limitaciones en encontrar fuente de información, referencias, bibliografías en el ámbito local de dichas variables estudiadas. Otra dificultad que se encuentra es la poca información que brinda el puesto de salud acerca de la cantidad de adultos mayores que existen en la base de datos de la institución.

### **1.5.2. LIMITACIONES EXÓGENAS**

Se presentarán limitaciones por la lejanía del distrito donde se ejecutará el proyecto y los diversos días que se utilizarán para concluirlo, además del costo que se ejecutara para sustentar los gastos para que se realice el proyecto. Otra dificultad será poder captar a las personas adultos mayor en el puesto de salud dado que estas personas asisten, no son solo adultos mayores.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **2.1.1. AUTOESTIMA**

*En el marco internacional*, García y Froment (2017) estudiaron los Beneficios de la actividad física sobre la autoestima en personas mayores. El método de muestreo aplicado ha sido aleatorio simple con 184 participantes de España. El instrumento utilizado fue la Escala de Autoestima Personal de Rosenberg, con fiabilidad interna de 0.79. Los resultados más destacables obtenidos en el presente estudio hicieron referencia a que los mayores que consideran tener una mejor autoestima personal, son aquellos que realizan actividades físicas frecuentemente. En conclusión, las hipótesis sobre autoestima propuestas quedan confirmadas, aunque de forma débil, de modo que, las personas mayores que realizan actividad físico-deportiva manifiestan una adecuada autoestima personal, lo que se relaciona positivamente con una mayor frecuencia de apoyo social recibido y un adecuado bienestar psicológico.

Flores-Bello, et al. (2017) estudiaron el control glucémico relacionado con la autoestima y depresión de adultos mayores con diabetes mellitus. El tipo de estudio es transversal analítico conformada por 182 participantes de la ciudad de México. Los

instrumentos utilizados fueron la escala de autoestima de Rosenberg tiene una confiabilidad de 0.87 y la escala de depresión geriátrica de Yesavage tiene una confiabilidad de 0.85. Los resultados sugieren una relación positiva entre la autoestima baja y la depresión con el control glucémico de los adultos mayores diabéticos.

García y Troyano (2013) estudio la percepción de autoestima en personas mayores que realizan o no actividad física deportiva. El tipo de investigación es descriptivo comparativo y tuvo a 184 participantes. El instrumento utilizado fue la escala de autoestima de Rosenberg con una confiabilidad de 0.89. Los resultados indican que las personas que realizaron sesiones de actividad físico-deportiva con una dedicación mínima de dos horas semanales de forma regular presentan un mayor nivel de autoestima que aquellas que no realizaron actividad física-deportiva.

García et al. (2012) estudiaron la autoestima como variable psicosocial predictora de la actividad física en personas mayores. El método de muestreo ha sido el aleatorio simple con 184 participantes España. El instrumento utilizado fue la escala de autoestima personal de Rosenberg con fiabilidad de 0.892. Los resultados mostraron diferentes niveles de autoestima entre las personas mayores que son físicamente activas y las que están no, con autoestima siendo significativamente mayor en personas mayores activas. En conclusión, la realización de actividad física por personas mayores influye positivamente sobre su percepción de autoestima personal.

Sánchez y Anaya (2012) estudiaron las estrategias de intervención para favorecer la autoestima en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados del municipio de san José de Cúcuta. El tipo de investigación es descriptivo y correlacional conformada por 80 participantes de Colombia. El instrumento utilizado fue la escala de autoestima de Rosenberg. Los resultados permitieron encontrar el 88,8% de los institucionalizados cuentan con una Autoestima alta; en cambio, casi la mitad de los

no institucionalizados 45,5% cuentan con una autoestima media, siendo un 36,4% el que se ubicó en la Autoestima alta. Para ambos grupos, los porcentajes más bajos estuvieron en la Autoestima baja, sin embargo, el más representativo es el de los no institucionalizados con un 18,2%. En conclusión, la autoestima de las personas de la tercera edad institucionalizadas difiere del nivel de autoestima de las personas de la tercera edad no institucionalizadas, lo cual se obtuvo a través de la correlación de datos entre las dos poblaciones estudiadas.

*En el Marco Nacional*, Acuña et al. (2016) estudiaron los factores condicionantes en la autoestima de los adultos mayores del asilo Hermanitas de los ancianos desamparados, callao 2016. Tiene un diseño no experimental, descriptivo – correlacional con 40 participantes. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de factores biológicos el cual fue comprobada mediante el juicio de expertos, la escala abreviada de Yesavage con fiabilidad de 0.65, el cuestionario de valoración social con fiabilidad de 0.95 y el cuestionario de la escala de autoestima de Rosenberg con fiabilidad de 0.80. Los resultados indican que los factores biológicos no influyen significativamente en la autoestima, mientras que los factores psicológicos y sociales en el nivel de autoestima si muestran gran significancia. Así mismo los factores psicológicos y sociales en el nivel de autoestima tienen significativa relevancia debido a que en el factor psicológico vemos afectado el estado afectivo.

García y Liberato (2014) estudiaron el funcionamiento familiar y nivel de autoestima del adulto mayor hipertenso en el hospital distrital Jerusalén de Trujillo. El modelo metodológico es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal y tuvo a 45 participantes. Los instrumentos utilizados fueron la encuesta sobre el funcionamiento familiar con confiabilidad de 0.80 y el cuestionario sobre nivel de autoestima del adulto mayor hipertenso con confiabilidad de 0.838. En conclusión, los

niveles de autoestima del adulto mayor hipertenso, el 74% calificó con un nivel medio de autoestima, el 24% tienen nivel alto, en tanto que el 2% del adulto mayor hipertenso obtienen nivel bajo de autoestima.

Ramos (2012) estudió la autoestima y autocuidado en los adultos mayores que asisten al programa del adulto mayor en el centro de salud conde de la vega baja lima. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal y tuvo a 35 participantes. Los instrumentos utilizados fueron la escala de autoestima de Rosenberg y un formulario tipo cuestionario aplicado previo consentimiento informado. Los resultados indican que del 100% (30), 57% (17), tienen autoestima baja, 33% (10) media, y 10% (3) alta. En cuanto a los conocimientos, 53% (16) no conoce y 47% (14) conoce, en la dimensión biológica 53% (16) no conocen y 47% (14) conocen, y en la dimensión psicosocial 73% (22) conocen y 27% (08) no conocen.

Romero (2011) estudio la relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistente al centro de salud en San -juan de Miraflores. La investigación es de tipo descriptiva correlacional conformada por 46 participantes. Los instrumentos utilizados fueron la escala de Lawton y Brody con una confiabilidad de 0.94 y la escala de autoestima de Rosenberg con una confiabilidad de 0.86. Los resultados indican respecto a la capacidad funcional de los adultos mayores un 76,1% tienen independencia total y el 23.9% tienen dependencia en al menos 1 ítem de la encuesta. Respecto a la autoestima el 21.7% tiene autoestima alta, el 34.8% tiene autoestima media y el 43.5% tiene una autoestima baja.

Villavicencio-Ramírez y Rivero-Álvarez (2011) estudiaron el nivel de autoestima según dimensiones satisfacción y devaluación personal en personas adultas mayores que acuden a los comedores de la Sociedad Pública de Beneficencia de Lima

Metropolitana. El modelo metodológico es transversal, descriptivo realizado con 110 participantes. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de datos sociodemográficos y la escala de autoestima de Rosenberg con una confiabilidad 0.87. Los resultados obtenidos fueron que el rango de edad en el 80% de adultos mayores estaba comprendido entre 69 a 70 años. El 100% era de nivel socioeconómico bajo. El 71% eran varones y el 29% eran mujeres. El 46% presentaba grado de instrucción secundaria y el 38% primaria. Los puntajes obtenidos con referencia a la autoestima fluctuaron entre 12 y 37 puntos. La media general fue 24 puntos. En conclusión, la mayoría de los adultos mayores mostraron nivel de autoestima bajo; no hubo diferencias porcentuales entre los niveles intermedio y alto.

*En el marco local*, Castro (2016) estudio el nivel de autoestima y evidencias de violencia familiar en adultos mayores que asisten al centro de salud de Subtanjalla. El modelo metodológico es de tipo descriptivo correlacional de corte transversal y tuvo 80 participantes. El instrumento utilizado fue el inventario de autoestima de coopersmith con una confiabilidad de 0,8. En conclusión se evidencia que el 50% de los encuestados tiene un nivel de autoestima medio, el 26,25% tienen un nivel de autoestima baja y el 23,75% tienen un nivel de autoestima alta.

### **2.1.2. DEPRESIÓN**

*En el marco internacional*, Santos y Carmona (2017) estudiaron la prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. La metodología utilizada fue de corte tipo expo facto, no experimental, transaccional con 5275 participantes. El instrumento utilizado fue ENASEM con una confiabilidad de 0.71. El resultado obtenido indica que el 74.3% de los participantes presentan depresión, de los cuales el 55.8% son mujeres y el 44.2% son varones.

Ruiz et al. (2014) estudiaron la depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas. El estudio fue de tipo observacional y comparativo con una muestra de 594 participantes. El instrumento utilizado fue la escala de depresión geriátrica de Yesavage con una confiabilidad de 0.85. el resultado obtenido sugiere que la proporción de la depresión entre los adultos mayores estudiados no fue significativamente diferente.

Borda et al. (2013) tuvieron como objetivo establecer la prevalencia y factores de riesgo en adultos de 65 – 95 años de centros de cuidado geriátrico de barranquilla. El modelo metodológico es descriptivo transversal y tuvo a 66 participantes de Colombia. Los instrumentos utilizados fueron la encuesta de factores de riesgo, el test de mini mental y la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Los resultados obtenidos indican que la prevalencia de depresión fue de 36.4 %, y predominó la leve (24.2 %). Fueron factores de riesgo: nivel educativo: primaria incompleta y presentar trastornos neurológicos y psiquiátricos. Presentaron fuerza de asociación significativa: el sexo masculino y ser soltero. En Conclusión, la depresión está en un tercio de la población institucionalizada.

Estrada et al. (2013) estudiaron los factores asociados con síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados. El diseño metodológico es de tipo transversal y tuvo a 276 participantes de Colombia. Los instrumentos utilizados fueron la escala de valoración geriátrica de depresión de Yesavage, la escala de ansiedad de Goldberg, el cribado de la mini valoración nutricional y escala de calidad de vida en adultos mayores. Los resultados fueron que el 54.3% (150) de los adultos mayores institucionalizados encuestados no registraron ningún grado de síntomas de depresión; presento síntomas depresivos moderados el 37% (102) y el 8.7% (24) los registraron en forma severa. La prevalencia de síntomas depresivos fue 47.6% en las mujeres,

similar a los hombres. Por edad, el porcentaje más alto de adultos mayores sin depresión se halló en los de 75 a 84 años (59.6%), similar a los otros grupos de edad. Por otro lado, las personas que no presentaron ningún nivel educativo tuvieron la mayor prevalencia de depresión (58.4%).

Pérez y Arcia (2008) estudiaron el comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. El modelo metodológico es descriptivo de corte transversal con 230 participantes de Cuba. Los instrumentos utilizados son la escala de Hamilton para depresión y el cuestionario de apoyo social. Los resultados indican que el 64,8% de adultos mayores vivencian depresión y que el 35,2% no padecen de tal desorden del ánimo. Tal trastorno afecto fundamentalmente a las mujeres mostrando un 69,1% de muestra. Asimismo, los hombres deprimidos representan el 58.5% dando resultados muy similares. La depresión prevalece en los ancianos viudos, mostrando un 44,3% de la muestra, seguido por los solteros 37,6% y los casados 18,1%. También se manifestó en mayor porcentaje entre los jubilados 56,4% de ambos sexos, resultando más elevada en los hombres 69,1% que en las mujeres 48,9%.

Acosta y García (2007) estudiaron la Ansiedad y Depresión en Adultos Mayores. El modelo metodológico es de tipo no experimental, seccional y explicativo, con una muestra de 82 participantes de México. Los instrumentos utilizados fueron la escala de depresión geriátrica de Yesavage y el inventario de ansiedad de Beck. Los resultados obtenidos indican que el 42% mostraron indicadores de depresión y el otro 58% no mostraron indicadores de esta. Con respecto a la ansiedad el 48% sufrían un mínimo de ansiedad, el 32% un nivel leve, el 17% un nivel moderado y el 3% un nivel severo. En conclusión, los resultados indican la presencia de estos problemas clínicos en los participantes, mas no se identificó relación de estos con el sexo y estado civil.



Además, se revelaron en el estudio las excelentes propiedades psicométricas de los instrumentos de medición utilizados.

Canto y Castro (2004) estudiaron la Depresión, Autoestima y Ansiedad en la tercera Edad. El modelo muestra es de tipo accidental y no aleatorio de corte transversal con una muestra de 62 participantes de México. Los instrumentos utilizados fueron el inventario de autoestima de Coopersmith con confiabilidad de 0.81, la escala de ansiedad de Hamilton y el inventario de depresión de Beck con confiabilidad de 0.81. Los resultados obtenidos muestran que, el 40% de la muestra mostró ansiedad ausente, el 46.6% ansiedad leve y el 13.3% ansiedad moderada. En cuanto a la depresión se encontró el 63.3% con ausencia de depresión, el 20% con depresión leve, el 13.3% con depresión moderada y el 3.3% con depresión grave. Respecto autoestima un 90% presento una autoestima alta, el 10% autoestima media o normal, y ninguna con autoestima baja. En conclusión, a mayor nivel de autoestima, menor depresión; a mayor nivel de ansiedad, mayor probabilidad de depresión, y a menor autoestima, mayor el nivel de ansiedad.

*En el marco nacional*, Ccama e Yucra (2017) estudiaron la relación entre diabetes mellitus y depresión en los adultos mayores que asisten al centro de salud nueva alborada, Arequipa. El modelo metodológico es no experimental de corte transversal y tipo correlacional simple, con una muestra 61 participantes. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de recolección de datos de diabetes mellitus y la escala geriátrica de depresión de Yesavage. En conclusión, los adultos mayores con diabetes presentaron depresión reflejada en el estado de ánimo, 11.5% en forma grave y el 4.9% moderada.

