

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



Trabajo de Suficiencia Profesional

Nivel de depresión en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi centro
poblado San Francisco provincia Mariscal Nieto – Moquegua

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Autor: Bachiller Magdalena Arellano Ventocilla

Lima-Perú

2017

Dedicatoria

A mi padre, bien amado por darme la vida, fuerza, responsabilidad, respeto a la ley divina, en toda su dimensión.

A mi madre, bien amada quien, en cada instante de mi vida, ella está presente, por la enseñanza constante en valores, virtudes y ser amorosa, irradiar armonía en mi hogar y en la humanidad.

A mis dos hijos quienes me alientan en cada instante de mi vida, con su sonrisa y palabras.

A mi hija por su luz y fuerza constante de amor de madre y amiga.

A mi nieto quien con su abrazo y beso me da esa fuerza de un ángel.

Agradecimientos

Agradezco el presente trabajo a Dios y a mis padres, quienes son la fuerza para llegar hasta donde he llegado, y permitir hacer realidad un sueño anhelado, después de muchos años de espera, así mismo, a mi esposo, hijos y nieto.

A los adultos mayores miembros de la casa Tayta Wasi en Moquegua por permitirme de ser parte de su grupo.

Con el corazón agradezco a mis asesores: al Dr. Magallanes, el Dr. Arboccó, la Dra. Olivera y el Dr. Ruelas quienes me brindaron todas sus experiencias y habilidades para alcanzar la meta trazada.

También agradezco al joven Daniel que me apoyo en este camino.

A todos agradezco, muchas gracias y que Dios los bendiga.

Presentación

Conforme a las normas Directivas N° 003-FPS y TS – 2016 de la Facultad de Psicología y Trabajo de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, para recibir el grado de licenciada en psicología bajo la modalidad de TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL, presento el trabajo de investigación denominado: “NIVEL DE DEPRESION EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA CASA TAYTA WASI CENTRO POBLADO SAN FRANCISCO PROVINCIA MARISCAL NIETO -MOQUEGUA.”

Por lo cual, señores miembros del jurado, aguardo que esta investigación sea justipreciada y alcance su apreciación.

Atentamente

Magdalena Arellano Ventocilla

ÍNDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Presentación	iv
Índice	v
Índice de tablas	ix
Índice de figuras	x
Resumen	xi
Abstract	xii

CAPÍTULO I

Planteamiento del problema

1.1 Descripción de la realidad problemática.	15
1.2 Formulación del problema	16
1.2.1 Problema general	16
1.2.2 Problemas específicos	16
1.3. Objetivos	17
1.3.1 Objetivo General	17
1.3.2 Objetivos específicos	17

CAPÍTULO II

Marco teórico conceptual

2.1 Antecedentes	19
------------------	----

2.1.1	Antecedentes internacionales.	19
2.1.2	Antecedentes nacionales.	21
2.2.	Bases teóricas de la Depresión.	23
2.2.1	La depresión	23
2.2.2	Teorías psicológicas de la depresión	23
2.2.3	Clasificaciones de depresión según el CIE 10	28
2.2.4.	Posibles factores de la depresión	34
2.2.5	Diferencias de la depresión por género por factores biológicos	35
2.2.6	El adulto mayor	35
2.2.7	La Depresión y el adulto mayor.	36
2.2.8	La depresión en el envejecimiento.	36
2.2.9	La depresión y el suicidio.	37
2.2.10	La depresión y la desesperanza	37
2.2.11	La depresión y el estado de ánimo deprimido.	38
2.3	Definición conceptual	38

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1	Tipo y diseño utilizado.	40
3.1.1	Tipo de investigación:	40
3.2	Población y muestra	41
3.2.1	Población	41
3.2.1	La muestra.	41
3.3	Identificación de la variable	42
3.3.1	Tabla de Operacionalización.	43

3.4 Técnicas e instrumentos de instrumentos de evaluación y diagnóstico.	44
--	----

CAPÍTULO IV

Procesamiento, presentación y análisis de los resultados

4.1 Procesamiento de los resultados.	47
4.2 Presentación de resultados.	47
4.3 Análisis y discusión de los resultados	51
4.4 Conclusiones	54
4.5 Recomendaciones	55

