



UNIVERSIDAD  
**AUTÓNOMA**  
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA

TESIS

**“DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO  
POBLADO DE POCHCCOTA – ANDAHUAYLAS, 2021”**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

**Calidad de vida, resiliencia y bienestar psicológico**

Presentado por:

**Taiz Yris Romaní Rojas**

Tesis desarrollada para optar el Título de Licenciada en Psicología

Docente asesor:

Mg. Dr. Jorge Ponce Aliaga

Chincha, Ica, 2021

## **DEDICATORIA**

A Dios, a mis padres y hermana, quienes de manera incondicional han sido partícipes de esta ardua labor para poder llegar a este punto de culminación de mi carrera profesional, como también a mis docentes que me acompañaron a lo largo de la enseñanza brindada.

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b>	ii
<b>RESUMEN</b>	vii
<b>ABSTRACT</b>	viii

### INDICE GENERAL

<b>I. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>01</b>
<b>II. PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>03</b>
2.1 Descripción del problema.....	03
2.2 Pregunta de investigación general.....	07
2.3 Preguntas de investigación específicas.....	07
2.4 Objetivo general.....	08
2.5 Objetivos específicos.....	08
2.6 Justificación e importancia.....	08
2.7 Alcances y limitaciones.....	10
<b>III. MARCO TEORICO.....</b>	<b>11</b>
3.1 Antecedentes.....	11
3.2 Bases teóricas.....	18
3.3 Identificación de las variables.....	45
<b>IV. METODOLOGIA.....</b>	<b>46</b>
4.1 Tipo y nivel de investigación.....	46
4.2 Diseño de la investigación.....	46
4.3 Operacionalización de variables.....	47
4.4 Hipótesis general y específicas.....	48
4.5 Población – muestra.....	49
4.6 Técnicas e instrumentos: validación y confiabilidad.....	50
4.7 Recolección de datos.....	51

4.8 Técnicas de análisis e interpretación de datos.....	51
<b>V. RESULTADOS.....</b>	<b>54</b>
5.1 Presentación de resultados.....	54
5.2 Interpretación de los resultados.....	72
<b>VI. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>74</b>
6.1 Análisis de los resultados.....	74
6.2 Comparación resultados con antecedentes.....	77
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>80</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>83</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO 1:</b> Matriz de Consistencia	
<b>ANEXO 2:</b> Matriz de Operacionalización de variables	
<b>ANEXO 3:</b> Instrumento de medición	
<b>ANEXO 4</b> Ficha de validación de instrumentos de medición	

## INDICE DE FIGURAS

### *ESCALA DE AUTOVALORACION D.D POR W.W.K. ZUNG*

1. ME SIENTO ABATIDO Y MELANCOLICO.....	54
2. POR LAS MAÑANAS ES CUANDO ME SIENTO MEJOR.....	55
3. TENGO ACCESO DE LLANTO O GANAS DE LLORAR.....	56
4. DUERMO MAL.....	57
5. TENGO TANTO APETITO COMO ANTES.....	58
6. TENGO TRASTORNOS INTESTINALES Y ESTREÑIMIENTO.....	59
7. ME CANSO SIN MOTIVO.....	60
8. TENGO LA MENTE TAN CLARA COMO ANTES.....	61
9. TENGO ESPERANZA EN EL FUTURO.....	62
10. ESTOY MAS IRRITABLE QUE ANTES.....	63

### *ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE*

11. ¿ESTA SATISFECHO CON SU VIDA?.....	64
12. ¿HA ABANDONADO MUCHAS DE SUS ACTIVIDADES E INTERESES?.....	65
13. ¿CREE QUE SU VIDA ESTA VACIA?.....	66
14. ¿SE ENCUENTRA A MENUDO ABURRIDO?.....	67
15. ¿LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO ESTA DE BUEN HUMOR?.....	68
16. ¿SE SIENTE FELIZ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?.....	69
17. ¿CREE QUE VIVIR ES MARAVILLOSO?.....	70
18. ¿SE ENCUENTRA LLENO DE ENERGIA?.....	71

## V INDICE DE CUADROS

### ***ESCALA DE AUTOVALORACION D.D POR W.W.K. ZUNG***

1. ME SIENTO ABATIDO Y MELANCOLICO.....	54
2. POR LAS MAÑANAS ES CUANDO ME SIENTO MEJOR.....	55
3. TENGO ACCESO DE LLANTO O GANAS DE LLORAR.....	56
4. DUERMO MAL.....	57
5. TENGO TANTO APETITO COMO ANTES.....	58
6. TENGO TRASTORNOS INTESTINALES Y ESTREÑIMIENTO.....	59
7. ME CANSO SIN MOTIVO.....	60
8. TENGO LA MENTE TAN CLARA COMO ANTES.....	61
9. TENGO ESPERANZA EN EL FUTURO.....	62
10. ESTOY MAS IRRITABLE QUE ANTES.....	63

### ***ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE***

11. ¿ESTA SATISFECHO CON SU VIDA?.....	64
12. ¿HA ABANDONADO MUCHAS DE SUS ACTIVIDADES E INTERESES?.....	65
13. ¿CREE QUE SU VIDA ESTA VACIA?.....	66
14. ¿SE ENCUENTRA A MENUDO ABURRIDO?.....	67
15. ¿LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO ESTA DE BUEN HUMOR?.....	68
16. ¿SE SIENTE FELIZ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?.....	69
17. ¿CREE QUE VIVIR ES MARAVILLOSO?.....	70
18. ¿SE ENCUENTRA LLENO DE ENERGIA?.....	71

## RESUMEN

**Objetivo:** Establecer la relación entre la depresión y la ansiedad en los adultos mayores del Centro Poblado de Pochccota – Andahuaylas 2020.

**Material y métodos:** El presente estudio según Carrasco (2005) es el Básico, puesto que la investigación no tiene propósitos aplicativos inmediatos, solo busca ampliar y profundizar conocimientos científicos existentes de la realidad, y porque permiten detallar situaciones y eventos de cómo es y cómo se manifiestan las variables de estudio. El nivel de investigación del presente proyecto, según Carrasco (2005), es el descriptivo, porque la presente investigación va a describir las principales características del fenómeno de estudio sin generar cambios en la realidad.

**Población:** La población estará conformada por 58 adultos mayores del centro poblado de Pochccota – Andahuaylas. La presente investigación se llevará a cabo con la participación de 44 adultos mayores del centro poblado de Pochccota - Andahuaylas en donde se ubican 31 hombres y 13 mujeres, los cuáles se encuentran entre las edades de 60-70 años.

**Resultados:** Respecto al instrumento de la “Escala de autovaloración D.D por W.W.K Zung”, sobre la pregunta de “me siento abatido y melancólico”, se demostró que el 40.91% corresponde a siempre o casi siempre, el 31.82% corresponde con bastante frecuencia, el 20.45% corresponde a veces y el 6.82% corresponde a nunca o casi nunca.

**Conclusión:** Dentro del análisis del estudio presentado se concluye que existe relación, estadísticamente significativa entre la depresión y la ansiedad en los adultos mayores del centro poblado de Pochccota – Andahuaylas 2020. Dicha relación se encuentra demostrada bajo la relación de Chi Cuadrado ( $p > 0.05$ )

**Palabras claves:** Depresión, ansiedad, adulto mayor.

## ABSTRACT

**Objective:** To establish the relationship between depression and anxiety in the elderly in the town of Pochccota - Andahuaylas 2020.

**Material and methods:** The present study according to Carrasco (2005) is the Basic one, since the research does not have immediate applicative purposes, since it only seeks to broaden and deepen the flow of existing scientific knowledge about reality, and because they allow to detail situations and events, that is, how it is and how the study variables are manifested. The research level of this project, according to Carrasco (2005), is descriptive, because the present research will describe the main characteristics of the phenomenon under study without generating changes in reality.

**Population:** The population will be made up of 58 older adults from the town of Pochccota - Andahuaylas. This research will be carried out with the participation of 44 older adults from the town of Pochccota - Andahuaylas, where 31 men and 13 women are located, who are between the ages of 60-70 years.

**Results:** Regarding the instrument of the "DD Self-Assessment Scale by WWK Zung", on the question of "I feel dejected and melancholic", it was shown that 40.91% corresponds to always or almost always, 31.82% corresponds quite frequently, 20.45% corresponds to times and 6.82% corresponds to never or almost never.

**Conclusion:** Within the analysis of the study presented, it is concluded that there is a statistically significant relationship between depression and anxiety in the elderly in the town of Pochccota - Andahuaylas 2020. This relationship is demonstrated under the Chi-square relationship ( $p > 0.05$ )

**Key words:** Depression, anxiety, elderly.

## **I. INTRODUCCIÓN**

El estudio de los diferentes comportamientos observables de los individuos como de sus procesos cognitivos y socio emocionales es estudiado por la psicología. Así mismo, dan a conocer y explicar las diferentes condiciones y motivaciones que determinan tales comportamientos por el mismo carácter multidimensional del ser humano. Por otro lado, los maltratos de carácter psicológico emocional que padecen los adultos mayores tienen como factores incidentes, la dependencia económica, de vivienda, incapacidad física y de carácter emocional por parte de sus cuidadores o familiares (García M., 2016).

La ansiedad, como un trastorno mental señalado como la enfermedad del futuro, está relacionada con las sensaciones de temor, inquietud ante malos presagios o momentos inapropiados, que se dan de manera frecuente y duración intensa, produciendo cambios fisiológicos como el incremento del flujo sanguíneo en el corazón y tensión muscular, haciéndose más evidente en adultos mayores, a ello se añade las crisis de angustia, fobias, irritabilidad, alteraciones de sueño, fatiga, dificultad para concentrarse y preocupación constante. La ansiedad en el anciano es más de carácter somático o emocional que cognitivo, haciendo más difícil su diagnóstico (Sánchez, 2014).

La depresión afecta la vida cotidiana del ser humano, siendo los del sexo femenino las de mayor vulnerabilidad, causando variedad de

síntomas de carácter biológico, mental y social. Como síntomas donde intervienen diferentes factores, se tienen, la pérdida de apetito y deseo sexual, sensación de tristeza por un tiempo prolongado, sentimiento de un futuro incierto, somnolencia o insomnio, conducta agresiva o apagada, entre otros. Presentando un alto incremento de gravedad a medida que avanza la edad. En el anciano se presenta de manera atípica asociado a otras enfermedades físicas. La familia, la sociedad y el Estado deben de mitigar los factores modificables de la depresión, especialmente en los adultos mayores como la ayuda social, la mejora de la calidad de vida y acciones de salud mental. (Calderón D. 2018).

Los colegios de psicólogos, organizaciones y entidades relacionados al sector salud por los diferentes medios de comunicación en su oportunidad advirtieron del posible incremento de casos de trastornos socio emocionales, como consecuencia del Covid-19, el temor al contagio de la enfermedad y el confinamiento social, han hecho que los niveles de ansiedad, depresión y estrés postraumático vayan en incremento. La pandemia ha hecho posible el haber enfrentado a muchos cambios en los modos y estilos de vida, estando la incertidumbre latente, como los problemas de salud mental, teniendo como población vulnerable los adultos mayores y los niños.

Las últimas investigaciones precisan que un 10% de la población sufría de ansiedad antes de la pandemia, mientras que alrededor de 300

millones de personas padecían depresión, según la OMS. La Universidad Complutense de Madrid presentó en julio 2020 la primera investigación preliminar del impacto psicológico causado por el Covid-19 en España, sobre la afectación de la salud mental desde su inicio en marzo. De una muestra de 3 480 personas, un 21,6% mostraba síntomas de ansiedad, un 18,7% presentaba síntomas de depresión y un 15,8% de estrés postraumático (REGUERA, 2020).

## **II. PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA**

La depresión es una enfermedad médica del pasado, frecuente en todo el mundo, se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. Este trastorno depresivo es distinto de las variaciones habituales del estado de ánimo, más que un sentimiento de tristeza y de respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana, es curable. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades cotidianas y tendiente a ser crónico hasta causar deterioro en los ámbitos social, laboral y cognitivo. (OMS, 2017).

En el Perú, el incremento demográfico de la población adulta mayor se evidencia cuantitativamente a través de los datos estadísticos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI (2019), quiere decir que el Perú está envejeciendo de manera lenta pero irreversible. Es un proceso presente en todas las regiones del país, aunque con diferentes grados de volumen e intensidad. El grupo de personas mayores de 65 años de edad, sufrirá un crecimiento sostenido en las próximas décadas.

De poco menos de 1.5 millones de adultos mayores en el 2010, se pasará a casi 6.5 millones en el 2050; 5 millones adicionales, siendo

la mayor parte mujeres. Este proceso de envejecimiento demográfico plantea retos y exigencias de diferentes índoles en términos de políticas y programas sociales a nivel regional y local, dependiendo de las características y particularidades de cada departamento del país. CEPAL considera que para la región de América Latina la población adulta mayor, pasó de apenas un 5,6% del total regional en 1950 a un 10% en el año 2010.

En el Perú, según el Instituto Nacional de Salud Mental (2009) el 14% de la población ha reconocido haber tenido algún cuadro de depresión en cierto momento de su vida y se calcula que, por cada cinco personas, una se deprime, sin embargo, solo el 20% de los afectados recibe ayuda profesional, pues la mayoría no reconoce que está enferma o no accede al servicio. Por cada varón con depresión hay dos mujeres en estado depresivo. Por otro lado, más de un 20% de las personas que superan los 60 años de edad sufren algún caso de trastorno mental o neuronal (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 alteraciones del sistema nervioso. Se debe precisar que la demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad (Organización Panamericana de la Salud, 2013).

En tanto que la ansiedad se define no como un concepto o un estado particular muy limitado ya que es una señal o reacción general bastante común en el ser humano. *“La ansiedad normal es una respuesta apropiada ante una situación amenazante”*, según Kaplan y Sadock (2000: 636). Es así que las personas sexagenarias muestran mayor predisposición a desarrollar cuadros de ansiedad porque tienden a producir confusión y distorsiones en la percepción no sólo respecto del tiempo y el espacio, sino también en relación con las personas y el significado de los eventos, estas distorsiones pueden interferir con el proceso de aprendizaje, disminuir la concentración, aminorar la memoria o alterar la capacidad de relacionar temas diferentes.

La pandemia del Covid -19, virus que en el Perú ha causado altas tasas de mortalidad y contagios, siendo los adultos mayores la población más vulnerable, debido a diferentes factores de riesgo, como el déficit de su sistema inmune, discapacidades físicas y comorbilidades típicas de su edad. Sumado a ello se tienen, el confinamiento social que genera soledad y pérdida de las interacciones sociales, haciéndolos susceptibles a padecer algún tipo de trastorno mental, presentando como consecuencias el estrés postraumático como, la ansiedad y la depresión. Siendo alternativas de tratamiento que alivian el estado anímico, las video llamadas y la actividad física, herramientas vitales para contribuir a la mejora de

la salud física y mental de esta población, siendo de importancia primordial en el contexto actual.

Se ha podido observar dentro del distrito y provincia de Andahuaylas, región Apurímac, específicamente en el Centro Poblado de Pochccota, un índice considerable de adultos mayores que muestran signos de depresión y ansiedad; puesto que son personas que experimentan situaciones conflictivas en sus quehaceres cotidianas como el estrés y la soledad por un tiempo considerable tras la partida del hogar de sus hijos, en algunos casos se ha podido observar que algunos adultos mayores recurren al alcohol como un mecanismo de respuesta frente a las situaciones expuestas. En la provincia de Andahuaylas se cuenta con un Centro de Salud Mental Comunitario, que brinda atenciones especializadas en: trastornos mentales como la depresión y la ansiedad, adicciones, entre otros, atendidos por profesionales médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadoras sociales. La población adulta mayor hace poco uso de este beneficio; principalmente por el desconocimiento de la gravedad de los trastornos que padecen o simplemente porque se resisten a admitir su estado de salud mental.

Por esta razón, que el presente proyecto de investigación tiene como objetivo fundamental establecer la relación existente entre estas dos variables de estudio: depresión y ansiedad en adultos

mayores del Centro Poblado de Pochccota, distrito y provincia de Andahuaylas, de esa manera conocer a mayor profundidad la situación problemática objeto de estudio. (SOLANO, 2020).

## **2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACION GENERAL**

¿Cuál es la relación entre depresión y ansiedad en adultos mayores del Centro Poblado de Pochccota – Andahuaylas 2020?

## **2.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACION ESPECIFICAS**

- ¿Cuál es la relación entre la depresión leve y la ansiedad en adultos mayores del Centro Poblado de Pochccota – Andahuaylas 2020?
- ¿Cuál es la relación entre la depresión moderada y la ansiedad de adultos mayores del Centro Poblado de Pochccota – Andahuaylas 2020?
- ¿Cuál es la relación entre la depresión severa y la ansiedad de adultos mayores del Centro Poblado de Pochccota – Andahuaylas 2020?

## **2.4 OBJETIVO GENERAL**

Establecer la relación entre la depresión y la ansiedad en los adultos mayores del Centro Poblado de Pochccota – Andahuaylas 2020.

## **2.5 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar la relación entre depresión leve y la ansiedad de adultos mayores del Centro Poblado de Pochccota – Andahuaylas 2020.
- Establecer la relación entre la depresión moderada y la ansiedad de adultos mayores del Centro Poblado de Pochccota – Andahuaylas 2020.
- Determinar la relación entre depresión severa y la ansiedad de adultos mayores del Centro Poblado de Pochccota – Andahuaylas 2020.

