



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

**“DEPRESIÓN Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN EL ADULTO MAYOR
DEL ASENTAMIENTO HUMANO “LAS FLORES” LA
TINGUIÑA – ICA, MARZO
2017”**

TESIS

**PARA ÒPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**

PRESENTADO POR:

BACHILLER: CHRISTEL IVONNE HERNANDEZ ESPINOZA

ICA- PERÚ

2017

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida.

A mis padres Carlos Enrique Hernández Morón y Miriam Espinoza de Hernández por ser las personas que me han acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de vida, jamás se rindieron y apostaron por mí.

A mi mamita Astiela que desde el cielo me cuida y bendice, jamás olvidaré tus palabras y tu amor.

AGRADECIMIENTO

A Dios infinitamente, por haberme dado fuerza y valor para culminar esta etapa de mi vida.

Agradezco la confianza y el apoyo brindado por parte de mi madre, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me ha demostrado su amor

A mi padre, que siempre lo he sentido presente en mi vida y sé que está orgulloso de la persona en la cual me he convertido.

Finalmente, a Carlos y Hilary, por ser un motivo importante en mi vida para seguir mis sueños.

RESUMEN

La vejez es un periodo crítico de la vida, que conlleva una serie de situaciones conflictivas, como la jubilación, la pérdida de seres queridos, la marcha de los hijos, las enfermedades crónicas, la proximidad de la muerte, entre otras, y a todo ello se le suman otros eventos negativos que ocurren casi inevitablemente.

Estas circunstancias críticas producirán en los adultos mayores reacciones afectivas negativas, como la depresión, y por ende una disminución de su percepción valorativa. La investigación titulada “Depresión y nivel de autoestima en el adulto mayor del Asentamiento Humano “Las Flores” La Tinguña – Ica, marzo 2017,” es de enfoque cuantitativo, diseño descriptivo, observacional y de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 80 adultos mayores tomados a través del muestreo probabilístico y al azar simple.

Los resultados de la variable Depresión según la aplicación del Test de Beck es moderado en 36%, normal en 21% seguido de 15% con depresión grave, el 13% presenta depresión leve, seguido del 11% con depresión intermitente y finalmente el 4% presentan depresión grave. Respecto a la variable dependiente se tiene que el nivel de autoestima de los adultos mayores según el test de Rosenberg fue valorada como autoestima media en 59%, seguido del 26% con autoestima baja y finalmente el 15% presenta autoestima alta. Conclusiones: Como el x calculado 16.17 es menor a $x_2=18.30$ por tanto cae en la zona de aceptación entonces se rechaza la hipótesis nula que afirma que no existe relación entre la depresión y el nivel de autoestima y se acepta la hipótesis de investigación la cual afirma que existe relación entre la depresión y el nivel de autoestima (valor $p < 0.05$).

Palabras clave: Depresión, autoestima, adulto mayor.

ABSTRACT

Old age is a critical period of life, which entails a series of conflicting situations, such as retirement, loss of loved ones, children's march, chronic diseases, the proximity of death, among others, and all of this It adds up to other negative events that occur almost inevitably.

These critical circumstances will produce negative emotional reactions in adults, such as depression, and thus a decrease in their value perception. The research titled "Depression and self - esteem in the older adult of the Settlement" Las Flores "La Tinguña - Ica, March 2017" is a quantitative approach, descriptive, observational and cross - sectional design, the sample consisted of 80 adults Greater sampling through probabilistic sampling and simple random sampling.

The results of the variable Depression according to the Beck Test application are moderate in 36%, normal in 21% followed by 15% in severe depression, 13% have mild depression, followed by 11% with intermittent depression and finally 4% Have severe depression. Regarding the dependent variable, the self-esteem level of the elderly according to the Rosemberg test was assessed as mean self-esteem in 59%, followed by 26% with low self-esteem and finally 15% had high self-esteem. Conclusions: Since the calculated $x = 16.17$ is less than $x_2 = 18.30$ so it falls into the acceptance zone, then the null hypothesis is rejected, which affirms that there is no relationship between depression and the level of self-esteem, and the research hypothesis is accepted Affirms that there is a relationship between depression and the level of self-esteem (p value < 0.05).

Key words: Depression, self-esteem, elderly.

ÍNDICE

	Pág.
CARATULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema	4
1.2.1. Problema general	4
1.2.2 Problemas específicos	4
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2 Objetivos específicos	4
1.4. Justificación del estudio	4
1.5. Limitaciones de la investigación	5
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes del estudio	6
2.2. Bases teóricas	10

2.3. Definición de términos	28
2.4. Hipótesis	30
2.4.1. Hipótesis General	30
2.5. Variables	30
2.5.1. Definición conceptual de la variable	31
2.5.2. Definición operacional de la variable	31
2.5.3. Operacionalización de la variable.	32
CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO	
3.1. Tipo y nivel de investigación	33
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	33
3.3. Población y muestra	33
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	35
3.5. Plan de recolección y procesamiento de datos	35
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	37
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	45
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	54
Matriz	55
Instrumento	56

ÍNDICE DE TABLAS

N°		Pág.
Tabla N° 1	Datos generales según edad y sexo en el adulto mayor del Asentamiento Humano “Las Flores” La Tinguiña – Ica, marzo 2017	38
Tabla N° 2	Datos generales según estado civil en el adulto mayor del Asentamiento Humano “Las Flores” La Tinguiña – Ica, marzo 2017	39
Tabla N° 3	Nivel de depresión en el adulto mayor del Asentamiento Humano “Las Flores” La Tinguiña – Ica, marzo 2017	40
Tabla N° 4	Nivel de autoestima en el adulto mayor del Asentamiento Humano “Las Flores” La Tinguiña – Ica, marzo 2017	41
Tabla N° 5	Prueba de hipótesis	42

ÍNDICE DE GRAFICAS

N°		Pág.
Grafica N° 1	Datos generales según edad y sexo en el adulto mayor del Asentamiento Humano “Las Flores” La Tinguíña – Ica, marzo 2017	38
Grafica N° 2	Datos generales según estado civil en el adulto mayor del Asentamiento Humano “Las Flores” La Tinguíña – Ica, marzo 2017	39
Grafica N° 3	Nivel de depresión en el adulto mayor del Asentamiento Humano “Las Flores” La Tinguíña – Ica, marzo 2017	40
Grafica N° 4	Nivel de autoestima en el adulto mayor del Asentamiento Humano “Las Flores” La Tinguíña – Ica, marzo 2017 Prueba de hipótesis	41

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, se está produciendo un fenómeno poblacional en el mundo, tanto de crecimiento como de envejecimiento, dado que la tasa de nacimientos tiende a disminuir con respecto a las personas fallecidas, debido al cambio en la forma de vivir en la sociedad actual.

La depresión es un estado sintomático que puede variar desde un ligero abatimiento hasta situaciones que le impiden reaccionar. En la depresión un poco más profunda hay una constante tensión desagradable; cada experiencia se acompaña de pena, y la persona puede estar temeroso, preocupado, angustiado, agitado o perplejo y padecer un sufrimiento físico o emocional

Es importante estudiar la presencia de depresión y disminución de la autoestima en los adultos mayores en la comunidad porque puede ser un punto de partida para desarrollar acciones de prevención en grupos de riesgo identificados, en este contexto, el profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención cumple un rol protagónico, pues brinda una atención holística al ser humano como un todo.

El presente estudio se encuentra organizado por V capítulos: en función de que en su Capítulo I contiene el Planteamiento del Problema, la descripción de la realidad problemática, delimitación de la investigación, formulación del problema, los objetivos de investigación y la justificación del mismo que es la base de la investigación; en el Capítulo II; se detalla los Antecedentes de la Investigación, Bases Teóricas, y definición de términos Básicos sobre el cual se fundamenta el conocimiento científico; en el Capítulo III, se detalla las hipótesis de investigación y variables respectivamente; en el Capítulo IV se presentan los resultados de la investigación y en el Capítulo V se presenta la discusión, recomendaciones y referencias bibliográficas finalmente los anexos que contiene la matriz de consistencia, y el instrumento de recolección de datos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción de la realidad problemática

La Organización Mundial De La Salud (OMS) nos informa que la proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2000 y 2050 dicha proporción pasará de 11% a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 605 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años. Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer.

Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad. ¹

También se encuentra un grupo de adultos mayores, que se sienten todavía en plenitud para realizar trabajos; sin embargo, por medio de la jubilación o de otras señales, la sociedad les dice que deben retirarse y dejar el puesto a gente más joven. Es decir, que la sociedad puede

prescindir de ellos, lo cual lleva a que muchos adultos mayores no se sientan aceptados o pertenecientes a algo y a alguien, trayendo como consecuencia la baja autoestima.²

La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana. La depresión unipolar afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores. En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores.³

En Chile, según la comparación de los valores de autoestima entre sexos de ambos grupos, la prueba t-student de grupos independientes ($t = -2,255$, $p = 0,034$) mostró que los hombres ($35 \pm 5,72$) tenían una autoestima significativamente más elevada que las mujeres ($30,50 \pm 3,81$).⁴

En el Perú son más de 22 mil las personas atendidas en el centro especializado del adulto mayor "TaytaHuasi", según manifestó Leonardo ChiongBarmuta, médico jefe del establecimiento perteneciente al Ministerio de Salud (Minsa), y agregó que la depresión es uno de los problemas que aqueja a las personas mayores de 60 años. Se ha identificado que uno de los principales problemas de salud mental que se presentan es la depresión, por tanto debe ser un espacio de integración y recreación que promueva el autocuidado y fortalezca la autoestima". La tasa de envejecimiento de la población en el Perú se ha incrementado de forma sustancial en el país (3.1 por ciento anual), por lo que hay la necesidad de servicios especializados que atiendan de forma oportuna y eficaz los problemas de los adultos mayores, que en

muchos casos se asocian a problemas familiares, económicos y sociales.⁵

La depresión es un importante indicador de salud y bienestar la cual se define generalmente como una enfermedad que altera de manera intensa los sentimientos y los pensamientos. La forma más frecuente de manifestarse es tristeza, decaimiento, sensación de incapacidad para afrontar las actividades y retos diarios, y la pérdida de interés en actividades que previamente resultaban placenteras. Es por ello que su importancia en estudiarla radica en ser un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y práctico, afectando en todas las áreas de la vida. Asimismo, una baja autoestima también podría generar mayor depresión. La presencia de estas dos variables trata de advertir a la sociedad que no se encuentra debidamente preparada para hacer frente a esta problemática.

En Ica, los resultados encontrados en la investigación de Bravo N, fueron que el 85.71% del total de adultos mayores presentaron nivel de autoestima medio, es decir que aproximadamente de cada diez adultos mayores, nueve de ellos presentan autoestima en un nivel medio y el 14.29% presentan un nivel de autoestima alto.⁶

En las entrevistas efectuadas durante las prácticas se encontraba a adultos mayores que referían: “siento que ya no soy importante para mi familia”, “mis hijos me han olvidado”, “ya no puedo trabajar por este pie enfermo” , “ no tengo dinero para mis medicamentos “ ya soy viejo por eso no se acuerdan de mí”, “me siento como una carga” “mis hijos se fueron y me dejaron solo “ “no me tienen paciencia “ , “soy un viejo amargado “ “mis hijos quieren que me muera para poder quedarse con mi casa“ “tengo muchos problemas en mi casa “entre otras expresiones. Ante esta problemática motiva a realizar la investigación.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

Considerando la naturaleza de la investigación, los problemas se han formulado de la siguiente manera:

1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es la relación entre la depresión y el nivel de autoestima en el adulto mayor del Asentamiento Humano “Las Flores” La Tinguiña - Ica, marzo 2017?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS:

PE1: ¿Cuál es el nivel de depresión en el adulto mayor del Asentamiento Humano “Las Flores” La Tinguiña - Ica, marzo 2017?