CAPÍTULO V

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

5.1 Denominación del programa	57
5.2 Justificación del problema	57
5.3 Establecimiento de objetivos	58
5.4 Sector al que se dirige	59
5.5 Establecimiento de conductas problemas /meta	59
5.6 Metodología de la intervención	59
5.7 Instrumentos/material a utilizar	60
5.8 Cronograma	60
5.9 Actividades	60

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
-----------------------------------	-----------

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Consistencia	77
Anexo 2. Instrumento	79
Anexo 3. Autorización	80
Anexo 4. Evidencias	81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de la muestra	42
Tabla 2 Nivel de depresión en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi del centro poblado san Francisco provincia Mariscal Nieto- Moquegua.	48
Tabla 3 Nivel de depresión en la dimensión de desesperanza en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi del centro poblado san Francisco provincia Mariscal Nieto- Moquegua.	49
Tabla 4 Nivel de depresión en la dimensión del estado de ánimo deprimido en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi del centro poblado san Francisco provincia Mariscal Nieto- Moquegua.	50
Tabla 5 Cuadro de áreas y participación de los adultos mayores.	59
Tabla 6 Primera sesión de intervención	61
Tabla 7 Segunda sesión de intervención	62
Tabla 8 Tercera sesión de intervención	63
Tabla 9 Cuarta sesión de intervención	64
Tabla 10 Quinta sesión de intervención	65
Tabla 11 Sexta sesión de intervención	66
Tabla 12 Séptima sesión de intervención	67
Tabla 13 Octava sesión de intervención	68
Tabla 14 Fecha de actividades	69

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1 Nivel de depresión en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi del centro poblado san Francisco provincia Mariscal Nieto- Moquegua. 48
- Figura 2 Nivel de depresión en la dimensión de desesperanza de la depresión en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi del centro poblado san Francisco provincia Mariscal Nieto- Moquegua. 49
- Figura 3 Nivel de depresión en la dimensión de ánimo deprimido en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi del centro poblado san Francisco provincia Mariscal Nieto- Moquegua. 50

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo principal determinar el nivel de depresión en la casa del adulto mayor Tayta Wasi del centro poblado de San Francisco provincia Mariscal Nieto -Moquegua, durante el año del 2017.

Se desarrolla el planteamiento del problema, sobre el cual se formula el problema y problemas específico, luego se determina el objetivo general, así como los objetivos específicos y una parte científica en el marco teórico.

La investigación es de tipo descriptivo transversal, con una muestra de 30 adultos mayores a quienes se aplica el test de escala de geriatría de Yesavage obteniendo la información mostrada en figuras y tablas.

Se concluye, que en la casa Tayta Wasi se presentaron todos los niveles de depresión, sin embargo, se advirtió en mayor presencia la depresión moderada, así mismo, se realiza las recomendaciones ante tal situación, y la propuesta del programa para disminuir el nivel existente de depresión.

Palabras Claves: Depresión. Adulto mayor.

ABSTRACT

The present research work has as main objective to determine the level of depression in the house of the adult greater Tayta Wasi of the center town of San Francisco province Mariscal Nieto -Moquegua, during the year of 2017.

It develops the approach of the problem, on which the problem and specific problems are formulated, then the general objective is determined, as well as the specific objectives and a scientific part of the theoretical framework.

The research is descriptive cross-sectional, with a sample of 30 older adults to whom the geriatric scale test of Yesavage is applied, obtaining the information shown in figures and tables.

It is concluded that in the Tayta Wasi house the level of mild depression, likewise, the recommendations are made before such situation, and the proposal of the program to reduce the existing level of depression.

Key word: depression, old man

INTRODUCCIÓN

Actualmente en muchos hogares Moqueguanos viven adultos mayores que manifiestan un estado de ánimo de tristeza, de frustración, de enojo durante semanas, meses, sin saber la razón.

Muchas veces la depresión es una enfermedad que no es muy fácil de detectar y se pueda llegar a confundir con un cambio normal en la vida adulta que es el envejecimiento, al que ocasiona cambios físicos y psicológicos, por la edad o por otras enfermedades que estarían padeciendo.