Huaypuna y Navarro (2016) estudiaron la relación entre la depresión y ansiedad en los adultos mayores del club de paz y amor congata de uchumayo – Arequipa. El

modelo metodológico no experimental, tipo correccional – simple y nivel descriptivo – explicativo con una muestra de 105 participantes. Los instrumentos utilizados fueron el Test de Yesavage y el Test de Hamilton. En conclusión, la depresión y ansiedad se relacionan significativamente es decir si los niveles de depresión son altos la ansiedad también es elevada. El nivel de depresión presente en los adultos mayores con mayor frecuencia es moderado destacando la Pérdida de autoestima. El nivel de ansiedad en mayor frecuencia es moderado destacando el humor depresivo y somático.

Espinoza (2016) estudio la relación que existe entre estilos de vida y depresión, en los adultos mayores que acuden al Centro del Adulto Mayor en la ciudad de Sullana. El modelo metodológico es descriptivo correlacional con una muestra de 120 participantes. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de perfil de estilo de vida con confiabilidad de 0.79. y la escala de depresión geriátrica de Yesavage con confiabilidad de 0.76. Los resultados indican que el estilo de vida predominante en los adultos mayores es saludable, está representado por un 53.3%. asimismo, el nivel de depresión predominante es el de no depresión, representado por un 45%. En conclusión, no existe relación entre estilos de vida y depresión en adultos mayores.

Orosco (2015) estudio la depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de lima. El tipo de investigación es descriptivo y correlacional conformada por 85 participantes. Los instrumentos utilizados fueron el inventario de depresión de Beck con fiabilidad de 0.83 y el inventario de autoestima de Coopersmith con fiabilidad de 0.81. Los resultados obtenidos se observaron que existe una relación significativa e inversa entre la depresión y la autoestima en los grupos estudiados. Por otro lado, se encontró que al comparar los grupos con los niveles de depresión y autoestima estos presentan resultados similares.

Arévalo (2015) estudio la prevalencia de depresión en los adultos mayores del asilo de ancianos “San Francisco de Asís” de la ciudad de Iquitos. El diseño metodológico es descriptivo transversal prospectivo y correlacional con una muestra de 44 participantes. El instrumento utilizado fue la escala de valoración geriátrica de depresión de Yesavage. El resultado muestra que el 40.9% tienen un grado de depresión; el 34.1% tienen depresión leve y el 6.8% depresión moderada; no se encontró casos de depresión severa. En conclusión, La prevalencia de depresión en los adultos mayores del Asilo de ancianos “San Francisco de Asís” es leve a moderada.

Odar (2012) estudio la prevalencia de trastorno depresivo en adultos mayores que conforman el centro integral del adulto mayor. La investigación es de tipo descriptivo, transversal prospectivo conformada por 90 participantes. El instrumento utilizado es la escala de depresión geriátrica de Yesavage con una confiabilidad de 0.85. El resultado obtenido con respecto a la prevalencia de trastorno depresivo en adultos mayores es de 28.9% padecían depresión leve; 71,9% depresión moderada y el 3.3% depresión establecida.

Por otro lado, no se encontró ninguna investigación local en la ciudad de Ica actual de dicha variable.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **AUTOESTIMA**

La Real Academia Española (2014) lo define como la valoración general positiva de sí mismo.

Coopersmith (1997; citado por Castillo 2010) define que la autoestima es la actitud evaluativa hacia el sí mismo y considera que está significativamente asociada a la satisfacción personal y al funcionamiento afectivo.

Ferrerós (2007; citado por Monros 2013) plantea que la autoestima como la competencia más importante de la inteligencia emocional. Esto es así dado que en la sociedad actual (competitiva y compleja) es necesaria la seguridad de uno mismo, además de los conocimientos y la inteligencia, para lograr salir adelante.

Alcántara (1993; citado por Castro 2016) definió la autoestima como la evaluación que un individuo realiza respecto de sí mismo, el cual expresa una actitud de aprobación o desaprobación, e indica el grado en que el individuo se siente capaz, significativo, exitoso y digno.

Wilber (1995; citado por Steiner 2005) señala que la autoestima está vinculada con las características propias del individuo, el cual hace una valoración de sus atributos y configura una autoestima positiva o negativa, dependiendo de los niveles de consciencia que exprese sobre sí mismo.

Branden (1995; citado por Garcia y Liberato 2014) la autoestima es una necesidad humana básica que influye sobre nuestra conducta, en otras palabras, la autoestima es una necesidad que debemos aprender a satisfacerla mediante el ejercicio de nuestras facultades humanas, la elección, la razón y la responsabilidad vincula el sentido de eficacia de la persona y el sentido del merecimiento personal, constituyendo la suma integrada de auto-confianza y auto-respeto.

## **MODELOS TEORICOS**

### **TEORÍA DE RODRÍGUEZ, PELLICER Y DOMÍNGUEZ**

Rodríguez, Pellicer y Domínguez (1988; citado por Salazar y Uriegas 2006) proponen que la autoestima es el resultado de un proceso de desarrollo y aprendizaje; nadie nace con alta o baja autoestima, sino que se construye a lo largo de la vida. Por lo tanto, si esta es producto del aprendizaje y de la experiencia de la vida, entonces es posible desaprender patrones que perpetúan la baja autoestima y reaprender patrones

que tiendan a una alta autoestima. Esta propuesta se refuerza contemplándose desde una óptica de la psicología humanista, es decir, desde una visión que confía en la potencialidad y capacidad de toda persona para aprender y desarrollar toda potencialidad, capacidad y condiciones de vida cada vez mejores.

La autoestima como indican los autores está formada por componentes que se desarrollan consecutivamente, es decir, cada uno brinda los elementos para que el siguiente nivel pueda desarrollarse, para que en conjunto formen lo que estos autores llaman la escalera de la autoestima, el cual está compuesta por:

- Autoconocimiento
- Autoconcepto
- Autoevaluación
- Autoaceptación
- Autorespeto

### **TEORÍA DE COOPERSMITH**

Coopersmith (1996, citado por García y Liberato 2014) en su teoría sobre la autoestima; lo define como la evaluación que el individuo hace y habitualmente mantiene con respecto hacia sí mismo; esta autoestima se expresa a través de una actitud de aprobación o desaprobación, que refleja el grado, en el cual el individuo cree en sí mismo para ser capaz, productivo, importante y digno; por tanto, la autoestima implica un juicio personal de la dignidad, que es expresado en las actitudes que el individuo tiene; la autoestima resulta de una experiencia subjetiva que el individuo transmite a otros a través de reportes verbales y otras conductas expresadas en forma evidente que reflejan la extensión, en la cual el individuo se cree valioso, significativo y exitoso, por lo cual implica un juicio personal de su valía.

### **TEORÍA DE ROSENBERG**

Rosenberg (1992; citado por García y Liberato, 2014) señala que la autoestima es una apreciación positiva o negativa hacia sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva. La autoestima es un fenómeno actitudinal creado por fuerzas sociales y culturales, que se crea en un proceso de comparación que involucra valores y discrepancias; sustenta que, el nivel de autoestima de las personas se relaciona con la percepción de sí mismo en comparación con los valores personales que han sido desarrollados a través del proceso de socialización; afirma, que si la distancia entre el sí mismo ideal y el sí mismo real es pequeña, la autoestima es mayor; por el contrario, cuanto mayor es la distancia, menor será la autoestima, aun cuando la persona sea vista positivamente por otros.

En esta investigación se asume el modelo teórico de Rosenberg (1996; citado por Chapa y Ruiz, 2012), el cual define conceptualmente la autoestima como una apreciación positiva o negativa hacia el sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva, puesto que el individuo siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre sí mismo.

## **DEPRESIÓN**

La Organización Mundial de la Salud (2012) la depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción y empeorar la situación vital de la persona afectada, por consiguiente, la propia depresión.

El Instituto Nacional de Salud Mental (2009) refiere que cuando una persona tiene un trastorno depresivo, este interfiere con la vida diaria y el desempeño normal y causa dolor tanto para quien padece el trastorno como para quienes se preocupan por él o ella. La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar.

Lara (1999; citado por García 2002) la depresión es uno de los estados psicológicos desagradables que afecta a la mayoría de las personas en alguna época de su vida; este estado puede ser transitorio o prolongarse más allá de meses o años.

Navarro (1990; citado por Chicaiza 2017) la depresión se refiere a una sensación de malestar, con manifestaciones como tristeza y angustia, mal humor, frustración, etc, y todo esto es consecuencia de algo negativo que sucedió.

Hollon y Beck (1979; citado por Almudena 2009) definen la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes.

Yesavage, et al. (1982; citado por Blanco y Salazar 2014) la depresión se conceptualiza a partir de toda aquella sintomatología cognitiva, afectiva y somática que presentan las personas adultas mayores, como sentimientos de tristeza, falta de energía, dificultades en las relaciones sociales, sentimientos de inutilidad, desesperación, entre otros.

## **MODELOS TEÓRICOS**

### **TEORÍA COGNITIVO - SOCIAL**

La teoría de desesperanza de Abramson, Metalsky y Alloy (1989; Citado por Abranson, Alloy, Metalsky, Joiner y Sandin ,1997) refiere que las personas que poseen estilos inferenciales negativos poseen mayor riesgo que las personas que no exhiben dichos estilos para desarrollar síntomas depresivos, especialmente los síntomas del hipotetizado subtipo de depresión por desesperanza, cuando experimentan sucesos vitales negativos (es decir, el estrés). La vulnerabilidad cognitiva está constituida por tres patrones inferenciales desadaptativos:

1) Tendencia a inferir que los factores estables (probabilidad de persistir durante el tiempo) y globales (probabilidad de afectar a muchas áreas de la vida) causan los sucesos negativos.

2) Tendencia a inferir que los sucesos negativos presentes conducirán a eventos negativos futuros.

3) Tendencia a inferir características negativas sobre sí mismo/a cuando ocurren sucesos negativos. Se asume que la vulnerabilidad cognitiva es una causa que contribuye a la depresión, incrementando la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos en presencia, pero no en ausencia, de sucesos vitales negativos; pero tal vulnerabilidad no es ni necesaria ni suficiente para la ocurrencia de los síntomas depresivos.

### **TEORÍA CONDUCTUAL - COGNITIVA**

La teoría de autocontrol de Rehm (1977; citado por Sanz y Vázquez 1995) indica que la depresión es consecuencia de la pérdida de una fuente de reforzamiento externo. Por tanto, en estas condiciones de ausencia de reforzamiento externo, el control propio de la conducta es más importante y, en consecuencia, los modelos de autocontrol son claramente relevantes. Así, el mismo autor subraya que en la depresión las personas están desesperanzadas sobre sus metas a largo plazo y se sienten incapaces de controlar su propia conducta. La teoría de la depresión de Rehm puede concebirse, pues, como un modelo de diátesis-estrés: un déficit en el repertorio de conductas de autocontrol (factor de vulnerabilidad) interactúa con la pérdida o ausencia de reforzadores externos (factor de estrés) para desencadenar un episodio depresivo. Tal déficit, según Rehm, se concreta en cualquier combinación de las siguientes condiciones:

- a) Déficit en las conductas de auto-observación
- b) Déficit en las conductas de autoevaluación



c) Déficit en las conductas de autorreforzamiento

## **TEORÍA CLÍNICA**

### **Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10)**

La CIE-10 (2004) 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

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:

- Ánimo depresivo
- Pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar
- Aumento de la fatigabilidad

### **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN CIE-10**

- A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastornos mentales orgánicos.
- C. Síndrome somático: algunos de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:

- Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
- Despertarse por las mañanas dos o más horas de lo habitual
- Empeoramiento matutino del humor depresivo
- Presencia de enlentecimiento motor o agitación
- Pérdida marcada del apetito
- Pérdida de peso de al menos el 5% en el último mes
- Notable disminución del interés sexual

#### **Clasificación de la American Psychiatric Association, quinta edición (DSM-5)**

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5, 2014), esta nueva propuesta divide la anterior clasificación de trastornos del estado de ánimo en trastornos depresivos y trastornos bipolares. El DSM-5 no introduce cambios significativos respecto a los criterios diagnósticos del DSMIV- TR para el episodio de depresión mayor, a excepción de las modificaciones y especificaciones para describir el estado clínico actual que se comentan a continuación. La característica esencial continúa siendo 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 especificada

Criterio de diagnóstico de trastorno de depresión mayor según DSM-5

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo: al

menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

- 1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
  - 2) Disminución importante del interés o placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
  - 3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días.
  - 4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
  - 5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
  - 6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
  - 7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo)
  - 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
  - 9) Pensamientos de muerte recurrente (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

### **TEORÍA COGNITIVA DE BECK**

Beck (1988; citado por Sans y Vázquez, 1995) la premisa básica de la teoría cognitiva de Beck es que en los trastornos depresivos existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Tras un suceso que supone una pérdida o un fracaso, la retirada temporal de toda involucración emocional o conductual, con la consiguiente conservación de energía, tiene un valor de supervivencia. Sin embargo, en las personas depresivas aparece un sesgo en el procesamiento de los sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando lo que se conoce como la triada cognitiva negativa, (una visión negativa del yo, su propio mundo o experiencia personal y del futuro). esta triada resulta en una retirada persistente del entorno, una persistencia que resta todo valor adaptativo a la conducta de retirada. Ese procesamiento cognitivo distorsionado o sesgado que aparece en la depresión conduce, según Beck, al resto de los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan al trastorno. Sin embargo, este tipo de procesamiento, al igual que los demás síntomas, pueden ser el producto de muchos factores y, así, en la etiología de la depresión pueden estar implicados factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos. Cualquiera que sea la etiología, sin embargo, este tipo de procesamiento distorsionado

o sesgado es una parte intrínseca del síndrome depresivo y funciona como factor de mantenimiento de la depresión.

En esta investigación se asume el modelo teórico Beck (1979; citado por Almudena 2009), el cual define conceptualmente la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes.

### **ADULTO MAYOR**

OMS (2015), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad.

La Organización Panamericana de la Salud (1994, citado por García 2014) decidió emplear el término adulto mayor para las personas mayores de 65 o más años de edad, esta edad es usada para definir el comienzo de la vejez en estudios demográficos y gerontológicos, principalmente porque en muchos países es utilizada por los sistemas de pensiones para empezar a otorgar beneficios.