PE2: ¿Cuál es el nivel de autoestima en el adulto mayor del Asentamiento Humano “Las Flores” La Tinguiña – Ica, marzo 2017?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los objetivos de la investigación son:

1.3.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la relación entre la depresión y el nivel de autoestima en el adulto mayor del Asentamiento Humano “Las Flores” La Tinguiña – Ica, marzo 2017.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

OE1: Identificar el nivel de depresión en el adulto mayor del Asentamiento Humano “Las Flores” La Tinguiña – Ica, marzo 2017.

OE2: Precisar el nivel de autoestima en el adulto mayor del Asentamiento Humano “Las Flores” La Tinguiña – Ica, marzo 2017.

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Ante el evidente incremento de la población mayor de 60 años y el aumento de la esperanza de vida al nacer en nuestro país y a nivel

mundial, esta situación ha generado un especial interés y atención a este grupo poblacional debido a las características particulares y necesidades específicas, tornándose una población vulnerable a cualquier alteración de tipo familiar, emocional, social, económica.

Es importante estudiar la presencia de depresión, en los adultos mayores en la comunidad porque puede ser un punto de partida, para desarrollar acciones de prevención en grupos de riesgo identificados, en este contexto, el profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención cumple un rol protagónico, pues brinda una atención holística al ser humano como un todo. Teniendo en cuenta que el aspecto emocional es un factor importante en la salud y bienestar de la persona además de ser un elemento fundamental en la valoración que hace la enfermera al brindar cuidado al adulto mayor. Por ello resulta necesario realizar esta investigación, pues una depresión severa en este grupo poblacional puede tener efectos negativos y producir sentimientos de inseguridad, lo que incide en su autopercepción, asimismo dificultando su adaptación a los cambios que se presentan, alterando su desarrollo como persona y su relación con los demás. Es por tanto el profesional de enfermería quien a través del cuidado y la educación desarrolla acciones orientadas a la satisfacción de sus necesidades desde una perspectiva holística, considerando no solo el aspecto físico sino también la parte emocional que le permitan fortalecer la autoestima de este grupo etáreo.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Los resultados de la investigación solo servirán para poblaciones similares al estudio es decir en adultos mayores.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Antecedentes internacionales

Carvalho I, Bertolli E, Paiva L, Rossi L, Dantas R, Pompeo D. (2016) Ansiedad, depresión, resiliencia y autoestima en individuos con enfermedades cardiovasculares. Brasil. Objetivos: analizar las relaciones entre los síntomas ansiedad y depresión, resiliencia y autoestima, con las características sociodemográficas y clínicas; correlacionar la resiliencia y autoestima con la edad y el tiempo de la enfermedad; analizar asociaciones entre ansiedad y depresión con las medidas de resiliencia y autoestima en individuos con enfermedades cardiovasculares.

Método: estudio de correlación, realizado en un Hospital de Enseñanza de gran porte del interior del estado de Sao Paulo. La población estuvo constituida por pacientes adultos internados con enfermedades cardiovasculares. Una muestra consecutiva y no probabilística fue constituida por 120 pacientes. Las variables de interés fueron evaluadas por la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, la Escala de Resiliencia y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Resultados: los

síntomas de ansiedad y depresión estaban presentes en 32,5% y 17,5% de los pacientes, respectivamente y fueron asociados al sexo femenino ($p = 0,002$; $p = 0,022$). Las manifestaciones de depresión fueron asociadas a la presencia de comorbilidades ($p = 0,020$). Pacientes más resilientes no presentaron síntomas depresivos ($p < 0,001$) y, las mujeres ansiosas, fueron menos resilientes ($p = 0,042$). Los mayores puntajes de autoestima estuvieron presentes en pacientes con ansiedad y depresión. Los hombres presentaron mayor resiliencia y menor autoestima cuando comparados a las mujeres. Conclusión: los pacientes con ansiedad y depresión fueron menos resilientes y presentaron mayor autoestima. ⁷

Lazcano M, Sánchez M, Lázaro A, García M, Piedra A. (2013) Nivel de depresión en el adulto mayor. México. La depresión es un problema de salud que afecta de forma silenciosa al adulto mayor Objetivo: Determinar el nivel de depresión del adulto mayor. Metodología: Estudio descriptivo, transversal, la muestra se conformó por 24 residentes considerando los criterios de inclusión. Firmaron consentimiento informado. Se aplicó instrumento que mide nivel de depresión normal, moderadamente deprimido, y severamente deprimido. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15. Resultados: El promedio de edad fue de 79 años ($DE= 4.3$). El 50% de los residentes son viudos. Se encontró prevalencia con un 31% en Diabetes Mellitus y un 15% en Hipertensión Arterial. El 21% se encuentra moderadamente deprimido y el 29% se encuentra severamente deprimido. ⁸

Durán R, Aguilar M, Martínez T, Rodríguez G. Gutiérrez L. (2013) Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal Cuba. Objetivo: Identificar la asociación existente entre depresión y función cognitiva del adulto mayor, para orientar la planeación de estrategias de intervención educativa. Método: Estudio descriptivo-transversal-correlacional en 252 adultos mayores de ambos sexos. Instrumentos: Test de Yesavage (sensibilidad del 84% y especificidad del 95%) y Mini-mental State Examination (sensibilidad de 82% y especificidad

de 84%). Análisis con SPSS versión 18, mediante correlación de Spearman. Resultados: La muestra se caracterizó de la siguiente manera: predominó el sexo femenino (60.3%), más de la mitad con esposo(a) o concubino(a) (54.0%); la mayoría con escolaridad (75.4%) y sin empleo remunerado (90.1%). El 40.1% (n=101) no presentó depresión, el 34.9% (n=88) depresión leve y el 25% (n=63) depresión establecida. En cuanto a la función cognitiva, el 41.7% de los adultos mayores entrevistados presentó deterioro cognitivo y el 58.3% función cognitiva íntegra. Resultó predominante la depresión entre leve en el grupo de 71 a 80 años (41.4%) y establecida en el grupo 81 a 90 años (38.9%). La depresión entre leve y establecida fue superior en los adultos mayores del sexo masculino (62%), que aquellos sin escolaridad (62.9%) y sin pareja (62.9%). En cuanto a la función cognitiva, se encontró mayor prevalencia de deterioro en el rango de edad de 81-90 (55.5%) y sexo femenino (45.4%). El análisis bivariado con el coeficiente de correlación de Spearman (r_s) no mostró la asociación esperada entre las variables de estudio, sin embargo se acerca a una interpretación de asociación baja entre: depresión y el tener un empleo remunerado ($r_s=0.142$; $p=0.024$), depresión y el número de padecimientos ($r_s=-0.239$; $p=0.000$), función cognitiva y el número de padecimientos ($r_s=0.166$; $p=0.008$) y entre la depresión y la función cognitiva ($r_s=-0.242$; $p=0.000$). Se encontró al 40.1% sin depresión, 3.9% con depresión leve y 25% con depresión establecida; así como 58.3% función cognitiva íntegra y 41.7% deterioro cognitivo. Correlación negativa entre depresión y función cognitiva ($r_s=-0.242$; $p=0.000$). Discusión: La correlación encontrada es similar a lo reportado en otras investigaciones. Conclusión: Los valores obtenidos con la prueba de correlación de Spearman no mostraron asociación en el sentido esperado.⁹

Borda M. (2012) "Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla Colombia. El objetivo fue establecer la prevalencia y factores de riesgo para depresión en adultos de 65 - 95 años de centros de cuidado geriátrico de Barranquilla. La metodología aplicada fue Estudio descriptivo transversal, con análisis de casos y controles.

Participaron 66 adultos mayores. Se aplicó encuesta de factores de riesgo, Minimental Test y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Se estudiaron las variables independientes: edad, sexo, nivel educativo, ingresos económicos, fuentes de ingresos, comorbilidad y tipo, polifarmacia, y tipo de institución. Se realizó análisis bivariado de depresión y las variables independientes. Se efectuó el análisis mediante porcentaje, tendencia central y media y desviación estándar y asociación (Or e IC 95 % y Chi-cuadrado y p).¹⁰

Antecedentes Nacionales

Orosco C. (2015). Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima Perú. El presente estudio se enfocó en los niveles de depresión y autoestima en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados*. Las muestras estuvieron conformadas por 40 participantes sujetos institucionalizados y 45 no institucionalizados, los cuales fueron adultos mayores de estrato socioeconómico medio alto, con edades superiores a los 65 años. Se aplicaron el Inventario de Depresión de Beck - segunda versión (BDI-II) y el Inventario de Autoestima de Coopersmith (versión adultos). Por los resultados obtenidos se observó 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.¹¹

Licas M. (2014) Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.T. Lima Perú. El cual tiene como objetivo determinar el nivel de depresión de los adultos mayores que acuden al centro de atención integral del adulto mayor. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 73 adultos mayores, siendo la técnica de muestreo el aleatorio simple. La técnica empleada fue la entrevista y como instrumento se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica - El Test de Yesavage para adultos mayores. Se concluyó que los adultos mayores que

acuden al centro de atención “TaytaWasi” presentan un nivel de depresión leve.¹²

Cabrera M. (2012) “Relación que existe entre el nivel de autoestima y el nivel de auto cuidado del paciente con tratamiento de hemodiálisis Trujillo “. La población estuvo conformada por 90 pacientes, de la cual se extrajo una muestra representativa de 32 pacientes para el estudio; los instrumentos utilizados para recolectar la información fueron: La Escala de Cirilo Vargas Toro, modificada por la autora para medir el nivel de autoestima y el cuestionario para la valoración del nivel de autocuidado del paciente en tratamiento de hemodiálisis elaborado por la autora. Para el análisis de los datos obtenidos se aplicó la prueba estadística chi cuadrado de independencia de criterios (X²) en el programa SPSS versión 16. Los resultados encontraron que el 84% de los pacientes tienen nivel de autoestima positiva, y el 16% nivel de autoestima negativa; el 66% de los pacientes tienen un nivel bueno de autocuidado, y el 34% tiene un nivel de autocuidado malo; En conclusión: al realizar la prueba estadística de independencia de criterio chi-cuadrado, se encontró que si existe relación significativa entre el nivel de autoestima y el nivel de autocuidado en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis (valor $p < 0.05$).¹³

Antecedentes Locales

No se han encontrado estudios actuales que guardan relevancia para la investigación.

2.2. BASES TEÓRICAS

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS). 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. Además, la depresión en el adulto mayor 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. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.¹⁴

Lamentablemente, una gran mayoría de personas afectadas por depresión no buscan ayuda, porque ellas mismas desconocen que gran parte de ese sufrimiento podría ser evitado.

La depresión es considerada uno de los trastornos de mayor complejidad en la población gerontológica, ya que puede tener efectos potencialmente nocivos en la salud de una persona mayor. A ello contribuyen una serie de factores, entre los que destacan las enfermedades somáticas, la disminución de las funciones cognitivas y, al mismo tiempo, suele ser la causa más frecuente de sufrimiento emocional en la última etapa de la vida. Es importante añadir que el anciano tiende a no pedir ayuda especializada en centros de salud mental. El diagnóstico correcto de los problemas emocionales del anciano deprimido se convierte, por tanto, en una cuestión de extraordinaria importancia.¹⁵

Clasificación

Los sistemas internacionales de diagnóstico más utilizados son: el de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV TR), y la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud.

Aunque el síntoma nuclear de la depresión es el descenso del estado de ánimo, determinados pacientes, especialmente los geriátricos, con dificultades para el proceso mental de las emociones y los sentimientos pueden no percibir este estado de ánimo alterado y reparar más en sintomatología de la esfera física. No es raro que un anciano no se queje de tristeza o que impute sus respuestas emocionales a la edad y

manifieste, prioritariamente, los síntomas de la esfera corporal. Todo esto trae como consecuencia que la depresión en el anciano no se detecte adecuadamente, se infra diagnostique y que con frecuencia estemos ante depresiones enmascaradas. Según su intensidad, los Trastornos Depresivos se pueden clasificar como leves, moderados o graves. Para los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10 y DSM IV-TR, la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional. El CIE-10 la define como un desorden afectivo en el cual habla de depresión leve, moderada y grave. El episodio depresivo leve se caracteriza por síntomas como tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad. En el episodio depresivo moderado se observa dificultades para desarrollar actividades sociales, laborales y en el episodio depresivo grave se suele presentar angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de culpa. (25) Las siguientes tablas presentan los criterios. ¹⁶

La adultez mayor suele describirse como una época de descanso, reflexión y de oportunidades para hacer cosas que quedaron postergadas mientras uno criaba a los hijos y desarrollaba su carrera. Lamentablemente, el proceso de envejecimiento no es siempre tan idílico. Acontecimientos de la adultez mayor como, por ejemplo, los trastornos médicos crónicos y debilitantes, la pérdida de amigos y seres queridos, y la incapacidad para participar en actividades que antes disfrutaba, pueden resultar una carga muy pesada para el bienestar emocional de una persona que está envejeciendo.