La depresión del adulto mayor se caracteriza por la aparición de ideas de minusvalía, desesperanza y de importancia, esta enfermedad, puede llevarlo a sentirse culpable de todo lo que sucede a su alrededor, ocasionándole, ganas de llorar, sensación de agotamiento de la energía vital, cansancio o fatiga leve o total al realizar en hacer sus actividades diarias que normalmente le gustaba realizar, falta de apetito o aumento del mismo, dolores musculares, melancolía y el deterioro cognitivo por la pérdida de concentración y memoria, siendo dependiente de los demás, llagando a concebir ideas suicidas por la falta de comunicación y atención de sus hijos, nietos, familiares, amigos o por su entorno social.

El presente trabajo de investigación, realizado en el Adulto Mayor del centro poblado de San Francisco, provincia Mariscal Nieto tenido como objetivo general determinar el nivel de depresión en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi.

El trabajo consta de los siguientes capítulos:

En el Capítulo I, referente al problema de estudio, hemos desarrollado, el planteamiento del problema, abordando, lo que respecta a su descripción, antecedentes y la formulación en si del problema, delimitando los objetivos a lograr, así como fundamentamos su justificación e importancia, también, vemos las limitaciones del trabajo.

En el capítulo II, abordamos. El marco teórico – conceptual, empezando por los antecedentes de la investigación, para luego, fundamentar las bases teórico –

científicas sobre las cuales fundamentamos, nuestro estudio, dentro de este contexto, abarcamos la definición de conceptos y la operativización de las variables de la investigación.

En el capítulo III, tratamos el diseño de la investigación, el tipo de investigación, la población y muestra de estudio, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimiento de recolección de datos, técnica de procesamiento y análisis de datos, técnico e instrumentos de medición y evaluación.

En el capítulo IV, se obtiene la presentación de los resultados de la evaluación, el diagnóstico y sus conclusiones de la investigación.

En el capítulo V, se presenta el programa de intervención, las diferentes sesiones para disminuir el nivel de depresión en los adultos mayores que presentan depresión en la casa Tayta Wasi del centro poblado San Francisco ubicado en la región de Moquegua.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática.

En el mundo, la depresión es un problema que está afectando a la sociedad en diferentes niveles: leve, moderado y severo, y que puede llevar al suicidio a quien lo padece (OMS, 2016)

Padecen de depresión con mayor frecuencia los adultos mayores, y se prevé que tienen este mal unos 350 millones de humanos en el mundo. Alrededor de 800, 000 personas se auto eliminan, convirtiendo al suicidio en el segundo problema de muerte de personas de la misma edad. Los adultos mayores que se suicidan por padecer este mal bordean el 30%, pudiendo ser por la falta de atención del problema. (OMS, 2016).

La depresión es un problema de gran magnitud, que afecta a muchos hogares, en algunos casos sus síntomas son visibles y en otros casos no es posible percibirlos, haciendo difícil determinar a las personas que en realidad la padecen a nivel mundial y en nuestro país, los problemas más frecuentes son trastornos afectivos. Falta apoyo familiar. Fallecimientos de seres queridos, la jubilación, desordenes del sueño (OMS, 2016).

Según Castillo, refiere que el 80 % de los 334 casos de suicidios que se presentaron en el año 2013, tuvo su como principal origen, los problemas de ánimo y depresión. Los cuales no fueron detectados, tratados, y por no ser orientados los llevo al suicidio. Los adultos mayores al ser un sector más sensible que los demás, se debe crear estrategias necesarias en contra de este mal para prevenir estas consecuencias terribles, como el suicido (Perú21, 2014).

En el Perú, ha aumentado de forma estadística la depresión, el 70 % de alrededor de 1'700,000 personas padecen de esta enfermedad, siendo sus indicadores más sobresalientes: el abandono, el rechazo, el olvido y

la pobreza, estos se dan mayormente en los adultos mayores, llevándolos a una depresión leve, moderada y severa según su contexto. Pertenecen a una depresión profunda los puede conducir a la muerte de acuerdo a diferentes síntomas presentados durante esta etapa (RPP, 2016).