IMSERSO (2009) hace una división de las etapas del proceso de envejecimiento basada más en los momentos subjetivos que las definen más que en su edad, teniendo en cuenta tres variables salud, actividad y vínculos. Frente a los cuales la persona mayor debe afrontar diferentes retos adaptativos.

Martín (2001; citado por Díaz-Unzueta, 2016) afirma que los sucesos vitales en eventos biológicos, cognitivos y sociales que afectan a las personas en el envejecimiento, son factores de cambio en la forma se ser y comportarse del ser

humano. Explica que todo lo que acontece a lo largo de la vida de una persona, se torna más significativo en la edad del adulto mayor, a las enfermedades se unen los cambios naturales del envejecimiento, lo que provoca un cambio en su interacción con el medio que lo rodea; de esta manera, un espacio, ambiente físico o situación en el que se desenvolvía sin problema, ahora lo percibe diferente y, por lo tanto, cambia su forma de comportarse y relacionarse con ese ambiente o esa situación.

Zapata (2001) indica que todos llegamos a ser viejos, sin embargo, la manera como envejecemos y la calidad de nuestras vidas en la vejez se relaciona con los recursos intelectuales, sociales, biológicos y materiales acumulados durante el ciclo vital.

### **TEORÍA PSICOSOCIAL DE ERIKSON**

Para Erikson (1982; citado por Santiesteban, Pérez y García, 2008) cuando los adultos entran en una etapa final de la vida, su tarea consiste en contemplar su vida en conjunto y con coherencia. Necesitando aceptar su propia vida tal como la han vivido y creer que hizo lo mejor posible en sus circunstancias. Si logran éxito en esta tarea, habrán desarrollado la integridad del ego. El cual solo puede obtenerse tras haber luchado contra la desesperación. Cuando ésta domina, la persona teme a la muerte, y aunque pueda expresar desprecio por la vida, continúa anhelando la posibilidad de volver a vivirla.

Según el autor la “virtud” que se desarrolla durante esta etapa es la sabiduría, “un despreocupado e informado interés por la vida de cara a la muerte, en sí misma”. Igualmente propone Erikson que las personas que no consiguen aceptar esto son desesperanzadas, porque ya no ven tiempo para reaccionar y enmendar aquello con lo que no están de acuerdo.

El adulto mayor sabio sabe cuándo aceptar el cambio y cuándo oponerse al mismo, cuándo sentarse en silencio y cuándo luchar. De acuerdo con lo propuesto, “las

personas que han tenido éxito en esta tarea integradora final, ganan un sentido más amplio del orden y del significado de sus vidas dentro de un ordenamiento social más grande, pasado, presente y futuro”. Así mismo cuando la persona logra resolver cada uno de sus conflictos, consigue crecer psicológicamente.

### **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS**

#### Actividad

Es el conjunto de acciones que se llevan a cabo para cumplir las metas de un programa o subprograma de operación, que consiste en la ejecución de ciertos procesos o tareas, y que queda a cargo de una entidad administrativa de nivel intermedio o bajo.

#### Cansancio

El término cansancio es el que se utiliza para designar a un tipo de condición del organismo tanto del ser humano como de otros animales que se manifiesta a través de la falta de energías, el sueño, la falta de concentración y de atención, entre otros.

#### Conciencia

Facultad del espíritu humano de reconocerse a sí mismo y al mundo que lo rodea. Conocimiento del bien que debe hacerse y del mal que hay que evitar. Noción de lo justo. Conocimiento exacto y reflexivo de las cosas

#### Duelo

El duelo es el proceso psicológico que se produce a partir de alguna pérdida, es la reacción frente a la pérdida de algo significativo, las cuales pueden ser desde una persona, un animal, una cosa, una relación, etc.

#### Envejecimiento

Fenómeno normal, inevitable y biológico resultante de la involución heterocrónica del paso del tiempo, pero ordenada con cambios celulares y bioquímicos, morfológicos y psicológicos que se da en la raza humana y demás animales.

## Geriatría

La geriatría es una rama de la medicina que estudia, previene, diagnostica y trata las enfermedades de las personas adultas mayores. El concepto ha ido evolucionando hasta considerar un enfoque más integral, que no solo se centra en la enfermedad, sino en la salud total del adulto mayor.

## Inteligencia

La inteligencia es definida como la capacidad para aprender, razonar y resolver problemas, adaptarse a nuevas situaciones, comprender ideas, manejar conceptos abstractos y aprender, usando los conocimientos para manipular y sacar provecho de su entorno.

## Jubilación

Prestación de carácter laboral, contenida en los contratos de trabajo, que consiste en la entrega de una pensión vitalicia a los trabajadores cuando cumplen determinados requisitos de antigüedad, edad o en caso de invalidez por accidente de trabajo, que cubre parte o la totalidad del sueldo que el trabajador percibía al momento de su retiro.

## Productividad

Es un concepto que describe la capacidad o el nivel de producción por unidad de superficies de tierras cultivadas, de trabajo o de equipos industriales. De acuerdo a la perspectiva con la que se analice este término puede hacer referencia a diversas cosas.

## Tristeza

Sentimiento de dolor anímico producido por un suceso desfavorable que suele manifestarse con un estado de ánimo pesimista, la insatisfacción y la tendencia al llanto.



### **CAPITULO III**

#### **HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **3.1. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS PRINCÍPAL Y DERIVADAS**

###### **3.1.1. HIPÓTESIS PRINCÍPAL**

Existen correlación indirecta y significativa entre los niveles de autoestima y los niveles de depresión en adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, 2018.

###### **3.1.2. HIPÓTESIS DERIVADA**

Existe correlación indirecta y significativa entre los niveles de autoestima y los niveles de depresión en adultos mayores según institucionalizados y no institucionalizados del distrito de Santiago – Ica ,2018.

Existe correlación indirecta y significativa entre los niveles de autoestima y los niveles de depresión según la edad en adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, 2018.

Existe correlación indirecta y significativa entre los niveles de autoestima y los niveles depresión según el sexo en adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, 2018.

Existe correlación indirecta y significativa entre los niveles autoestima y los niveles depresión según el grado de instrucción de los adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, 2018.

Existe correlación indirecta y significativa entre los niveles de autoestima y los niveles depresión según el estado civil de los adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, 2018.

### **3.2. VARIABLES; DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL**

#### **AUTOESTIMA**

##### Definición Conceptual

Rosenberg (1996; citado por Chapa y Ruiz 2012) define que la autoestima es una apreciación positiva o negativa hacia el sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva, puesto que el individuo siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre sí mismo.

##### Definición Operacional

Se define operacionalmente de acuerdo a las puntuaciones obtenidas de la escala de Rosenberg (1995).

#### **DEPRESIÓN**

##### Definición Conceptual

Beck (1979; citado por Almudena 2009), el cual define conceptualmente la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes.

## Definición Operacional

Se define operacionalmente de acuerdo a las puntuaciones obtenidas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage (1993).

### 3.3. MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	
				Ítems	Nivel de puntuación
AUTOESTIMA	Rosenberg (1996; citado por Chapa y Ruiz 2012) define que la autoestima es una apreciación positiva o negativa hacia el sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva, puesto que el individuo siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre sí mismo.	Se define operacionalmente de acuerdo a las puntuaciones obtenidas de la escala de Rosenberg (1995).	Monofactorial	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.	Autoestima Baja (0 a 25)
					Autoestima Media (26 a 29)
					Autoestima Elevada (30 a 40)
DEPRESIÓN	Beck (1979; citado por Almudena 2009), el cual define conceptualmente la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes.	Se define operacionalmente de acuerdo a las puntuaciones obtenidas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage (1993)	Monofactorial	2,3,4,6,8,9,10,12, 13 y 15.	Normal (0 – 5)
				1,5,7,11 y 14.	Depresión Moderada (6-11)
					Depresión Severa (>10)

## **CAPITULO IV**

### **METODOLOGÍA**

#### **4.1. DISEÑO METODOLÓGICO**

##### **4.1.1. Diseño de investigación**

Descriptiva – Correlacional -Comparativo, según Hernández, Fernández-Collado y Baptista (2006) este diseño de investigaciones está orientadas a establecer relaciones de asociación entre las variables de estudio. Asimismo, manifiesta que el estudio transversal o transaccional significa un tipo de análisis donde se recolecta los datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir las variables, y analizar sus incidencias e interrelación en un momento dado.

##### **4.1.2. Método**

Hernández, Fernández-Collado y Baptista (2006) refiere que en el método cuantitativo se da importancia al ámbito estadístico y es en esto que se fundamenta dicho enfoque. Analizar una realidad objetiva a partir de mediciones numéricas y análisis estadísticos para determinar predicciones o patrones de comportamiento del fenómeno o problema planteado. Este enfoque utiliza la recolección de datos para comprobar hipótesis, que es importante señalar, se han planteado con antelación al proceso metodológico; con un enfoque cuantitativo se plantea un problema y preguntas

concretas de lo cual se derivan las hipótesis. Otra de las características del enfoque cuantitativo es que se emplean experimentaciones y análisis de causa-efecto, también se debe resaltar que este tipo de investigación conlleva a un proceso secuencial y deductivo. Al término de la investigación se debe lograr una generalización de resultados, predicciones, control de fenómenos y la posibilidad de elaborar réplicas con dicha investigación.

#### **4.1.3. Nivel**

Según Sánchez y Reyes (2006) la investigación básica tiene como objetivo la descripción de los fenómenos a investigar, tal como es y cómo se manifiesta en el momento de realizarse el estudio y utiliza la observación como método descriptivo, busca especificar las propiedades importantes para medir y evaluar aspectos, dimensiones o componentes. Pueden ofrecer la posibilidad de predicciones, aunque rudimentarias. Se sitúa en el primer nivel de conocimiento científico. Se incluyen en esta modalidad gran variedad de estudios (estudios correlaciones, de caso, de desarrollo, etc.)

#### **4.1.4. Tipo**

Hernández, Fernández-Collado y Baptista (2006) indican que los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede.

Pueden abarcar varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores; así como diferentes comunidades, situaciones o eventos. Pero siempre, la recolección de los datos ocurre en un momento único. A su vez, los diseños transeccionales se dividen en tres: exploratorios, descriptivos y correlacionales-causales.

## **4.2. DISEÑO MUESTRAL**

### **4.2.1. Población**

Según INEI (2017) indica que la población está constituida por un total de 2832 adultos mayores varones y mujeres del distrito de Santiago de la ciudad de Ica.

### **4.2.2. Muestra**

Para hallar la muestra representativa se aplicó el tipo de muestreo no probabilístico de criterio intencional que está constituido por 120 adultos mayores del distrito de Santiago.

*Criterio de inclusión:*

Personas adultas mayores de 60 años a más del distrito de Santiago – Ica, varones y mujeres institucionalizados y no institucionalizados.

*Criterio de exclusión:*

Personas menores de 60 años de edad del distrito de Santiago – Ica.

## **4.3. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **4.3.1. La Encuesta**

La encuesta es una técnica de adquisición de información de interés psicológico, mediante un cuestionario o valoración del sujeto seleccionado en una muestra sobre un asunto dado.

### **4.3.2. Instrumentos**

Para la recopilación de los datos se ha utilizado los siguientes instrumentos:

- **Escala de Autoestima de Rosenberg**

Creado por Rosenberg (1995), constituido por 10 ítems en una escala tipo Likert de 4 puntos. Donde son 5 ítems planteados en forma positiva y 5 ítems en forma negativa. La aplicación puede ser individual o colectiva, cuyo objetivo es medir el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma.

Para la calificación, el puntaje máximo es de 40 puntos y la mínima es 0 puntos. Las respuestas oscilan entre “Muy en desacuerdo” a “muy de acuerdo”. Cada uno se puntúa de 1 a 4, habiendo 5 reactivos inversos.

El instrumento fue validado en Chile por Rojas-Barahona, Zegers y Foster (2009), es traducida del inglés al español y evaluada por 7 jueces expertos, tanto en idioma como contenido, considerando una concordancia mínima de 5 de ellos. Se sometió a una correlación ítem por ítem, donde se encontró un nivel de significancia de 0.0001. del mismo modo, el autor encontró una confiabilidad por mitades al azar, obteniendo que la correlación entre ambas mitades fue de 0.754.

En esta investigación se sometió a análisis de confiabilidad el instrumento de Autoestima, lo cual se encontró 0.567 que indica una confiabilidad moderada. (Anexo1)

- **Escala de depresión geriátrica de Yesavage**

Creado por Yesavage, et al. (1993) constituida por 30 ítems con respuestas dicotómicas. Para la calificación, el puntaje máximo es de 30 puntos y la mínima es 0 puntos. La aplicación del cuestionario es individual con un tiempo promedio de 15 minutos, el cuestionario cuenta con una adaptación abreviada de 15 ítems.

El instrumento fue validado en Colombia por Bacca, Gonzales y Uribe (2004), inicialmente se realizó la validación por jueces para ejecutar la adaptación de la escala a la población de adultos mayores, consecutivamente se llevó a cabo una prueba piloto para verificar si la adaptación de la escala de Yesavage cumplen con los requerimientos. Otra de las fuentes de evidencia para la validez del constructo que se llevó a cabo fue el análisis de la consistencia interna de la escala la cual a partir del análisis de ítems se expresa con una confiabilidad significativa ya que el valor que se obtuvo fue de 0,7268.

En esta investigación se sometió a análisis de confiabilidad el instrumento de Depresión, lo cual se encontró 0.689 que indica una confiabilidad alta. (Anexo 1)

#### **4.4. TÉCNICAS ESTADÍSTICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

Se sometió a análisis estadístico de confiabilidad a los instrumentos usando la prueba de Crombach, después se tabularon los datos a través del programa de Excel y en el software estadístico SPSS versión 23 y se sometió al análisis estadístico inferencial; según la prueba de normalidad se encontró una distribución no normal de los datos efectuando la prueba de Spearman de significancia estadística 0.01.