Una persona de edad avanzada también puede sentir, una pérdida de control sobre su vida debido a problemas con la vista, pérdida de la audición y otros cambios físicos, así como presiones externas como, por ejemplo, recursos financieros limitados. Estos y otros asuntos suelen dejar emociones negativas como la tristeza, la ansiedad, la soledad y la baja autoestima, que a su vez conducen al aislamiento social y la apatía. Otra consecuencia más grave es la depresión crónica o la depresión que es

recurrente y persistente. La depresión crónica tiene consecuencias físicas y mentales que pueden complicar un problema de salud existente de una persona de edad avanzada y desencadenar nuevas preocupaciones.

Hay pruebas de que algunos cambios corporales naturales asociados con el envejecimiento pueden aumentar el riesgo de que una persona experimente depresión. Estudios recientes sugieren que las bajas concentraciones de folato en la sangre y el sistema nervioso pueden contribuir a la depresión, el deterioro mental y la demencia. Independientemente de la causa, la depresión puede tener efectos físicos alarmantes en las personas mayores. El índice de mortalidad de los hombres y mujeres de la tercera edad que tienen depresión y sentimientos de soledad es mayor que el de aquellos que están satisfechos con sus vidas. Los programas de tratamiento para los pacientes de la tercera edad deprimidos que tienen una enfermedad cardiovascular y otras enfermedades importantes, suelen tomar más tiempo de lo normal y su resultado es menos satisfactorio.¹⁷

Desde el punto de vista epidemiológico la depresión es más frecuente en el sexo femenino y en la etapa media de la vida. Las mujeres tienen un riesgo de presentar el trastorno dos veces más alto que los hombres. Diversas teorías tratan de explicar estas diferencias de género en la prevalencia del trastorno. Se han invocado factores biológicos (genéticos, neuroquímicos, hormonales) y psicosociales en la etiología de la enfermedad; estos factores parecen afectar de manera diferente a las mujeres y los hombres, determinando la predisposición a padecer síndromes depresivos.

Todos los investigadores coinciden en que la depresión es más frecuente en las mujeres. La proporción varía de 2:1 a 1,5:1.¹⁸

En adultos de la Ciudad de Santiago de Chile un estudio reportó una prevalencia de depresión de 15,4 para las mujeres y 5,4 para los hombres.

¹⁹

Se considera que 880 000 mujeres (4%) y 440 000 hombres (2%) de la población peruana padecen un TDM. ²⁰

Otro estudio con una muestra representativa de la población kuwaití reportó, que de los pacientes deprimidos 21,7% fueron mujeres y 15,3% hombres. ²¹

Algunos autores señalan que, aunque tanto los hombres como las mujeres pueden desarrollar los síntomas de depresión, la experimentan de diferentes maneras y muestran diferencias a la hora de expresar sus síntomas depresivos, las mujeres buscan más ayuda médica y expresan más fácilmente sus síntomas emocionales; mientras a los hombres les resulta difícil expresar sus emociones y tienden más a la somatización, por lo que consultan a médicos generales, también frecuentemente tienen un problema de abuso de sustancias que a veces enmascara el cuadro depresivo lo que trae como consecuencia que en muchas ocasiones no se realiza el diagnóstico de depresión. ²²

Los adultos mayores que tienen nivel de instrucción primaria ($p=0.07$) presentan con mayor frecuencia depresión. Considerando que la educación es un determinante importante de la salud de los individuos ya que mejora el acceso a los sistemas de salud y el manejo de información que permite su participación activa y empoderamiento para mantener y adoptar estilos de vida saludable generando el autocuidado; se puede inferir la vulnerabilidad a la que se encuentra expuesta este grupo etáreo, debido a la limitación de recursos que permiten cuidar su propia salud. ²³

La depresión está en un tercio de la población adulta mayor, los hombres, los solteros, los que tienen ingresos muy bajos. El hecho de contar con una pareja que les brinde ayuda y apoyo emocional para resolver problemas y enfrentarse a las adversidades supone un efecto positivo para la salud en este grupo etáreo; hecho contrario que sucedería a los viudos en quienes se vería afectada su estado de salud; ya que existen evidencias que muestran que las personas casadas viven más tiempo que las solteras y la

viudez está asociada con incremento de enfermedades y muerte. Asimismo, tener una mayor red social y estar casadas se asocian con un reducido riesgo prospectivo de morir entre las mujeres ancianas, siendo el matrimonio el que le ofrece mayor protección en comparación con otras formas de relación social.²⁴

Inventario de depresión BECK

El Inventario de Depresión, más conocido por Inventario de Beck debido a su creador Aaron T. Beck y colegas, fue elaborado en 1961 con el fin de hacer una evaluación objetiva de las manifestaciones de la depresión. El objetivo del inventario es evaluar la profundidad o intensidad de la misma. Su fundamentación teórica es el enfoque cognitivo de la depresión, que considera que este trastorno tiene manifestaciones conductuales, afectivas, cognitivas y somáticas.

El Inventario de Depresión de Beck se ha popularizado para evaluar la depresión, dada su bien demostrada confiabilidad y validez y es uno de los instrumentos más utilizados en nuestro país. El inventario consta de 21 categorías de síntomas y actitudes, con 4 o 5 afirmaciones, cada una reflejando un grado creciente de profundidad de la depresión. El sujeto debe marcar la alternativa más adecuada a su situación actual, 14 categorías corresponden a síntomas de naturaleza cognitiva y afectiva y 7 a síntomas somáticos y conductuales. El inventario tiene una forma abreviada de 13 ítems, pero la que se ha popularizado en la asistencia y la investigación es la de 21 ítems.

Aplicación: Se utiliza en adultos, preferentemente de forma autoadministrada, siendo el tiempo promedio de realización 20 minutos. Puede aplicarse también a manera de entrevista lo que incrementa el rango de sujetos que pueden ser evaluados. Con esta modalidad se ha aplicado con éxito en pacientes ancianos con deterioro cognitivo leve, enfermos crónicos, pacientes quirúrgicos, etc.

Interpretación: Cada una de las 21 proposiciones tiene varias alternativas de respuesta, a seleccionar una de ellas por el sujeto. De acuerdo a la alternativa seleccionada, este obtendrá una anotación que fluctúa entre 0 y 3 puntos. Se suma, además, la anotación alcanzada en cada una de las 21 categorías para obtener una anotación total. La misma, permite determinar el grado de la depresión: leve, moderada y severo. La versión de 21 ítems no tiene puntos de corte establecidos.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación	Nivel de depresión*
0-10	Normal.
11-16	Depresión leve.
17-20	Depresión intermitente.
21-30	Depresión moderada.
31-40	Depresión grave.
+ 40	Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.²⁵

B. AUTOESTIMA EN EL ADULTO MAYOR

La autoestima consiste en las actitudes del individuo hacia sí mismo. Cuando estas son positivas hablamos de buen nivel o alto nivel de autoestima. Al nombrar la palabra actitudes, el mundo de los afectos y sentimientos y no solo el de los conocimientos, pues los componentes de la actitud encierran gran variedad de elementos psíquicos. De ahí que para la educación y formación de las personas, interesa mucho formar en actitudes porque así se puede asegurar una formación integral y no fraccionaria. Por lo mismo que las actitudes se encuentran integradas por factores cognitivos, afectivo-emotivos y conductuales, es muy difícil cambiarlas, pues radican en lo más profundo de la personalidad. Por eso también, un adecuado nivel de

autoestima es garantía de que el sujeto podrá hacer frente con dignidad a importantes contrariedades de la vida; no decaerá su ánimo fácilmente.²⁶

En el aspecto psicológico sucede algo similar, ya que la persona mayor, se concibe de determinada forma, dependiendo de los cambios en la atención, en la inteligencia, en la memoria, en las actitudes, en las motivaciones, en la capacidad de aprendizaje, en la percepción y en el carácter general de los individuos. Observamos que la percepción que se tiene de sí mismo, se modifica con la edad, debido a dichos cambios. Algunos de los cambios psicológicos que se pueden encontrar son: disturbios de la personalidad que pueden generar sentimientos de aislamiento, la incapacidad para retener nuevas cosas y recordar acontecimientos recientes, la necesidad de sentirse escuchados, el temor a la soledad, síntomas depresivos, entre otros.

Cambios sociales del envejecimiento El envejecimiento es concebido como un proceso que experimentan los individuos el cual se puede examinar en su aspecto biológico o desde el punto de vista psicosocial, bajo este enfoque es que se analiza la manera en que el adulto mayor se enfrenta o se adapta a las condiciones cambiantes provenientes del propio organismo, del medio social o de ambos.²⁷

Los cambios sociales que se producen en el envejecimiento se refieren principalmente al cambio de rol del anciano, tanto en el ámbito individual como en el contexto de la propia sociedad. Así mismo abarca las diferencias generacionales existentes a nivel del comportamiento social y la dificultad de adaptación e integración del anciano a estos cambios. Se considera que un adulto mayor, tiene un buen nivel de bienestar cuando es capaz de enfrentar los cambios que ocurren en su organismo y en su medio social con un grado de adaptación adecuado, de aceptación y satisfacción personal. En el aspecto social, hay diversos factores que repercuten en la forma de concebirse y de comportarse de los adultos mayores, como son: la familia, el estado laboral, el trato que reciben de las personas cercanas a ellos.

Ser viejo equivale a ser inútil, incapacitado, asexuado. Se estima que el adulto mayor pierde inevitablemente la mayoría de las capacidades de que

gozaba en su vida anterior. No tiene otra capacidad. Es simplemente un discapacitado. Esta carga de prejuicios desemboca inevitablemente en ubicarlos en el único depósito con que cuenta la sociedad para ellos: los temidos cuarteles de invierno. Esto es, el lugar del paria, del marginado, del que ya no cuenta como integrante válido de la sociedad. En síntesis, la antesala de la muerte.²⁸

La autoestima influye en nuestra mentalidad y en nuestro actuar diario, así como en los proyectos que nos marcamos y en el sentido que damos a nuestra vida.

Es la cantidad de merecimientos que un individuo percibe en sí mismo como resultado:

- De las propias experiencias, habilidades y logros personales.
- Del reconocimiento y estima de los demás hacia nuestra persona o nuestra obra, singularmente de aquellas personas que para él son significativas.²⁹

El adulto mayor ve afectada su autoestima dada la inseguridad que vive a partir de las pérdidas asociadas a sus vivencias afectivas, físicas y sociales como son: la independencia de los hijos, la pérdida del cónyuge, la disminución de capacidades, la salud a veces afectada, la jubilación, la disminución de ingresos, entre otras.

Su vida emocional sufre modificaciones que originan actitudes acerca de sí mismo y acerca de los demás que pueden tener efectos negativos en sus relaciones afectivas y en el trato con otros. Sabemos que a partir de la autoestima, es decir, del concepto del propio valor, se proyectan la comunicación y las conductas que constituyen la base del mundo afectivo relacional. El refuerzo de la autoestima en el Adulto Mayor, se sostendrá en el hecho de favorecer la apertura de la perspectiva desde sí mismo respecto a las metas alcanzadas, esfuerzos, logros y sabiduría de vida a partir de la experiencia (ampliar la autoimagen positivamente). Este refuerzo puede

darse a través del aprendizaje acerca de la valoración de sí mismo y de la comunicación, lo cual favorecerá la adaptabilidad al entorno.³⁰

Autoestima en la vejez

Todos los seres humanos tenemos una serie de requerimientos, que nos son indispensables para poder desarrollarnos como tales. Algunos de ellos son comunes con los que tienen el resto de los seres vivos, son aquellos que pertenecen a la esfera de lo puramente biológico.