En el Perú 2015, la población adulta mayor de 60 años a mas asciende 3 millones 11 mil 50 personas el 9.7% de la población. 1 millón 606 mil 76 son mujeres 53,3% y 1 millón 404 mil 974 son hombres 46,65%. En el Perú y en el mundo se vive la feminización del envejecimiento, las mujeres viven más años que los hombres. El índice de la feminización se muestra 114 mujeres por cada 100 hombres y la población en aumento 141 femenina de 80 años a mas (INEI, 2015)

En la ciudad de Moquegua se advirtió un incremento en las enfermedades de la ansiedad y la depresión. Conforme a las cifras consolidadas por la Oficina de la Dirección Regional de Salud Mental Desde enero a noviembre del 2013, se presentaron, 4'000,685 casos de enfermedades correlacionadas al cambio de humor. (Diario Correo, 2013).

En el entorno social de Moquegua se puede observar que los síntomas de depresión están afectando a varias personas: en los centros comerciales, asilos, programas geriátricos y en las calles se puede ver un gran número de individuos con estos síntomas depresivos.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es el nivel de depresión en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi del centro poblado San Francisco provincia Mariscal Nieto-Moquegua?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cuál es el nivel de depresión en la dimensión de desesperanza en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi del centro poblado San Francisco provincia Mariscal Nieto – Moquegua?

¿Cuál es el nivel de depresión en la dimensión de estado de ánimo deprimido en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi del centro poblado San Francisco provincia Mariscal Nieto – Moquegua?

1.3. Objetivos

1.3.1 Objetivo General:

Determinar el nivel de depresión en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi del centro poblado San Francisco provincia Mariscal Nieto - Moquegua.

1.3.2 Objetivos específicos:

Identificar el nivel de depresión en la dimensión de desesperanza en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi del centro poblado San Francisco provincia Mariscal Nieto - Moquegua.

Identificar el nivel de depresión en la dimensión de estado de ánimo deprimido en adultos mayores de la casa Tayta Wasi del centro poblado San Francisco provincia Mariscal Nieto - Moquegua.

1.4. Justificación e importancia.

Justificación teórica

La depresión es una enfermedad que padece todo ser humano no la podemos asociar con las famosas obras literarias, su incidencia aumenta y se pronostica que en el año 2020 se ubicará como la segunda causa de discapacidad, cuando en el 2000 era la cuarta. Estos datos por si evidencian que es un problema actual pero también de futuro. Una de sus características es que no importa si tienes mucho o poco dinero, que seas hombre o mujer, joven o adulto mayor, que vivas en un país desarrollado o no, esta se puede manifestar en las más disímiles condiciones y en diferentes en cada lugar no perdona las formas (García, 2013)

El estudio está dirigido a precisar la información sobre la depresión en el adulto mayor, desde un enfoque psicológico, analizando los estudios ya realizados, para comprender mejor, como se viene presentando la enfermedad, especialmente en Moquegua la investigación, identifica una enfermedad, a la que la sociedad no le presta mayor atención, lo cual genera muchos problemas cuando lo real es que debemos estar motivados a ser parte de esta línea de investigación porque se trata de nuestra ciudad y de nuestros adultos mayores (OMS, 2017)

Justificación práctica.

La presente investigación plantea como objetivo, determinar el nivel de depresión que padece el adulto mayor, mediante la aplicación del test de Yasavage, instrumento elaborado para la aplicación en el adulto mayor que permite medir la depresión.

A partir de determinados indicadores e instrumentos, éste, nos permitirá obtener los niveles de depresión que padecen los adultos mayores de la casa Tayta Wasi, quienes participaron, respondiendo a los 15 ítems de que consta el test de Yesavage corta. El resultado permitirá determinar quienes padecen depresión y revelar, cuál es el nivel de depresión que está presente, para su intervención.

Justificación metodológica

El determinar la magnitud del problema, nos permitirá crear nuevas y posibles y estrategias, para tratar a que otras personas, que la padezcan, así mismo, disminuir el nivel de depresión, según la magnitud del problema, controlando la depresión de aquellos que la están padeciendo y que requieren un apoyo profesional, para su tratamiento.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes

De acuerdo al tópico revisado se encontraron investigaciones nacionales e internacionales, las mismas que se detallan:

2.1.1 Antecedentes internacionales.

Acosta (2016) en la ciudad de Cartagena realizó un estudio titulado “Prevalencia de depresión en el adulto mayor en los centros de vida en Cartagena”. Su objetivo fue determinar la prevalencia de depresión en el adulto mayor. La metodología empleada fue con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo. La muestra estuvo conformada por 398 adultos mayores a quienes se aplicó el instrumento de versión abreviada de la escala de depresión geriátrica Yesavage GDS 15, del cual se obtuvo los siguientes resultados, los que presentaron una prevalencia de depresión fue de 7,7% de los cuales el 6,7% presentaron depresión leve y el 1% depresión severa, no obstante, el 92,2% de los adultos no presentaron depresión. Obteniendo como conclusión que el adulto mayor de los centros de vida de la ciudad de Cartagena reportó una baja prevalencia de depresión.

Almeida (2013) en Ecuador realizó un estudio titulado “Análisis de los factores Asociados a la depresión de los Adultos Mayores del hogar de ancianos Santa Catalina Laboure año 2013”, que tuvo como objetivo analizar los factores asociados a la depresión que existen en pacientes institucionalizados. La metodología es de tipo observacional, analítico, descriptiva transversal ya que detalla las características de los adultos mayores institucionalizados mediante un enfoque cualitativo. La muestra estuvo conformada por 50 adultos mayores entre ellos 8 hombres y 42 mujeres a quienes se aplicó el test depresión reducido de Yesavage GDS- 15. Quito

Ojeda y Orellana (2015) en Ecuador, realizaron un estudio de “Intervención de enfermería en la Atención del adulto mayor en relación con la depresión, en los ancianos que habitan en el hogar cristo rey, Cuenca Ecuador.” Siendo su objetivo demostrar la Intervención de enfermería en la atención del adulto mayor en relación con la depresión. La metodología es de tipo descriptivo y transversal. La población estuvo conformada por 120 adultos mayores, se trabajó con una muestra de 52 a quienes se aplicaron los instrumentos de Test de depresión geriátrica de Yesavage y un formulario de entrevista. Del cual se obtuvo como resultado que el 17% de adultos mayores presentan depresión y de este porcentaje el 22% corresponde a hombres y el 78% a mujeres; el 29% presenta probable depresión y de este porcentaje el 40% corresponde a mujeres y el 60% a hombres, lo que significa que existe mayor porcentaje de hombres con probable depresión. Concluyendo que las Intervenciones de Enfermería se centran más en la rehabilitación, dejando en segundo lugar la promoción y prevención en el ámbito emocional de los adultos mayores.

Pasan (2014) en Ecuador, realizaron un estudio titulado “Factores Asociados a la depresión en adultos mayores distrito salud, cuenca 2015” que tuvo como objetivo determinar los factores asociados a la depresión en adultos mayores. La metodología es de tipo descriptivo. La muestra estuvo conformada por 400 adultos mayores a quienes se aplicó el test de escala de depresión geriátrica de Yesavage. Obteniendo como resultado que la mediana de la edad de 72 años, fueron mujeres, la prevalencia de depresión fue de 43.5% en las mujeres y en los hombres 31% la depresión que se asocia más con el estado civil.

Salazar y Reyes (2015), Colombia, realizaron un estudio titulado “Prevalencia y factores de riesgo de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá”. Tuvo como objetivo estimar la prevalencia de depresión de adultos mayores. El método de estudio fue descriptivo de corte transversal observacional. La muestra fue de 889 adultos mayores a quienes se aplicó el instrumento para la evaluación la escala de test de depresión geriátrica de Yesavage dando como resultado que la prevalencia de depresión es del 18,6%, presentándose más en las mujeres mayores de 70 a 79 años.

2.1.2 Antecedentes nacionales.

Bendezú (2015) realizó un estudio en la ciudad de Lima, titulado “Factores asociados a la prevalencia de depresión en pacientes con cardiopatía isquémica hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins 2014”. El tipo de estudio es estudio retrospectivo, transversal, diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por los 80 pacientes internados en el servicio de hospitalización de cardiología en el periodo de octubre y diciembre del 2014 a quienes se aplicó el instrumento de Yesavage. Concluyendo que los pacientes presentaron una prevalencia de depresión del 30% de un total de 80 pacientes hospitalizados en el servicio de cardiología con diagnósticos de cardiopatía isquémica los citados desarrollaron síntomas depresivos durante su estancia hospitalaria, y esto podría deberse a que el uso de ciertos medicamentos.