#### **4.5. ASPECTOS ÉTICOS**

Esta investigación se ha manejado de acuerdo a las normas establecidas por el código ético del psicólogo peruano. El cual establece en el capítulo IV “Del trabajo de investigación”, el artículo n°23 refiere que toda investigación debe respetar la normatividad internacional y nacional que regula la investigación como seres humanos.

El artículo n°24 determina que todo proyecto de investigación debe contar con la aprobación de un comité de ética debidamente acreditado; asimismo, el artículo n°25 advierte que toda investigación debe contar con el consentimiento informado de los sujetos, por ello, antes de aplicar los instrumentos, se explicara el objetivo del estudio, como también que es voluntario y confidencial. Por otra parte, el artículo n°27 establece que la información proveniente de la información no debe incurrir en falsificación ni plagio; de igual forma, el artículo n°28 prohíbe aplicar a su práctica profesional tests psicológicos que no tengan validez científica.



## CAPITULO V

### RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

#### 5.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS

Se observa en la tabla 1, que el 47,5% de los adultos mayores presentan autoestima elevada, mientras que el 8.3% presentan autoestima baja, es decir, 8 de cada 100 adultos mayores de la muestra presentan autoestima baja. El 52 % de los adultos mayores presentan entre autoestima baja y media.

*Tabla 01. Distribución de frecuencias de la variable autoestima en la muestra de adultos mayores.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Niveles de Autoestima	Autoestima baja	10	8,3	8,3
	Autoestima media	53	44,2	52,5
	Autoestima elevada	57	47,5	100,0
	Total	120	100,0	

En la tabla 2, Se observa que el 22,5% de los adultos mayores presentan depresión moderada, es decir, casi 3 de cada 10 adultos mayores presentan depresión moderada en la muestra de estudio.

*Tabla 02. Distribución de frecuencias de la variable depresión en la muestra de adultos mayores.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Niveles de depresión	Normal	93	77,5	77,5
	Depresión moderada	27	22,5	100,0
Total		120	100,0	

En la tabla 3, se observa que el 60% de los adultos mayores con autoestima baja presentan depresión moderada, mientras que el 7% de los adultos mayores de la muestra con autoestima elevada presentan depresión moderada. Según la prueba chi cuadrado, existe diferencia estadísticamente significativa entre estas proporciones.

Tabla 03. Los niveles de autoestima y depresión en la muestra de adultos mayores.

		Niveles de Depresión			$\chi^2$	
		Normal	Depresión moderada	Total		
Niveles de Autoestima	Autoestima baja	F	4	6	10	0,000
		%	40,0%	60,0%	100,0%	
	Autoestima media	F	36	17	53	
		%	67,9%	32,1%	100,0%	
	Autoestima elevada	F	53	4	57	
		%	93,0%	7,0%	100,0%	
Total	F	93	27	120		
	%	77,5%	22,5%	100,0%		

(p: 0,000)

## 5.2. ANÁLISIS INFERENCIAL DE LOS DATOS

### 5.2.1. Análisis correlacional entre autoestima y la depresión en la muestra global del estudio

En la tabla 4, se observa que los datos de las variables presentan moderada correlación inversa. La Rho de Spearman calculado indica que existe moderada correlación inversa significativa, es decir, a mayores niveles de autoestima menores niveles de depresión.

*Tabla 04. Cálculo del coeficiente de correlación de Rho de Spearman.*

			Autoestima
Rho de Spearman	Depresión	Coeficiente de correlación	-,517**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	120

### **5.2.2. Análisis correlacional entre autoestima y depresión según institucionalización (pertenencia al CAM)**

En la tabla 5, se observa baja correlación inversa en la muestra de adultos mayores institucionalizados en el CAM. La Rho de Spearman calculada indica que existe baja correlación inversa y significativa, es decir, a mayores niveles de autoestima, menores niveles de depresión.

*Tabla 05. Cálculo del coeficiente de correlación de Rho de Spearman.*

			Autoestima
Rho de Spearman	Depresión	Coeficiente de correlación	-,387**
		Sig. (bilateral)	,002
		N	60

En la tabla 6, se observa moderada correlación inversa en la muestra de adultos mayores no institucionalizados en el CAM. La Rho de Spearman calculada indica que existe moderada correlación inversa y significativa, es decir, a mayores niveles de autoestima, menores niveles de depresión.

*Tabla 06. Cálculo del coeficiente de correlación de Rho de Spearman.*

			Autoestima
Rho de Spearman	Depresión	Coeficiente de correlación	-,599**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	60

### **5.2.3. Análisis correlacional entre la autoestima y depresión según la edad de la muestra de estudio**

En la tabla 7, presenta baja correlación inversa en la muestra de adultos mayores de 60 a 75 años de edad. La Rho de Spearman calculada indica que existe moderada correlación inversa y significativa, es decir, a mayores niveles de autoestima, menores niveles de depresión.

*Tabla 07. Cálculo del coeficiente de correlación de Rho de Spearman.*

			Autoestima
Rho de Spearman	Depresión	Coeficiente de correlación	-,561**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	84

En la tabla 8, presenta baja correlación inversa en la muestra de adultos mayores de 76 a más años de edad. La Rho de Spearman calculada indica que existe baja correlación inversa y significativa, es decir, a mayores niveles de autoestima, menores niveles de depresión.

*Tabla 08. Cálculo del coeficiente de correlación de Rho de Spearman.*

			Autoestima
Rho de Spearman	Depresión	Coeficiente de correlación	-,368*
		Sig. (bilateral)	,027
		N	36

#### **5.2.4. Análisis correlacional entre autoestima y depresión según el sexo de la muestra de estudio**

En la tabla 9, Se observa baja correlación inversa en la muestra de adultos mayores varones. La Rho de Spearman calculada indica que existe moderada correlación inversa y significativa, es decir, a mayores niveles de autoestima, menores niveles de depresión.

*Tabla 09. Cálculo del coeficiente de correlación de Rho de Spearman.*

			Autoestima
Rho de Spearman	Depresión	Coeficiente de correlación	-,594**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	43

En la tabla 10, se muestra baja correlación inversa en la muestra de adultos mayores de sexo femenino. La Rho de Spearman calculada indica que existe moderada correlación inversa y significativa, es decir, a mayores niveles de autoestima, menores niveles de depresión.

*Tabla 10. Cálculo del coeficiente de correlación de Rho de Spearman.*

			Autoestima
Rho de Spearman	Depresión	Coeficiente de correlación	-,493**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	77

#### **5.2.5. Análisis correlacional entre autoestima y depresión según grado de instrucción.**

En la tabla 11, se observa baja correlación inversa en la muestra de adultos mayores sin estudios o con primaria completa. La Rho de Spearman calculada indica que existe baja correlación inversa y significativa, es decir, a mayores niveles de autoestima, menores niveles de depresión.

*Tabla 11. Cálculo del coeficiente de correlación de Rho de Spearman.*

			Autoestima
Rho de Spearman	Depresión	Coeficiente de correlación	-,302*
		Sig. (bilateral)	,031
		N	51

En la tabla 12, se observa moderada correlación inversa en la muestra de adultos mayores con secundaria completa o superior. La Rho de Spearman calculada indica que existe alta correlación inversa y significativa, es decir, a mayores niveles de autoestima, menores niveles de depresión.

*Tabla 12. Cálculo del coeficiente de correlación de Rho de Spearman.*

			Autoestima
Rho de Spearman	Depresión	Coefficiente de correlación	-,614**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	69

### **5.2.6. Análisis correlacional entre autoestima y depresión según estado civil**

En la tabla 13, se observa moderada correlación inversa en la muestra de adultos mayores solteros o viudos. La Rho de Spearman calculada indica que existe moderada correlación inversa y significativa, es decir, a mayores niveles de autoestima, menores niveles de depresión.

*Tabla 13. Cálculo del coeficiente de correlación de Rho de Spearman.*

			Autoestima
Rho de Spearman	Depresión	Coefficiente de correlación	-,565**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	54

En la tabla 14, se observa moderada correlación inversa en la muestra de adultos mayores casados o convivientes. La Rho de Spearman calculada indica que existe moderada correlación inversa y significativa, es decir, a mayores niveles de autoestima, menores niveles de depresión.



Tabla 14. Cálculo del coeficiente de correlación de Rho de Spearman.

		Autoestima	
Rho de Spearman	Depresión	Coeficiente de correlación	-,489**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	66

### 5.3. Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas.

Se sometieron a comprobación las siguientes hipótesis específicas:

#### **Hipótesis general**

Ho: No es significativa la correlación entre los niveles de autoestima y depresión en la muestra global de adultos mayores.

H1: Es significativa la correlación entre los niveles de autoestima y depresión en la muestra global de adultos mayores.

#### **Hipótesis derivadas**

##### **Hipótesis estadística derivada 1**

Ho: No es significativa la correlación entre los niveles de autoestima y depresión en la muestra de adultos mayores institucionalizados en el CAM.

H1: Es significativa la correlación entre los niveles de autoestima y depresión en la muestra de adultos mayores institucionalizados en el CAM.

##### **Hipótesis estadística derivada 2**

Ho: No es significativa la correlación entre los niveles de autoestima y depresión en la muestra de adultos mayores no institucionalizados en el CAM.

H1: Es significativa la correlación entre los niveles de autoestima y depresión en la muestra de adultos mayores no institucionalizados en el CAM.

### **Hipótesis estadística derivada 3**

Ho: No es significativa la correlación entre los niveles de autoestima y depresión en la muestra de adultos de 60 a 75 años de edad.

H1: Es significativa la correlación entre los niveles de autoestima y depresión en la muestra de adultos de 60 a 75 años de edad.

### **Hipótesis estadística derivada 4**

Ho: No es significativa la correlación entre los niveles de autoestima y depresión en la muestra de adultos de 76 a más años de edad.

H1: Es significativa la correlación entre los niveles de autoestima y depresión en la muestra de adultos de 76 a más años de edad.

### **Hipótesis estadística derivada 5**

Ho: No es significativa la correlación entre los niveles de autoestima y depresión en la muestra de adultos mayores de sexo masculino.

H1: Es significativa la correlación entre los niveles de autoestima y depresión en la muestra de adultos mayores de sexo masculino.

### **Hipótesis estadística derivada 6**

Ho: No es significativa la correlación entre los niveles de autoestima y depresión en la muestra de adultos mayores de sexo femenino.

H1: Es significativa la correlación entre los niveles de autoestima y depresión en la muestra de adultos mayores de sexo femenino.

### **Hipótesis estadística derivada 7**

Ho: No es significativa la correlación entre los niveles de autoestima y depresión en la muestra de adultos mayores sin estudios o con estudios primarios.

H1: Es significativa la correlación entre los niveles de autoestima y depresión en la muestra de adultos mayores sin estudios o con estudios primarios.

### **Hipótesis estadística derivada 8**

Ho: No es significativa la correlación entre los niveles de autoestima y depresión en la muestra de adultos mayores con estudios secundarios o superior.

H1: Es significativa la correlación entre los niveles de autoestima y depresión en la muestra de adultos mayores con estudios secundarios o superior.

### **Hipótesis estadística derivada 9**

Ho: No es significativa la correlación entre los niveles de autoestima y depresión en la muestra de adultos mayores solteros o viudos.

H1: Es significativa la correlación entre los niveles de autoestima y depresión en la muestra de adultos mayores solteros o viudos.

### **Hipótesis estadística derivada 10**

Ho: No es significativa la correlación entre los niveles de autoestima y depresión en la muestra de adultos mayores casados o convivientes.

H1: Es significativa la correlación entre los niveles de autoestima y depresión en la muestra de adultos mayores casados o convivientes.

#### **5.3.1. Técnicas estadísticas**

##### *Tablas de distribución de frecuencias*

Se utilizó estas herramientas para caracterizar la conformación de la muestra de estudio.

##### *Prueba chi cuadrado*

Se utilizó para comparar proporciones entre variable categóricas en el análisis descriptivo.

### *Correlación de Spearman*

Se utilizó para evaluar correlación entre variables numéricas discretas sin distribución normal en el análisis inferencial.

### *Kolmogorov – Smirnov*

Se utilizó para evaluar aproximación a la distribución normal en cada uno de los grupos de datos analizados. (ver anexo 5)

#### **5.4. Discusión**

En esta investigación se someterá a discusión las variables de Autoestima y Depresión en adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, según los hallazgos obtenidos apoyados por la evidencia empírica.

Se presenta una confiabilidad moderada del instrumento de autoestima de Rosenberg el cual es apoyado en el ámbito internacional por Sánchez y Anaya (2012); García et al. (2012); García y Troyano (2013); Flores-Bello, et al. (2017) y García y Froment (2017). Así mismo en el ámbito nacional por Villavicencio-Ramírez y Rivera-Álvarez (2012); Romero (2011); Ramos (2012); García y Liberato (2014) y Acuña, et al (2016). Por lo tanto, en el ámbito local propuesto por Castro (2016).

Se presenta una confiabilidad alta del instrumento de Depresión de Yesavage, lo que permite ser corroborado en el ámbito internacional por Canto y Castro (2004); Acosta y García (2007); Pérez y Arcia (2008); Estrada et al. (2013); Borda et al. (2013); Ruiz et al. (2014) y Santos y Carmona (2017). Así mismo en el ámbito nacional por Odar (2012); Arévalo (2015); Orosco (2015); Espinoza (2016); Huaynapuna y Navarro (2016) y Ccama e Yuca (2017).

En este estudio se mostró una confiabilidad aceptable de los instrumentos, lo que significa que metodológicamente es positivo para medir dichas variables dando resultados favorables para una muestra enfocada en adultos mayores.

Se presentó nivel alto de Autoestima, el cual es apoyado en el ámbito internacional por Sánchez y Anaya (2012); García et al. (2012); García y Troyano (2013) y García y Froment (2017). Así mismo en el ámbito nacional por Acuña et al. (2016) y en el ámbito local por Castro (2016). Estos datos hallados implican que la autoestima del adulto mayor se relaciona con la percepción que se tienen de sí mismo en comparación con los valores personales que se han desarrollado a través de la socialización.