Desde diferentes ramas del conocimiento humano, se ha ido elaborando a través del tiempo, lo que podríamos considerar el sustrato conceptual de lo que más tarde se ha conocido como la teoría de las necesidades humanas. Con pequeñas matizaciones, entre diferentes autores, consideran a la persona humana como un todo integrado, que requiere la satisfacción de una serie de necesidades para sobrevivir, mantener el equilibrio y alcanzar un nivel de desarrollo, libre de tensiones.

Fue Abraham Maslow, el que en la primera mitad del siglo pasado publicó su teoría de las necesidades humanas, presentadas de una forma jerarquizada, desde las de supervivencia en la base de su famosa pirámide, hasta las de autorrealización en el vértice de la misma.

Para poder vivir felizmente no es necesaria sólo la inteligencia cognitiva, sino también la inteligencia emocional; la autoestima positiva está íntimamente relacionada con el funcionamiento de la inteligencia emocional, las personas que son más capaces de expresar adecuadamente sus sentimientos y emociones son también personas seguras de sí mismas, son más libres y autónomas, establecen mejores relaciones interpersonales, aspectos que contribuyen a una autoestima positiva. La llegada al momento de la jubilación, pone a las personas ante una situación de crisis, ya que de pronto (y aunque se sienta capaz aún de realizarlo), pierde el trabajo que le permitía sentirse útil, los compañeros del mismo, muchos de ellos más jóvenes con los que compartía las alegrías de sus vidas, bodas, nacimientos de hijos, reuniones en fiestas, etc. Al mismo tiempo comienzan a morir

familiares y amigos, todas estas pérdidas pueden favorecer, que si la persona no tiene un buen manejo de su campo emotivo afectivo, se pueda sentir invadida por sentimientos de baja autoestima.

Además hoy impera en nuestra sociedad el paradigma del cuerpo joven, como ideal estético, joven, delgado=bello, por supuesto, se excluye todo lo que pueda recordar las señales que en el cuerpo van dejando el paso de los años: nada de arrugas, ni de canas, ni de manchas en la piel, pero la realidad es otra y cuando se va avanzando en edad, lo que sucede es que van haciéndose sentir los signos del envejecimiento, ese proceso en el que estamos inmersos desde que nacemos, la vista ya no es lo que era, se tienen dificultades para oír, nuestro cuerpo pierde elasticidad, fuerza y velocidad, la memoria puede fallar a veces, la movilidad y el equilibrio se alteran, la piel cambia de color, el pelo se vuelve blanco. A pesar de estos cambios que se producen en el cuerpo, la razón y la afectividad no tienen por qué decaer al mismo ritmo, con el paso de los años pueden afianzarse, crecer y mantenerse hasta el último día de la vida. ³¹

Por otro lado, las características de la vida de los seres humanos en la actualidad, tampoco contribuyen a que la persona mayor se sienta integrada en un entorno familiar del tipo de tres generaciones, como hace unos años, las viviendas son cada vez más pequeñas, lo que impide la convivencia de los abuelos con sus nietos aunque sea temporalmente y hasta las leyes de tráfico (que procuran la seguridad de los niños), impiden a las familias salir un fin de semana todos juntos, abuelos, padres, hijos, ya que para poder hacerlo, sería necesario tener un vehículo especial.

La importancia de esta autoestima, radica en que es la base de nuestra capacidad para responder de manera activa y positiva a las circunstancias ante las que la vida nos coloca, es también la base de una especie de serenidad de espíritu, que hace posible el disfrutar de la vida.

Quien se siente a gusto consigo mismo, puede sentirse bien con la vida, puede desarrollar todo su potencial y superar de forma responsable y con eficacia los retos que ésta le plantee.

Para los seres humanos uno de estos retos es, como hemos venido viendo, la vejez, el problema fundamental de la vejez, no es envejecer, es verse envejecer, es ver envejecer a las personas que amamos, ya que nos recuerda que el final está más o menos próximo.

Superar este reto no es tarea fácil, nos produce sufrimiento, ¿cómo no sufrir viendo que se termina el tiempo de esa maravillosa aventura que es la vida? Y nos produce sufrimiento porque la vejez trascurre a la vista de los demás y tenemos despertar en ellos sentimientos de compasión en lugar de amor.

Rebelarse o angustiarse ante tal situación, no es el camino de la solución, hay que prepararse, aceptar la condición humana, comprender su verdadera realidad, la vida es un continuo cambio, el viejo es diferente del joven que fue, pero por ello no deja de ser el mismo hombre.

La apariencia física es importante para la mayoría de las personas y con la edad cambia, pero pensemos que las arrugas son el reflejo de lo que hemos vivido, de lo que hemos llorado, de lo que nos hemos reído, puede ser tan atractivo el rostro de un anciano lleno de arrugas, si en su mirada refleja esa paz interior que algunos poseen, como el de un niño pequeño.

Para envejecer saludablemente, no hay que cuidar sólo el cuerpo, hay que aprender a mantener el interés por lo que nos rodea, ser tolerante, no intransigente, hay que aprender a ser feliz y la felicidad está en el interior de cada persona.³²

Autoestima en el adulto mayor

La autoestima es un elemento importante en cualquier etapa de la vida, porque ayuda a enfrentar momentos difíciles con la entereza de saber que a pesar de las circunstancias, el valor de cada uno no cambia.

El adulto mayor ve afectada su autoestima dada la inseguridad que vive a partir de las pérdidas asociadas a sus vivencias afectivas, físicas y sociales como son: la independencia de los hijos, la pérdida del cónyuge, la disminución de capacidades, la salud a veces afectada, la jubilación, la disminución de ingresos, entre otras. Su vida emocional sufre modificaciones que originan actitudes acerca de sí mismo y acerca de los demás que pueden tener efectos negativos en sus relaciones afectivas y en el trato con otros. Sabemos que a partir de la autoestima, es decir, del concepto del propio valor, se proyectan la comunicación y las conductas que constituyen la base del mundo afectivo relacional.

El refuerzo de la autoestima en el adulto mayor, se sostendrá en el hecho de favorecer la apertura de la perspectiva desde sí mismo respecto a las metas alcanzadas, esfuerzos, logros y sabiduría de vida a partir de la experiencia (ampliar la autoimagen positivamente). Este refuerzo puede darse a través del aprendizaje acerca de la valoración de sí mismo y de la comunicación, lo cual favorecerá la adaptabilidad al entorno. Por tanto tener una buena autoestima, significa que no importa lo que nos pase o los momentos que nos toque vivir, porque nuestro valor como personas no depende de factores externos. Por lo que tener una buena autoestima es un factor protector de la salud en el adulto mayor³³

Posibles causas que contribuyen a la alteración de la autoestima

Aunque las causas pueden ser múltiples y variar en función de la persona y la situación, podríamos considerar como altamente representativas de la alteración del auto concepto y consecuentemente, de la estima personal, las siguientes:

- Falta de contingencias reforzadoras durante el aprendizaje
- Escasas habilidades sociales
- Baja asertividad
- Alteraciones perceptivas
- Minusvalías físicas o psicológicas

- Creencias/ ideas irracionales
- Inseguridad y desconfianza en uno mismo
- Presión social
- Auto exigencias y perfeccionismo
- Expectativas no realistas
- Objetivos. ³⁴

Rol del profesional de enfermería en el cuidado del bienestar del Adulto Mayor:

Los adultos mayores son vulnerables a muchos problemas de salud por los procesos degenerativos de su organismo; estos cambios fisiológicos dificultan el mantenimiento y repercuten en la homeostasis que alteran la satisfacción de sus necesidades vitales. Por ello se requiere valorar al adulto mayor desde una perspectiva integral que permita identificar los problemas emocionales que presentan ellos. En este contexto la enfermera juega un rol importante en la atención del adulto mayor ya que se encuentra capacitada para brindar una atención integral en forma oportuna, segura, continua y humanística, la cual se basa en la esencia del cuidado que tiene como objetivo facilitar la participación del paciente geriátrico en la toma de decisiones con respecto a la satisfacción de sus necesidades. Esta participación deberá orientarse hacia el mantenimiento de su autonomía, y la aceptación de sus limitaciones y dependencia o del soporte preciso para superar sus pérdidas, mediante una adecuada información, interrelación y educación sanitaria.

El profesional de enfermería es, dentro del equipo de salud, el que cumple la función más integral respecto del adulto mayor ya que prácticamente no hay ninguna faceta de la atención del anciano en la que no intervenga ya que es quien está constantemente satisfaciendo y restableciendo el bienestar de las personas sanas y enfermas, a través del cuidado, que es lo que caracteriza a la disciplina de enfermería.

En una etapa tan especial como es la vejez que es fundamental el cómo nos sentimos como persona, esto conlleva la forma de que uno ve la vida un ejemplo claro es una persona con una autoestima bueno hace deporte se preocupa de su persona comparte con sus amistades disfruta de la vida el cual hace que el individuo tenga una vida más larga con la motivación que se necesita en esta etapa de vida es por eso lo importante que es saber quererse a uno mismo como persona para vivir positivamente.³⁵

El instrumento de Rosemberg para medir la Autoestima en adultos, consta de 10 afirmaciones de los sentimientos que tienen la persona sobre ella, 5 direccionadas positivamente y 5 negativamente.

De los ítems 1 al 5, las respuestas Siempre a Nunca se puntúan de 3 a 1.

De los ítems del 6 al 10, las respuestas Siempre a Nunca se puntúan de 1 a 3.

De 20 a 30 puntos: Se considera autoestima alta.

De 16 a 19 puntos: Se considera una autoestima media.

Menos de 15 puntos: Se considera una autoestima baja.

La Escala de Autoestima de Rosemberg ha sido traducida a 28 idiomas, y validada interculturalmente en 53 países. Éste test es una escala profesional utilizada en la práctica clínica para valorar el nivel de autoestima.

ADULTO MAYOR

En la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento realizada en Viena en el año de 1982, se tomó como la edad umbral los 60 años y en el año de 1984 la organización mundial de la salud establece el uso del término “Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 a más años de edad, lo cual también se aplica en el Perú.³⁶

La vejez es un estado en la vida y el envejecimiento un proceso que sucede a lo largo del ciclo vital. Tanto la vejez como el envejecimiento humano son objetos de conocimiento multidisciplinares en el sentido de que el individuo humano es un ente bio-psico-social. Por esta razón, el individuo envejeciente

o viejo es un sujeto de conocimiento psicológico (Fernández-Ballesteros, 2004).

Cambios durante la etapa del envejecimiento

Dentro del proceso de envejecimiento se producen cambios tanto en la esfera orgánica como en la mental, además los factores biológicos, psicológicos y sociales, juegan un papel importante en la conducta de los adultos mayores, en la percepción sobre sí mismo, en la forma de relacionarse y en todas las actividades que llevan a cabo, no sólo en este período, sino a lo largo de toda su vida.