Ibañez (2015) en la ciudad de Arequipa realizó un estudio titulado “Prevalencia y factores relacionado con la depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza enero- febrero “. Que tuvo como objetivo determinar la prevalencia del nivel de depresión y la relación de algunos factores con la depresión en pacientes geriátricos del servicio de medicina interna del Hospital regional Honorio Delgado de adultos mayores de 60 años a más. La metodología es de tipo observacional, prospectivo y transversal.

Objetivo: Método: Pacientes hospitalizados de 60 años. La muestra estuvo conformada por 96 pacientes a quienes se aplicó el instrumento escala de depresión geriátrica Yesavage, obteniendo como resultado, que hay una prevalencia de 61,5% de depresión, con la evidencia de no depresión en 38.5%. De los que padecen de depresión se advirtió la presencia de depresión Moderada en un 55,2% y depresión severa 6,3%.

Licas (2015) Perú Realizo un estudio titulado “Nivel de depresión del adulto mayor que acuden al centro de atención Tayta Wasi”. Objetivo determinar el nivel de depresión de los adultos mayor. El estudio es de tipo cuantitativo descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 73 adultos mayores, técnica empleada la entrevista, el instrumento la escala de depresión Geriátrica – test de Yesavage para adultos mayores, obteniendo como resultado que los adultos mayores que acuden al centro de atención Tayta Wasy presentan un nivel de depresión leve LIMA-.

Montenegro y Santisteban (2016) Lambayeque realizaron estudio titulado” Factores Psicosociales Asociados a la Depresión en adultos mayores del centro poblado Coronado de Mochumi“. Método tipo descriptivo correccional. Objetivo. Determinar los factores psico asociados a la depresión en el adulto mayor. Muestra de 36 adultos mayores Instrumento Escala de depresión Yesavage GDS-15. Resultado 45.8%presentan un estado depresivo severo en relación al factor psicológico el 61.1% presenta auto estima media mayores de 65 años.

Odar (2012) realizo un estudio titulado “Prevalencia de trastorno depresivo en adultos mayores que conforman el Centro Integral del Adulto Mayor REQUE. Chiclayo –Perú”. Siendo su objetivo estimar la prevalencia de trastorno depresivo en los adultos Mayores. La metodología es de tipo descriptivo transversal prospectivo. Su muestra fue de 90 adultos mayores a quienes se aplicó el Instrumento de test de depresión geriátrica Yesavage versión corta, del cual se obtuvo

como resultado que la prevalencia de trastorno depresivo en los adultos mayores fue del 28.9%, padecen de dicho trastorno el 14.4% de hombres y mujeres de 65 a 85 años, los adultos mayores con depresión establecida son los que viven solos.

2.2. Bases teóricas de la Depresión.

2.2.1 La depresión

La Organización Mundial de la Salud señala que la depresión es un trastorno mental frecuente, que tiene características principales, entre ellos: se manifiesta la tristeza, hay pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración en la vida cotidiana (OMS, s.f.)

La depresión puede llegar ser crónica o recurrente y dificultar el desempeño en las labores del trabajo o el colegio y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su nivel más alto, puede llevar al suicidio. Si es leve, se puede otorgar tratamiento sin medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden tratar con medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria (OMS, s.f.).

2.2.2 Teorías psicológicas de la depresión

2.2.2.1 La teoría conductual: como falta de refuerzo.

La depresión se debe a una falta de refuerzos que hace que el que la padece no actúe. Debido a la inactividad el deprimido no encuentra refuerzos en la sociedad y en consecuencia la depresión se perpetúa (García, 2013)

Según esta teoría el tratamiento consiste en una programación de actividades que comienzan a dar al sujeto los refuerzos que necesita. Una vez que comienza se establece una realimentación

positiva. Uno del problema con los que plantea el depresivo es que dice que no tiene fuerzas para hacer nada, que cuando se le cure la depresión y se siente bien es cuando saldrá y hará las cosas que le apetecen. Se trata de plantearle lo contrario, cuando te mueves te refuerzan y te sentirás bien y con más ganas de seguir (García, 2013).