## **2.6 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA**

La motivación de la presente tesis se justificará porque los adultos mayores representan la población más vulnerable y olvidada por las autoridades, la sociedad y familiares, muchos de ellos sufriendo abandono moral y material. El presente también trabajo se justifica porque la población de estudio requiere identificar a los adultos mayores mediante test psicológicos para medir el deterioro de su capacidad cognitiva y socio emocional. Por otro lado, el estudio de la prevalencia de depresión y ansiedad en adultos mayores es el punto de partida para desarrollar acciones de prevención en grupos de riesgo identificados, en este contexto, el profesional de psicología que labora en el primer nivel de atención cumple un rol protagónico,

brindando una atención holística al ser humano como un todo. La presente investigación tendrá por utilidad a que las autoridades de la provincia de Andahuaylas brinden soporte socio emocional a esta población vulnerable y olvidada, mediante sus entidades públicas y privadas.

La importancia de la presente tesis radica en establecer la relación existente entre la depresión y la ansiedad en los adultos mayores del Centro Poblado de Pochccota, provincia de Andahuaylas, que permitirá manejar con precisión, información acerca del grupo de estudio, aunque uno segmento de la población de adultos mayores cuentan con regular salud mental, el otro grupo corre el riesgo de presentar trastornos mentales u otras afecciones, de acuerdo al contexto socio cultural en el que viven. Por otro lado, se propone nuevos planes de intervención acorde a la situación de cada uno de ellos, de esta manera responder a las necesidades sociales de nuestro entorno, y esto a su vez tendrá un efecto significativo en los participantes de la población y muestra de estudio. El efecto significativo es que los resultados obtenidos servirán para que los profesionales de la salud puedan incorporar estrategias de mejora de la calidad de vida de los adultos mayores.

## **2.7 ALCANCES Y LIMITACIONES**

Con respecto a las limitaciones de la investigación, se tienen la social y la geográfica por el contexto de la crisis sanitaria, el

aislamiento social y el confinamiento, por lo que se han adaptado los métodos de aplicación de los instrumentos psicológicos en forma virtual o por llamadas telefónicas y así tener acceso a la información de la población muestra de estudio.

### III. MARCO TEORICO

#### 3.1 ANTECEDENTES

Arango, Cardona, Duque, Cardona y Sierra (2016), en su investigación "*Estado de salud del Adulto Mayor de Antioquia, Colombia*", buscó analizar el estado de salud del adulto mayor, que posibilite la focalización e intervención oportuna, buscando un envejecimiento saludable para las personas. Aplicó el método cuantitativo con estudio descriptivo transversal y observacional, cuya población ascendió a 4.248 adultos mayores de 60 años. Arango et al. (2016), señala, que el estado de salud del adulto mayor tiene mayor incidencia en los riesgos de su salud mental, permitiendo una distribución equitativa de recursos financieros y humanos, con la finalidad de buscar el mejoramiento de la calidad de vida y culminar sus días de manera digna.

González et al. (2016) realizaron la investigación "*Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México*", siendo una investigación de carácter exploratorio, observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, cuyo objetivo era determinar la relación existente entre los trastornos de depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de la unidad de medicina familiar Guayalejo, Tamaulipas, México. Teniendo como muestra 220 pacientes  $\geq 60$  años de edad, quienes acudieron a consulta el año 2013. Los

resultados arrojaron que el perfil de la población de estudio es típico de la sociedad mexicana, con tendencia global a la obesidad tipo 1. El género predominante con obesidad tipo 2 fue el femenino, se correlacionó la estructura familiar con la funcionalidad (APGAR) y la depresión (Yesavage), concluyéndose, una baja frecuencia de pacientes adultos mayores que presentan algún grado de depresión (27.7%); no hallándose relación entre disfuncionalidad familiar y depresión. Los adultos mayores integrantes de una familia nuclear presentaron predominio de depresión (González, et al., 2016).

De la tesis de King, Cáceres y Abdulkadir (2017), esta se desarrolló sobre *“Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores - Policlínico Universitario “Héroes de Girón”. La Habana, Cuba”*, siendo una investigación de carácter descriptivo transversal, cuyo objetivo es determinar la prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores; en la muestra representativa de 20 adultos mayores parcialmente institucionalizados atendidos en la consulta de psico-geriatría en la Casa de Abuelos del Municipio Cerro "Celia Sánchez Manduley". King et al. (2017), se obtuvieron que el 60 % de pacientes presentaron depresión y el 95 % enfermedades crónicas no transmisibles, teniendo como principales factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo, aplicándose como instrumentos, el

método clínico y la entrevista semiestructurada. Por otro lado, de la encuesta aplicada para la pesquisa de depresión se propuso tres interrogantes orales (EPD-3PO), versión española abreviada de la escala de depresión geriátrica de Yesavage, concluyéndose que la depresión y las enfermedades crónicas no transmisibles, constituyen los principales factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores.

Quiroz et al. (2017), investigaron sobre “*Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos*”, realizándose un estudio sobre la independencia de la soledad, siendo su población de estudio de 60 y 97 años, se utilizó el Yesavage y el WHOQOL-OLD como instrumentos de medición de la depresión y la calidad de vida de la población. Los indicadores son resultado de las percepciones negativas que se tienen hacia las vivencias en la etapa de la vejez, sumado a ello la percepción de soledad social y familiar. La dimensión de soledad explica los síntomas de depresión y el deterioro en la calidad de vida, al alcanzar la mayoría de edad, añadido a ello la presencia de enfermedades y la ausencia de pareja (Quiroz et al., 2017).

La tesis de Alpi et al. (2018), denominada “*Relaciones entre calidad de vida y factores sociodemográficos y de salud en adultos mayores colombianos*”, es una investigación de tipo descriptivo

correlacional, que tiene como objetivo analizar la relación existente entre las variables de calidad de vida y factores sociodemográficos y de salud, teniendo como muestra 150 adultos mayores colombianos, utilizándose como instrumento la Escala de Calidad de vida CASP-19. Desarrollada por Hyde, Wiggins, Higgs y Blane (2003), Cuestionario de Resiliencia del CLHLS. La versión experimental colombiana de Vinaccia (2010), derivada del Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey (Zeng y Shen, 2010), Cuestionario Breve de Tamizaje de Depresión y Ansiedad (PHQ-4). Desarrollado por Kroenke, Spitzer, Williams y Lowe (2009), Cuestionario de Barber (CB). Desarrollado por Barber, Wallis y McKeating (1980), empleándose la versión española de Larragoita y Larragoita (1996), Índice de Katz. Elaborado por Katz, Ford, Moscovitz, Jackson y Jaffe (1963), Escala Visual Analógica (EVA) y Ficha de datos sociodemográficos. Resultados que reflejan puntuaciones altas en placer y resiliencia, y bajas en ansiedad, depresión y dolor. El 92.7% de los adultos mayores muestra riesgo de dependencia para desarrollar sus actividades cotidianas. Concluyéndose, que los participantes cuentan con mejores condiciones de calidad de vida, como dedicarse a una actividad laboral o académica, pertenecer a un sistema de salud y vivir en compañía de alguien (Alpi, et al., 2018).

En el Perú, existen también antecedentes de investigación, por lo que hago referencia a la tesis de Montenegro (2016), quién realizó una investigación sobre *“Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del centro poblado Los coronados Mochumi”*, siendo una investigación de tipo descriptivo correlacional, cuyo objetivo es determinar los factores psicosociales asociados a la depresión en la población de adulta mayor, del Centro Poblado “Los Coronados” Mochumi, siendo los participaron 36 adultos mayores voluntarios, a quienes se les aplicó la Escala de Yesavage, la Escala de Rosenberg y el cuestionario de factores sociales, teniendo como resultados, que el 45.8% de los adultos mayores presentan un estado depresivo severo; en relación al factor psicológico el 61,1% presenta autoestima media; y en relación al factor social el 55.6% son mayores de 65 años; 38.9% con grado de instrucción secundaria; 41.7% de estado civil casados; 55.6% son de sexo masculino; el 66.7% no participan en actividades sociales y 63.9% ni en actividades familiares; el 55.6% viven solos (as), hablan por teléfono con 1 a 2 personas y ven a sus amigos o vecinos de 1 a 2 veces; el 50% muestra alegría por la frecuencia que ve a su familia y el otro 50% denota su descontento; el 58.3% refieren contar con apoyo de una persona. Como conclusión, se tiene que ambos factores, están asociados a la presencia del estado depresivo, evidenciándose el factor psicológico: autoestima con un alto grado

de asociación similar que el factor social: integración social - apoyo familiar y social.

Huaypuna y Navarro (2016), realizaron el trabajo de investigación: *“Relación entre la depresión y ansiedad en los adultos mayores del club de paz y amor Congata de Uchumayo Arequipa”*, para optar el título profesional de licenciado en enfermería, teniendo por objetivo general establecer la relación existente entre la depresión y la ansiedad en los adultos mayores del Club de Paz y Amor Congata de Uchumayo Arequipa. Para lo que consideró una población adulta mayor de 105 personas pertenecientes al Club de Paz y Amor Congata. Como instrumento utilizado se tuvo la “versión castellana de la escala Test de Yesavage” y “versión castellana de la escala test de Hamilton”. Arribando a la siguiente conclusión: La depresión y ansiedad guardan una relación directa, si los niveles de depresión son altos, la ansiedad también es elevada. El nivel de depresión presente en los adultos mayores es moderado en 54.3% y severa en 41.9%. Por otro lado, el nivel de ansiedad en la población adulta mayor de estudio es moderado en 66.7% y grave en 5.7% (Huaypuna y Navarro, 2016).

Calvo y Campos (2017), realizaron una investigación sobre *“Depresión y ansiedad en pacientes adultos en hemodiálisis de un hospital nacional de la Policía Nacional del Perú”*, siendo una tesis

de tipo descriptivo- comparativo y correlacional, cuyo objetivo era determinar el nivel de Depresión y Ansiedad en pacientes que reciben el tratamiento de hemodiálisis. Al realizar un muestreo no aleatorio, tuvo como muestra 101 pacientes. Aplicándose el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. Obteniéndose como resultados: Siendo no depresión 61.4% (62/101), depresión leve 23.8% (24/101) y depresión moderada 14.9% (15/101). En ausencia de ansiedad o ansiedad mínima 55.4% (56/101), ansiedad moderada o ansiedad marcada 42.6% (43/101) y ansiedad severa solo el 2% (2/101). Como conclusiones, se puede contribuir, identificar y resaltar aspectos relacionados a la depresión y ansiedad en una población adulta, puesto que las personas restan valor a aspectos relevantes de su vida y quehacer diario (Calvo y Campos, 2017).

Para Espinoza, Ramos y Mori (2017), de su investigación *“Caracterización del estado de salud de los adultos mayores en la región La Libertad – (Perú)”*, fue un estudio de carácter descriptivo, con una muestra de 110 adultos mayores, destacándose los instrumentos utilizados como Yesavage y Minimental.

Espinoza et al. (2017), refiere la necesidad de que los problemas más relevantes de la población adulta mayor se reflejan en una actividad física practicada de manera inadecuada, riesgos de la edad,

deficiente nutrición, vacunas incompletas de prevención de enfermedades, cáncer de mama, afección del cuello uterino y de la próstata.

Sangay (2019), realizó la investigación sobre “*Ansiedad, depresión y factores de riesgo del adulto mayor beneficiarios del Programa Pensión 65 puesto de Salud Pata-Pata – Cajamarca – 2018*”, siendo de tipo descriptivo-transversal con una población de 40 adultos mayores de ambos géneros, aplicándoseles las Escalas de Yesavage, de Goldberger y el cuestionario de factores biopsicosociales, del cual, la prevalencia de ansiedad, depresión y factores de riesgo biopsicosociales presentes en la población adulta mayor sufren variaciones de conformidad a situaciones favorables o desfavorables experimentados, en la mayoría positivas, siendo la población femenina con mayor porcentaje de ansiedad y depresión.

## **3.2 BASES TEORICAS**

### ***Depresión***

#### ***Definición de Depresión***

La depresión ha adoptado distintas definiciones según los siguientes autores:

Alberdi, Taboada, Castro y Vásquez (2006), refieren que es la presencia de síntomas afectivos, esfera de sentimientos o emociones; tristeza patológica, decaimiento anímico, irritabilidad, sensación

subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque en mayor o menor grado, están presentes también los síntomas de carácter cognitivo, volitivo y somático (pag.1).

La OMS (2017), menciona que es un trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño como somnolencia e insomnio o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

En resumen, podemos deducir que la depresión es una patología del ánimo, que al hacerse crónica puede causar dificultades en el desempeño de la persona en sus diferentes esferas de acción ya sea en el campo laboral, educativo, social y personal, impidiéndole afrontar su vida cotidiana con normalidad y tener una vida saludable. Presenta características como el desinterés por las actividades placenteras, existencia en el decaimiento facial, físico y emocional, auto culpa, trastornos del sueño y alimentarios, desarreglo personal y déficit en algunas funciones cognitivas. Así mismo, es una enfermedad neurodegenerativa, que produce déficit en las funciones cognitivas del adulto mayor.

### ***Síntomas de la depresión***

El Instituto Nacional de la Salud mental (2009), considera los siguientes síntomas presentes en la depresión: Sentimientos

persistentes de tristeza, desesperanza y/o pesimismo, de culpa, inutilidad y/o impotencia, irritabilidad, inquietud, pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales, fatiga y falta de energía, dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones, insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado, comer excesivamente o perder el apetito, pensamientos suicidas o intentos de suicidio, dolores y malestar persistentes, dolores de cabeza

### ***Etiología de la depresión***

No existe causa única conocida de la depresión, sin embargo, esta parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos y psicológicos. Se mencionan a continuación algunos factores:

Familiares: Divorcios, fallecimiento de un integrante de la familia, carencia afectiva del conyugue, constituyéndose en un factor de riesgo de aparición y evolución de síntomas depresivos.

Hereditarios: Existe mayor riesgo de padecer de depresión cuando hay una línea de tiempo familiar de la enfermedad, sin embargo, la depresión grave puede ocurrir en personas que no presentan historia familiar de la enfermedad, lo que indica que hay factores extras que pueden causar el trastorno de la depresión.

Problemas económicos: Las crisis económicas y el endeudamiento tienen como consecuencias al estrés y la angustia, que puede derivar en estados depresivos o en la pérdida de bienes.

Otras enfermedades: La depresión a menudo coexiste con otras enfermedades tales como; los trastornos de ansiedad como: trastornos de estrés postraumático, el trastorno obsesivo – compulsivo, el trastorno de pánico, la fobia social y el trastorno de ansiedad generalizado. Así mismo, el abuso de la dependencia del alcohol o de otras sustancias tóxicas y estupefacientes, otras condiciones médicas pueden coexistir con la depresión como enfermedades cardíacas, derrame cerebral, cáncer, VIH/SIDA, diabetes y la enfermedad de Parkinson.

Rasgos de personalidad: Las personas con estilos explicativos de pesimismo, pobre auto concepto, baja autoestima y tendencia a la preocupación excesiva y permanente, son más propensas a padecer depresión.

Sociales: Eventos que exceden los recursos personales de afrontamiento como puede ser la muerte de una persona significativa, una enfermedad crónica, problemas interpersonales severos, estrés, dificultades económicas, proceso de divorcio, deficiente red de apoyo social.

Laborales: La pérdida de un empleo por despido arbitrario o cierre de centro laboral, como el caso del COVID-19.

### ***Epidemiología de la depresión***

Investigaciones de la OMS (2017), mencionan a la depresión como causa principal de problemas de salud y discapacidad en todo el globo terráqueo. Según últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, más de 300 millones de personas viven con depresión, es decir, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015.

La depresión afecta más a la mujer que al hombre, en el peor de los casos, la depresión en su estado grave puede llevar a la autoeliminación. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, académicas, familiares y sociales. Por informaciones se tiene que cada año se suicidan cerca de 800 000 personas en el mundo, siendo el suicidio la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

El Instituto Nacional de Salud Mental (2016) refiere sobre la depresión: Que el 80 % de los 334 casos de suicidios presentados en el país el año pasado se originaron por problemas de estado de ánimo y de depresión. De cada 20 personas mayores de 15 años una se deprime al año, de cada 20 presenta episodios de depresión y 20 con intentos de suicidio.

### ***Depresión en el adulto mayor***

Según el Instituto Nacional de la Salud (2016), la depresión no es algo normal del envejecimiento porque existen estudios que muestran que la mayoría de los ancianos se sienten satisfechos con sus vidas a pesar del aumento de dolores físicos. Sin embargo, cuando la depresión se presenta en adultos, puede ser pasada por alto porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer sentimientos de tristeza o pena.

Además, los adultos de la tercera edad pueden tener más condiciones médicas tales como la enfermedad cardíaca, derrame cerebral, o cáncer, las cuales pueden provocar síntomas de depresión, o pueden estar medicados, cuyos efectos secundarios contribuyen a la depresión. Algunos adultos mayores pueden padecer lo que algunos médicos llaman depresión vascular, que puede suceder cuando los vasos sanguíneos pierden flexibilidad y se endurecen con el tiempo y estas se contraen. Aunque muchas personas suponen que las tasas más altas de suicidio se dan entre los jóvenes, en realidad, se dan también entre los hombres blancos mayores de 85 años.

### ***La depresión en hombres y mujeres***

¿Cómo experimentan las mujeres la depresión?

La depresión es más común en los del sexo femenino que los de masculino. Hay factores biológicos, de ciclo de vida, hormonales, y psicosociales que son únicos de la mujer, que pueden ser relacionados con que las tasas de depresión sean más elevadas entre las mujeres. Investigadores han demostrado que las hormonas afectan directamente las sustancias químicas del cerebro que regulan las emociones y los estados de ánimo. Científicos están explorando la forma en la que la elevación y la disminución del estrógeno y otras hormonas pueden afectar la parte química del cerebro relacionado con la enfermedad depresiva. Muchas mujeres enfrentan el estrés adicional del trabajo con las responsabilidades del hogar, cuidado de los hijos y padres ancianos, maltrato, pobreza y tensiones de las relaciones conyugales. Finalmente, las mujeres pueden presentar síntomas como la tristeza, inutilidad o culpa excesiva, siendo más vulnerables a presentar ideaciones suicidas.