En suma, se encontró sin Depresión los participantes, el cual es apoyada en el ámbito internacional por Canto y Castro (2004); Acosta y García (2007); Estrada et al. (2013) y Borda et al. (2013). Así mismo en el ámbito nacional por Espinoza (2016). Sin embargo, es rechazado en el ámbito internacional por Pérez y Arcia (2008); Estrada et al. (2013); Borda et al. (2013); Ruiz et al. (2014) y Santos y Carmona (2017). Estos datos que se descubren, implican que los participantes no presentan una visión negativa de sí mismo, de su entorno y del futuro.

Se afirma la correlación inversa y significativa entre las variables de Autoestima y Depresión el cual es apoyada en el ámbito internacional por Canto y Castro (2004) y Flores-Bello, et al (2017). Así mismo en el ámbito nacional por Orosco (2015) y Acuña et al. (2016). Sin embargo, es rechazado en el ámbito internacional por Acosta y García (2007); Pérez y Arcia (2008); García et al. (2012); Sánchez y Anaya (2012); García y Troyano (2013); Estrada et al. (2013); Borda et al. (2013); Santos y Carmona (2017) y García y Froment (2017). Así mismo en el ámbito nacional por Villavicencio-Ramírez y Rivero-Álvarez (2011); Romero (2011); Odar (2012); Ramos (2012); García y Liberato (2014); Arévalo (2015); Espinoza (2016); Huaynapuna y Navarro (2016) y Ccama y Yucra (2017). Y en el ámbito local propuesto por Castro (2016).

En la presente investigación se muestra una correlación inversa y significativa las variables de estudio en función a los Institucionalizados y No Institucionalizados corroborado en el ámbito nacional por Orosco (2015) y Espinoza (2016). La variable Institucionalidad es de gran importancia para clasificar a las personas que cuentan con el seguro de salud lo cual reciben apoyo profesional de personal médicos y obtener resultados comparativos entre adultos mayores.

Las variables de estudio en razón a Edad, muestran correlación inversa y significativa siendo afirmado en el ámbito internacional por Canto y Castro (2004); Acosta y García

(2007); Pérez y Arcia (2008); Sánchez y Anaya (2012); García y Troyano (2013); Estrada et al. (2013); Borda et al. (2013); Ruiz et al. (2014); Flores-Bello, et al. (2017) y García Froment (2017). Así mismo, en el ámbito nacional por Villavicencio-Ramírez y Rivero-Álvarez (2011); Romero (2011); Odar (2012); Ramos (2012); García y Liberato (2014); Arévalo (2015); Orosco (2015); Espinoza (2016); Huaynapuna y Navarro (2016); Acuña et al. (2016) y Ccama y Yucra (2017). Igualmente, en el ámbito local por Castro (2016). Representa que las personas mayores de 60 años a más muestran mayor autoestima y menor depresión.

Con respecto al Sexo, muestran correlación inversa y significativa que son apoyados en el ámbito internacional por Pérez y Arcia (2008); Estrada et al. (2013); Ruiz et al. (2014) y Santos y Carmona (2017). Así mismo, en el ámbito nacional por Villavicencio-Ramírez y Rivero-Álvarez (2011); Odar (2012); Arévalo (2015); Huaynapuna y Navarro (2016) y Ccama y Yucra (2017). Igualmente, en el ámbito local por Castro (2016). Lo cual presentan similitudes con las variables de estudio. Lo que significa que varones y mujeres muestran mayor autoestima y menor depresión.

En razón al Grado de Instrucción indican similitudes con las variables de estudio y es apoyada en el ámbito internacional por Borda et al. (2013); Estrada et al. (2013) y García Froment (2017). Así mismo, en el ámbito nacional por Villavicencio-Ramírez y Rivero-Álvarez (2011) y Arévalo (2015). Igualmente, en el ámbito local por Castro (2016).

En función al Estado Civil presentan similitudes con las variables de estudio, que significa mayor autoestima menor depresión; agrupando de Soltero con Viudo, siendo apoyado en el ámbito internacional por Pérez y Arcia (2008); Borda et al. (2013); Estrada et al. (2013) y Santos y Carmona (2017). Así mismo, en el ámbito nacional por Villavicencio-Ramírez y Rivero-Álvarez (2011). Igualmente, en el ámbito local por Castro (2016). Así mismo se agrupo a Casados – Convivientes, siendo apoyados en el

ámbito internacional por Pérez y Arcia (2008); Borda et al. (2013); Estrada et al. (2013) y Santos y Carmona (2017). Del mismo modo, en el ámbito nacional por Villavicencio-Ramírez y Rivero-Álvarez (2011). Igualmente, en el ámbito local por Castro (2016).

Se afirma la teoría de Rosenberg, el cual es afirmada en el ámbito internacional por García y Troyano (2013) y García y Froment (2017). Así mismo, en el ámbito nacional por García y Liberato (2014). Estos hallazgos corroboran la teoría de Autoestima de Rosenberg (1996; citado por Chapa y Ruiz 2012) el cual describe la autoestima como una evaluación positiva o negativa de sí mismo, esta visión es adquirida y desarrollada a lo largo de la vida creado a través de procesos de socialización y culturales que se apoyan en bases afectivas y cognitivas. Así mismo una autoestima con un buen nivel es garantía de que el adulto mayor podrá hacer frente con dignidad a importantes contrariedades de la vida y no decaerá fácilmente. Por consiguiente, se observó que los adultos mayores institucionalizados presentan mejores niveles de autoestima a razón de las actividades que se realizan dentro del CAM, tales como bailes, canto, cocina, huerto, tai chi, viajes, etc. Estas acciones permiten que se formen lazos afectivos que sirvan de soporte ante adversidades y ayuden a disipar los problemas que se pueden tener en distintos aspectos de la vida permitiendo el desarrollo de una autoestima positiva.

Siguiendo en esta línea los hallazgos obtenidos rechazan la teoría de depresión propuesta por Beck (1979; citado por Almudena, 2009) el cual describe la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades entre ellas la somática, afectiva, conductual y cognitiva. Así mismo, los resultados obtenidos indican que existe correlación indirecta con la variable de autoestima. Dando a entender que los adultos mayores casi no muestran síntomas depresivos a razón del estilo de vida activo que presentan, negocios propios en venta de utensilios en tiendas, apoyo emocional de hijos, nietos y demás familiares, creencias positivas que los impulsan a dedicar su tiempo libre



a actividades como actividades sociales con familiares y amistades, y actividades religiosas como rezos, novenas y fiestas patronales.

## CONCLUSIONES

La autoestima presenta moderada correlación inversa y significativa con la depresión en la muestra global de adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, 2018. Siendo así a mayor Autoestima menor Depresión en los participantes.

La autoestima presenta baja correlación inversa y significativa con la depresión en la muestra de adultos mayores con pertenencia al CAM, mientras que existe moderada correlación inversa y significativa en adultos mayores que no pertenecen al CAM.

La autoestima presenta moderada correlación inversa y significativa con la depresión en la muestra de adultos mayores de 60 a 75 años de edad, mientras que existe baja correlación inversa y significativa en los adultos mayores de 76 a más años.

La autoestima presenta moderada correlación inversa y significativa con la depresión en la muestra de adultos mayores de ambos sexos.

La autoestima presenta baja correlación inversa y significativa con la depresión en la muestra de adultos mayores sin estudios o con primaria completa, mientras que existe alta correlación inversa y significativa en adultos mayores con secundaria completa o estudios superiores.

La autoestima presenta moderada correlación inversa y significativa con la depresión en la muestra de adultos mayores en solteros/viudos y casados/convivientes.

## **RECOMENDACIONES**

Se propone aperturar nuevos centros de Adulto mayor (CAM) para mantener los niveles altos de Autoestima y niveles bajos de Depresión.

Se sugiere efectuar talleres, campañas de salud psicológica que refuercen la conducta positiva de socialización entre adultos mayores y sus miembros familiares.

Realizar investigaciones cuantitativas y/o cualitativas en donde se estudie la autoestima con otras variables como calidad de vida, resiliencia, bienestar subjetivo, etc.

Se recomienda que el Centro de Adulto Mayor (CAM) formule estrategias orientadas a satisfacer las necesidades del adulto mayor y prevenir los riesgos de depresión. De esta manera mejorar la calidad de vida logrando que tengan un envejecimiento activo y saludable.

## REFERENCIAS:

- Abramson, L., Alloy, L., Metalsky, G., Joiner, T. & Sandín, B. (1997). Teoría de la desesperanza: Aportaciones Recientes. *Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 211-222.
- Acosta, C. & García, R. (2007). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y Salud*, 17, 291-300.
- Acuña, J.; Elías, R. & Valverde, F. (2016). *Factores condicionantes en la autoestima de los adultos mayores del asilo Hermanitas de los ancianos desamparados, callao 2016*. (Tesis de Grado). Universidad Nacional del Callao. Recuperado de [http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/1725/Jessica\\_Tesis\\_t%C3%ADtuloprofesional\\_2016%20%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/1725/Jessica_Tesis_t%C3%ADtuloprofesional_2016%20%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Almudena, A. (2009). La depresión en adolescentes. *Revista de Estudios de Juventud*, 84, 85-104.
- American Psychiatric Association (APA, 2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid: Panamericana.
- Arévalo, L. (2015). *Prevalencia de depresión en los adultos mayores del asilo de ancianos "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos*. (Tesis de Grado). Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Recuperado de <http://docplayer.es/63988405-Universidad-nacional-de-la-amazonia-peruana-facultad-de-medicina-humana-rafael-donayre-rojas-titulo-tesis-para-optar-el-titulo-de-medico-cirujano.html>
- Arias, F. (2012). *El proyecto de la investigación*. (6ª. Ed.) Venezuela: Episteme
- Bacca, A., Gonzales, A. & Uribe, A. (2004). Validación de la escala de depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 1(4), 53 – 63.

- Bernal, C. (2010). Metodología de la investigación (3ª. Ed.) Colombia: Pearson
- Blanco, M. & Salazar, M. (2014). Escala de depresión geriátrica GDS de Yesavage. *Compendio de Instrumento de Medición*, 2, 241-246.
- Borda, M.; Anaya, M.; Pertuz, M.; Romero de León, L.; Suarez, A. & Suarez, A. (2013). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): Prevalencia y Factores de riesgo. *Salud Uninorte*, 29, 64-73.
- Canto, H. & Castro, E. (2004). Depresión, Autoestima y Ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9, 257-270.
- Castillo, G. (2010). *Autoestima, ambiente familiar, depresión y riesgo suicida en adolescentes de lima metropolitana*. (Tesis de Grado). Universidad Nacional Federico Villareal. Recuperado de [http://revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/596](http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/596)
- Castro, B. (2016). *Niveles de Autoestima y evidencias de Violencia Familiar en adultos mayores que asisten al centro de salud Subtanjalla*. (Tesis de Grado). Universidad Alas Peruanas. Recuperado de <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/529/T-TPLE-Brenda%20Josefina%20Castro%20Escalante.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ccama, L. & Yucra, L. (2017). *Relación entre diabetes mellitus y depresión en los adultos mayores que asisten al centro de salud nueva alborada Arequipa*. (Tesis de Grado). Universidad Ciencias de la Salud. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/132358621.pdf>
- Chapa, S. & Ruiz, M. (2012), *Presencia de violencia familiar y su relación con el nivel de autoestima y rendimiento académico en estudiantes de secundaria de la I.E. N° 0031 María Ulises Dávila Pinedo Morales*. (Tesis de Grado). Universidad Nacional de San Martín. Recuperado de <http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/U>

NSM/2274/TP\_ENF\_00030\_2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Chicaiza, E. (2017). *Alexitimia y depresión en personas privadas de libertad*. (Tesis de Grado). Universidad Técnica de Ambato. Recuperado de <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/26631/1/Alexitimia%20y%20Depresi%C3%B3n%20en%20Personas%20Privadas%20de%20Libertad.pdf>
- Díaz-Unzueta (2016). Modelo Gerontológico de atención al adulto mayor desde el enfoque centrado en la persona. (Tesis de Grado). Universidad Jesuita de Guadalajara Recuperado de <https://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/4033/MH55509.pdf?sequence=2>
- Espinoza, F. (2016). *Relación que existe entre estilos de vida y depresión, en los adultos mayores que acuden al Centro del Adulto Mayor en la ciudad de Sullana*. (Tesis de Grado). Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. Recuperado de <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/224/TESIS%20F%C3%81TIMA%20ESPINOZA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Estrada, A.; Cardona, D.; Segura, A.; Ordoñez, J.; Osorio, J.; & Chavarriaga, L. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica*, 12, 81-94.
- Flores-Bello, C.; Correa-Muñoz E.; Retana-Ugalde, R. & Mendoza-Núñez, V. (2017). Control glucémico relacionado con la autoestima y depresión de adultos mayores con diabetes mellitus en la Ciudad de México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 26(2), 129-134.
- García, A. & Froment, F. (2017). Beneficios de la actividad física sobre la autoestima en personas mayores. *Federación Española de Asociaciones de Docentes de educación Física (FEADEF)*, 33, 3-9.