Cambios físicos y psicológicos

El estado de salud, es primordial en la forma en la que se desenvuelven los adultos mayores en la sociedad, ya que influye en todos los ámbitos de su vida, y puede permitirle relacionarse de determinada manera con las personas que se encuentran a su alrededor. Si su salud se ve afectada de alguna manera, va a tener limitaciones en cuanto a las actividades que pueda realizar. Como es sabido, llega un momento en la vida, en el que se van originando cambios en el aspecto físico, que no necesariamente son causa de enfermedades. Algunos cambios físicos que podemos mencionar son: declinación de las funciones sensoriales y perceptivas, disminución de la estatura, propensión a la osteoporosis (principalmente en las mujeres), atrofia de las glándulas sebáceas del rostro, pérdida de la adaptación al frío y al calor, disminución de la fuerza y rapidez para realizar actividades físicas, endurecimiento de las paredes de las arterias, pérdida de eficiencia de los mecanismos inmunológicos que defienden de las infecciones y también del cáncer, pérdida de las células productoras del pigmento melanina en el cabello y aparecen las canas.³⁷

Aparece la dificultad para respirar, porque a medida que pasan los años, se requiere de un mayor esfuerzo para introducir y expeler aire de los pulmones; los cambios significativos en la vista, aún en ausencia de una enfermedad en particular; la disminución del apetito con la 30 edad, esto

debido a que varios alimentos se hacen menos atractivos en su aroma y sabor. De los cambios anteriormente planteados, lo que puedo rescatar es que la energía disminuye, también la resistencia a enfermedades y el cuerpo se hace un poco más lento y flexible; razón por la cual se les excluye de muchas actividades.³⁸

TEORIAS DE ENFERMERIA QUE SE RELACIONAN CON LA INVESTIGACIÓN: Sor Callista Roy (Modelo de la adaptación).

El adulto mayor es una persona que presentan deficiencias en sus funciones en relación a edades inferiores, pero al mismo tiempo es una persona que puede y debe tener independencia, cuidado, autoestima y una visión amplia de la vida pues se encuentra en un estadio de la vida que no le convierte en discapacitado, sino más bien en un ente que debe adaptarse al entorno que le toca vivir de una manera digna por ello es importante tener en cuenta la teoría de Sor Callista Roy que se basa en:

Adaptación. Se refiere "al proceso y al resultado por los que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno". Se trata de que cada vida humana tiene una función en un universo creador y las personas no se pueden separar de su entorno.

Enfermería. Roy define la enfermería como la ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación del entorno. La enfermera actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno para fomentar la adaptación.

Persona. Roy define la persona como sistemas holísticos y adaptables. "Como todo sistema adaptable, el sistema humano se define como un todo, con partes que funcionan como una sola unidad para un propósito concreto". Las personas y el mundo tienen en común los modelos, y comparten relaciones y significado. La persona es el foco principal de la enfermería; el receptor de la asistencia; un sistema de adaptación complejo y vivo compuesto por procesos internos y que actúa para mantener la capacidad

de adaptación en los cuatro modos de vida (el fisiológico, la autoestima, la función del rol y la interdependencia).

Salud. Es el estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y complejo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno. La salud y la enfermedad forman una dimensión inevitable y coexistente basada en toda la experiencia de la vida que tiene la persona. La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés, sino que es la capacidad de combatirlos del mejor modo posible.

Entorno. Es el conjunto de todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para adaptarse.³⁹

Modelo de Virginia Henderson

Bases Teóricas

Es un modelo de suplencia o ayuda.

Parte del concepto de las necesidades humanas de Maslow.

Según Henderson el ser un humano es un ser biopsicosocial con necesidades que trata de cubrir de forma independiente según sus hábitos, cultura, etc.

La salud es la habilidad que tiene la persona para llevar a cabo todas aquellas actividades que le permitan mantener satisfechas las necesidades básicas.

La independencia será, por tanto, la satisfacción de las necesidades básicas. Ésta se puede ver alterada por factores que Henderson denomina permanentes (edad, nivel de inteligencia, medio sociocultural, capacidad física) y variables o patológicos.

Las funciones de enfermería en el modelo de Virginia Henderson son atender a la persona sana o enferma en la ejecución de aquellas actividades que

contribuyan a la salud, a su restablecimiento, o a evitarle sufrimientos en la hora de la muerte, actividades que él realizaría si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

Cuidados de enfermería

Cuando de servicios de salud se trata, el enfermero suele intervenir proporcionando asistencia directa a enfermos, personas accidentadas y adultos en edad avanzada. Para ello, inyecta soluciones, aplica sueros, realiza transfusiones y traslada a los pacientes en silla de ruedas o camilla. Cuando se requiere, baña y viste al paciente, lo ayuda a caminar, cambia la ropa de cama y, en su caso, lo apoya en la ingesta de alimentos. Es común que el enfermero oriente a los pacientes y sus familiares respecto de las normas dietéticas y de higiene que deben seguir acorde a las instrucciones de los médicos. También El ser humano deberá ser visto desde una perspectiva biopsicosocial, espiritual y holística, diferente en sus sentimientos y emociones. La sobrecarga de trabajo en las unidades hospitalarias hace cada vez más difícil este cuidado como tal. Recordemos que quienes ofrecemos nuestros servicios enfermería no emitimos juicios de valor, empatizamos y acompañamos hasta el último aliento.

Metodología de los Cuidados

Consiste en un plan de cuidados: proceso de resolución de problemas. El ser humano deberá ser visto desde una perspectiva biopsicosocial, espiritual y holística, diferente en sus sentimientos y emociones. ⁴⁰

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

Adulto Mayor: Persona de sexo femenino o masculino con edad de 60 a más años.

Depresión: Es una enfermedad de los adultos mayores que se caracteriza por un cambio en el estado de ánimo, comportamiento, o en la forma de pensar en los adultos mayores.

Autoestima: La autoestima consiste en las actitudes del individuo hacia sí mismo. Cuando estas son positivas hablamos de buen nivel o alto nivel de autoestima. Al nombrar la palabra actitudes, el mundo de los afectos y

sentimientos y no solo el de los conocimientos, pues los componentes de la actitud encierran gran variedad de elementos psíquicos

Asentamiento humano: Los asentamientos humanos son establecimientos de personas con un patrón de relaciones entre sociedad y territorio, cuyas transformaciones se materializan por la dinámica que la primera ejerce sobre el segundo. Un asentamiento, por consiguiente, no se desarrolla por sí mismo o crece aisladamente, sino que basa su existencia en las relaciones que guarda con el territorio comprendido dentro de su área de influencia y en las que guarda con otros asentamientos humanos.

Trastorno mental: Se conoce como trastorno mental al síndrome o a un patrón de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica que, por lo general, se asocia a un malestar o a una discapacidad.

Incapacidad: La palabra incapacidad se utiliza para hacer referencia a la condición de inferioridad de capacidades o habilidades que una persona puede presentar en su vida (desde su nacimiento, a partir de un evento específico o en un momento particular que luego puede subsanarse). La incapacidad es, en otras palabras, no contar con aquellas capacidades o habilidades que se consideran dentro de los parámetros normales para un ser humano. Si bien hay miles de diferentes tipos de incapacidades, podemos señalar dos principales que son las más fáciles de observar o distinguir: las incapacidades físicas y las mentales.

Sufrimiento emocional: Es el padecimiento, la pena o el dolor que experimenta un ser vivo. Se trata de una sensación, consciente o inconsciente, que aparece reflejada en padecimiento, agotamiento o infelicidad.

Trastorno depresivo: Es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza.

Comportamiento: El comportamiento es la manera en la cual se porta o actúa un individuo en la vida o cualquier otro actor social. Es decir, el

comportamiento es la forma de proceder que tienen las personas u organismos ante los diferentes estímulos que reciben y en relación al entorno en el cual se desenvuelven.

2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

- **Hi:** Existe relación entre el nivel de depresión y autoestima en el adulto mayor del Asentamiento Humano “Las Flores” La Tinguiña - Ica, marzo 2017.
- **Ho:** No existe relación entre el nivel de depresión y autoestima en el adulto mayor del Asentamiento Humano “Las Flores” La Tinguiña - Ica, marzo 2017.

2.5 VARIABLE INDEPENDIENTE

- Nivel de depresión

2.6. VARIABLE DEPENDIENTE

- Nivel de autoestima

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEF.CONCEPTUAL	DEF.OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Nivel de depresión</p>	<p>La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.</p>	<p>Es una serie de factores, entre los que destacan las enfermedades somáticas, la disminución de las funciones cognitivas y, al mismo tiempo, suele ser la causa más frecuente de sufrimiento emocional en la última etapa de la vida, con la aplicación del test de Beck a los adultos mayores del Asentamiento Humano "Las Flores" La Tinguña – Ica, marzo 2017.</p>	<p>Test de Beck</p>	<p>Normal Leve Intermitente Moderada Grave Extrema</p>

VARIABLE	DEF.CONCEPTUAL	DEF.OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Nivel de autoestima</p>	<p>Consiste en las actitudes del individuo hacia sí mismo. Cuando estas son positivas hablamos de buen nivel o alto nivel de autoestima.</p>	<p>Es la valoración personal que tienen los adultos mayores del Asentamiento Humano “Las Flores” – LaTinguiña - Ica, marzo 2017 el cual será valorado a través de una encuesta cuyo valor final será nivel de autoestima alta, media y baja.</p>	<p>Test de Rosemberg</p>	<p>Alta Media Baja</p>

CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El estudio es de tipo cuantitativo pues permitirá la medición y cuantificación de las variables de estudio, de nivel aplicativo ya que otorga un aporte significativo al quehacer de enfermería en el cuidado del adulto mayor. El método es observacional y de corte transversal ya que permite obtener información precisa sobre las variables de estudio en un espacio y tiempo determinado.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El asentamiento humano Las Flores se encuentra ubicado en la zona norte del Distrito de la Tinguíña.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.

Cuenta con 258 familias que pertenecen al Asentamiento Humano Las Flores con una población de 1200 personas de las cuales 185 son adultos mayores.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{(N-1) \cdot d^2 + Z^2 \cdot P \cdot q}$$

Donde:

N : 185

p : 0.1

q : 1-0.1=0.9

Z : 1.96

d : 5%=0.05

$$n = \frac{185(1.96)^2(0.1)(0.9)}{(185-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.1)(0.9)}$$

$$n = \frac{185(3.8416)(0.09)}{(184)(0.0025) + (3.8416)(0.09)}$$

$$n = \frac{63.96}{0.46 + 0.34}$$

$$0.46 + 0.34$$

$$n = \frac{63.96}{0.8} = 79.95 = \mathbf{80 \text{ adultos mayores}}$$

La muestra está conformada por 80 adultos mayores y que fueron tomados utilizando un muestreo probabilístico al azar simple de acuerdo a los siguientes criterios:

Como criterios de inclusión:

Adultos mayores que residan en el Asentamiento Humano “Las Flores” y que acepten participar de la investigación.

Como criterios de exclusión:

Adultos mayores que no residan en el Asentamiento Humano “Las Flores” y que acepten participar de la investigación.

Adultos mayores con trastornos del sensorio.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

La técnica que se utilizó para poder desarrollar la recolección de datos será la técnica de la encuesta a los adultos mayores del Asentamiento Humano “Las Flores”.

Se aplicó el inventario de depresión de Beck en el mes de mayo 2017, para la recolección de información y medir el nivel de depresión, el cual consta de 21 ítems con cuatro alternativas de respuestas desde 0 a 3. Para medir el nivel de autoestima se aplicó el test de Rosenberg el cual consta de 10 ítems con 3 alternativas de respuestas.

3.5. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

La información obtenida se procesó con ayuda del programa Word Excel, la misma que se calificó en porcentajes para facilitar la tabulación. Para los datos cuantificados se emplearon gráficos, tablas y cuadros estadísticos que ayudaron en la interpretación y análisis de los resultados de la investigación a fin de dar respuesta al problema y objetivos planteados. Para la variable depresión el instrumento consta de 21 preguntas donde se consideró las siguientes alternativas:

- a) 0
- b)1
- c)2
- d)3

Para determinar los valores finales se tomó en cuenta la sumatoria por dimensiones y de manera global para establecer los valores que se indican a continuación:

NIVEL DE DEPRESIÓN

- Normal (1-10 pts.)
- Leve (11-16pts.)
- Intermitente (17-20 pts.)
- Moderada (21-30pts.)
- Grave (31-40 pts.)
- Extrema (>40 pts.)

Para la variable nivel de autoestima el instrumento consta de 10 preguntas, 5 direccionadas en forma positiva y 5 direccionadas en forma negativa.

De los Ítems 1 al 5, las respuestas Siempre a Nunca se puntúan de 3 a 1.

De los Ítems del 6 al 10, las respuestas Siempre a Nunca se puntúan de 1 a 3; para establecer los valores finales que se indican a continuación:

Dimensión Test de Rosemberg:

Alta (20-30 pts.)