¿Cómo experimentan los hombres la depresión?

Los hombres experimentan la depresión de manera distinta que las mujeres y pueden enfrentar los síntomas de diferentes modos. Los hombres tienden más a reconocer que sienten fatiga, cansancio, irritabilidad, pérdida de interés en las actividades que antes le resultaban placenteras, y que tienen el sueño alterado. Los hombres tienen más probabilidad que las mujeres de refugiarse en el alcohol o a las drogas cuando están deprimidos, frustrados desalentados,

irritados, enojados, o a veces abusivos. Algunos hombres se envician al trabajo para evitar hablar acerca de su depresión con la familia o amigos. Son más los hombres que mueren por suicidio.

### ***Factores asociados a la Depresión en el Adulto Mayor***

Márquez, Soriano, García y Falcón, (2005). Entre los factores de riesgo asociados a la depresión se encuentran: factores biológicos, psicológicos y sociales. Contar con información sobre los factores de riesgo asociados a la depresión en población de las personas de tercera edad, permitirá sentar las bases para el desarrollo de estrategias efectivas en el ámbito de la salud pública.

### ***Factores Biológicos:***

Cuadros (2011). La depresión tiene un efecto sistémico y los adultos de la “edad de oro” parecen tener mayor susceptibilidad para las enfermedades, puesto que esta patología ocasiona cambios neurológicos, hormonales e inmunológicos. Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios mentales de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores, así, la actividad de la serotonina y su unión a ciertos receptores disminuye con el envejecimiento, coadyuvando para la fisiopatología de la depresión.

El cambio que sufren las emociones se ve acompañada de complejas modificaciones neuroendocrinas donde la secuencia de eventos fisiopatológicos no ha sido bien establecida. Por otro lado, la demencia, la enfermedad vascular cerebral (con lesiones en el hemisferio izquierdo o ganglios basales) y la enfermedad de Parkinson, son patologías que afectan el sistema nervioso central y se asocian con el desarrollo de depresión en algún momento de la evolución de la enfermedad. Así como también algunas enfermedades tales como las cardiovasculares, fracturas de cadera, dolor, incontinencia urinaria, que pueden volver vulnerables a los adultos mayores para el desarrollo progresivo de la depresión.

***Factores psicológicos:***

Crespo (2011). Lo hallado por algunos autores, respecto a la autonomía del adulto mayor, se halló que la mayor prevalencia de síntomas depresivos estuvo asociada con la dependencia para realizar las actividades diarias. La incapacidad y la dependencia implican sentimientos de frustración que generan depresión. Los factores psicológicos, a su vez, involucran el tipo de personalidad desarrollada durante la vida pre mórbida.

***Personalidad.***

Diversos estudios en adultos mayores señalan que las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, auto concepto

deficiente, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer depresión (Crespo, 2011).

Las dos modalidades de personalidad que presentan más vulnerabilidad para la depresión son la personalidad obsesivo-compulsiva y la personalidad límite (Crespo, 2011). La personalidad obsesiva es fácilmente captable por introducirse en su conducta habitual rasgos que denotan perfeccionismo, puritanismo, ansias de puntualidad, meticulosidad y afán de limpieza. La personalidad límite se deja identificar directamente por una integración unitaria débil y, sobre todo, por la dificultad para mantener relaciones personales respetuosas y afectuosas en su interacción con otras personas. Sus episodios de descompensación con sintomatología polimorfa, en la que ocupa un lugar destacado el estado depresivo, son otra pieza para efectuar la detección de esta personalidad. Por otro lado, en la tercera edad se manifiestan rasgos que habían estado ocultos tras los mecanismos de una actividad creadora o de defensa, en ambos sexos, y la personalidad se vuelve vulnerable por los agentes físicos y por el medio social; las resistencias son menos enérgicas y los sentimientos pueden centrarse en el miedo o fobia (Saldaña y Molina, 2009).

**Soledad:**

La soledad, según muchos autores constituye otro de los temores en esta etapa del desarrollo puesto que la percepción de la misma depende de la red de apoyo social de que disponga el individuo y de los propios recursos psicológicos que posea, entonces, no debe ser asociada como un patrimonio de la vejez, sino que esto está en dependencia de la red de factores de influencia social y cultural que entretejen la vida del adulto mayor (Urrutia y Villarraga, 2010). Así mismo, la soledad en las personas adultas mayores está estrechamente ligado con su percepción, su mentalidad, la capacidad que tiene para adaptarse y la forma de resolver sus asuntos (Ruiz, 2008).

Hay que distinguir la soledad, que es un estado afectivo interior, un sentimiento que escapa a la observación objetiva. El aislamiento es un fenómeno observable y cuantificable que nos remite al concepto de separación, incomunicación, la falta de redes sociales, la marginación o discriminación, el desarraigo, desamparo entre otras; es la falta de compañía y de encuentro con otros significativos. En otras palabras, uno puede estar aislado sin sentir soledad o puede tener numerosos contactos y sentirse terriblemente sólo (Pisa, 2011). Por tal motivo se habla de dos tipos de soledad: la objetiva, referida a la falta de compañía permanente o temporal, aunque esta no siempre es desagradable y puede convertirse en una experiencia

deseada y gratificante; y la subjetiva, cuyo estado no es buscado, que aflige y hace sentir sola a la persona (Ruiz, 2008).

Se ha demostrado que los diferentes tipos de apoyo social representan un importante factor para el alivio de la soledad. Cuando la intimidad se muestra principalmente por el intercambio de apoyo emocional, será el principal protector contra la soledad, y en las culturas donde las personas tienen la intención de proporcionar apoyo instrumental como un indicador de la cercanía y la intimidad en las relaciones humanas ayudando a la resolución de problemas diarios serán un importante factor para paliar la soledad (Sánchez, Buz y Gierveld, 2012).

En un estudio realizado en la población europea se encontró que la convivencia con un cónyuge o pareja fue consistentemente asociada con la menor prevalencia de la soledad entre los países. La combinación de vivir en soledad y tener una salud deteriorada era asociada con 10 veces de mayor probabilidad de sentirse solo en comparación con la convivencia con alguien y una vida saludable (Sundstrom, Fransson, Malmberg y Davey, 2009)

### **Insatisfacción Personal:**

La satisfacción de vida, definida como una medición cognitiva del ajuste entre los objetivos deseados y los actuales resultados de la

vida, representando un resumen de la evaluación de las metas y logros que rodea al curso de la vida entera. La dimensión depende en gran medida del balance personal de cada individuo, así las personas mayores deben intentar llenarse de contenidos, de deseos, y tratar de que las nuevas relaciones y actividades den sentido a su existencia. Por consiguiente, la satisfacción de vida, junto con la percepción de la salud, constituye uno de los dos principales componentes del estado de ánimo de las personas de la tercera edad (Sepúlveda, Rivas, Bustos e Illescas, 2010).

Inga y Vara (2006). Los aspectos personales que más proporcionan satisfacción personal son las habilidades que se tienen para realizar las actividades diarias de la vida. Al mismo tiempo, la situación económica actual genera satisfacción puesto que los jubilados se sienten más satisfechos mientras los más insatisfechos son los desempleados e inactivos laboralmente, puesto que de ello derivan el cubrimiento de las necesidades de subsistencia.

Cardona y Agudelo (2007). Por lo tanto, la satisfacción social está mirada desde las percepciones, preocupaciones y apoyo recibido por la familia como red de apoyo social primario que le brinda el soporte moral al adulto para enfrentar las diferentes situaciones de la vida diaria y con el soporte moral que brinda la red de apoyo secundario constituida por amigos y por último el soporte social que brindan los

grupos de organización social, que brindan acompañamiento al adulto institucionalizado.

(Inga y Vara, 2006), De igual manera, se encontró que el apoyo y refuerzo social obtenido contribuye de forma directa a su aumento. Es decir, mientras mayor refuerzo y atención social reciban los ancianos de sus semejantes, mayor satisfacción sentirán por sus vidas. En sentido contrario, mientras más resentidos se encuentren, mientras mayor dependencia social les genere su incapacidad y mientras más aislados se comporten, estarán menos satisfechos con sus vidas.

Chávez (2011). La vida afectiva del adulto mayor se caracteriza por un aumento de las pérdidas, entendiéndolas como vivencias por las cuales siente que ya no tiene algo que es significativo para él a nivel real y subjetivo. Como parte de las mismas se refieren la pérdida de la autonomía (valerse por sí mismo, hacer lo que desea) y las pérdidas referidas a muerte del cónyuge, de seres queridos y la jubilación, las cuales afectan al estado emocional de los adultos mayores

#### ***La Muerte del Cónyuge e Hijos:***

Rodríguez (2009). La viudez suele ser el principal desencadenante del sentimiento de soledad en las edades avanzadas. El adulto mayor se encuentra de pronto sin la compañía y la

afectividad que tenía con su pareja, dando pie a problemas personales de adaptación a la viudedad de tipo no únicamente emocional, sino también material y relativos a la gestión del tiempo de las tareas propias del hogar y de la vida doméstica y social.

Crespo (2011). Aparte de las variables ligadas al modo de haberse producido la pérdida hay que contar con el influjo de otras circunstancias, entre las que sobresale el grado de la reacción a superarse esgrimida por el sujeto doliente. La muerte de un hijo es la pérdida más traumatizante por ser vivida por el progenitor como la destrucción de una parte de sí mismo, precisamente la parte más vinculada a los proyectos y las esperanzas. Hay varias circunstancias que favorecen la complicación del duelo con un estado depresivo, como las siguientes: el fallecimiento súbito o inesperado, el padecimiento prolongado y doloroso y la muerte evitable.

En general, la pérdida de un hijo, un esposo/a o un hermano (relaciones de primer grado) son consideradas más serias e inquietantes que las de relaciones de segundo grado (p. ej., abuelos, tíos, etc.) y que otras pérdidas. Pero hay siempre grandes diferencias individuales en función de cuando sucedió la pérdida, cómo sucedió (de forma violenta vs. natural, repentina vs. anticipada), las características de afrontamiento de la propia persona (segura vs. insegura), etc. La respuesta natural a la pérdida que constituye el

duelo está formada por un conjunto de reacciones a nivel cognitivo, conductual, emocional, etc. (Chaurand, 2010).

***Factores Sociales:***

La jubilación, la pérdida de estatus económico, la falta de oportunidades para continuar en un ambiente “productivo”, favorecerán en algunos, situaciones generadoras de frustración y síntomas depresivos. Es común que, ante estos fenómenos, la respuesta del sujeto vaya hacia el aislamiento, estableciendo una pobre interacción con su familia y sus amistades. Si bien estas pérdidas no son causa-efecto de la depresión, existe una relación cronológica entre ellas y el inicio de los síntomas. Por otra parte, la mayoría de los autores concuerdan en que el efecto representado por estas pérdidas, no es suficiente para explicar la aparición de un cuadro depresivo (Cerquera y Meléndez, 2010).

***Factores de Protección:***

Muchas personas de la tercera edad que han sufrido pérdidas importantes se deprimen, pero muchos más, en circunstancias similares, no lo hacen, se podría decir que, la personalidad de los adultos mayores y ciertos recursos, como la resiliencia, otorga al adulto la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y salir fortalecido o transformado por situaciones de adversidad (Crespo, 2011).

***Ansiedad***

### ***Definición de Ansiedad***

Según la definición presentada por la O. M. S. La ansiedad es una emoción natural que comprende las reacciones que tienen los seres humanos ante la amenaza de un resultado negativo o incierto. Para superar los trastornos de ansiedad, los profesionales pueden suministrar remedios ansiolíticos o sugerir terapias psicológicas.

La Organización Mundial de Salud (OMS) considera que la ansiedad prolongada y sin tratamiento puede causar un ataque de pánico, así como generar un trastorno obsesivo compulsivo y fobias en la persona que la sufre, lo cual suelen tratar los médicos con ansiolíticos o terapias psicológicas.

### ***Síntomas de la ansiedad***

Existen síntomas de diversos tipos cuando estamos en presencia de problemas de manejo de la ansiedad, dentro de éstos podemos destacar los siguientes:

- Psicológicos: sensación de amenaza y peligro, agobio, inquietud, inseguridad en sí mismo y con los demás, temor a perder el control, celos y aumento en las sospechas e incertidumbre.
- Físicos: Sudoración, náuseas, vómitos, falta de aire, temblores, tensión, rigidez muscular y más graves como insomnio, trastornos de alimentación y disfunción sexual.

- Cognitivos o Intelectuales: preocupación excesiva, expectativas negativas, sensación de confusión, dificultad de atención, concentración y memoria, abuso de prevención y sospecha, así como susceptible.
- Sociales: Irritabilidad, dificultad para mantener conversaciones con las personas, bloqueos, temor excesivo a enfrentar posibles conflictos.
- De Conducta: Rigidez, dificultad para actuar, impulsividad, alerta e hipervigilancia, movimientos torpes de manos y brazos, cambio de voz, tensión en las mandíbulas, dudas o crispación.

### ***Características del trastorno de ansiedad***

Los individuos pueden experimentar la ansiedad de manera diferente, y mientras unos sufren ataques agudos de pánico por sus pensamientos catastróficos, otros experimentan los síntomas ansiosos en situaciones sociales. Asimismo, hay personas que tienen una preocupación y ansiedad excesiva, irracional y persistente. Los trastornos de ansiedad causan mucho sufrimiento a la persona que lo padece, y es uno de los motivos más frecuentes de consulta. La ansiedad es una condición que provoca síntomas tanto físicos como psicológicos, y afecta a millones de personas en todo el mundo.

La sintomatología de esta patología se clasifica en tres grupos:

- Conductuales: Produciendo cambios en nuestra forma de actuar.

- Cognitivos: la manera de pensar o cómo percibimos el entorno también se ven afectados por la ansiedad.
- Fisiológicos: Provoca una serie de respuestas fisiológicas, como palpitación, sequedad de boca, etc.

Tipos de ansiedad y sus características

Puesto que las personas experimentan los trastornos de ansiedad de diferentes maneras, los psicólogos y psiquiatras han creado categorías para cada uno de los diferentes tipos de ansiedad. Son las siguientes.

#### 1. Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

Es un trastorno de ansiedad bastante frecuente. Se caracteriza porque la persona que lo padece muestra comportamientos que pueden parecer extraños. En algunos casos, los pensamientos ansiosos pueden ser beneficiosos para nosotros, pues nos mantienen alerta. Por ejemplo, no hay nada malo en comprobar que la puerta de nuestra casa esté cerrada antes de acostarnos, así nos aseguramos de que nadie nos roba. El problema surge cuando después de haber chequeado las puertas y las ventanas volvemos a repetir la misma conducta una y otra vez, porque pensamos que si no lo hacemos algo malo nos va a ocurrir.

Este trastorno se caracteriza por las conductas obsesivas y compulsivas. Las obsesiones hacen referencia a los pensamientos,

ideas o imágenes intrusivas, que provocan preocupación y ansiedad y que aparecen una y otra vez en la mente. Las compulsiones son las acciones que se llevan a cabo para reducir la ansiedad que provocan las obsesiones.

Por ejemplo, una obsesión puede ser el pensamiento siguiente: “si no encendemos y apagamos el interruptor de la habitación diez veces seguidas nos vamos a morir”. La compulsión, en cambio, es el acto de encender y apagar las luces. El hecho de no realizar las compulsiones provoca un gran malestar y un sentimiento fuerte de ansiedad.

## 2. Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)

El TEPT ocurre cuando un individuo sufre una situación traumática que le ha provocado un fuerte impacto emocional y estresante. Las personas con TEPT reviven continuamente el hecho que desencadenó el trastorno, por ejemplo, el ser víctima de una violación o el haber participado en una guerra.

Si el impacto emocional es muy grande, el malestar de personas puede durar años, y algunas personas necesitan apoyo psicológico porque son incapaces de superarlo por sí solas.

Los síntomas incluyen:

- Revivir el trauma: pueden revivir el trauma constantemente, por ejemplo, con pesadillas.
- Responder a estresores: la persona puede revivir el evento ante la presencia estresores similares a la situación o la escena del hecho. Por ejemplo, al escuchar ruidos fuertes o al reconocer un olor similar.
- Ansiedad recidivante: el individuo experimenta ansiedad de forma regular.
- Problemas emocionales: la persona también experimenta problemas emocionales, por ejemplo, desinterés por las relaciones con los demás.

### 3. Trastorno de pánico

El trastorno de pánico se caracteriza porque la persona que lo padece tiene sensaciones de que se va a morir y que le falta al aire. Son sensaciones que la persona percibe como muy reales, lo que le provoca un miedo intenso y, en consecuencia, un gran malestar. En casos graves incluso hay que hospitalizar al paciente.

Los síntomas son altamente debilitantes e incluyen:

- Ataques de pánico inesperados y repetidos.
- Una vez ha ocurrido el primer ataque de pánico, la persona piensa que va a ocurrir otro, al menos durante un mes.

- Preocupación por los síntomas del ataque de pánico. Por ejemplo, al pensar que es una enfermedad médica no diagnosticada o que van a sufrir un infarto.
- Cambios en su comportamiento habitual, como evitar hacer deporte por los síntomas que experimenta la persona.
- Los ataques suelen durar media hora, y el pico se da a los 10 minutos aproximadamente.
- Su frecuencia puede variar, desde varias veces al día hasta a una vez cada pocos años.