2.2.2.2 La teoría conductual de Foster

Este modelo señala que el estado de ánimo está referido a la cantidad de conductas que tiene la persona, si una persona comienza a disminuir la cantidad de conductas positivas o tiene conductas positivas, pero con baja intensidad, provocara la depresión, porque se creara un patrón de inhibición de conductas reforzadoras o positivas que mantienen a la persona en un estado normal. (Foster, s.f.; citado por Roda, 2016).

2.2.2.3 La teoría conductual de Castello

Se refiere a los reforzadores ambientales en las conductas positivas, donde tiene gran importancia el factor externo, pues en la medida que exista un interés de la persona será efectivo la actitud reforzadora. Por ejemplo si un niño rechaza la comida porque su madre ya no es su cuidadora, entonces provocara un cierto desinterés a la hora de tomar sus meriendas y como consecuencia provocara un patrón de evitación. Es por ello, que en la medida que se presente mayor desinterés por la persona en realizar una conducta puede conllevar a una depresión (Castello, s.f.; citado por Roda, 2016).

2.2.2.4 Teoría Cognitiva según Beck

La mayoría de trabajos realizados sobre la teoría cognitiva, tiene base en lo propuesto por Beck.

La teoría cognitiva se puede dividir en cuatro elementos según:

- 1) La tríada cognitiva a, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro;
- 2) Los pensamientos automáticos negativos;
- 3) Errores en la percepción y en el procesamiento de información;
- 4) Disfunción en los esquemas.

La tríada cognitiva a, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro, que se refiere a que el individuo está deprimido porque el contenido cognitivo que tiene sobre el mismo, su mundo y futuro es negativo. Se ve como un ser incapaz e indeseable, tiene obstáculos mentales sin solución, frustrándose y provocándose la desesperanza. (Beck, 1967; citado por Vázquez et al, s.f.).

Los pensamientos automáticos negativos, son aquellas donde el paciente deprimido no se da cuenta que su proceso de interpretación, son repetitivos e involuntarios, que tiende a ser negativos. Y cuando la depresión es grave, los pensamientos negativos se vuelven parte del conocimiento consiente. (Beck, 1991; citado por Vázquez et al, s.f.).

Errores en la percepción y en el procesamiento de información. Se produce porque el procesamiento de información de una persona deprimida tiene inferencia en la toma de decisiones, donde una persona puede llegar a una conclusión sin tener un sustento razonable y adecuado, porque el individuo cuando padece de esta enfermedad generaliza los hechos, donde la fracción de un hecho sirve para emplearla en varios hechos aislados, sobreestimando los posibles acontecimientos, sin tener medio probatorio o evidencia que determine que ha tomado la decisión correcta. También puede darse este tipo de situaciones porque el individuo procesa la información en base a creencias sin valor científico, por ejemplo, cuando usan el término «si yo fracaso en mi trabajo, entonces yo soy un fracaso como persona»,

conlleándolo a una depresión y al fracaso que logra (Beck, 1979 y Freeman y Oster, 1997, citados por Vázquez et al, s.f).

Disfunción en los esquemas. La distorsión cognitiva provoca que permanezcan los esquemas disfuncionales, donde el paciente anticipadamente, espera el fracaso, no se siente satisfecho y en base a una mala información sobre sus experiencias crea expectativas negativas produciéndose finalmente la depresión. (Beck, 1967; citado por Vázquez et al, s.f.).

2.2.2.5 La teoría cognitiva: la depresión como resultado de pensamientos inadecuados.

La depresión se debe a una distorsión cognitiva, en la que el depresivo distorsiona la realidad viéndose de forma negativa en la triada cognitiva, el mismo, el mundo y el futuro (García, 2013).

2.2.2.6 Teoría cognitiva de la indefensión aprendida: la incapacidad para poder resolver algún problema.

Al estar asociada con la teoría de la desesperanza. El problema es la pérdida de la esperanza por querer conseguir los refuerzos esperados (García, 2013).