Media (16-19 pts.)

Baja (< 15 pts.)

CAPÍTULO IV

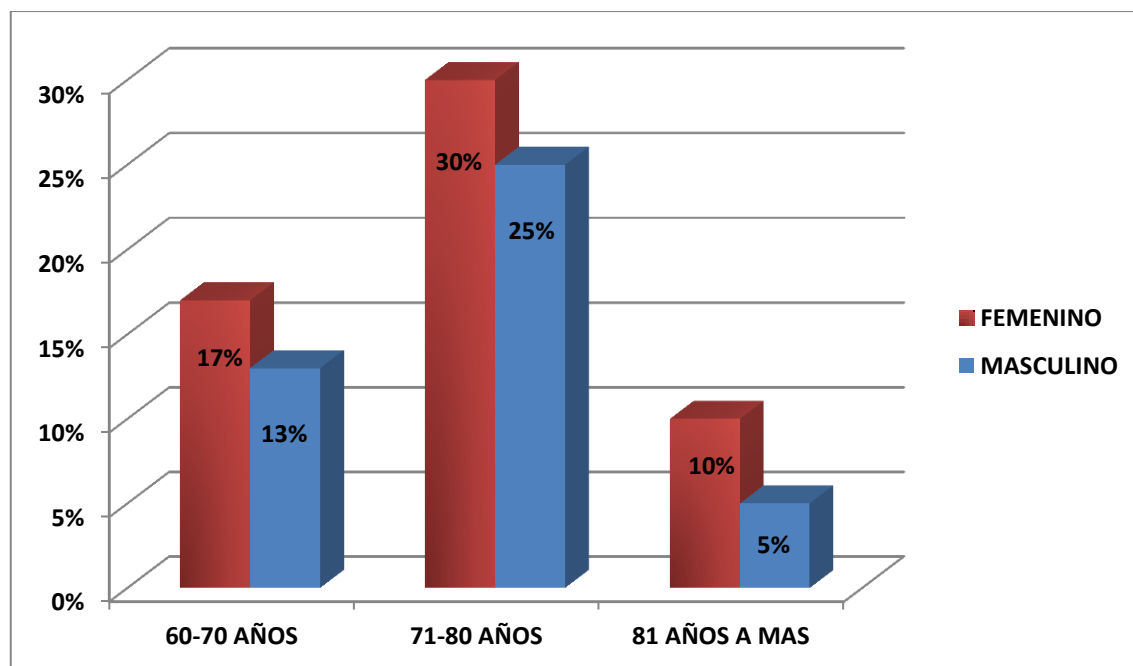
RESULTADOS

TABLA N° 1
“DATOS GENERALES SEGÚN EDAD Y SEXO EN EL ADULTO MAYOR DEL
ASENTAMIENTO HUMANO “LAS FLORES”
LA TINGUIÑA – ICA, MARZO
2017”

EDAD	SEXO			
	Femenino		Masculino	
	Frecuencia absoluta	Porcentaje	Frecuencia absoluta	Porcentaje
60-70 AÑOS	14	17 %	10	13 %
71- 80 AÑOS	24	30 %	20	25 %
81 AÑOS A MAS	8	10 %	4	5 %
TOTAL	46	57 %	34	43 %

Fuente: Encuesta realizada al adulto mayor del AA.HH “Las Flores” La Tinguiña-Ica, marzo 2017.

GRÁFICO N° 1



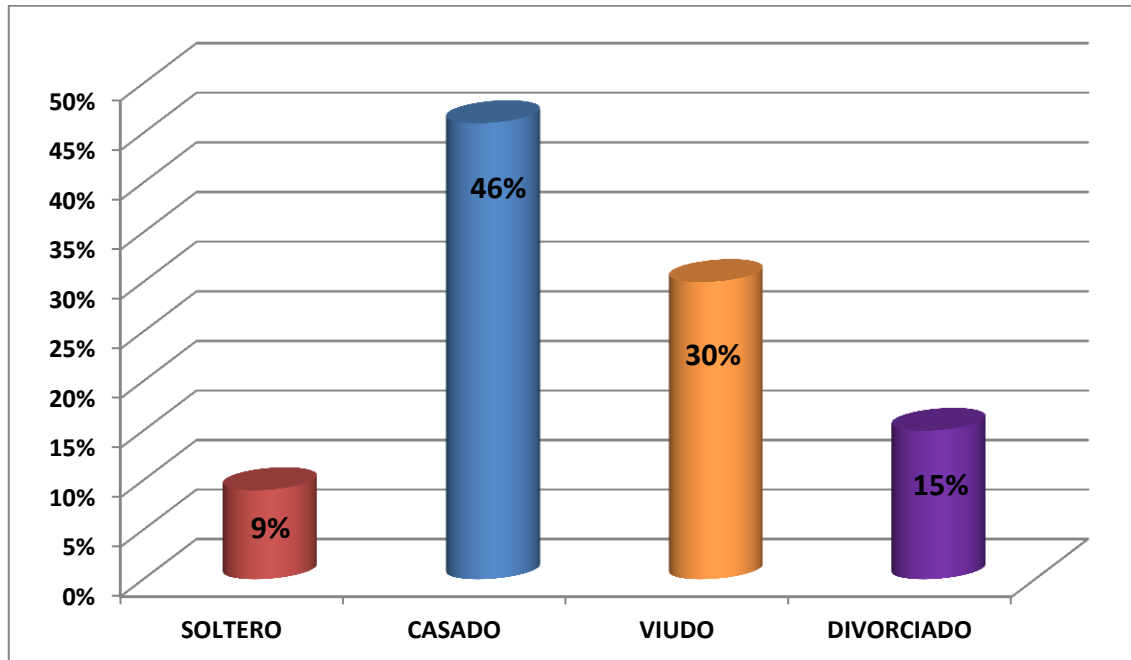
Se puede observar que en las edades de 71 a 80 años, el 30%(24) son de sexo femenino y el 25 % (20) son de sexo masculino, de 60 a 70 años, el 17 % (14) es de sexo femenino y el 13% (10) masculino, finalmente en los mayores de 81 años a mas, el 10% (8) es de sexo femenino y el 5% (4) es masculino.

TABLA N° 2
“DATOS GENERALES SEGÚN ESTADO CIVIL EN EL ADULTOMAYOR DEL
ASENTAMIENTO HUMANO “LAS FLORES”
LA TINGUIÑA – ICA, MARZO
2017”

ESTADO CIVIL	Frecuencia absoluta	Porcentaje
SOLTERO(a)	7	9 %
CASADO(a)	37	46 %
VIUDO(a)	24	30 %
DIVORCIADO(a)	12	15 %
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuesta realizada al adulto mayor del AA.HH “Las Flores” La Tinguiña-Ica, marzo 2017.

GRÁFICO N° 2



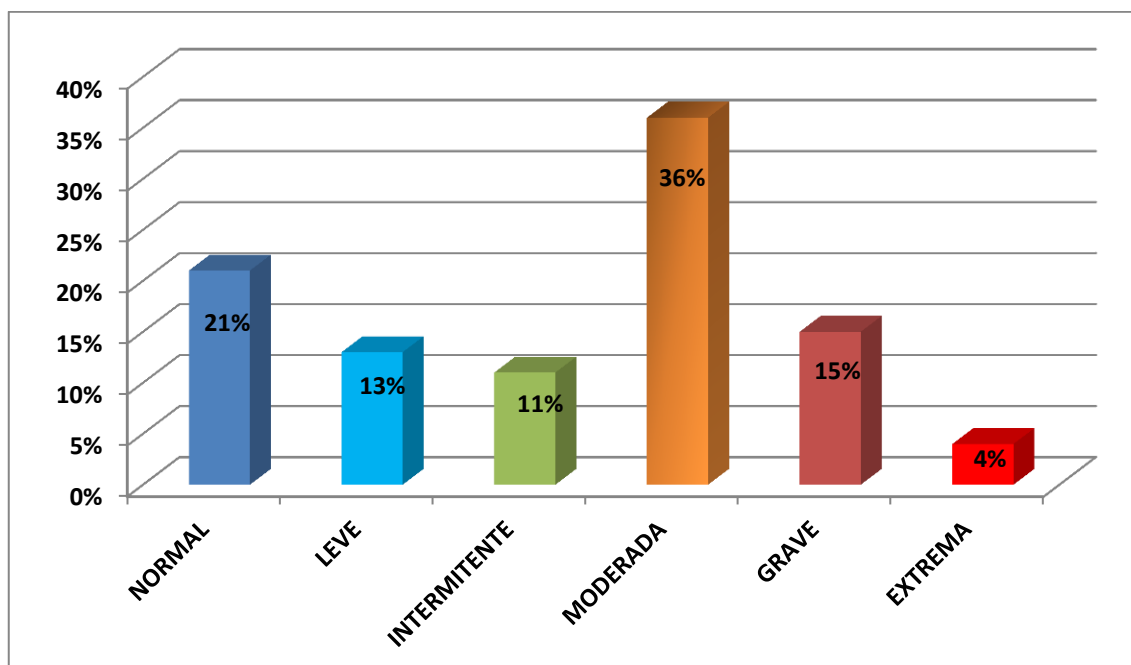
Del 100%(80) de los adultos mayores, el 46%(37) son casados, 30%(24) son viudos, el 15%(12) son divorciados y finalmente el 9%(7) corresponden al estado civil de soltero.

TABLA N° 3
“NIVEL DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR
DEL ASENTAMIENTO HUMANO “LAS FLORES” LA
TINGUIÑA – ICA, MARZO
2017”

TEST DE BECK	Frecuencia absoluta	Porcentaje
NORMAL (1-10 pts.)	17	21 %
LEVE (11-16 pts.)	10	13 %
INTERMITENTE (17-20 pts.)	9	11 %
MODERADA (21-30 pts.)	29	36 %
GRAVE (31-40 pts.)	12	15 %
EXTREMA (>40 pts.)	3	4 %
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuesta realizada al adulto mayor del AA. HH “Las Flores” La Tinguiña-Ica, marzo 2017.

GRÁFICO N° 3



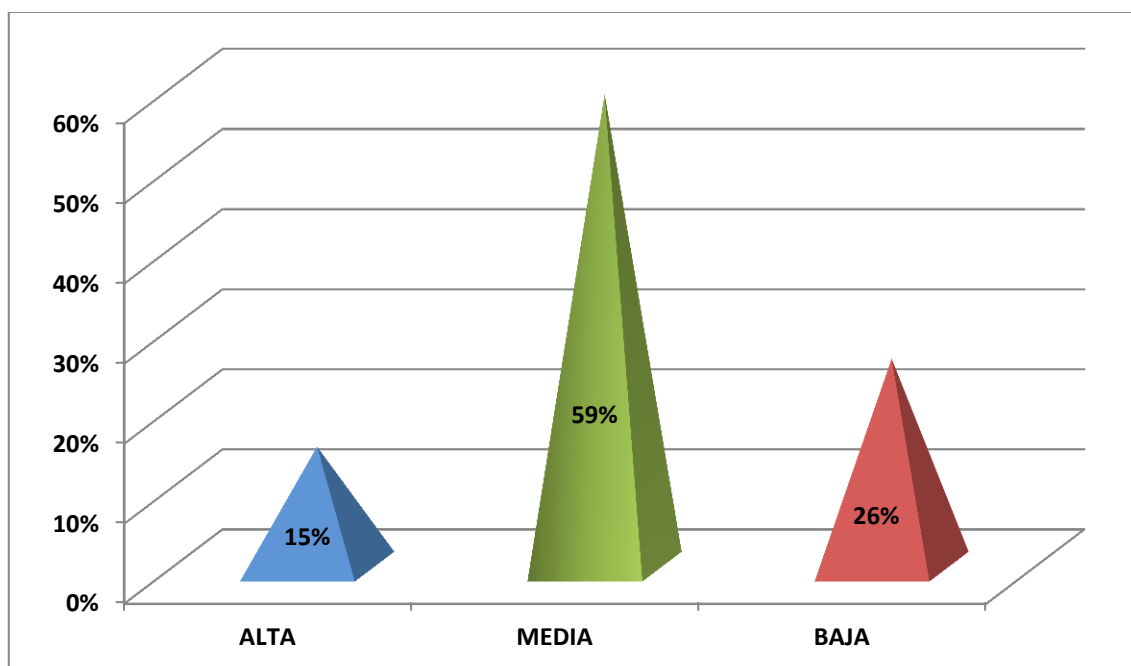
El nivel de depresión según el Test de Beck es moderado en 36%(29), normal en 21%(17) seguido de 15%(12) con depresión grave, el 13%(10) presenta depresión leve, seguido del 11%(9) con depresión intermitente y finalmente el 4%(3) presentan depresión grave según resultados obtenidos.