#### 4. Trastorno de Ansiedad Generalizada

Aunque muchas personas experimentan ansiedad en algunos momentos puntuales: cuando van a jugar un partido de baloncesto importante, antes de un examen o cuando van a quedar por primera vez con una chica que les encanta, los individuos que padecen el trastorno de ansiedad generalizada (TAD) sienten preocupación o ansiedad la mayoría del tiempo, no solo en situaciones que pueden causar estrés.

En el TAD, las preocupaciones son persistentes (ocurren la mitad de los días al menos durante seis meses), intensas, irracionales e interfieren en el funcionamiento normal de alguna área de la vida de la persona afectada. Por ejemplo, el trabajo, los amigos o la familia.

## 5. Fobia social

Es habitual pensar que la timidez y la fobia social son lo mismo, pero en realidad no es así. La fobia social es un trastorno serio, y las personas que lo sufren se sienten tan mal ante las situaciones sociales, que son incapaces de controlar su miedo y su ansiedad, por lo que a menudo evitan este tipo de situaciones.

Sentir timidez por hablar en público es normal, pero cuando ese miedo y ansiedad interrumpen el funcionamiento normal de la vida del individuo, se vuelve un problema severo. Las personas con fobia social pueden evitar todo tipo de situaciones sociales, por ejemplo, ir a comer a un restaurante, pues viven con un gran temor a ser juzgados u observados.

## 6. Agorafobia

La agorafobia es el miedo irracional a estar en espacios públicos y lugares abiertos, como parques o calles. Pero no son los espacios públicos la raíz del problema, sino la posibilidad de sufrir un ataque de pánico y estar desprotegidos en estos lugares. Por eso, estas personas se no quieren salir de su casa y evitar viajar a cualquier lugar que no sea su hogar y su oficina. En muchas ocasiones, las personas que sufren agorafobia también padecen ataques de pánico o TEPT.

## 7. Fobias específicas

Las fobias son miedos irracionales a un estímulo específico, por ejemplo, una situación, un objeto, un lugar o un insecto. Por tanto, cuando una persona sufre este trastorno hace todo lo posible por evitar esa situación u objeto que causa ansiedad y malestar.

### *La ansiedad en adultos mayores*

A menudo se considera que los trastornos de ansiedad en adultos mayores son menos frecuentes que en adultos más jóvenes, sin embargo, hay científicos que lo ponen en entredicho. señalan que lo que ocurre es que están infra diagnosticados, así como también alertan de que los estudios epidemiológicos que se realizan para valorar la prevalencia de la ansiedad en adultos mayores, utilizan criterios que han sido desarrollados para estudiar este trastorno en adultos jóvenes, sin tener en cuenta que en las personas mayores la presentación de los síntomas de ansiedad puede ser atípica.

### Particularidades en el adulto mayor

Cuando analizamos el trastorno de ansiedad en los adultos mayores nos encontramos principalmente con variables que no suelen estar presentes en otros grupos de edad. Por un lado, en las personas mayores existe una alta comorbilidad con otros trastornos médicos y como consecuencia de ello, entre otras causas, el adulto mayor suele estar poli medicado. Por otro lado, en esta etapa de la

vida, las personas sufren gran cantidad de cambios psicosociales importantes. Todo esto no es tenido en cuenta a la hora de utilizar los criterios diagnósticos mencionados anteriormente y lleva al profesional clínico a tomar decisiones terapéuticas basadas en observaciones clínicas no controladas o extrapolando resultados a cerca de la eficacia de los medicamentos en personas más jóvenes.

Además, debido a esa alta comorbilidad en edades avanzadas, los adultos mayores, a menudo, prestan más atención a los síntomas somáticos, minimizando los aspectos cognitivos. Esto a su vez favorece un posible diagnóstico erróneo especialmente en los centros de atención primaria.

También es importante la influencia de los prejuicios acerca del envejecimiento. Los adultos mayores se tienen que enfrentar con mayor frecuencia a situaciones dolorosas que son facilitadoras de estos trastornos. Además, al ir asociados a síntomas y signos de problemas cardiovasculares, respiratorios, digestivos, dermatológicos, inmunológicos etc., son confundidos o atribuidos a consecuencias propias del envejecimiento.

### ***Causas de la ansiedad en la tercera edad***

se pueden señalar algunas de las causas más comunes que hacen que los pacientes de esta edad pidan ayuda:

- Cambios bruscos en el estilo de vida. Alcanzada la tercera edad se experimentan diversos cambios vitales como, por ejemplo, la jubilación. Disponer de demasiado tiempo libre y tener que aprender a ocuparlo, genera ansiedad en algunas personas.
- Descenso de la autonomía. Tardar más tiempo en desempeñar algunas actividades, descenso de movilidad o pérdida de reflejos y de fuerza, son algunos de los ejemplos que puede provocar este declive y que pueden hacer que la persona requiera ayuda en situaciones que antes no lo hacía.
- Problemas económicos. Contar con una cantidad de dinero menor a la obtenida durante la adultez es descrito también como fuente de estrés para algunas personas.
- Proximidad a la muerte. Algunas personas mayores consideran que el final de la vida está cerca. Este pensamiento puede generar altos niveles de ansiedad, ocasionando tanatofobia en los casos en los que la obsesión por la muerte, domina el pensamiento.
- Deterioro del estado de salud/ incapacidad física. Con el envejecimiento, además del deterioro visible, por ejemplo, de la piel, las funciones físicas y cognitivas también se ven afectadas y ocasionan, en algunas situaciones, incapacidad que priva a algunas personas del desarrollo de su ritmo de vida.
- Aislamiento social. La suma de diferentes circunstancias problemáticas puede conllevar deterioro del estado de ánimo y esto,

a su vez, que las personas que lo sufren no quieran salir de casa ni relacionarse.

- Soledad. Pérdidas de amigos, familiares, compañeros sentimentales, sentirse distanciado de los seres queridos...son algunas de las situaciones que provocan falta de compañía.
- Padecimiento de otra enfermedad. Sufrir otro tipo de enfermedad como, por ejemplo, la hipertensión, la artrosis o la depresión es considerado otro de los motivos que pueden hacer que los ancianos experimenten síntomas de ansiedad.
- Incomprensión familiar. Sentirse incomprendidos por parte de los seres queridos hace que en algunos casos se traduzca en angustia, frustración, inquietud y malestar.

Aunque en cada persona se manifestaran unos componentes en mayor grado que otros y pueden actuar con cierta independencia, es conveniente atender a los tres tipos para así proceder a una completa intervención y un mejor tratamiento.

En los pacientes de la tercera edad, se ha observado que se preocupan más por los síntomas somáticos que por los cognitivos. Esto se convierte en un inconveniente para la mejora de la enfermedad, pues en aquellos casos en los que no hay somatizaciones, puede que los ancianos no acudan a pedir ayuda y esto empeorará su salud ya que se estará descuidando la atención

necesaria a las alteraciones cognitivas. Por esta razón, profesionales y familiares debemos estar atentos a los síntomas de este trastorno y no confundirlos o desatenderlos en caso de que exista otra enfermedad, para así conseguir que el paciente se sienta mejor y adquiera un mejor desarrollo en las actividades de la vida diaria.

### **3.3 IDENTIFICACION DE LAS VARIABLES**

- **Variable dependiente:** Ansiedad
- **Variable independiente:** Depresión

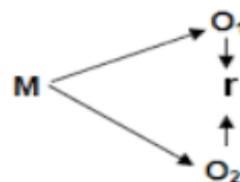
## IV. METODOLOGIA

### 4.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION

El presente estudio según Carrasco (2005) es el Básico, puesto que la investigación no tiene propósitos aplicativos inmediatos, pues solo busca ampliar y profundizar el caudal de conocimientos científicos existentes acerca de la realidad, y porque permiten detallar situaciones y eventos, es decir cómo es y cómo se manifiestan las variables de estudio. El nivel de investigación del presente proyecto, según Carrasco (2005), es el descriptivo, porque la presente investigación va a describir las principales características del fenómeno de estudio sin generar cambios en la realidad.

### 4.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

De acuerdo a la naturaleza del estudio, la investigación reúne las características de un estudio descriptivo correlacional, debido a que examinará la relación existente entre las dos variables, en la misma unidad de investigación o sujetos de estudio (Henández, Fernández, & Baptista, 2010), cuyo esquema:



Dónde:

M = Muestra de estudio

O1 = Observación variable 1 (Depresión)

O2 = Observación variable 2 (Ansiedad)

r = Relación entre variables (1 y 2)

### **4.3 OPERALIZACION DE VARIABLES**

#### **Definición Conceptual**

##### **Depresión**

La depresión es un trastorno psíquico, que presenta como causa la alteración del estado de ánimo de tipo depresivo, acompañado de ansiedad, y el desorden de las distorsiones cognitivas, en el que interactúan síntomas psíquicos como las de carácter somática, afectiva, conductual y cognitiva. Hollon y Beck. (1979)

##### **Ansiedad**

Es una sensación subjetiva de desasosiego y aprensión referente a una amenaza futura indefinida. Lazarus (1976)

#### **Definición Operacional**

##### **Depresión**

Están conformadas por tres dimensiones con sus respectivos indicadores de evaluación de la escala de Depresión Geriátrica – Test de Yesavage: normal, moderada y severa. La presente escala está compuesta por 15 items

## **Ansiedad**

Se evaluará a través de la Escala de Autovaloración D.A. por W.W.K.Zung compuesto por tres dimensiones: sensaciones, emociones y equilibrio. La presente escala está compuesta por 20 items.

### **4.4 HIPOTESIS GENERAL Y ESPECIFICAS**

#### **HIPOTESIS GENERAL**

Existe relación directa entre la depresión y la ansiedad en los adultos mayores del centro poblado de Pochccota – Andahuaylas.

#### **HIPOTESIS ESPECIFICAS**

- La depresión leve tiene poca incidencia en la ansiedad de adultos mayores del centro poblado de Pochccota – Andahuaylas.
- La depresión moderada tiene relación poco significativa con la ansiedad de adultos mayores del centro poblado de Pochccota – Andahuaylas.
- La depresión severa tiene relación significativa con la ansiedad de adultos mayores del centro poblado de Pochccota – Andahuaylas.

## 4.5 POBLACION – MUESTRA

### POBLACIÓN

La población estará conformada por 58 adultos mayores del centro poblado de Pochccota – Andahuaylas.

### MUESTRA

La presente investigación se llevará a cabo con la participación de 44 adultos mayores del centro poblado de Pochccota - Andahuaylas en donde se ubican 31 hombres y 13 mujeres, los cuáles se encuentran entre las edades de 60-70 años; tal como se detalla en la siguiente tabla:

Edad	Adultos mayores		Sub	TOTAL
	Varones	Mujeres	Total	
60-65	02	04	06	<b>44</b>
66-70	29	09	38	
SUB TOTAL	31	13	44	

Fuente: Padrón de usuarios ancianos de agua potable del C.P. Pochccota 2020.

Es el no probabilístico intencionado, puesto que se define a la muestra por criterios estrictamente de interés de la investigadora. La muestra refleja un 75.8% en relación a la población de estudio, por

lo tanto, la muestra es representativa. Para lo cual se aplicará los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

***Criterios de inclusión:***

- Adultos mayores del Centro poblado de Pochccota, comprendidos entre las edades de 60 a 70 años de edad.
- Predisponibilidad de los adultos mayores, para poder aplicar los instrumentos (test)

***Criterios de exclusión:***

- Adultos mayores que estén fuera del rango de las edades de 60 a 70 años de edad.
- El hermetismo y la poca predisposición de algunos adultos para la aplicación de los instrumentos (test).

#### **4.6 TECNICAS E INSTRUMENTOS: VALIDACION Y**

##### **CONFIABILIDAD**

##### **Técnicas de recolección de datos**

Las técnicas por utilizar en el presente estudio serán:

Encuesta (Test), para establecer los niveles de depresión y ansiedad en los adultos mayores de la muestra de estudio.

Fichaje, para la elaboración del marco teórico.

##### **Validez y confiabilidad**

La validez en la investigación cualitativa es importante y se refiere a la precisión y corrección de los hallazgos.

#### **4.7 RECOLECCION DE DATOS**

Para esta investigación, se va a utilizar instrumentos confiables y validados, como los instrumentos psicológicos de evaluación, de tal manera que permita dar un resultado acertado acerca de la situación a evaluar.

#### **4.8 TECNICAS DE ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS**

Para el procesamiento y análisis de los datos, primero se recolectará la información en función a la aplicación de los instrumentos de cada variable de estudio, seguidamente se codificará la información, para luego procesar y evaluar los datos mediante tablas de distribución de frecuencias, figuras y análisis mediante estadísticos paramétricos para dar respuesta a los objetivos e hipótesis planteados en la investigación; así mismo se realizará la interpretación de todos los cuadros estadísticos.

Para la descripción de las variables de estudio se utilizará la media, moda y mediana; y para determinar la correlación entre las

variables se analizará a través de las tablas de contingencia o tablas cruzadas.

Cabe señalar que se utilizará el programa estadístico SPSS 25 utilizando las principales medidas de tendencia central, de dispersión y de validación de hipótesis:

Media aritmética  $\bar{x} = \frac{\sum x_i}{n}$

Desviación estándar  $S = \sqrt{\frac{\sum (x_i - \bar{x})^2}{n-1}}$

Fórmula de la diferencia promedio:

$$\bar{d} = \frac{\sum di}{n}$$

I.

Fórmula de la desviación estándar de las diferencias:

$$Sd = \sqrt{\frac{\sum di^2 - \frac{(\sum di)^2}{n}}{n-1}}$$

Fórmula de Chi cuadrado  $\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$

### Aspectos Éticos

La ética del Psicólogo, recoge el Código Deontológico de la Psicología, desarrollado en 1987 por el Colegio Oficial de

Psicólogos con el objetivo de construir regla de conducta que sirvieran de base al ejercicio de la investigación.

- El compromiso en la búsqueda del bienestar de la salud y el desarrollo libre de las personas y los grupos.
- La apuesta por la contribución al desarrollo de la ciencia y la profesión psicológica.
- Máximo respeto por la dignidad de las personas y delicadeza con su intimidad.
- Por estas razones manifiesto que, la participación de los pobladores/pacientes será de manera voluntaria previa autorización de ellas(os), para ello firmarán el consentimiento informado. Los resultados del presente trabajo de investigación se manejarán de forma discreta y se codificará a cada paciente (adulto mayor).

## V. RESULTADOS

### 5.1 Presentación de resultados

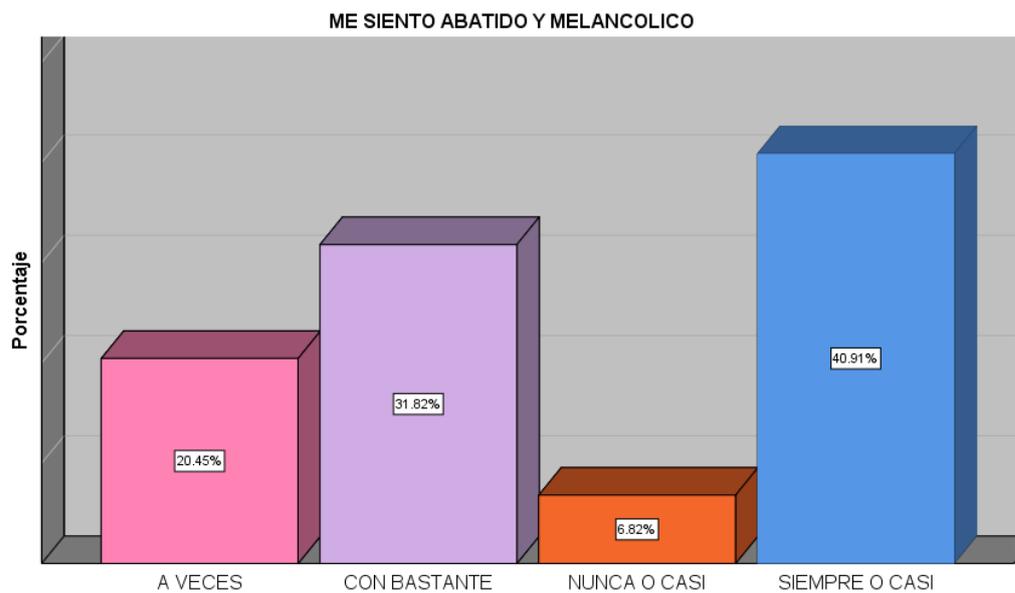
#### *ESCALA DE AUTOVALORACION D.D POR W.W.K. ZUNG*

##### 1. ME SIENTO ABATIDO Y MELANCOLICO

CUADRO N° 01

ME SIENTO ABATIDO Y MELANCOLICO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	A VECES	9	20.5	20.5	20.5
	CON BASTANTE FRECUENCIA	14	31.8	31.8	52.3
	NUNCA O CASI NUNCA	3	6.8	6.8	59.1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	18	40.9	40.9	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