- García, A. & Troyano, Y. (2013). Percepción de autoestima en personas mayores que realizan o no actividad física deportiva. *Escritos de Psicología*, 6(2), 35-41.
- García, A. (2002). *La influencia de la familia y el nivel de depresión hacia el consumo de drogas en los adolescentes de la ciudad de México*. (Tesis de Grado). Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de [http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/tesis/tesis\\_alma\\_garcia.pdf](http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/tesis/tesis_alma_garcia.pdf)
- García, A.; Marin, M. & Bohórquez R. (2012). Autoestima como variable psicosocial predictora de la actividad física en personas mayores. *Psicología del Deporte*, 21, 195-200.
- García, M. & Liberato, J. (2014). *Funcionamiento familiar y nivel de autoestima del adulto mayor hipertenso en el hospital distrital Jerusalén de Trujillo*. (Tesis de Grado). Universidad Privada Antenor Orrego. Recuperado de <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/925>
- Hernández, R.; Fernandez-Collado, C. & Batipsta, P. (2006). Metodología de la investigación (4ª. Ed.) México: Mc Graw-Hill Interamericana
- Hernández, R.; Fernandez-Collado, C. & Batipsta, P. (2010). Metodología de la investigación (5ª. Ed.) México: Mc Graw-Hill Interamericana
- Huaypuna, A. & Navarro, E. (2016). *Relación entre la depresión y ansiedad en los adultos mayores del club de paz y amor congata de uchumayo Arequipa*. (Tesis de Grado). Universidad Ciencias de la Salud. Recuperado de <http://repositorio.uces.edu.pe/bitstream/UCS/9/1/huaypuna-huanca-anali.pdf>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (INSERSO, 2009). Dimensiones Subjetivas del envejecimiento. Madrid:Artegraf

- Licas, M. (2014). *Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral de San Juan de Miraflores*. (Tesis de Grado). Universidad Nacional de San Marcos. Recuperado de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4159/Licas\\_tm.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4159/Licas_tm.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Monrós, S. (2013). *Como educar la autoestima en educación infantil*. (Tesis de Grado). Universidad Internacional de la Rioja. Recuperado de [https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/1851/2013\\_05\\_22\\_TFM\\_ESTUDIO\\_DEL\\_TRABAJO.pdf?sequence=1](https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/1851/2013_05_22_TFM_ESTUDIO_DEL_TRABAJO.pdf?sequence=1)
- Odar, G (2012). *Prevalencia de trastornos depresivos en adultos mayores que conforman el centro integral del adulto mayor*. (Tesis de grado). Universidad de San Martín de Porres. Recuperado de [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2200/3/odar\\_ge.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2200/3/odar_ge.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004). (CIE-10) Clasificación Internacional de Enfermedades. Madrid: Panamericana.
- Orosa, T. (2003). *La tercera edad y la familia. Una mirada desde el adulto mayor*. Editorial Feliz Varela. La Habana.
- Orosco, C. (2015). Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. *Persona*, (18), 91-104.
- Pérez, V. & Arcia, N. (2008). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Cubana de Medicina General Integral*, 24(3) 1-20.
- Ramos, A. (2012). *Autoestima y autocuidado en los adultos mayores que asisten al programa del adulto mayor en el centro de salud conde de la vega baja lima*. (Tesis de Grado). Universidad Norbert Wiener. Recuperado de [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4348/1/Ramos\\_Burgos\\_Ana\\_Socorro\\_2013.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4348/1/Ramos_Burgos_Ana_Socorro_2013.pdf)



- Real Academia Española (2014). Diccionario de la Real Academia Española. (23.aed.). Recuperado de <http://dle.rae.es/?w=disquisici%F3n&origen=REDLE>
- Rojas-Barahona, C., Zegers, B. & Foster, C. (2009). Escala de Autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista médica*, 137, 791-800.
- Romero, K. (2011). *La relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistente al centro de salud en San -juan de Miraflores*. (Tesis de grado). Universidad Católica los Angeles de Chimbote. Recuperado de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1044/Romero\\_qk.pdf;jsessionid=52F3BFBBDE4EA9CC38EAAACA5F67FEA1?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1044/Romero_qk.pdf;jsessionid=52F3BFBBDE4EA9CC38EAAACA5F67FEA1?sequence=1)
- Ruiz, D.; Zegbe, J.; Sánchez-Morales, F. & Castañeda-Iñiguez, M. (2014). Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas. *Educación y Desarrollo*, 29. 73-78.
- Salazar, D. & Gonzales, U. (2006). *Autoestima desde un enfoque humanista: diseño y aplicación de un programa de intervención*. (Tesis de Grado). Universidad Pedagógica Nacional. Recuperado de <http://200.23.113.51/pdf/23181.pdf>
- Sánchez, F. & Anaya, N. (2012). *Estrategias de intervención para favorecer la autoestima en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados del municipio de San José de Cúcuta*. (Tesis de Grado). Universidad de Santaner. Recuperado de <http://service.udes.edu.co/redsiudes/tercerEncuentro/memorias/ponencias/PMP4.pdf>
- Sans, J. & Vázquez, C. (1995). Trastorno del Estado de Animo: II. Teorías Psicológicas. *Manual de Psicopatología*. 2, 341 - 378.

- Santos, P. & Carmona, S. (2017). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamerica*.15 (2), 1-22.
- Santiesteban, I.; Pérez, M. & García, N. (2008). Teorías y cambio del envejecimiento. *Correo Científico Medico de Holguín*. 12 (2), 1-7.
- Steiner, D. (2005). *La teoría de la autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo del ser humano*. (Tesis de Grado). Tecana American University Recuperado de [https://tauniversity.org/sites/default/files/tesis/tesis\\_daniela\\_steiner.pdf](https://tauniversity.org/sites/default/files/tesis/tesis_daniela_steiner.pdf)
- Villavicencio-Ramírez, I. & Rivero-Álvarez, R. (2011). El nivel de autoestima según dimensiones satisfacción y devaluación personal en personas adultas mayores que acuden a los comedores de la Sociedad Pública de Beneficencia de Lima Metropolitana. *Escuela Académico Profesional de Gerontología*. 1-12
- Zapata, H. (2001). Adulto Mayor: Participación e Identidad. *Psicología de la universidad de Chile*. 10(1), 189-197.

## ANEXOS

Resultados del análisis de confiabilidad de los instrumentos de medición	76
Ficha Sociodemográfica	78
Escala de Autoestima de Rosenberg	79
Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	80
Pruebas de Normalidad	81
Matriz de Consistencia	84
Fotografías	86

## Anexo 1

### Resultados del análisis de confiabilidad de los instrumentos de medición

Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

#### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
	Válido	120	100,0
Casos	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	120	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach    N de elementos

,567	10

## Resultados del análisis de confiabilidad de los instrumentos de medición

### Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDGY)

Promedio de cada ítems	0.1	0.4	0.3	0.4	0.2	0.6	0.1	0.2	0.4	0.3	0.0	0.1	0.2	0.2	0.3	VAR T	6.6
1 – Promedio	0.9	0.6	0.7	0.6	0.9	0.4	0.9	0.9	0.6	0.8	1.0	0.9	0.8	0.9	0.7		
Pq	0.1	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0.2	0.2	0.0	0.1	0.2	0.1	0.2		2.4

### Estadísticas de fiabilidad

Kuder Richardson    N de elementos

---

,689	15
------	----

---

## Anexos 2

### FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Instrucciones: Solicitamos su cooperación para que responda o marque con un aspa (x) las siguientes preguntas sobre algunas características que se relacionan a usted. Recuerde que toda información que brinde es totalmente confidencial. Su nombre no constara junto a ninguna información que nos proporcione.

<b>DATOS DEL ENCUESTADO</b>		
<b>EDAD :</b> _____ años.	<b>SEXO :</b> ( V ) / ( F )	<b>DISTRITO :</b> _____
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN:</b>  <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria  <input type="checkbox"/> Superior Universitario <input type="checkbox"/> Técnico Superior		
<b>ESTADO CIVIL:</b>  <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Viudo/a		
<b>PERTENECE A ALGÚN CENTRO DE ADULTOS MAYORES (CAM) :</b>  <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO		

### Anexos 3

#### ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (EAR)

**Instrucciones:** El cuestionario tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida de los demás.				
Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente..				
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.				
Siento que no tengo mucho der que estar orgulloso/a.				
En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
A veces creo que no soy buena persona.				

## Anexos 4

### Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDGY)

**Instrucciones:** A continuación, lee atentamente las preguntas y marca la alternativa que mejor vaya contigo, recuerda que no hay preguntas malas, ni buenas. ¡A marcar...!

¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	SI	NO
Siente que su vida está vacía	SI	NO
Se siente a menudo aburrido/a	SI	NO
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SI	NO
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI	NO
¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SI	NO
Actualmente se siente un/a inútil	SI	NO
Se siente lleno/a de energía?	SI	NO
¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI	NO
Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted		
<b>PUNTUACION TOTAL</b>		



## Anexo 5

### PRUEBAS DE NORMALIDAD

#### kolmogorov – smirnov

		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
		Estadístico	gl	Sig.
	Autoestima	,111	120	,001
	Depresión	,163	120	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
Pertenencia al CAM		Estadístico	gl	Sig.
SI	Autoestima	,085	60	,200*
	Depresión	,217	60	,000
NO	Autoestima	,124	60	,023
	Depresión	,111	60	,063

\*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Kolmogorov-Smirnov<sup>a</sup>

Edades		Estadístico	gl	Sig.
60 a 75 años	Autoestima	,127	84	,002
	Depresión	,170	84	,000
76 más años	Autoestima	,107	36	,200*
	Depresión	,145	36	,052

\*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Kolmogorov-Smirnov<sup>a</sup>

Sexo		Estadístico	gl	Sig.
Masculino	Autoestima	,132	43	,058
	Depresión	,154	43	,012
Femenino	Autoestima	,104	77	,037
	Depresión	,167	77	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Kolmogorov-Smirnov<sup>a</sup>

Estado civil		Estadístico	gl	Sig.
Soltero-viudo	Autoestima	,110	54	,154
	Depresión	,176	54	,000
Casado-conviviente	Autoestima	,144	66	,002
	Depresión	,157	66	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Kolmogorov-Smirnov<sup>a</sup>

Grado de estudios		Estadístico	gl	Sig.
Sin estudios - Primaria completa	Autoestima	,127	51	,038
	Depresión	,127	51	,039
Secundaria completa - Superior	Autoestima	,098	69	,097
	Depresión	,189	69	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

## ANEXO 6

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

OBJETIVO	FORMULACION DE PROBLEMAS	HIPOTESIS	METODOLOGIA
<p>Analizar la relación entre los niveles autoestima y niveles de depresión en adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, 2018.</p> <p><b>Objetivo Secundario</b></p> <p>1. Verificar la relación entre los niveles de autoestima y los niveles de depresión en adultos mayores según institucionalizados y no institucionalizados del distrito de Santiago – Ica ,2018.</p> <p>2. Evaluar la relación entre los niveles de autoestima y los niveles de depresión según la edad en adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, 2018.</p> <p>3. Establecer la relación entre los niveles autoestima y los niveles depresión según el sexo en adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, 2018.</p>	<p>¿Qué relación existe entre niveles autoestima y niveles de depresión en adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, 2018?</p> <p><b>Problema Secundario</b></p> <p>1.¿Qué relación existe entre los niveles de autoestima y los niveles de depresión en adultos mayores según institucionalizados y no institucionalizados del distrito de Santiago – Ica, 2018?</p> <p>2.¿Qué relación existe entre los niveles de autoestima y los niveles de depresión en adultos mayores según la edad del distrito de Santiago – Ica, 2018?</p> <p>3.¿Qué relación existe entre los niveles autoestima y los niveles depresión según el</p>	<p>Existen correlación indirecta y significativa entre los niveles de autoestima e niveles de depresión en adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, 2018.</p> <p><b>Hipótesis Secundaria</b></p> <p>1.Existe correlación indirecta y significativa entre los niveles de autoestima y los niveles de depresión en adultos mayores según institucionalizados y no institucionalizados del distrito de Santiago – Ica ,2018.</p> <p>2.Existe correlación indirecta y significativa entre los niveles de autoestima y los niveles de depresión según la edad en adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, 2018</p> <p>3.Existe correlación indirecta y significativa entre los niveles de autoestima y los niveles depresión</p>	<p><b>DISEÑO METODOLOGICO:</b> Descriptiva – Correlacional-comparativa; Transversal.</p> <p><b>Población:</b> Según INEI (2017) indica que la población está constituida por un total de 2832 adultos mayores varones y mujeres del distrito de Santiago de la ciudad de Ica</p> <p><b>Muestra:</b> Para hallar la muestra representativa se aplicó el tipo de muestreo no probabilístico de criterio intencional que está constituido por 120 adultos mayores del distrito de Santiago.</p>

<p>4. Examinar la relación entre los niveles autoestima y los niveles depresión según el grado de instrucción de los adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, 2018.</p> <p>5. Identificar la relación entre los niveles autoestima y los niveles depresión según el estado civil de los adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, 2018.</p> <p>6. Analizar la confiabilidad de los instrumentos de medida.</p>	<p>sexo en adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, 2018?</p> <p>4.¿Qué relación existe entre los niveles autoestima y los niveles depresión según el grado de instrucción de los adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, 2018?</p> <p>5.¿Qué relación existe entre los niveles autoestima y los niveles depresión según el estado civil de los adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, 2018?</p>	<p>según el sexo en adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, 2018.</p> <p>4.Existe correlación indirecta y significativa entre los niveles autoestima y los niveles depresión según el grado de instrucción de los adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, 2018.</p> <p>5.Existe correlación indirecta y significativa entre los niveles de autoestima y los niveles depresión según el estado civil de los adultos mayores del distrito de Santiago – Ica, 2018.</p>	<p><b>Instrumentos:</b></p> <p><b>Escala de Autoestima de Rosenberg:</b> Está constituido por 10 ítems en una escala tipo Likert de 4 puntos y tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. En esta investigación se sometió a análisis de confiabilidad el instrumento de Autoestima, lo cual se encontró 0.567 que indica una confiabilidad moderada. (Anexo 1)</p> <p><b>Escala de depresión geriátrica de Yesavage:</b> Está constituida por 30 ítems con respuestas dicotómicas, sin embargo, cuenta con una adaptación abreviada de 15 ítems. Tiene como objetivo medir la depresión en adultos mayores. En esta investigación se sometió a análisis de confiabilidad el instrumento de Depresión, lo cual se encontró 0.689 que indica una confiabilidad alta. (Anexo 1)</p>
---	--	--	--