TABLA N° 4
“NIVEL DE AUTOESTIMA EN EL ADULTO MAYOR DEL ASENTAMIENTO
HUMANO “LAS FLORES” LA TINGUIÑA – ICA, MARZO
2017”

TEST DE ROSEMBERG.	Fr	%
ALTA(20-30pts)	12	15
MEDIA (16-19 pts.)	47	59
BAJA(< 15 pts.)	21	26
TOTAL	80	100%

Fuente: Encuesta realizada al adulto mayor del AA.HH La Tinguiña - Ica, marzo 2017.

GRÁFICO N° 4



El nivel de autoestima de los adultos mayores según el test de Rosenberg fue valorada como autoestima media en 59%(47), seguido del 26%(21) con autoestima baja y finalmente el 15%(12) presenta autoestima alta según resultados obtenidos.

TABLA 5
PRUEBA DE HIPOTESIS
Selección de la Prueba

Utilizaremos la prueba de Chi cuadrado relacionando ambas variables

$$\chi^2 = \sum_{N=1}^K \frac{(f_i - fe)^2}{fe}$$

TABLA DE CONTINGENCIA

	ALTA	MEDIA	BAJA	TOTAL
	Fr	fr	fr	
NORMAL	2	10	5	17
LEVE	2	6	2	10
INTERMITENTE	1	5	3	9
MODERADA	3	21	5	29
GRAVE	2	5	5	12
EXTREMA	2	0	1	3
TOTAL	12	47	21	80

Chi cuadrado

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

CALCULANDO LAS FRECUENCIAS ESPERADAS

2.55	9.98	4.46
1.5	5.87	2.62
1.35	5.28	2.36
4.35	17	7.61
1.8	7.05	3.15
0.45	1.76	0.78

REEMPLAZANDO LA FÓRMULA DE X^2_{CAL} .

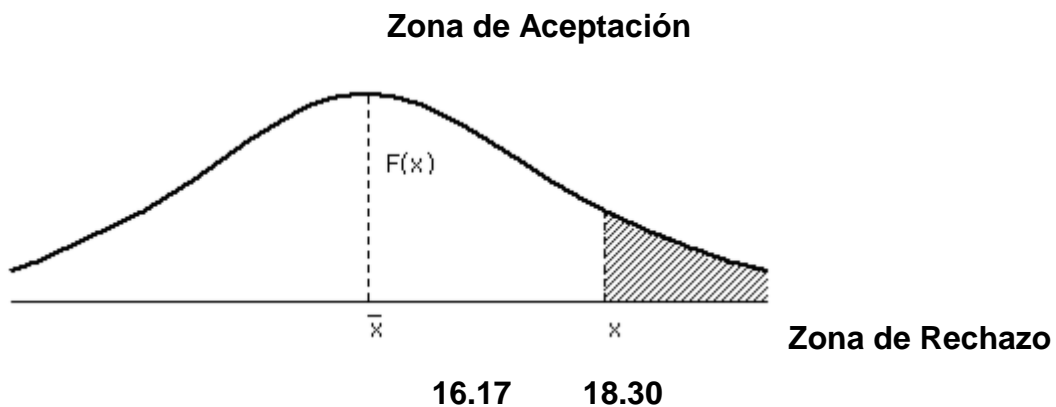
0.43	0.00	0.24	0.67
0.66	0.04	0.47	1.17
0.51	0.10	0.54	1.15
0.62	0.47	0.68	1.77
0.22	0.58	1.17	1.97
6.88	2	0.56	9.44
9.32	3.19	3.66	16.17

$$X^2_{cal} = 16.17$$

Grados de libertad: 10 para p: 0.05

Z: 18.30

DEPRESIÓN Y NIVEL DE AUTOESTIMA



Interpretación: Como el x calculado 16.17 es menor a $x^2=18.30$ por tanto cae en la zona de aceptación entonces se rechaza la hipótesis nula que afirma que no existe relación entre la depresión y el nivel de autoestima y se acepta la hipótesis de investigación la cual afirma que existe relación entre la depresión y el nivel de autoestima.

CAPÍTULO V:

DISCUSIÓN

En el gráfico 1 y 2 tenemos los datos generales en el cual, en las edades de 71 a 80 años, el 30% es de sexo femenino y el 25 % de sexo masculino, de 60 a 70 años, el 17 % es femenino y el 13% masculino, finalmente en los mayores de 81 años a más, un 10% es de sexo femenino y el 5% es masculino, el 46% son casados, 30% son viudos, el 15% son divorciados y finalmente el 9% corresponden al estado civil de soltero. Los resultados obtenidos se pueden contrastar con Carvalho I, Bertolli E, Paiva L, Rossi L, Dantas R, Pompeo D.⁷ en el cual los síntomas de ansiedad y depresión estaban presentes en 32,5% y 17,5% de los pacientes, respectivamente y fueron asociados al sexo femenino, lo cual puede deberse quizás por encontrarse más población de sexo femenino cifras que concuerdan con los últimos datos de la OMS en el cual se aprecia la mayor cantidad de personas de sexo femenino mayores de 60 años; también corrobora la investigación los resultados de Durán R, Aguilar M, Martínez T, Rodríguez G. Gutiérrez L.⁹ en el cual predominó el sexo femenino con 60.3%; por lo que nosotros como profesionales de Enfermería debemos estar preparados para brindar atención preventiva promocional a este grupo poblacional en aumento sustentados en las últimas estimaciones poblacionales.

Gráfico 3: El nivel de depresión del adulto mayor es moderado en 36%, normal en 21% seguido de 15% con depresión grave, 13% presenta depresión leve, 11% con depresión intermitente y finalmente el 4% presentan depresión grave; resultados similares con Lazcano M, Sánchez M, Lázaro A, García M, Piedra A.⁸ donde el 21% Se encontró al 40.1% sin depresión, 3.9% con depresión leve y 25% con depresión establecida y Licas M.¹² concluyó que los adultos mayores que acuden al centro de atención “TaytaWasi” presentan un nivel de depresión leve.

La Organización Mundial de la Salud afirma que actualmente cinco de las 10 causas más importantes de discapacidad son de origen psiquiátrico y se sostiene que para el 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial, se escucha frecuentemente que el adulto mayor como parte de su proceso natural del envejecimiento presente depresión, enfermedad mental que si no se trata puede producir deterioro físico, cognitivo y social, aumentar el tiempo en la recuperación de enfermedades y cirugías, provocando un aumento del uso de las atenciones médicas. De este modo el profesional de enfermería dentro del equipo de salud es quien juega un rol importante en la atención y en el bienestar del adulto mayor ya que es quien está constantemente interactuando con las personas sanas y enfermas, a través del cuidado, que es lo que caracteriza a la disciplina de enfermería, una depresión grave en este grupo poblacional tal como se muestra en los resultados obtenidos puede tener efectos negativos y producir sentimientos de inseguridad, lo que incide en su autopercepción, asimismo dificultando su adaptación a los cambios que se presentan, alterando su desarrollo como persona y su relación con los demás.

Gráfico 4: El nivel de autoestima de los adultos mayores según el Test de Rosenberg fue valorada como autoestima media en 59%, seguido del 26% con autoestima baja y finalmente el 15% presenta autoestima alta lo que se puede comparar con Licas M.¹² en el cual el 84% de los pacientes tienen nivel de autoestima positiva, y el 16% nivel de autoestima negativa.

En este contexto la enfermera juega un rol importante en la atención del adulto mayor ya que se encuentra capacitada para brindar una atención integral en

forma oportuna, segura, continua y humanística, la cual se basa en la esencia del cuidado orientado hacia el mantenimiento de su autonomía, y la aceptación de sus limitaciones y dependencia o del apoyo emocional para superar sus pérdidas, mediante una adecuada información, interrelación y educación sanitaria respetando sus valores culturales, creencias y convicciones para el éxito de éstos.

Tabla 5: Como el x calculado 16.17 es menor a $x_2=18.30$ por tanto cae en la zona de aceptación entonces se rechaza la hipótesis nula que afirma que no existe relación entre la depresión y el nivel de autoestima y se acepta la hipótesis de investigación la cual afirma que si existe relación entre la depresión y el nivel de autoestima, hallazgos que guardan similitud con Orosco C.¹¹ Por los resultados observó que existe una relación significativa entre la depresión y la autoestima en los grupos estudiados y finalmente Cabrera M.¹³ al realizar la prueba estadística de independencia de criterio chi-cuadrado, se encontró que si existe relación significativa entre el nivel de autoestima y el nivel de autocuidado en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis (valor $p < 0.05$).

Los resultados de la presente investigación por el nivel de depresión encontrado presentan síntomas como humor depresivo la mayor parte del día, abandono de sus actividades diarias, disminución de energía, sienten que su vida está vacía, se sienten inútiles y cambios en su actividad psicomotriz, resultando en un problema incapacitante que se presenta con frecuencia en la población adulta mayor por ese motivo la intervención de enfermería debe estar dirigida a mejorar y mantener las condiciones de salud de las personas adultas mayores, a través de la provisión de una atención integral de calidad, adecuada a sus necesidades de salud y expectativas de atención; específicamente fortaleciendo la autoestima e interacción positiva de la persona con su entorno.

CONCLUSIONES

1. En las edades de 71 a 80 años, el 30% es de sexo femenino y el 25 % de sexo masculino, de 60 a 70 años, el 17 % es de sexo femenino y el 13% masculino, finalmente en los mayores de 81 años a más, el 10% es de sexo femenino y el 5% es masculino.
2. El 46% de los adultos mayores son casados, el 30% son viudos, el 15% son divorciados y el 9% corresponden al estado civil de soltero.
3. El nivel de depresión es moderado en 36%, normal en 21% seguido de 15% con depresión grave, el 13% presenta depresión leve, el 11% con depresión intermitente y el 4% presentan depresión grave.
4. Los adultos mayores presentan autoestima media en 59%, 26% con autoestima baja y el 15% presenta autoestima alta.
5. Como el x calculado 16.17 es menor a $x_2=18.30$ por tanto cae en la zona de aceptación entonces se rechaza la hipótesis nula que afirma que no existe relación entre la depresión y el nivel de autoestima y se acepta la hipótesis de investigación la cual afirma que existe relación entre el nivel de depresión y la autoestima.(valor $p < 0.05$).