FIGURA N° 01

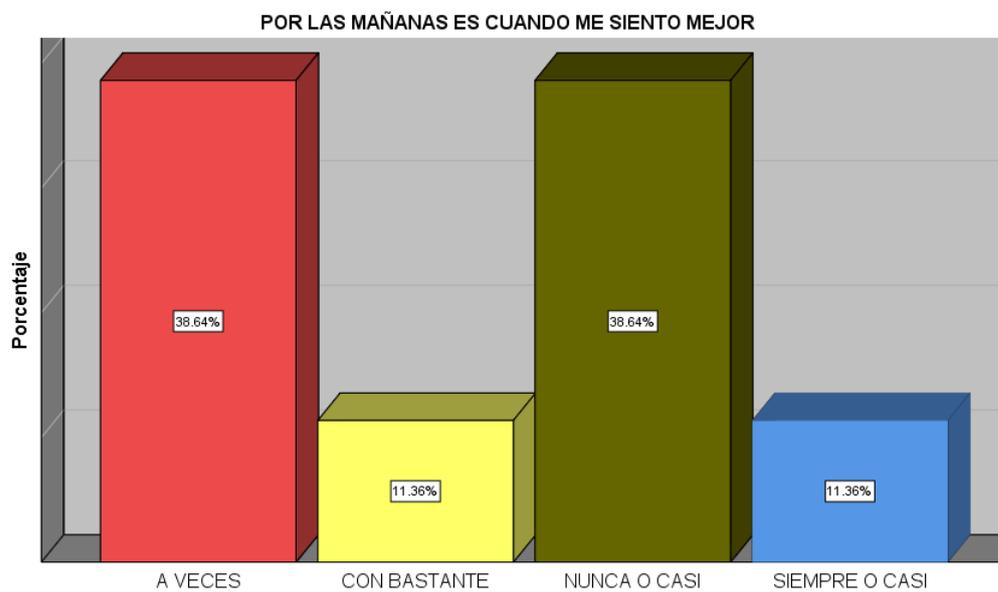


2. POR LAS MAÑANAS ES CUANDO ME SIENTO MEJOR

CUADRO N° 02

POR LAS MAÑANAS ES CUANDO ME SIENTO MEJOR					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	A VECES	17	38.6	38.6	38.6
	CON BASTANTE FRECUENCIA	5	11.4	11.4	50.0
	NUNCA O CASI NUNCA	17	38.6	38.6	88.6
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	5	11.4	11.4	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

FIGURA N° 02

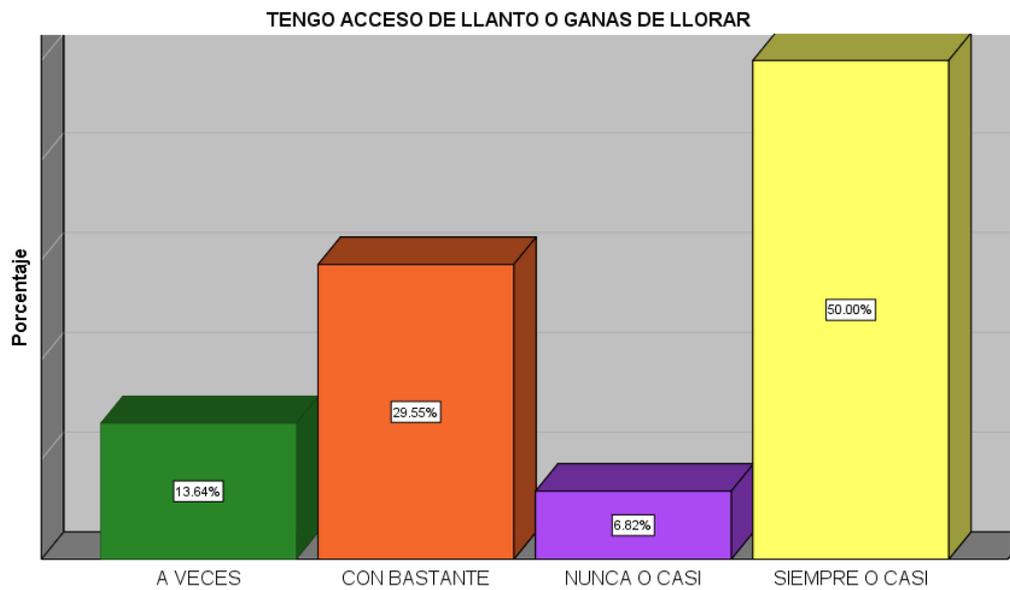


### 3. TENGO ACCESO DE LLANTO O GANAS DE LLORAR

CUADRO N° 03

<b>TENGO ACCESO DE LLANTO O GANAS DE LLORAR</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	A VECES	6	13.6	13.6	13.6
	CON BASTANTE FRECUENCIA	13	29.5	29.5	43.2
	NUNCA O CASI NUNCA	3	6.8	6.8	50.0
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	22	50.0	50.0	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

FIGURA N° 03

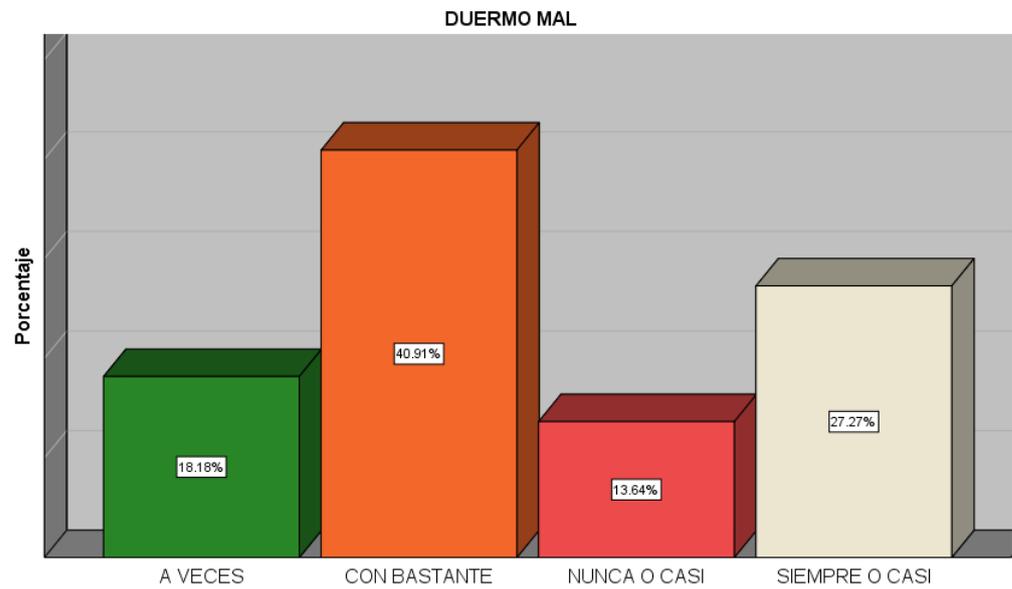


4. DUERMO MAL

CUADRO N° 04

DUERMO MAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	A VECES	8	18.2	18.2	18.2
	CON BASTANTE FRECUENCIA	18	40.9	40.9	59.1
	NUNCA O CASI NUNCA	6	13.6	13.6	72.7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	12	27.3	27.3	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

FIGURA N° 04

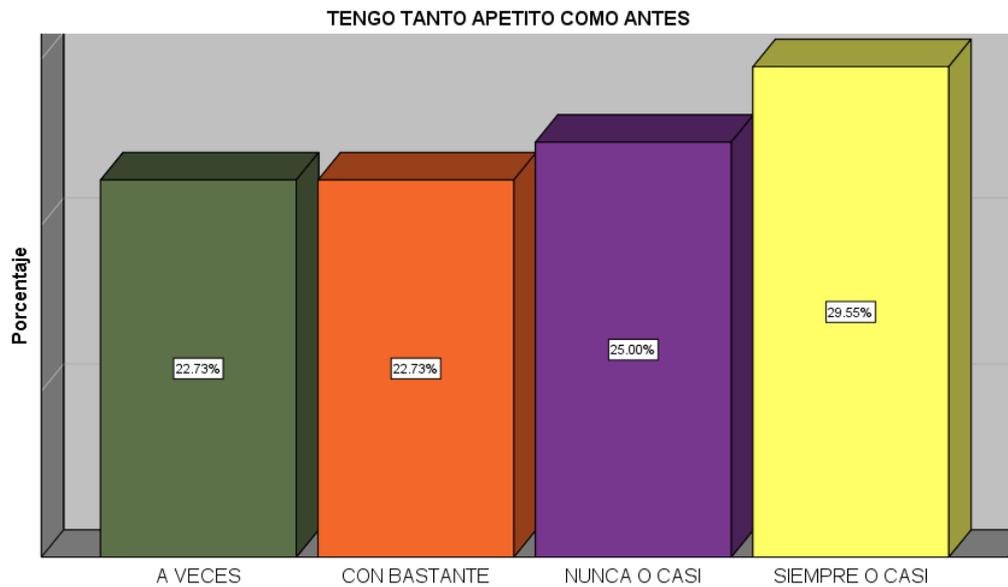


5. TENGO TANTO APETITO COMO ANTES

CUADRO N° 05

TENGO TANTO APETITO COMO ANTES					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	A VECES	10	22.7	22.7	22.7
	CON BASTANTE FRECUENCIA	10	22.7	22.7	45.5
	NUNCA O CASI NUNCA	11	25.0	25.0	70.5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	13	29.5	29.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

FIGURA N° 05

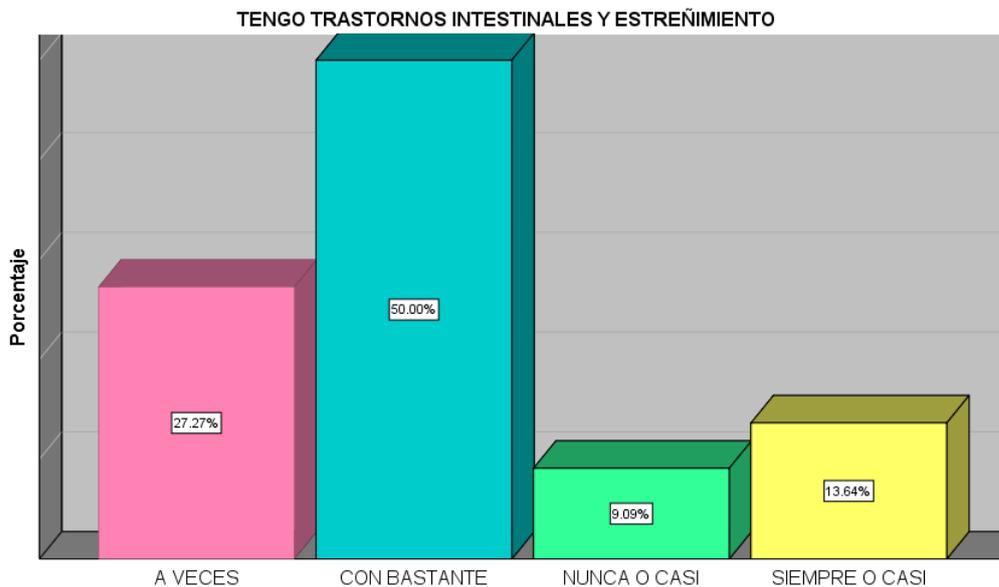


6. TENGO TRASTORNOS INTESTINALES Y ESTREÑIMIENTO

CUADRO N° 06

TENGO TRASTORNOS INTESTINALES Y ESTREÑIMIENTO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	A VECES	12	27.3	27.3	27.3
	CON BASTANTE FRECUENCIA	22	50.0	50.0	77.3
	NUNCA O CASI NUNCA	4	9.1	9.1	86.4
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	6	13.6	13.6	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

FIGURA N° 06

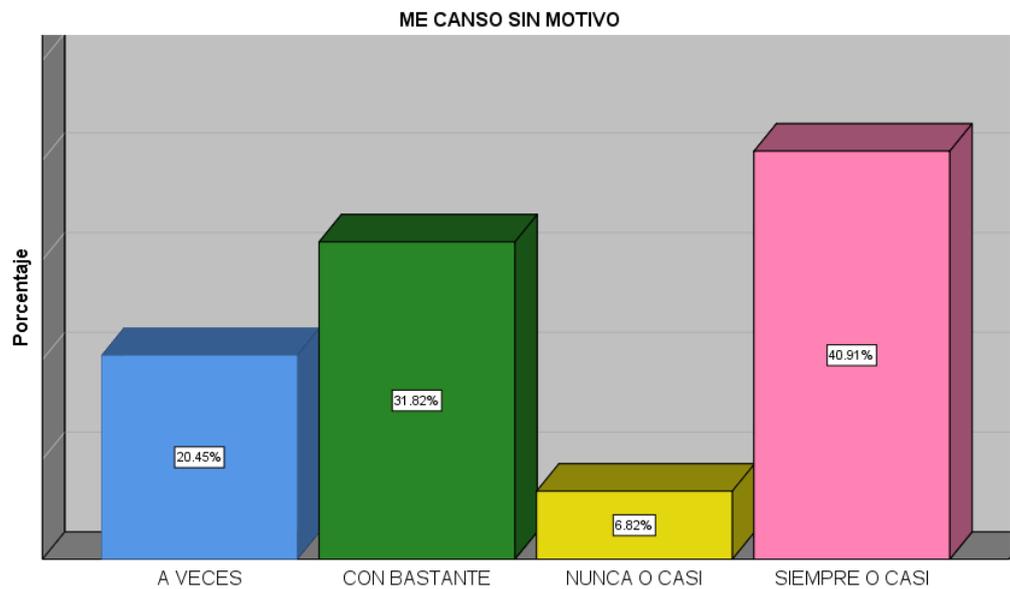


## 7. ME CANSO SIN MOTIVO

CUADRO N° 07

ME CANSO SIN MOTIVO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	A VECES	9	20.5	20.5	20.5
	CON BASTANTE FRECUENCIA	14	31.8	31.8	52.3
	NUNCA O CASI NUNCA	3	6.8	6.8	59.1
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	18	40.9	40.9	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

FIGURA N° 07

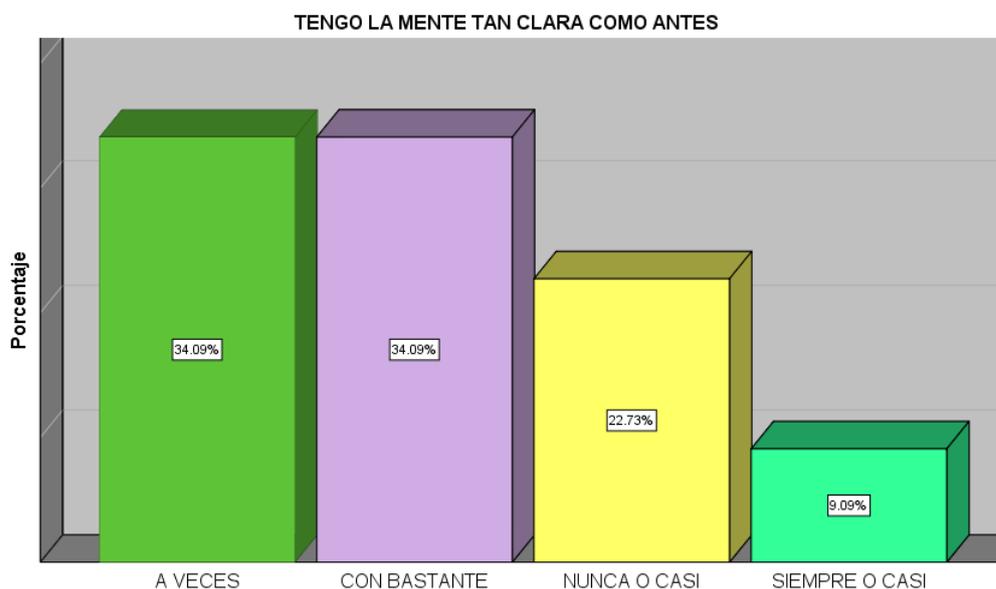


8. TENGO LA MENTE TAN CLARA COMO ANTES

CUADRO N° 08

<b>TENGO LA MENTE TAN CLARA COMO ANTES</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	A VECES	15	34.1	34.1	34.1
	CON BASTANTE FRECUENCIA	15	34.1	34.1	68.2
	NUNCA O CASI NUNCA	10	22.7	22.7	90.9
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	4	9.1	9.1	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

FIGURA N° 08

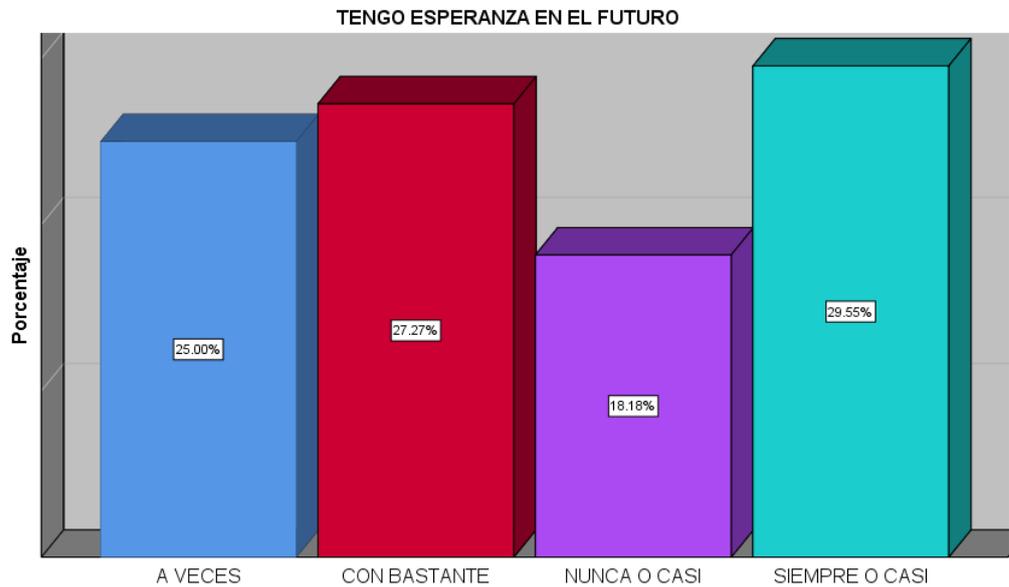


9. TENGO ESPERANZA EN EL FUTURO

CUADRO N° 09

TENGO ESPERANZA EN EL FUTURO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	A VECES	11	25.0	25.0	25.0
	CON BASTANTE FRECUENCIA	12	27.3	27.3	52.3
	NUNCA O CASI NUNCA	8	18.2	18.2	70.5
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	13	29.5	29.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