## ANEXO 7

### FOTOGRAFIAS







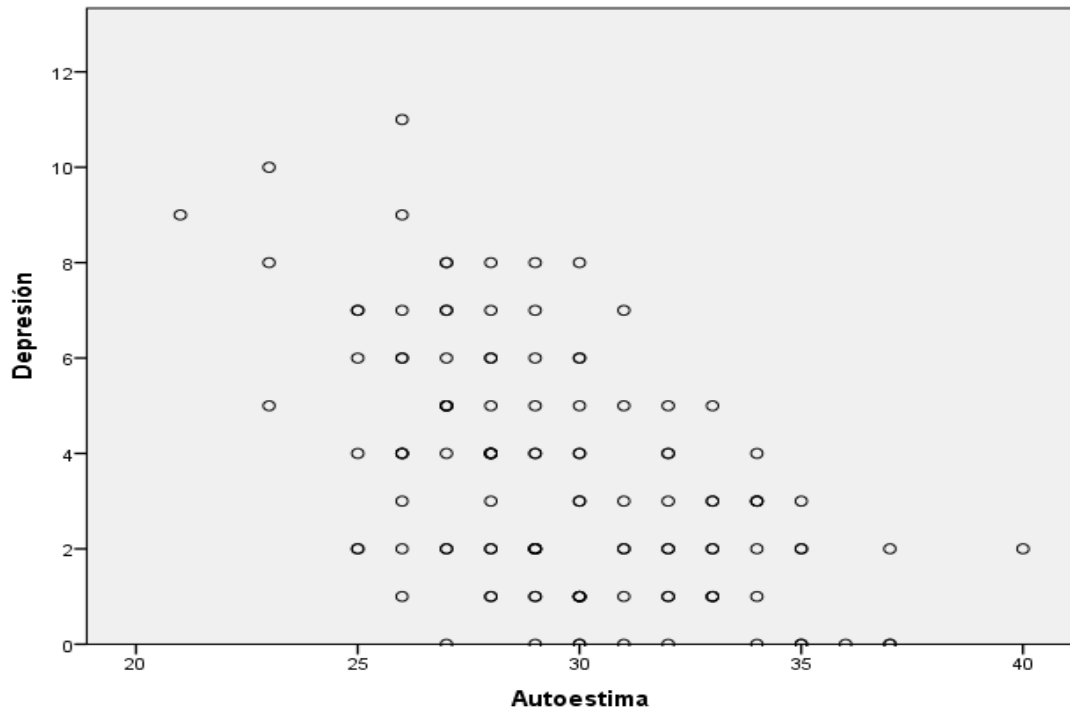




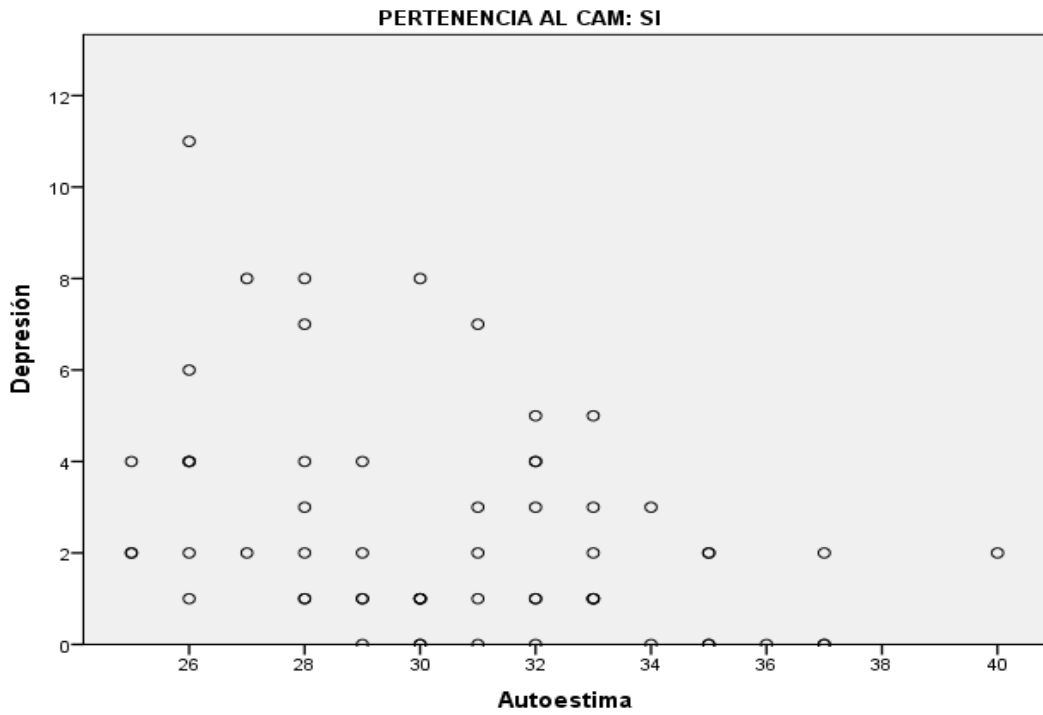
## INDICE DE FIGURAS

<i>Figura 01.</i> Correlación entre los niveles de autoestima y depresión	91
<i>Figura 02.</i> Dispersión de puntajes de autoestima y depresión en muestra de adultos mayores institucionalizados en el Centro del Adulto Mayor	91
<i>Figura 03.</i> Dispersión de puntajes de autoestima y depresión en muestra de adultos mayores no institucionalizados en el CAM	92
<i>Figura 04.</i> Dispersión de puntajes de autoestima y depresión en muestra de adultos mayores de 60 a 75 años de edad	92
<i>Figura 05.</i> Dispersión de puntajes de autoestima y depresión en muestra de adultos mayores de 76 a más años de edad	93
<i>Figura 06.</i> Dispersión de puntajes de autoestima y depresión en muestra de adultos mayores de sexo masculino	93
<i>Figura 07.</i> Dispersión de puntajes de autoestima y depresión en muestra de adultos mayores de sexo femenino	94
<i>Figura 08.</i> Dispersión de puntajes de autoestima y depresión en muestra de adultos mayores sin estudios o con estudios primarios	94
<i>Figura 09.</i> Dispersión de puntajes de autoestima y depresión en muestra de adultos mayores con secundaria completa o superior	95
<i>Figura 10.</i> Dispersión de puntajes de autoestima y depresión en muestra de adultos mayores solteros o viudos	95
<i>Figura 11.</i> Dispersión de puntajes de autoestima y depresión en muestra de adultos mayores casados o convivientes	96

## FIGURAS DE DISPERSION DE SPEARMAN



*Figura 01.* Correlación entre los niveles de autoestima y depresión.



*Figura 02.* Dispersión de puntajes de autoestima y depresión en muestra de adultos mayores institucionalizados en el Centro del Adulto Mayor.

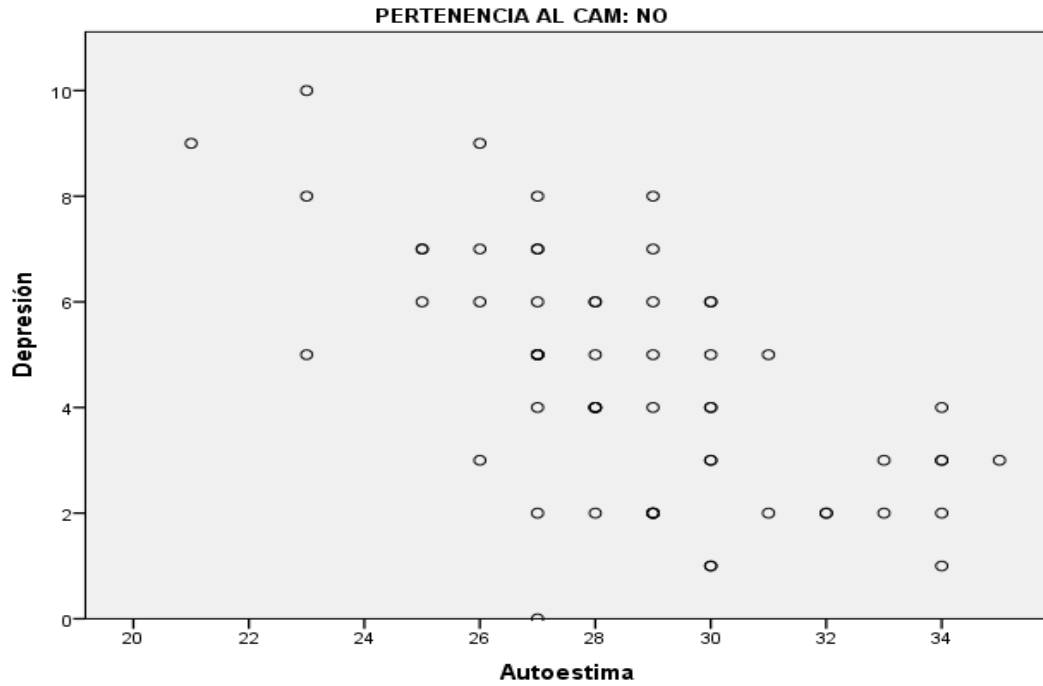


Figura 03. Dispersión de puntajes de autoestima y depresión en muestra de adultos mayores no institucionalizados en el CAM.

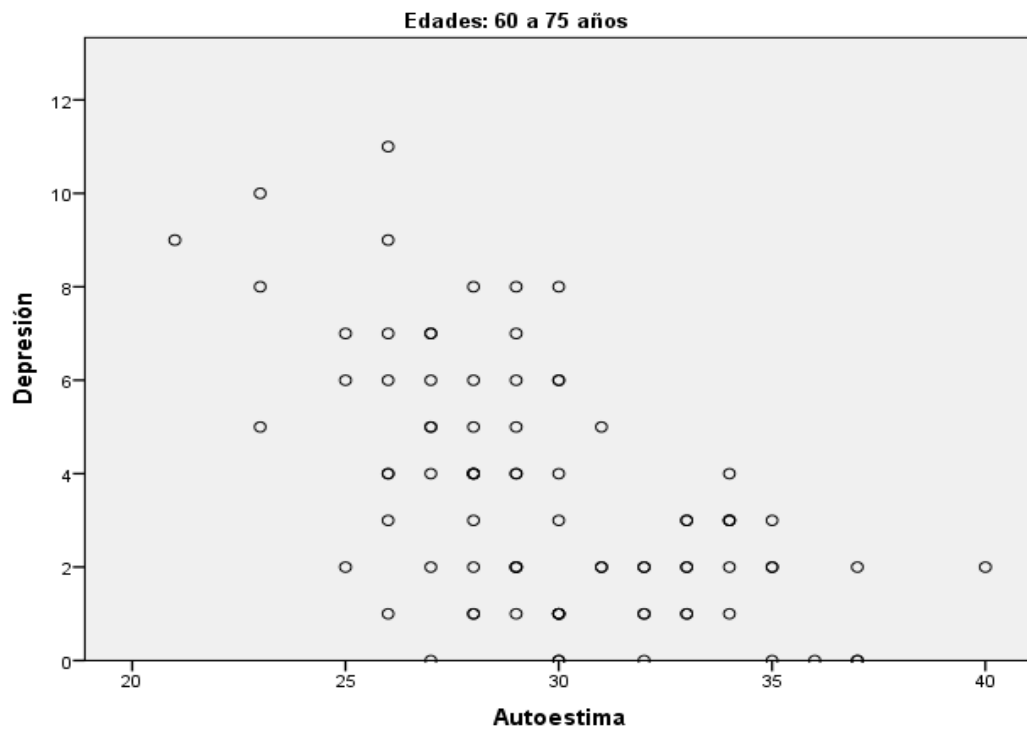
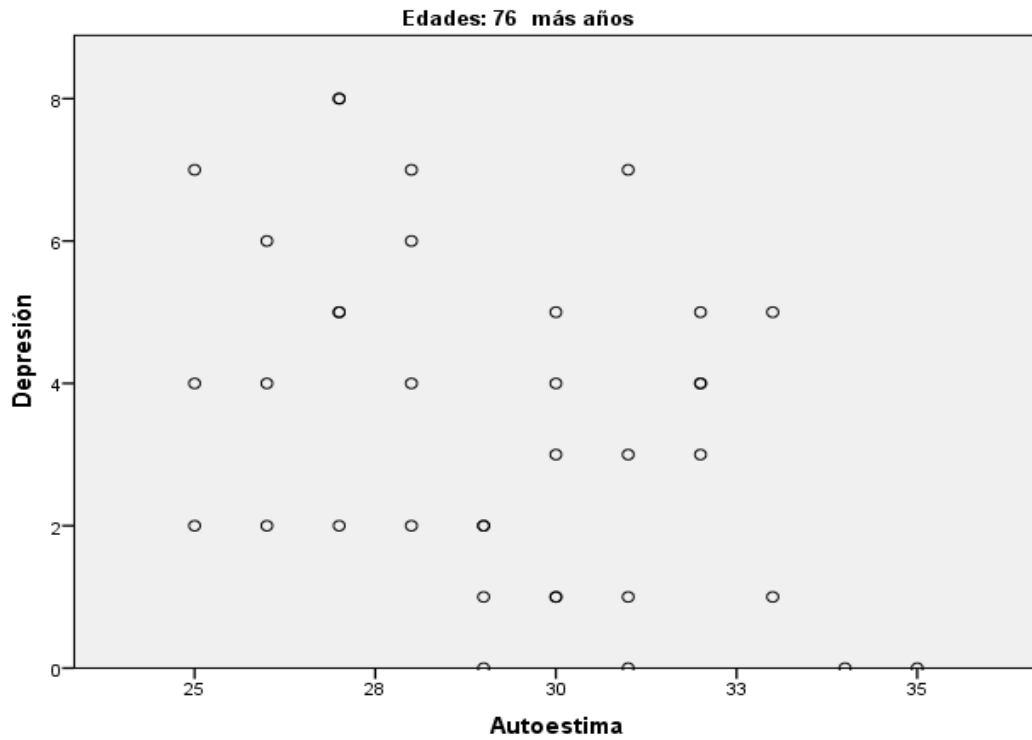
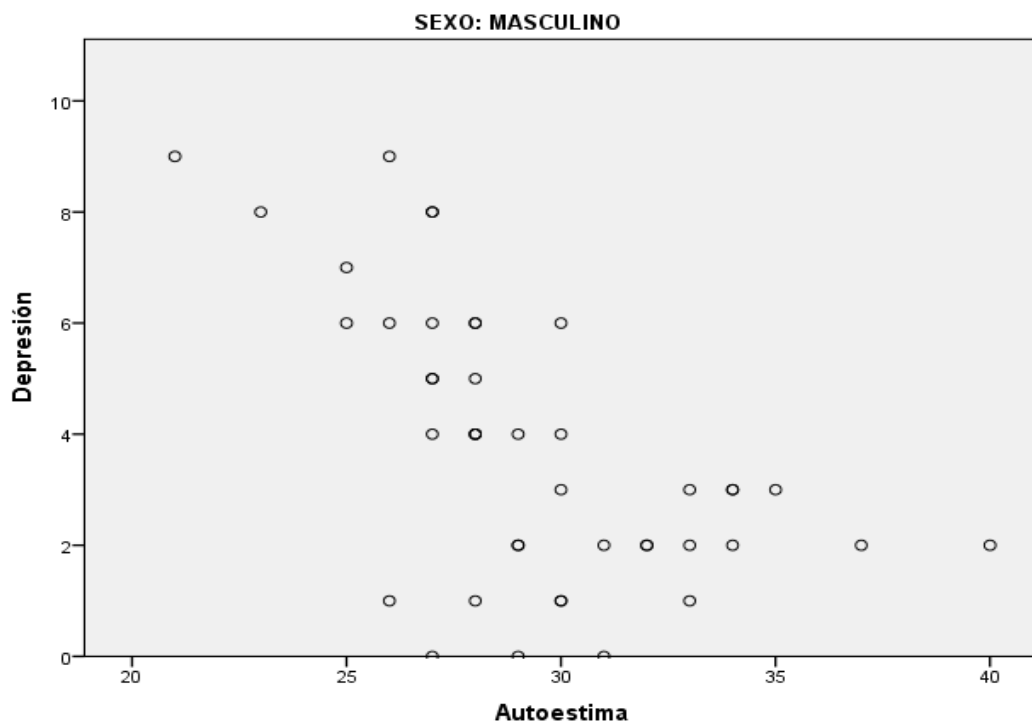