RECOMENDACIONES

1. Tener en cuenta que la población de adultos mayores está incrementándose por lo que se debe reformular las políticas sanitarias para poder atender a esta población, preparando no solo hospitales para que los reciban por enfermedades propias de su edad, sino trabajar arduamente en el primer nivel de atención, a través de acciones preventivo, promocionales.
2. A las Autoridades del Asentamiento Humano “Las Flores” para que promuevan actividades recreativas, deportivas y estrategias de resolución de problemas con la finalidad de mantener el cuerpo y la mente sanos lo que a su vez fomenta la autonomía e independencia del adulto mayor, aumentando con ello su bienestar físico y emocional
3. A la familia como parte esencial en la vida pues influye en el adulto mayor en la manera en como disfruta la vida realmente convencidos de que lo que hace es potenciar sus capacidades y su autonomía: Es conveniente que sigan teniendo responsabilidades que estén a su alcance, esto hará que sigan sintiéndose útiles y mejorará su autoestima.
4. A las familias de los adultos mayores para que tengan en cuenta a los adultos mayores que son viudos, divorciados y solteros en la prevención de sentimientos de soledad que los puede conducir al aislamiento social por lo que debe brindar mucho apoyo familiar no siendo el caso de los casados que le ofrece mayor protección en comparación con otras formas de relación social.
5. Continuar estudios de mayor profundidad en beneficio de los adultos mayores, identificando en forma oportuna los factores de riesgo y prevenir la problemática respecto a las variables de estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2013. Datos y estadísticas. La salud mental y los adultos mayores. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
2. Ysern de Arce, 1999, citado por Salvarezza, 1998).
3. La salud mental y los adultos mayores. Nota descriptiva. Abril de 2016. Datos y cifras.
4. Diego Rodríguez Méndez, Wady El Hob Montero, Luis C. Solano Mora. Comparación de los niveles de autoestima según el género y el nivel de actividad física en dos grupos de personas adultas mayores. Revista MH Salud (ISSN: 1659-097X) Vol. 13. No. 1. Setiembre-enero, 2016DOI: <http://dx.doi.org/10.15359/mhs.13-1.4>
5. Un problema de salud mental en el adulto mayor es la depresión vital. Disponible en: rpp.pe › Salud.
6. Bravo Hernández N. Nivel de autoestima y depresión en los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del hospital Félix Torrealva Gutiérrez Es salud ICA.
7. Carvalho IG, Bertolli ES, Paiva L, Rossi LA, Dantas RAS, Pompeo DA. Ansiedad, depresión, resiliencia y autoestima en individuos con enfermedades cardiovasculares. Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2016;24:e2836 DOI: 10.1590/1518-8345.1405.2836 www.eerp.usp.br/rla
8. Lazcano Ortiz M, Sánchez Padilla M, Lázaro Mejía A, García Botello M, Piedra Martínez A. Nivel de depresión en el adulto mayor. 2013México. <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/icsa/n7/p30.html>.
9. Durán-Badillo R, AguilarM, Martínez T, Rodríguez G. Gutiérrez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal Cuba. 2013Enfermería universitaria. Versión On-line ISSN 2395-8421versión impresa ISSN 1665-7063 Enferm. Univ. vol.10 no.2 México
10. Borda Pérez Mariela Colombia “Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla 2012 Colombia:

11. Carlos Orosco. Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima Perú **núm.** 18, enero-diciembre, 2015, pp. 91-104 Universidad de Lima Lima, Perú. <http://www.redalyc.org/pdf/1471/147143428004.pdf>.
12. Martha Paulina Licas Torres. Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.T. 2014. Lima Perú. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas_tm.pdf
13. Cabrera M. Relación que existe entre el nivel de autoestima y el nivel de auto cuidado del paciente con tratamiento de hemodiálisis [Tesis licenciatura], Trujillo. 2012 URL disponible en: <http://trabajos104/nivel-autoestima-y-nivel-autocuidado-del-paciente-tratamiento-hemodialisis-trujillo/nivel-autoestima-y-nivel-autocuidado-del-paciente-tratamiento-hemodialisis-Trujillo.shtml>.
14. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014).Temas De Salud: Depresión.Link: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
15. Alcalá V, Camacho M, Giner J. Afectos y depresión en la tercera edad. *Psicothema*, 19(1), 49-56. 2007 Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3327>
16. Ministerio de Salud. Guía Clínica depresión en personas de 15 años y más. Santiago, MINSAL, 2013 disponible:<http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>.
17. Susan Silk, Asociación Americana de Psicología. Home // Centro de Apoyo // La tercera edad y la depresión.
18. García-Portilla MP. Depresión y perimenopausia: una revisión. *ActasEspPsiquiatr* 2009; 37(4):213-21
19. Silva H. Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *RevChilNeuroPsiquiat* 2002; 40(supl 1):9-20.
20. Galli E. La Depresión: Hacia una nueva conceptualización dimensional. *Alcmeón*1997; 6(2):148-55.
21. Al-Otaibi B, Al-Wegayyan A, Taher H, Sarkhou E, Gloom A, Aseeri F. Síntomas depresivos en la población kuwaití que asisten a la atención

- primaria: prevalencia e influencia de factores sociodemográficos. *MedPrincPráctica* 2007; 16 (5): 384 - 88.
22. Shansky RM. El estrés y el cerebro: el progreso hacia desentrañar las discrepancias de género en el trastorno depresivo mayor. *Experto RevNeurother* 2009; 9(7):967-73.
 23. Richard Wilkinson y Michael Marmot. *Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables – BVSDE*
 24. Jonathan Raúl Crespo Vallejo *Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones azogues, cañar, tambo y déleg de la provincia del cañar, en el año 2011” [tesis de licenciatura]. Ecuador*
 25. *Inventario de Depresión de Beck. Disponible en: gsdl.bvs.sld.cu/cgi.../library?...*
 26. Bonet, J. V. (1994). *Sé amigo de ti mismo. Manual de autoestima. Madrid: Sal Terrae*
 27. Millán Calenti José Carlos. *Principios de Geriatria y Gerontología España. Ed. McGraw Hill Interamericana. 2006.pp 67-71*
 28. Salvarezza, L. *Una mirada gerontológica actual. Buenos Aires: Paidós. 1998*
 29. *Concepto de autoestima – [Base de datos] 2013 Tavera [Fecha de acceso 5 de julio 2012] URL disponible en: www.colegiotavera.es/resources/La+autoestima.pdf.*
 30. Garay F. *Autoestima en el adulto mayor Disponible en: Centrosaludmental.wordpress.com/.../autoestima-en-el-adulto-mayor/*
 31. Fornés Vives Y. *Cuidados para la mejora de la autoestima. Universitat Illes Balears (Ed. Guillem Cifre) Psiquiatria.Com. 2003; 7(3)*
 32. Ferrer Ferrandis E, Olmedo Salas A. *La autoestima en los ancianos 2011 Disponible en: www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/.../ensenando2.pdf.*
 33. Del Junco R. *Autoestima en adulto mayor. 2011 URL disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Autoestima-En-Adulto-Mayor/3009796.html>*

- 34.** Steiner Benaim D. La teoría de la autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo del ser humano. [Tesis licenciatura] Venezuela 2005
Disponible en: Bachelor o Arts in Psychology Maracaibo
- 35.** Autoestima e inclusión social del adulto mayor. Adultos mayores trabajando actualmente en martes, 25 de octubre de 2016 ADULTO MAYOR 2016.
- 36.** Ministerio de la mujer y desarrollo social. Plan nacional para las personas adultas mayores Pdf pp.55 2006-2010.
Link:<http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/minsapdf/plan%20nacional%20para%20las%20personas%20adultas%20mayores%202006-2010>.
- 37.** Fernández-Ballesteros, R. (2004). La psicología de la vejez. Encuentros multidisciplinares, 16, 1-11. Recuperado de <http://www.encuentros multidisciplinares.org>
- 38.** Stanley Mickey, Kathryn A.Blair .Enfermería Geriátrica.México.Ed. McGraw Hill Interamericana. 2009.pp 111-116.
- 39.** Moreno M. Alvarado A. Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura Aquichan, vol. 9, núm. 1, abril, 2009, pp. 62-72 Universidad de La Sabana Cundinamarca, Colombia.
- 40.** RaileAlligood, M; Marriner-Tomey, A. Modelos y teorías en enfermería. 7ª edición. Madrid: ElsevierScience, 2011.

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLE	DIMENSIONES	METODOLOGÍA	INSTRUMENTO
¿Existe asociación entre la depresión y el nivel de autoestima en el adulto mayor del Asentamiento Humano “Las Flores” La Tinguña - Ica, marzo 2017?	Determinar la depresión y el nivel de autoestima en el adulto mayor del Asentamiento Humano “Las Flores” La Tinguña - Ica, marzo 2017.	OE1: Identificar el nivel de depresión en el adulto mayor del Asentamiento Humano “Las Flores” La Tinguña - Ica, marzo 2017.	Nivel de Depresión.	Test de Beck	Tipo: Aplicada Nivel: Descriptivo	Encuesta
		OE2: Precisar el nivel de autoestima en el adulto mayor del Asentamiento Humano “Las Flores” La Tinguña - Ica, marzo 2017.	Nivel de Autoestima	Test de Rosemberg	Diseño: No experimental relacional Población: 185 adultos mayores. Muestra: 80 adultos mayores que fueron extraídos a través de la aplicación de la fórmula para población finita.	Encuesta

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.

Estimado Sr (a):

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1. SEXO

- a) M
- b) F

2. EDAD

- a) De 60 a 70 años
- b) De 71 a 80 años
- c) De 81 años a más

3. ESTADO CIVIL

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Viudo
- d) Conviviente

1.
 0. No me siento triste
 1. Me siento triste.
 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2.
 0. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 1. Me siento desanimado respecto al futuro.
 2. Siento que no tengo que esperar nada.
 3. Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3.
 0. No me siento fracasado.
 1. Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 2. Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 3. Me siento una persona totalmente fracasada.

4.
 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
 2. Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 3. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5.
 0. No me siento especialmente culpable.
 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 3. Me siento culpable constantemente.

6.
 0. No creo que esté siendo castigado.
 1. Me siento como si fuese a ser castigado.
 2. Espero ser castigado.
 3. Siento que estoy siendo castigado.

7.
 0. No estoy decepcionado de mí mismo.
 1. Estoy decepcionado de mí mismo.
 2. Me da vergüenza de mí mismo.
 3. Me detesto.

8.
 0. No me considero peor que cualquier otro.
 1. Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 2. Continuamente me culpo por mis faltas.
 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9.

- 0.** No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1.** A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- 2.** Desearía suicidarme.
- 3.** Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10.

- 0.** No lloro más de lo que solía llorar.
- 1.** Ahora lloro más que antes.
- 2.** Lloro continuamente.
- 3.** Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11.

- 0.** No estoy más irritado de lo normal en mí.
- 1.** Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2.** Me siento irritado continuamente.
- 3.** No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12.

- 0.** No he perdido el interés por los demás.
- 1.** Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2.** He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- 3.** He perdido todo el interés por los demás.

13.

- 0.** Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- 1.** Evito tomar decisiones más que antes.
- 2.** Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3.** Ya me es imposible tomar decisiones.

14.

- 0. No creo tener peor aspecto que antes.
- 1. Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- 2. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- 3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15.

- 0. Trabajo igual que antes.
- 1. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- 3. No puedo hacer nada en absoluto.

16.

- 0. Duermo tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como antes.
- 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17.

- 0. No me siento más cansado de lo normal.
- 1. Me canso más fácilmente que antes.
- 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18.

- 0. Mi apetito no ha disminuido.
- 1. No tengo tan buen apetito como antes.
- 2. Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3. He perdido completamente el apetito.

19.

- 0. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- 1. He perdido más de 2 kilos y medio.
- 2. He perdido más de 4 kilos.
- 3. He perdido más de 7 kilos.
- 4. Estoy a dieta para adelgazar

20.

- 0. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- 1. Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- 2. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21.

- 0. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1. Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- 3. He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Puntuación	Nivel de depresión*
0-10	Normal.
11-16	Depresión leve.
17-20	Estados de depresión intermitente.
21-30	Depresión moderada.
31-40	Depresión grave.
+ 40	Depresión extrema.

TEST DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí mismo/a. Por favor, conteste los siguientes Items con la respuesta que considere más apropiada.

S=Siempre

AV= A Veces

N=Nunca

N°	Ítems	S	AV	N
1	Siento que soy una persona digna de aprecio al menos en igual medida que los demás			
2	Estoy convencido de que tengo cualidades buenas			
3	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente			
4	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a			
5	En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.			
6	Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.			
7	En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.			
8	Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.			
9	Hay veces que realmente pienso que soy un inútil			
10	A veces creo que no soy buena persona.			

De los ítems 1 al 5, las respuestas S a N se puntúan de 3 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas S a N se puntúan de 1 a 3.

De 20 a 30 puntos: Se considera autoestima alta.

De 16 a 19 puntos: Se considera una autoestima media.

Menos de 15 puntos: Se considera una autoestima baja.