FIGURA N° 09

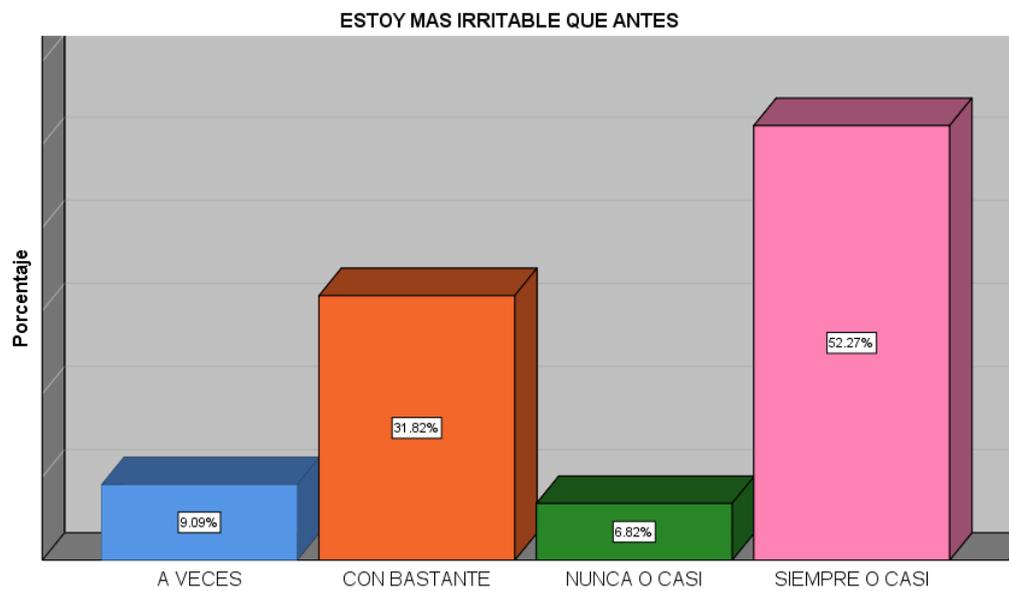


## 10. ESTOY MAS IRRITABLE QUE ANTES

CUADRO N° 10

ESTOY MAS IRRITABLE QUE ANTES					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	A VECES	4	9.1	9.1	9.1
	CON BASTANTE FRECUENCIA	14	31.8	31.8	40.9
	NUNCA O CASI NUNCA	3	6.8	6.8	47.7
	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	23	52.3	52.3	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

FIGURA N° 10



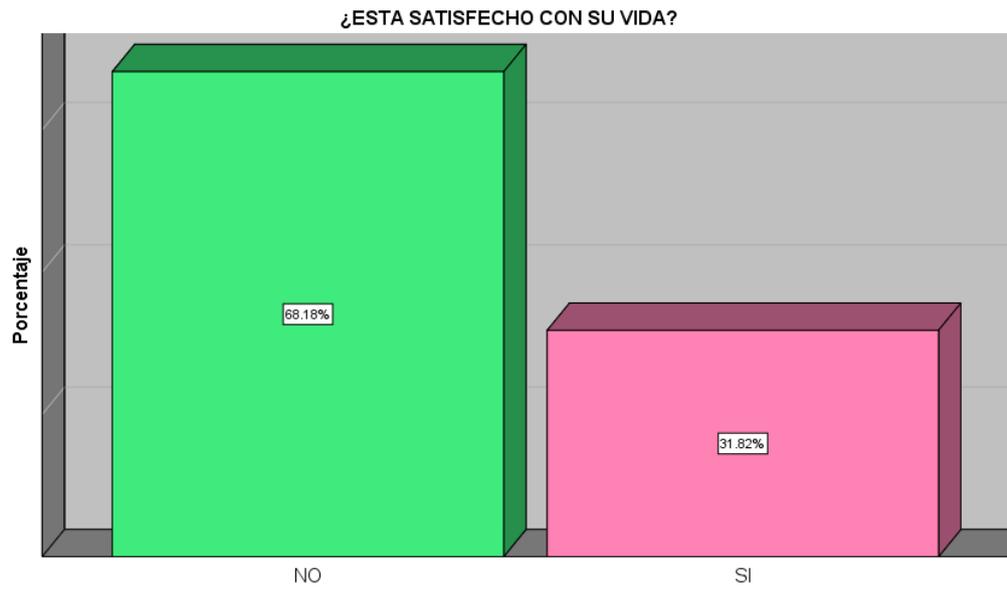
**ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE**

**11. ¿ESTA SATISFECHO CON SU VIDA?**

**CUADRO N° 11**

<b>¿ESTA SATISFECHO CON SU VIDA?</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	30	68.2	68.2	68.2
	SI	14	31.8	31.8	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

**FIGURA N° 11**

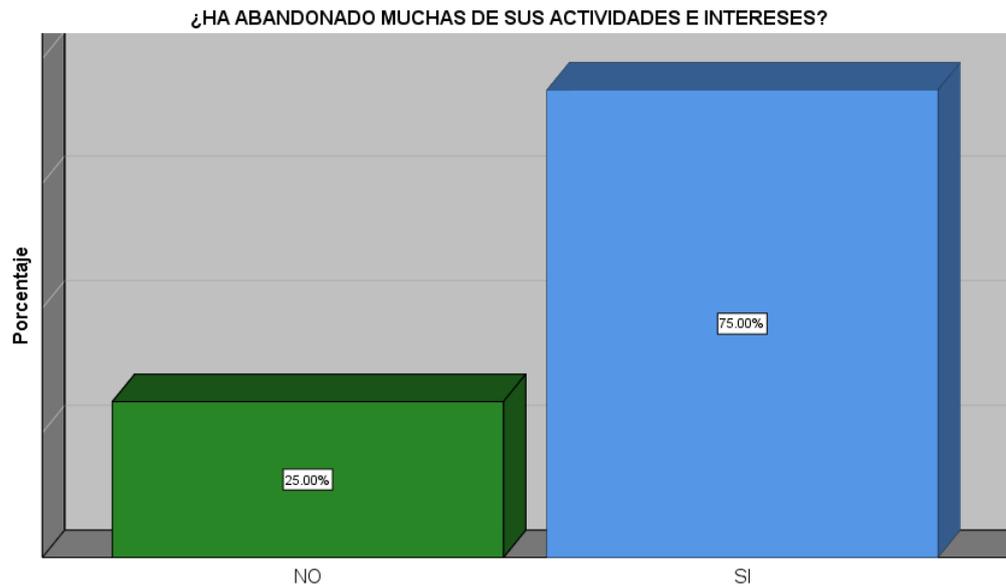


12. ¿HA ABANDONADO MUCHAS DE SUS ACTIVIDADES E INTERESES?

CUADRO N° 12

¿HA ABANDONADO MUCHAS DE SUS ACTIVIDADES E INTERESES?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	11	25.0	25.0	25.0
	SI	33	75.0	75.0	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

FIGURA N° 12

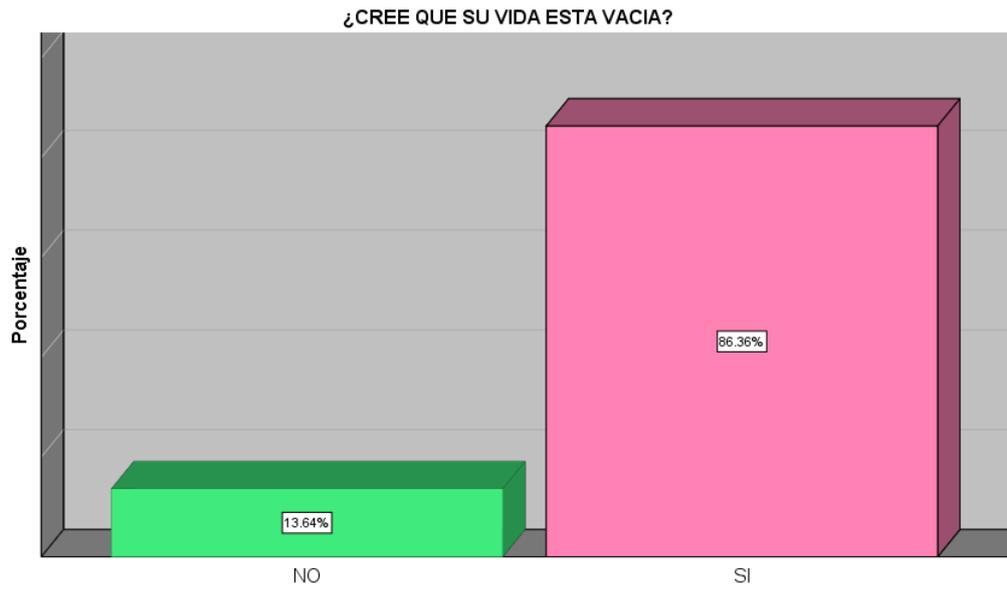


13. ¿CREE QUE SU VIDA ESTA VACIA?

CUADRO N° 13

¿CREE QUE SU VIDA ESTA VACIA?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	6	13.6	13.6	13.6
	SI	38	86.4	86.4	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

FIGURA N° 13

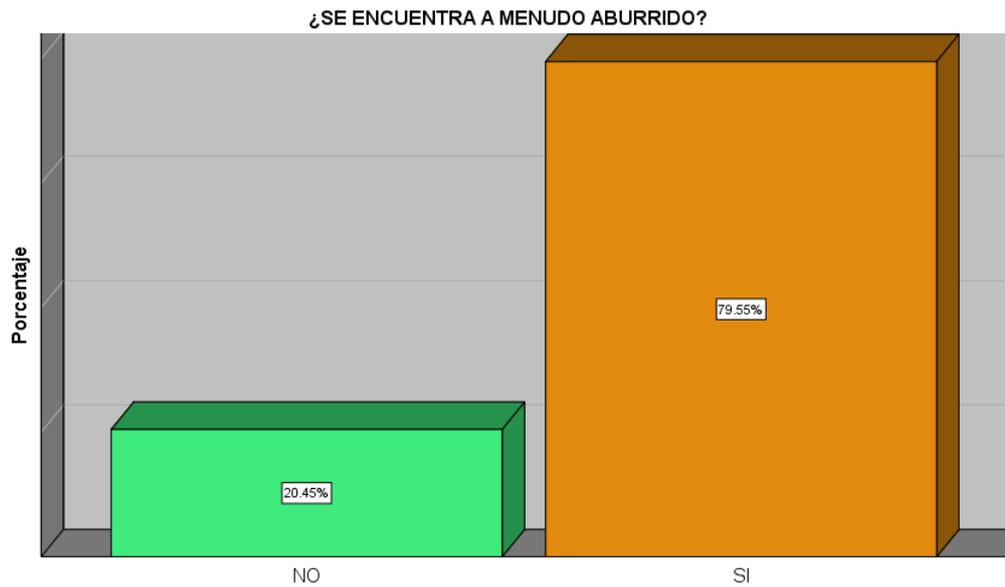


14. ¿SE ENCUENTRA A MENUDO ABURRIDO?

CUADRO N° 14

¿SE ENCUENTRA A MENUDO ABURRIDO?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	9	20.5	20.5	20.5
	SI	35	79.5	79.5	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

FIGURA N° 14

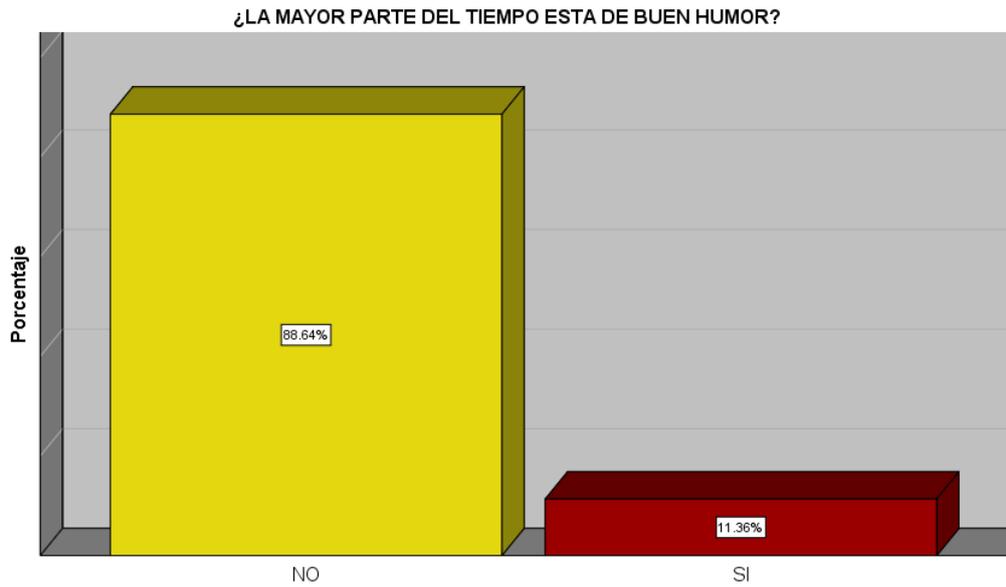


15. ¿LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO ESTA DE BUEN HUMOR?

CUADRO N° 15

¿LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO ESTA DE BUEN HUMOR?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	39	88.6	88.6	88.6
	SI	5	11.4	11.4	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

FIGURA N° 15

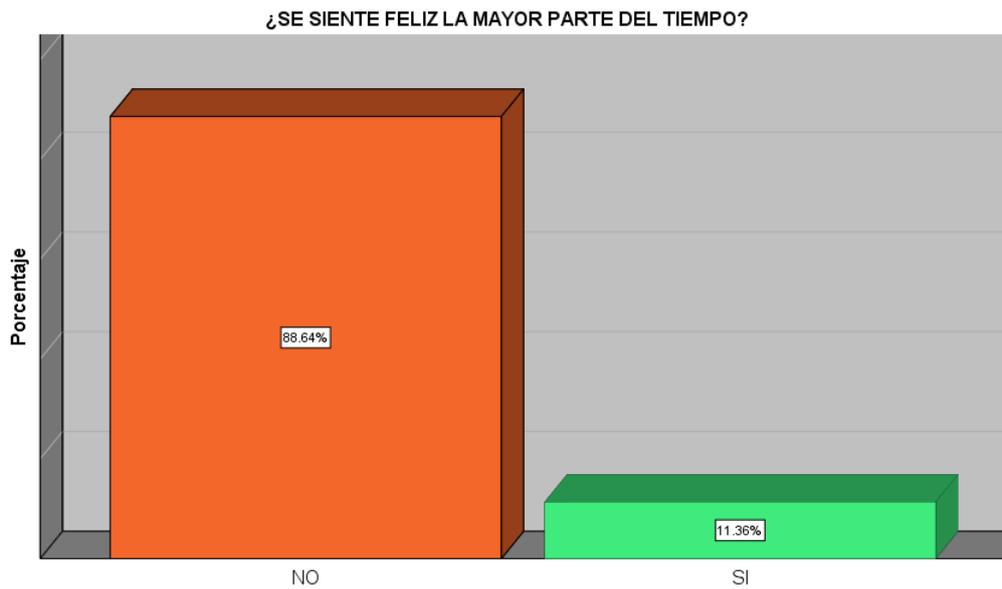


16. ¿SE SIENTE FELIZ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?

CUADRO N° 16

¿SE SIENTE FELIZ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	39	88.6	88.6	88.6
	SI	5	11.4	11.4	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

FIGURA N° 16

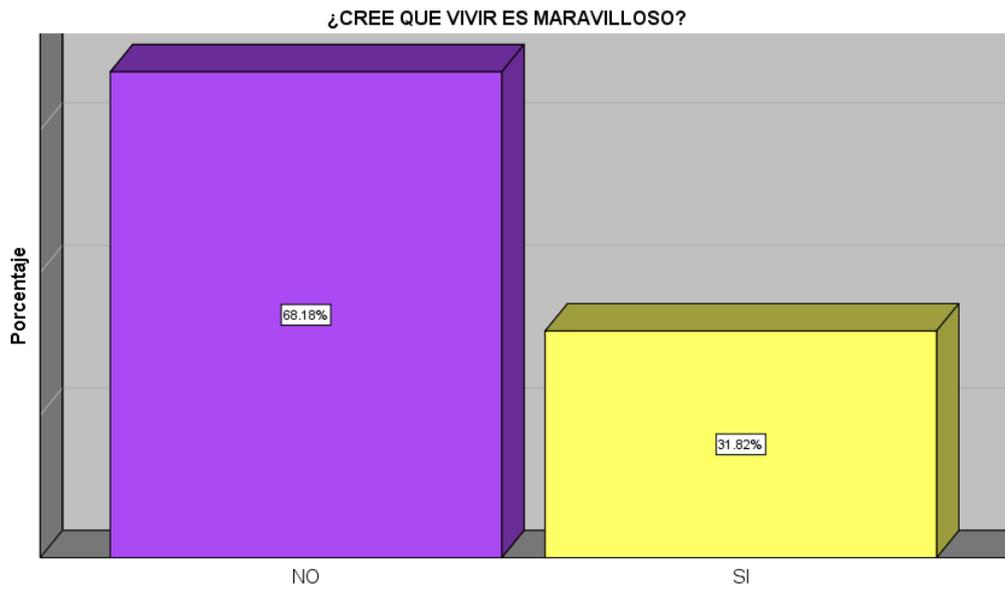


17. ¿CREE QUE VIVIR ES MARAVILLOSO?