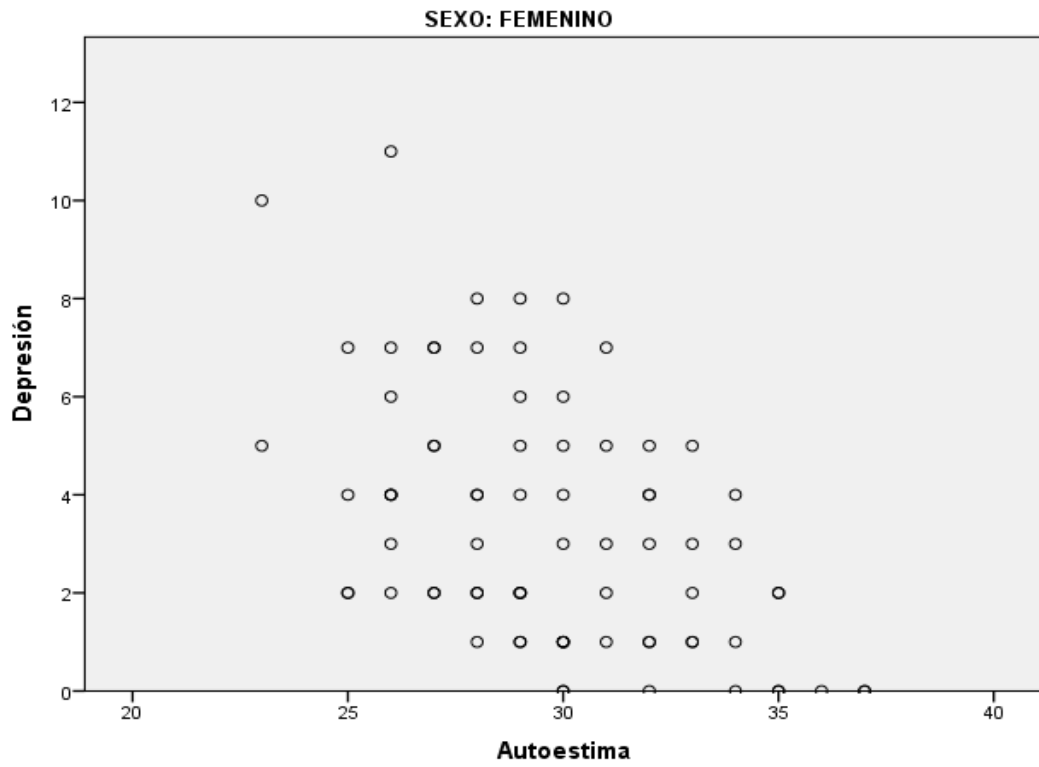
Figura 04. Dispersión de puntajes de autoestima y depresión en muestra de adultos mayores de 60 a 75 años de edad.



*Figura 05.* Dispersión de puntajes de autoestima y depresión en muestra de adultos mayores de 76 a más años de edad.



*Figura 06.* Dispersión de puntajes de autoestima y depresión en muestra de adultos mayores de sexo masculino.



*Figura 07.* Dispersión de puntajes de autoestima y depresión en muestra de adultos mayores de sexo femenino.

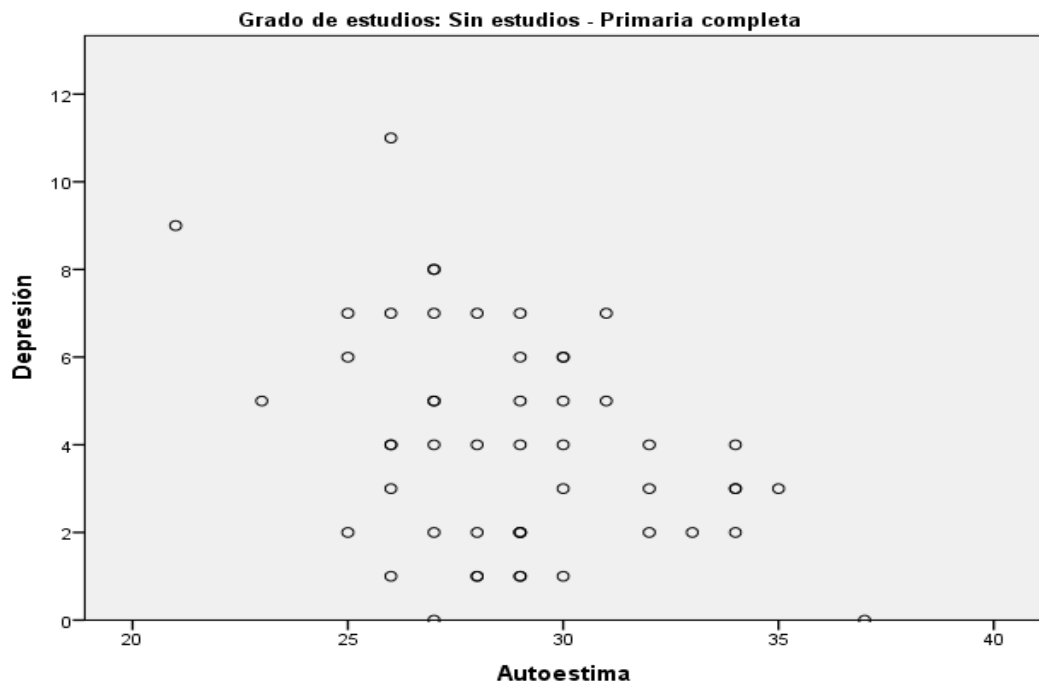


Figura 08. Dispersión de puntajes de autoestima y depresión en muestra de adultos mayores sin estudios o con estudios primarios.

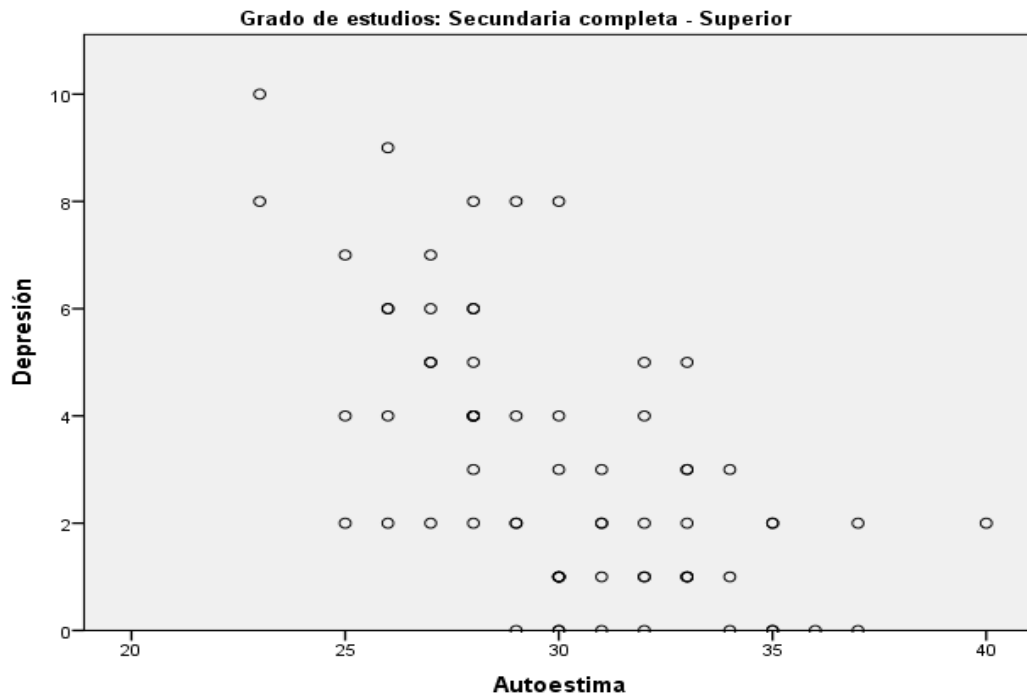


Figura 09. Dispersión de puntajes de autoestima y depresión en muestra de adultos mayores con secundaria completa o superior.

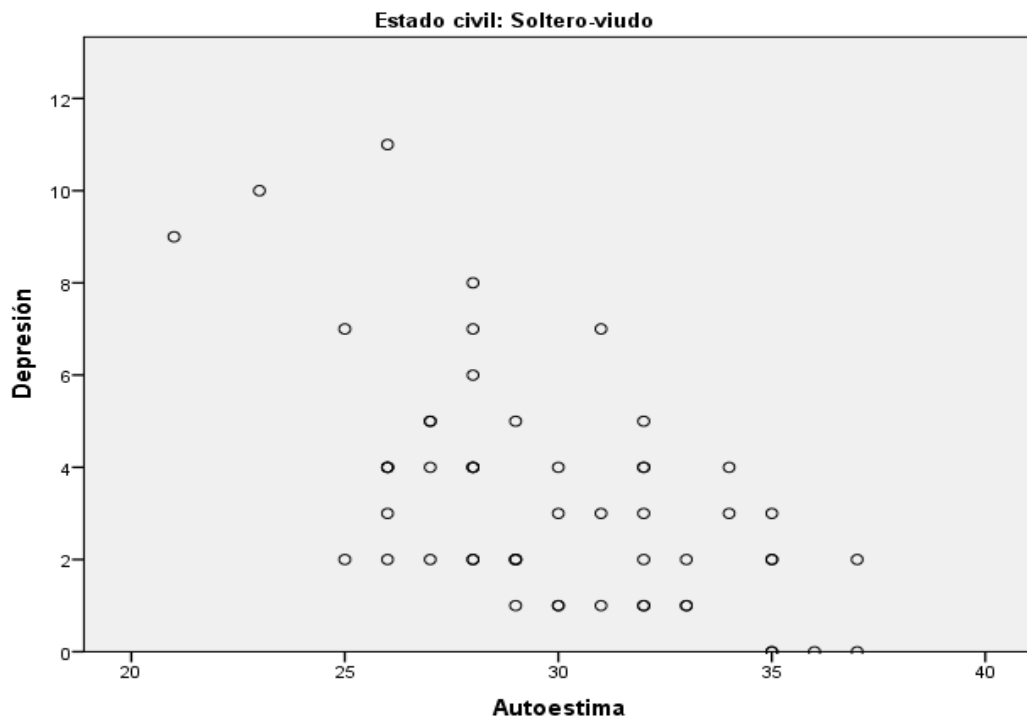


Figura 10. Dispersión de puntajes de autoestima y depresión en muestra de adultos mayores solteros o viudos.

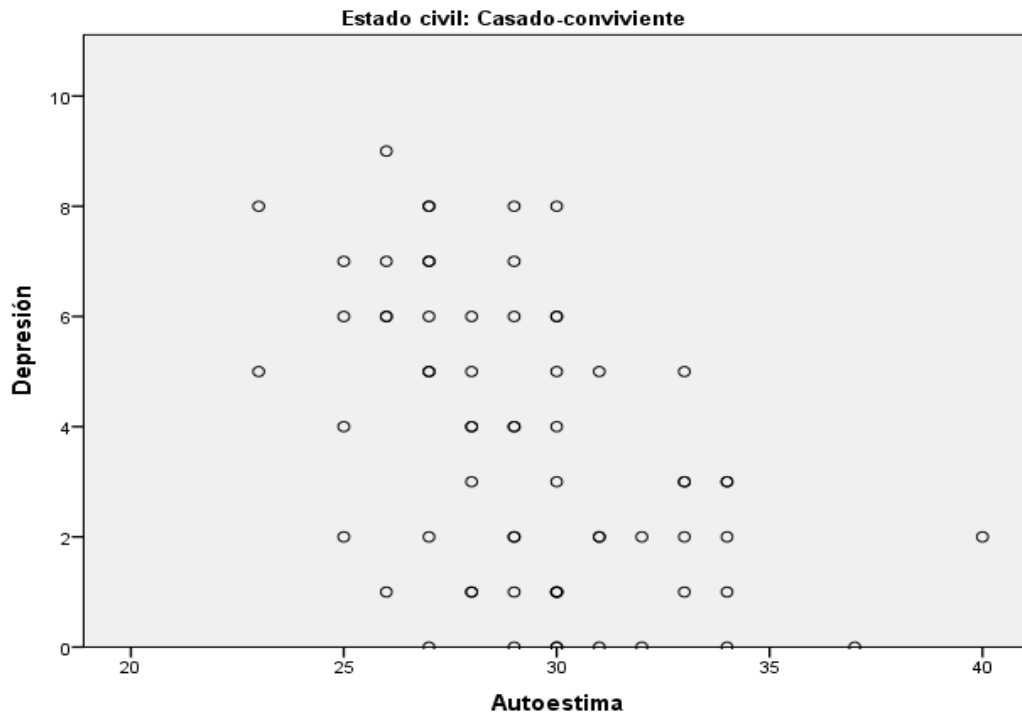


Figura 11. Dispersión de puntajes de autoestima y depresión en muestra de adultos mayores casados o convivientes.