CUADRO N° 17

¿CREE QUE VIVIR ES MARAVILLOSO?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	30	68.2	68.2	68.2
	SI	14	31.8	31.8	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

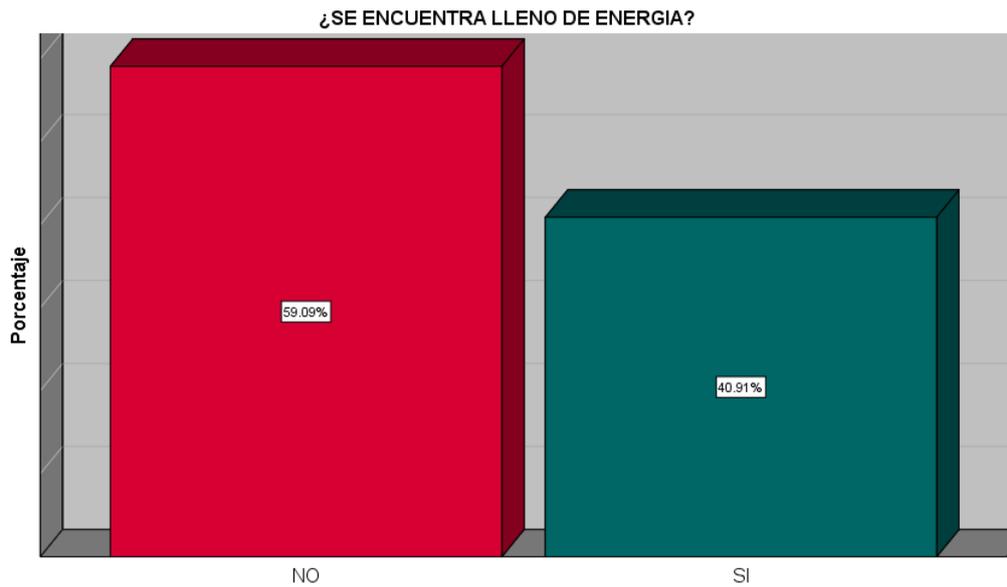
FIGURA N° 17



18. ¿SE ENCUENTRA LLENO DE ENERGIA?  
 CUADRO N° 18

¿SE ENCUENTRA LLENO DE ENERGIA?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	26	59.1	59.1	59.1
	SI	18	40.9	40.9	100.0
	Total	44	100.0	100.0	

FIGURA N° 18



## 5.2 Interpretación de los resultados

Hi Existe relación directa entre la depresión y la ansiedad en los adultos mayores del centro poblado de Pochccota – Andahuaylas.

Ho No existe relación directa entre la depresión y la ansiedad en los adultos mayores del centro poblado de Pochccota – Andahuaylas.

### Frecuencias obtenidas de la Hipótesis General

$$Fe = \frac{(TMR)(TMC)}{N}$$

DEPRESION	ANSIEDAD		TMR
	Existente	Inexistente	
SI	A 14	B 12	26
NO	C 10	D 8	18
TMC	24	20	44

N

TMR = Total Marginal de Renglón

TMC = Total Marginal de columna

N = Número total de frecuencias de cuadro

Fe casilla A =  $(26)(24) / (44) = 14.18$

Fe casilla B =  $(26)(20) / (44) = 11.81$

Fe casilla C =  $(18)(24) / (44) = 9.81$

Fe casilla D =  $(18)(20) / (44) = 8.18$

DEPRESION	ANSIEDAD		TMR
	Existente	Inexistente	
SI	A fo = 14 fe = 14.18	B fo = 12 fe = 11.81	26
NO	C fo = 10 fe = 9.81	D fo = 8 fe = 8.18	18
<b>TMC</b>	<b>24</b>	<b>20</b>	<b>44</b>

### Fórmula de CHI cuadrada

$$X^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

Casilla	Fo	Fe	fo - fe	(fo - fe) <sup>2</sup>	(fo - fe) <sup>2</sup> / fe
A	14	14.18	-0.18	0.032	0.045
B	12	11.81	0.19	0.036	0.020
C	10	9.81	0.19	0.036	0.020
D	8	8.18	-0.18	0.032	0.010
	N = 44				Σ = 0.095

### Comparar el resultado de CHI cuadrada

$$gl = (r-1)(c-1)$$

gl = Grados de libertad

r = Renglones del cuadro

gl = 0.05 (Tabla Confianza 95%)

c = Columnas del cuadro

$$gl = (2-1)(2-1) = 1$$

gl = 0.05 (Tabla Confianza 95%)

$0.095 \geq 0.05$ $X^2_c \geq X^2_t$
--------------------------------------

⇒ SE ACEPTA LA HIPÓTESIS GENERAL

## **VI. ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

### **6.1 Análisis de los resultados**

Respecto al instrumento de la “Escala de autovaloración D.D por W.W.K Zung”, sobre la pregunta de “me siento abatido y melancólico”, se demostró que el 40.91% corresponde a siempre o casi siempre, el 31.82% corresponde con bastante frecuencia, el 20.45% corresponde a veces y el 6.82% corresponde a nunca o casi nunca. Respecto al instrumento de la “Escala de autovaloración D.D por W.W.K Zung”, sobre la pregunta de “por las mañanas es cuando me siento mejor”, se demostró que el 38.64% corresponde a veces y nunca o casi nunca, el 11.36% corresponde a siempre o casi siempre y con bastante frecuencia. Respecto al instrumento de la “Escala de autovaloración D.D por W.W.K Zung”, sobre la pregunta de “tengo acceso de llanto o ganas de llorar”, se demostró que el 50% corresponde a siempre o casi siempre, el 29.55% corresponde con bastante frecuencia, el 13.64% corresponde a veces y el 6.82% corresponde nunca o casi nunca.

Respecto al instrumento de la “Escala de autovaloración D.D por W.W.K Zung”, sobre la pregunta de “duermo mal”, se demostró que el 40.91% corresponde con bastante frecuencia, el 27.27% corresponde siempre o casi siempre, el 18.18% corresponde a veces y el 13.64% corresponde a nunca o casi nunca. Respecto al instrumento de la “Escala de autovaloración D.D por W.W.K Zung”,

sobre la pregunta de “tengo tanto apetito como antes”, se demostró que el 29.55% corresponde a siempre o casi siempre, el 25% corresponde a nunca o casi nunca, el 22.73% corresponde a con bastante frecuencia y a veces.

Respecto al instrumento de la “Escala de autovaloración D.D por W.W.K Zung”, sobre la pregunta de “tengo trastornos intestinales y estreñimiento”, se demostró que el 50% corresponde con bastante frecuencia, el 27.27% corresponde a veces, el 13.64% corresponde siempre o casi siempre y el 9.09% corresponde nunca o casi nunca. Respecto al instrumento de la “Escala de autovaloración D.D por W.W.K Zung”, sobre la pregunta de “me canso sin motivo”, se demostró que él, el 40.91% corresponde a siempre o casi siempre, el 31.82% corresponde con bastante frecuencia, el 20.45% corresponde a veces y el 6.82% corresponde nunca o casi nunca. Respecto al instrumento de la “Escala de autovaloración D.D por W.W.K Zung”, sobre la pregunta de “tengo la mente tan clara como antes”, se demostró que el 34.09% corresponde a veces y con bastante frecuencia, el 22.73% corresponde nunca o casi nunca y el 9.09% corresponde siempre o casi siempre.

Respecto al instrumento de la “Escala de autovaloración D.D por W.W.K Zung”, sobre la pregunta de “tengo esperanza en el futuro”, se demostró que el 29.55% corresponde siempre o casi siempre, el

27.27% corresponde con bastante frecuencia, el 25% corresponde a veces y el 18.18% corresponde nunca o casi nunca.

Respecto al instrumento de la “Escala de autovaloración D.D por W.W.K Zung”, sobre la pregunta de “estoy más irritable que antes”, se demostró que el 52.27% corresponde siempre o casi siempre, el 31.82% corresponde con bastante frecuencia, el 9.09% corresponde a veces y el 6.82% corresponde nunca o casi nunca.

Respecto al instrumento de la “Escala de depresión geriátrica de Yesavage”, sobre la pregunta de “¿está satisfecho con su vida?”, se demostró que el 68.18% corresponde no y el 31.82% corresponde sí.

Respecto al instrumento de la “Escala de depresión geriátrica de Yesavage”, sobre la pregunta de “¿ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?”, se demostró que el 75% corresponde si y el 25% corresponde no. Respecto al instrumento de la “Escala de depresión geriátrica de Yesavage”, sobre la pregunta de “¿cree que su vida está vacía?”, se demostró que el 86.36% corresponde si y el 13.64% corresponde no. Respecto al instrumento de la “Escala de depresión geriátrica de Yesavage”, sobre la pregunta de “¿se encuentra a menudo aburrido?”, se demostró que el 79.55% corresponde si y el 20.45% corresponde no.

Respecto al instrumento de la “Escala de depresión geriátrica de Yesavage”, sobre la pregunta de “¿la mayor parte del tiempo esta de buen humor?”, se demostró que el 88.64% corresponde no y el 11.36% corresponde sí. Respecto al instrumento de la “Escala de depresión geriátrica de Yesavage”, sobre la pregunta de “¿se siente feliz la mayor parte del tiempo?”, se demostró que el 88.64% corresponde no y el 11.36% corresponde sí. Respecto al instrumento de la “Escala de depresión geriátrica de Yesavage”, sobre la pregunta de “¿cree que vivir es maravilloso?”, se demostró que el 68.18% corresponde no y el 31.82% corresponde sí. Respecto al instrumento de la “Escala de depresión geriátrica de Yesavage”, sobre la pregunta de “¿se encuentra lleno de energía?”, se demostró que el 59.09% corresponde no y el 40.91% corresponde sí.

## **6.2 Comparación resultados con antecedentes**

Como parte del estudio dentro de la evaluación de autovaloración se tiene al instrumento “Escala de autovaloración D.D por W.W.K Zung”, se establecen una serie de ítems dentro de los cuales sobresalen “me siento abatido y melancólico”, donde de manera preocupante se demostró que el 40.91% corresponde a siempre o casi siempre, de la misma manera y dentro de la misma escala tenemos a “por las mañanas es cuando me siento mejor”, se demostró que el 38.64% corresponde a veces, lo cual se relaciona con un estado de ánimo predisponente adecuado durante las mañana. Dentro de la

esfera de la salud emocional tenemos los episodios de llanto súbito, correspondientes al ítem “tengo acceso de llanto o ganas de llorar”, donde además del abrumador 50% de resultado de población evaluada bajo la respuesta de siempre o casi siempre, tenemos un 29% de personas con una respuesta con bastante frecuencia.

Como parte del estudio del estado anímico se evalúan las funciones vitales del paciente, de esta manera tenemos el ítem “duermo mal” donde se demostró que un total de 40.91% que correspondió a bastante frecuencia. Continuando con el análisis de funciones biológicas, tenemos al grado de alteración del apetito, por lo cual tenemos “tengo tanto apetito como antes”, donde se demostró que el 29.55% corresponde a siempre o casi siempre.

Como una consecuencia de las funciones biológicas alteradas tenemos, los trastornos intestinales, que se analizan bajo el ítem de “tengo trastornos intestinales y estreñimiento” y se demostró que el 50% corresponde con bastante frecuencia. De la misma manera y como consecuencia de ritmos alterados de sueño, tenemos al ítem “me canso sin motivo”, donde se demostró, el 40.91% correspondió a siempre o casi siempre.

Además, como parte del estudio de autovaloración tenemos a “tengo la mente tan clara como antes”, donde de manera positiva se

encuentra que el 34.09% corresponde a veces, además como parte de la valoración se encuentra el ítem “tengo esperanza en el futuro”, donde de manera positiva se demostró que el 29.55% corresponde siempre o casi siempre.

Parte del estudio de la autovaloración se establece con estados de ánimos alterados, donde tenemos al ítem de “estoy más irritable que antes”, donde evidencia de manera preocupante, un total 52.27%. Parte de la autovaloración se encuentra íntimamente relacionada con la autosatisfacción, debido a esto se presentó el ítem “¿está satisfecho con su vida?”, donde se demostró que el 68.18% corresponde no, lo cual se correlaciona con un estado de insatisfacción personal. De la misma manera y dentro del plano de la satisfacción por la realización de actividades “¿ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?”, se demostró que el 75% corresponde sí.

Dentro de estudio de estados depresivos tenemos a la percepción de la propia vida con un sentido y una dirección como principales determinantes, por lo cual “¿cree que su vida está vacía?”, se demostró que el 86.36% de la población estudiada corresponde a la respuesta “sí” y el 13.64% corresponde no. Siguiendo con el estudio de interés sobre las actividades realizadas tuvimos a “¿se encuentra a menudo aburrido?” y al ítem “¿la mayor parte del tiempo esta de

buen humor?” donde se demostró que 79.55% y 88.64% correspondientemente a “No” como respuesta predominante,

Parte del estudio de estados depresivos se evaluó “¿se siente feliz la mayor parte del tiempo?”, sin embargo, se demostró que el 88.64% corresponde no, cual coincide con el resultado obtenido del ítem “¿cree que vivir es maravilloso?”, cuyo resultado negativo fue del 68.18%.

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **CONCLUSIONES**

- Dentro del análisis del estudio presentado se concluye que existe relación, estadísticamente significativa entre la depresión y la ansiedad en los adultos mayores del centro poblado de Pochccota – Andahuaylas 2020. Dicha relación se encuentra demostrada bajo la relación de Chi Cuadrado ( $p > 0.05$ )
- Se determina que cuadros correspondientes a depresión leve, se encuentran aisladamente frente a los cuadros de ansiedad en adultos mayores del centro poblado de Pochccota – Andahuaylas 2020.
- Por otro lado, el grado moderado de un estado de depresión si ha demostrado tener una relación estadísticamente significativa con cuadros

de ansiedad en adultos mayores del centro poblado de Pochccota – Andahuaylas 2020.

- Los cuadros de depresión severa se encuentran íntimamente relacionada con cuadros de ansiedad en la población Adulta mayor evaluada, además la relación en proporción es directamente proporcional.

### **RECOMENDACIONES**

- Se recomienda la instauración y fortalecimiento de talleres e intervenciones en la población adulta mayor del centro poblado de Pochccota – Andahuaylas. Dichas intervenciones deberán ser coordinadas con el centro de salud de la jurisdicción y bajo la supervisión de agentes comunitarios responsables de salud.
- Se recomienda además el despistaje de cuadros leves de depresión, que pese a no tener una relación directamente proporcional puede llegar a complicarse y generar casos de depresión moderados o severos.
- En cuanto a los casos moderados de depresión se sugiere coordinar con el establecimiento de salud de la jurisdicción a fin de realizar un correcto tamizaje y una intervención oportuna tanto dentro del plano de comunidad como de familia.

- Para los cuadros depresivos identificados bajo el grado de complejidad severo, se sugiere la atención integral de paciente y la intervención a su familia a fin de detectar el impacto que ha precedido a dicho cuadros y prevenir otras complicaciones del mismo, además se sugiere el trabajo conjunto de las entidades sanitarias locales, transfiriendo de manera oportuna a los pacientes a servicios de salud mental más complejos de ser necesario

## **REFERENCIA BIBLIOGRAFICA**

Acceder a servicios para personas adultas mayores - Programa Pensión 65. Ley N° 29792 de 1 de Julio. (2019). (Decreto Supremo N° 081–2011-PCM). 19 de octubre del 2011.

Acosta Q. C. y García F. R. (2007) Ansiedad y depresión en los adultos mayores. Psicología y salud. México, ISSN. 2007.

Aliaga M. E. y Del Campo A. O. (2017). Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca (Perú) 2017. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo.

Álvarez G. A., Mejía M. K., Sánchez S. S., Monreal A. O., Ruíz R. L. y Frías R. B. (2013). Factores que provocan ansiedad en el adulto mayor. Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros. 1-4. Páginas

Ángel R. V., Bedoya E. L., Correa L. E. y Villada V. J. (2015). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Institucionalizados en la red de asistencia social al adulto mayor.

Aung MN., Moolphate S., Aung TNN., Kantonyoo C., Khamchai S. y Wannakrairot P. (2016). El índice de redes sociales y su relación con la depresión en la vejez entre las personas mayores de 80 años o más en el norte de Tailandia. Dove Medical Press.

Bladon L., Fernández A. y Serrano B. (2015). Trastornos mentales en pacientes de edad avanzada sin demencia. IntraMed.

Cabrera M. I. y Montorio P. I. (2009). Ansiedad y envejecimiento. Revista Española Geriatria y Gerontología.

Calderón M. Diego. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Revista Médica Herediana.

Caro F. Raúl. (2015). Las cifras de la depresión. EfeSalud.

- Cisneros G. y Ausín B. (2019). Prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*.
- Conde S. Josep, Jarne B. Adolfo. (2016). *Trastornos mentales en la vejez*.
- Conde S. Josep. (2015). *Psicopatología en la Vejez*. Barcelona- España.
- Correa F. N. (2016). *Ansiedad en la vejez*. AESTHESIS.
- Correa F. N. (2017) *Depresión en la vejez. Factores de riesgo y mitos*. Aesthesis.
- Coryell W. y Winokur G. (2020). *Depresión - Trastornos de la salud mental*. Manual MSD.
- Fernández A. M., Gonzales R. D., Guzmán G. L., Julio T. N. y Romero G. K. (2016). *Prevalencia de depresión en el adulto mayor*
- Fernández. F. C., Caballer G. J., Sáiz M. PA., G. P., González M.P., Martínez B. S. y Bobes G. J. (2006). *La depresión en el anciano en una zona rural y su interacción 64 con otros factores*. *Actas Españolas de Psiquiatria*.
- Fusté B. M., Pérez I. M. y Paz E. L. (2017). *Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la Casa de Abuelos*. Camajuaní (Cuba).
- Guillén C. J. y Ordoñez C. R. (2017). *Depresión y ansiedad en pacientes adultos en Hemodiálisis de un Hospital Nacional dela Policía Nacional del Perú*. (Tesis).
- Gómez A. E. (2007). *La depresión en el anciano*. ELSEVIER.
- Huerta J. Elmer. (2018). *La ansiedad en los adultos mayores y cómo detectarla*. El Comercio.
- Licas T. M. (2015). *Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral*. [tesis].
- Llanes T. H., López S. Y., Vásquez A. J. y Hernández P. R. (2015). *Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor*. Medimay.

Luna T. M. (2021). Ansiedad y depresión. Revista de Clínica de la Ansiedad Especialistas en Madrid y Barcelona.

Martina M., A., A. Miguel, Gutiérrez C., Norberto V. y Piscocoya J. (2018). Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. Anales de la Facultad de Medicina – UNMSM.

Montenegro V. J. y Santisteban B. Y. (2016). Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores. (Tesis).

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). La salud mental y los adultos mayores. Worl Health Organization.

Organización Panamericana de la Salud. (2013). Depresión y demencia son los trastornos mentales que más afectan a los mayores de 60 años en el mundo. OPS-Uruguay

Pasquín, N. (2017). Depresión en el adulto mayor: Causas, síntomas, cómo ayudar, etc. [Internet]. Blog CogniFit.

Quispe S. A. (2018). Ansiedad, depresión y factores de riesgo del adulto mayor beneficiarios del Programa Pensión 65 Puesto de Salud Pata – Pata – Cajamarca – 2018. [Tesis].

Reyes C. J. (2016). Depresión en el adulto mayor institucionalizado en el centro residencial geriátrico dios es amor – san miguel- Lima. [Tesis].

Rivarola R. L. (2016). Temor hacia la muerte, espiritualidad y florecimiento en adultos mayores. lima metropolitana. [tesis].

Sánchez C, García Madrid G, Flores M, Baez F, Torres A, Zenteno M, et al. (2014). Síntomas depresivos versus depresión en adultos mayores de una comunidad rural. Europea. (Tesis).

Sandoval C, C. (2014). Depresión y suicidio en el adulto mayor. Lima. [Internet]. RPP.

Schoevers RA, Geerlings MI, Deeg DJH, Holwerda TJ, Jonker C y Beekman ATF. (2019). Depresión y exceso de mortalidad: evidencia de una relación dosis-respuesta en adultos mayores que viven en la comunidad. *Psiquiatría en Geriatría*.

Segura C. Alejandra, Cardona A. Doris, Segura C. Ángela y Garzón D. María. (2012). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. (Tesis).

Serrano G. y Blanca R. (2014). Trastorno de ansiedad generalizada como factor de riesgo para obesidad en pacientes adultos del Centro de Atención Primaria II Otuzco 2014. Trujillo. (Tesis).

Sinchire G. M. (2016). Factores que influyen en la depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de la parroquia de Vilcabamba y Malacatos. Ecuador. (Tesis).

Torrejón Q. R. (2015). Nivel de depresión en adultos mayores, asentamiento humano. Señor de los Milagros - Chachapoyas. [tesis].

Tuesta N. J. (2015). Depresión y Ansiedad en el Adulto Mayor. (Tesis).

Valdés K. M., González C. J. y Salisu A. M. (2017). Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.

Vásquez O. C. (2001)). *Salud Mental y Vejez: Un estudio en ancianos de Lima Metropolitana*.

Villa I. C., Palacios A. V., Bilbao M. S. y Ramos V. C. (2012). Aspectos psicológicos del adulto mayor. UTC.

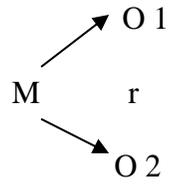
Zavaleta A. M. (2017). Nueve de cada diez adultos mayores tiene depresión. Subgerencia de Derechos Humanos. Trujillo.



# ANEXOS

ANEXO 1: Matriz de Consistencia

“DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO DE POCHCCOTA – ANDAHUAYLAS, 2020”

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INSTRUMENTO	METODOLOGIA
¿Cuál es la relación entre depresión y ansiedad en adultos mayores del centro poblado de Pochccota – Andahuaylas 2020?	Objetivo General: Establecer la relación entre la depresión y la ansiedad en los adultos mayores del centro poblado de Pochccota - Andahuaylas	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Determinar la relación entre depresión leve y la ansiedad de adultos mayores del centro poblado de Pochccota – Andahuaylas</li> <li>•Establecer la relación entre la depresión moderada y la ansiedad de adultos mayores del centro poblado de Pochccota – Andahuaylas</li> <li>•Determinar la relación entre</li> </ul>	<p><b>Hipótesis General</b> Existe relación directa entre la depresión y la ansiedad en los adultos mayores del centro poblado de Pochccota - Andahuaylas</p> <p><b>Hipótesis Específicas:</b> •La depresión leve tiene poca incidencia en la ansiedad de adultos mayores del centro poblado de</p>	<p>Depresión</p> <p>Dimensiones: Leve Moderada Severa</p> <p>Ansiedad</p> <p>Dimensiones: Sensaciones Equilibrio Emocional</p>	Ficha de datos	<p>TIPO: Básica</p> <p>NIVEL Explicativo</p> <p>DISEÑO: Correlacional</p>  <p>M: Muestra O1: Depresión O2: Ansiedad</p>

		<p>depresión severa y la ansiedad de adultos mayores del centro poblado de Pochccota – Andahuaylas.</p>	<p>Pochccota – Andahuaylas</p> <p>•La depresión moderada tiene relación poco significativa con la ansiedad de adultos mayores del centro poblado de Pochccota – Andahuaylas</p> <p>La depresión severa tiene relación significativa con la ansiedad de adultos mayores del centro poblado de Pochccota – Andahuaylas.</p>			<p>R: relación entre depresión y ansiedad</p> <p>POBLACIÓN: 58 adultos mayores del centro poblado de Pochccota – Andahuaylas</p> <p>MUESTRA: 44 adultos mayores del centro poblado de Pochccota – Andahuaylas.</p> <p>Técnica e instrumentos: Técnica: Encuesta (Test)</p> <p>Instrumentos: Cuestionario La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el cuestionario Escala</p>
--	--	---	---	--	--	---

						<p>de Autovaloración de la Ansiedad de William Zung</p> <p>Métodos de análisis de datos</p> <p>El método utilizado en la presente investigación es cuantitativo porque se pretende medir el nivel de depresión y relacionarlo con la ansiedad.</p>
--	--	--	--	--	--	--

ANEXO 2: Matriz de Operalización de variables

“DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO DE POCHCCOTA – ANDAHUAYLAS, 2020”

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<b>DEPRESIÓN</b>	<p><b>VARIABLE DE ESTUDIO 1</b>  <b>Depresión</b>                      La depresión es un trastorno psíquico, que presenta como causa la alteración del estado de ánimo de tipo depresivo, acompañado de ansiedad, y el desorden de las distorsiones cognitivas, en el que interactúan síntomas psíquicos como las de carácter somática, afectiva, conductual y cognitiva. Hollon y Beck. (1979)                      Su crecimiento se debe a los cambios acelerados de la forma de vida, la desmembración de la familia, la lenta ruptura con las tradiciones y las</p>	<p>Conformadas por tres dimensiones con sus respectivos indicadores de evaluación de la escala de Depresión Geriátrica – Test de Yesavage: normal, moderada y severa. La presente escala está compuesta por 15 items</p>	<p><b>Dimensión leve</b>                      Presenta algunos de los síntomas de la depresión moderada. La persona es aún capaz de cumplir con sus deberes diarios, funciona mejor y puede superar este cuadro con mayor facilidad. No requiere medicación.</p>	<p>1. ¿Está satisfecho con su vida?                      2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?                      3. ¿Cree que si vida está vacía?                      4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?                      5. ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?                      6. ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?                      7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?                      8. ¿A menudo se siente abandonado/a?                      9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?                      10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?                      11. ¿Cree que vivir es maravilloso?</p>
			<p><b>Dimensión moderada</b>                      Presenta algunos síntomas de la depresión severa, sin embargo, la persona aún puede desenvolverse cumpliendo con sus actividades cotidianas. La dosis farmacológica suministrada es más baja que la depresión severa.</p>	

	estructuras sociales. Organización Mundial de la Salud (OMS)		<b>Dimensión severa</b> Trastorno mental que se traduce en una incapacidad absoluta para trabajar, estudiar, dormir, comer o realizar cualquier tipo de actividad cotidiana o que producían placer. Necesita internamiento.	12. ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos? 13. ¿Se encuentra lleno de energía? 14. ¿Cree que si situación es desesperada? 15. ¿Cree que los otros están mejor que usted?
<b>ANSIEDAD</b>	<b>VARIABLE DE ESTUDIO 2</b> <b><u>Ansiedad</u></b> Es una sensación subjetiva de desasosiego y aprensión referente a una amenaza futura indefinida. M. Ladder y Col. (1983) Lazarus (1976) La ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral o académico. Tiene la importancia función de movilizarlos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que	Se evaluará a través de la Escala de Autovaloración D.A. por W.W.K.Zung compuesto por tres dimensiones: sensaciones, emociones y equilibrio. La presente escala está compuesta por 20 items	<b>Sensaciones</b> las personas ansiosas reaccionan de manera más intensa ante los malos olores, esto por medio del estudio realizado por la resonancia magnética aplicada a objeto de estudio, por lo que las personas con ansiedad sienten que todas las cosas, personas o situaciones presentan un olor desagradable	3. Despierto con facilidad o siento pánico. 6. Me tiemblan las manos y las piernas. 9. Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en 14. Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies. 14. Se me adormecen o me hinchan los dedos de las manos y pies. 16. Orino con mucha frecuencia. 17. Generalmente mis manos están secas y calientes, 18. Siento bichornos. 19. Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche.
			<b>Equilibrio</b>	8. Me siento débil y me canso fácilmente.

	<p>hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente. Lazarus (1976)</p> <p>La ansiedad es una respuesta con efectos negativos (tales como cólera, ansiedad, depresión)</p> <p>Es una respuesta desagradable que se presenta ante una diversidad de situaciones de un contexto, que afecta el plano emocional, subjetivo y cognitivo.</p> <p>acompañada de cambios fisiológicos potencialmente patógenos (descargas hormonales, incremento de tasa cardiaca, etc). Kiriadou y Sutcliffe (1987)</p>		<p>Los problemas de equilibrio que sufren las personas que presentan ansiedad sin razón alguna son comunes, como el sentirse mareada sin causa alguna, otras en cambio experimentan sensaciones más intensas que les hace perder el equilibrio.</p>	<p>11. Sufro de mareos 12. Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.</p>
			<p><b>Emocional</b></p> <p>Esta dimensión de la ansiedad afecta de manera intensa en la emisión de respuestas apresuradas antes de pensarla, deduciéndose que las personas con este tipo de ansiedad suelen proferir palabras sin antes haberlas pensado, es decir, actúan por las emociones del momento.</p>	<p>1. Me siento más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre. 2. Me siento con temor sin razón. 4. Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos. 5. Siento que todo está bien y que nada malo puede suceder. 7. Me mortifican los dolores de la cabeza, cuello o cintura. 10. Puedo sentir que me late muy rápido el corazón. 13. Puedo inspirar y expirar fácilmente. 15. Sufro de molestias estomacales o indigestión. 20. Tengo pesadillas.</p>

**ANEXO 3:** Instrumento de medición



UNIVERSIDAD  
**AUTÓNOMA**  
DE ICA

RESOLUCIÓN N° 136-2006-CONAFU

RESOLUCIÓN N° 432-2014-CONAFU

**ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. D.  
POR W. W. K. ZUNG**

NOMBRES: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Sección: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me siento abatido y melancólico.					
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.					
3	Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.					
4	Duermo mal.					
5	Tengo tanto apetito como antes.					
6	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.					
7	Noto que estoy perdiendo peso.					
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.					
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.					
10	Me canso sin motivo.					
11	Tengo la mente tan clara como antes.					
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.					
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto.					

14	Tengo esperanza en el futuro.					
15	Estoy más irritable que antes.					
16	Me es fácil tomar decisiones.					
17	Me siento útil y necesario.					
18	Me satisface mi vida actual.					
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.					
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.					
TOTAL DE PUNTOS						

## LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Esta evaluación se aplica a pacientes ancianos y se enfoca, antes que, en malestares físicos, al estado de ánimo. En su versión abreviada consta de 15 preguntas (en la completa 30) que se responden de manera afirmativa o negativa y se puede realizar en 5 minutos. Hay que tomar en cuenta que es un instrumento de apoyo, ya que si se realiza solo podría dar resultados positivos cuando no hay depresión, por lo que se recomienda utilizarlo en conjunción con otros datos.

	Sí	No
1. ¿Está satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3. ¿Cree que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
5. ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6. ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1	0
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿A menudo se siente abandonado/a?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1
12. ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
13. ¿Se encuentra lleno de energía?	0	1
14. ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que los otros están mejor que usted?	1	0

### INTERPRETACIÓN:

0-5 puntos: Tiene un nivel normal de depresión.

6-9 puntos: Tiene depresión leve.

10 o más: Tiene depresión severa.

## ANEXO 4 Ficha de validación de instrumentos de medición

### INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

#### I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: **DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO DE POCHCCOTA – ANDAHUAYLAS, 2020**

Nombre del Experto: Brezia Araceli Garay Cuya

#### II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

#### III. OBSERVACIONES GENERALES

Instrumento utilizado:			
ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. D. POR W. W. K. ZUNG			

*Brezia*  
Brezia Araceli Garay Cuya  
PSICÓLOGA  
C.P.S. 31271

# INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

## INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

### I DATOS GENERALES

Nº DE INVESTIGACIÓN: 33810111

Título de la Investigación: **DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO DE POCHCOTA – ANDAHUAYLAS, 2020**

Nombre del Experto: Brezia Araceli Garay Cuya

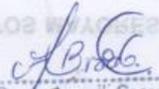
### II ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

### III. OBSERVACIONES GENERALES

Instrumento utilizado:

**LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE**

  
 Brezia Araceli Garay Cuya  
 PSICÓLOGA  
 C.P.S.F. 31271

I. **DATOS GENERALES**

Título de la Investigación: **DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO DE POCHCCOTA – ANDAHUAYLAS, 2020**

Nombre del Experto: Myriam M. Ramírez Rueda

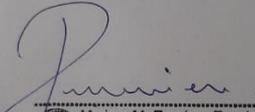
II. **ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO**

Aspectos Evaluar	a	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad		Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad		Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia		Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización		Existe una organización lógica y sintaxica en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia		El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad		El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia		Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia		Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura		La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia		El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

III. **OBSERVACIONES GENERALES**

Instrumento utilizado:

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. D. POR W. W. K. ZUNG



Myriam M. Ramírez Rueda  
PSICÓLOGA  
C.Ps.P. N° 34661

## **INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN**

### **I DATOS GENERALES**

Título de la Investigación: **DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO DE POCHCCOTA – ANDAHUAYLAS, 2021**

Nombre del Experto: Myriam M. Ramírez Rueda

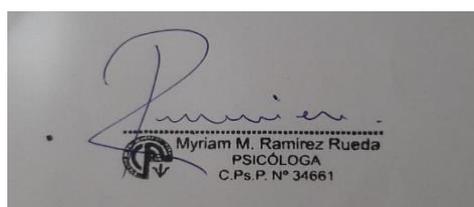
### **II ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO**

<b>Aspectos Evaluar</b>	<b>Descripción:</b>	<b>Evaluación Cumple/ No cumple</b>	<b>Preguntas a corregir</b>
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintaxica en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

### **III. OBSERVACIONES GENERALES**

Instrumento utilizado:

LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE



## **INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN**

### **I DATOS GENERALES**

Título de la Investigación: **DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO DE POCHCCOTA – ANDAHUAYLAS, 2021**

Nombre del Experto: Milagros Yesenia Correa Cabrera

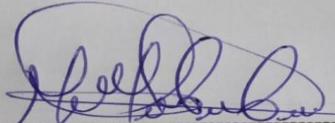
### **II ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO**

<b>Aspectos a Evaluar</b>	<b>Descripción:</b>	<b>Evaluación Cumple/ No cumple</b>	<b>Preguntas a corregir</b>
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

### **IV. OBSERVACIONES GENERALES**

Instrumento utilizado:

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. D. POR W. W. K. ZUNG



Milagros Yesenia Correa Cabrera  
PSICÓLOGA  
C.Ps.P. N° 35858

## **INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN**

### **I DATOS GENERALES**

Título de la Investigación: **DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO DE POCHCCOTA – ANDAHUAYLAS, 2020**

Nombre del Experto: Milagros Yesenia Correa Cabrera

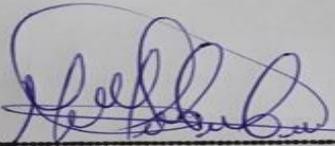
### **II ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO**

<b>Aspectos Evaluar</b>	<b>a</b>	<b>Descripción:</b>	<b>Evaluación Cumple/ No cumple</b>	<b>Preguntas a corregir</b>
1. Claridad		Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad		Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia		Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización		Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia		El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad		El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia		Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia		Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura		La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia		El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

### **IV. OBSERVACIONES GENERALES**

Instrumento utilizado:

LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE



Milagros Yesenia Correa Cabrera  
PSICÓLOGA  
C.Pa.P. N° 35858

## VALIDACION DE EXPERTOS



UNIVERSIDAD  
**AUTÓNOMA**  
DE ICA

RESOLUCIÓN N° 136-2006-CONAFU

RESOLUCIÓN N° 432-2014-CONAFU

**FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE  
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.  
ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO**

**APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

Nº	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores.		
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.		

FECHA: ...../...../.....

.....

NOMBRE Y APELLIDOS

FIRMA DEL EXPERTO