2.2.2.7 La teoría cognitiva de la indefensión aprendida y su reformulación.

Es cuando un individuo es incapaz de entender la relación, entre su comportamiento y las consecuencias que se obtiene (negativas o positivas). Según Abramson et al. (1978), se puede dimensionar en interna-externa, global-específica y estable-inestable, para comprender un ejemplo si un sujeto va a una entrevista de trabajo y no lo consigue, y atribuye el fracaso a su baja capacidad, estaría haciendo una atribución de tipo interno, estable y global. Si, por el contrario, lo atribuye a que este tipo de trabajo no era adecuado para él, la atribución sería de tipo

externa, específica e inestable. Con este entendimiento se puede captar si la persona tiene baja autoestima, la cronicidad y la generalidad de la indefensión, y si presenta un cuadro de depresión. (Abramson, 1979; citado por Vázquez et al, s.f).

2.2.2.8 Teoría biológica.

.La depresión, según la teoría es originada por un desequilibrio de los neurotransmisores. Cuando estamos deprimidos tenemos ese desequilibrio y al tomar el medicamento adecuado, los neurotransmisores se equilibran y el estado de ánimo cambia. No podemos quedarnos solamente en esta teoría, la depresión que se tiene es reactiva a una situación, si la situación que se vive y no se soluciona se siguen dando las condiciones para que se perpetúe, aunque se tomen antidepresivos (García, 2013).

2.2.2.9 Teoría del psicoanálisis.

La teoría psicodinámica parte de Freud en el año 1917, cuando publicó un artículo titulado "Luto y melancolía", propuso que cuando una persona pierde a un ser querido o algo simbólico o imaginario, la depresión se puede manifestar por la autoestima baja y las autocríticas. Esto se da como consecuencia cuando el individuo posee muy poca fe y confianza en las capacidades que posee, así mismo, crea sentimientos de culpabilidad que se vuelven incontrolables acompañados de pensamientos negativos con tristeza. (Freud, 1917; citado por Vicent, 2011)

Según Bleichmar en el 2003 señaló los componentes que caracterizan el episodio depresivo son, una fijación a un deseo no realizable, una imagen de sí mismo como un ser incapaz para satisfacer su deseo, y el afecto depresivo con un grado de inhibición psicomotriz (Bleichmar, 2003; citado por Vicent, 2011).

2.2.3 Clasificaciones de depresión según el CIE 10

Trastornos del humor (afectivos)

F32 Episodios depresivos [Criterios DSM IV]

- F32.0 Episodio depresivo leve.
- F32.1 Episodio depresivo moderado.
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- F32.8 Otros episodios depresivos.
- F32.9 Episodio depresivo sin especificación.

| En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- La disminución de la atención y concentración.
- La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- Una perspectiva sombría del futuro.
- Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- Los trastornos del sueño.
- La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz

pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas.

Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Algunos de los síntomas anteriores pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras, despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas), pérdida marcada de apetito, pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes), pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Incluye:

Episodios aislados de reacción depresiva.

Depresión psicógena (F32.0, F32.1 ó F32.2).

Depresión reactiva (F32.0, F32.1 ó F32.2).

Depresión mayor (sin síntomas psicóticos).

F32.0 Episodio depresivo leve

Pautas para el diagnóstico

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32.-, página 152). Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

F32.00 Sin síndrome somático: Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndromes somáticos o ninguno.

F32.01 Con síndrome somático: Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más del síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.1 Episodio depresivo moderado

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

F32.10 Sin síndrome somático: Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.

F32.11 Con síndrome somático: Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más del síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Incluye:

Episodios depresivos aislados de depresión agitada.

Melancolía.

Depresión vital sin síntomas psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las

alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (ver F30.2).

Incluye: Episodios aislados de:

Depresión mayor con síntomas psicóticos.

Depresión psicótica.

Psicosis depresiva psicógena.

Psicosis depresiva reactiva.

F32.8 Otros episodios depresivos

Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0-F32.3, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otro; síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas (como los que se observan en ocasiones en los servicios de interconsulta de hospitales generales).

Incluye:

Depresión atípica.

Episodios aislados de depresión "enmascarada" sin especificación.

F32.9 Episodio depresivo sin especificación

Incluye:

Depresión sin especificación.

Trastorno depresivo sin especificación.

2.2.4. Posibles factores de la depresión

La depresión no está causada por un solo factor, es el resultado de un conjunto de eventos de diferente naturaleza que todavía se desconoce su ámbito, y que requiere la mayor atención.

Por lo general existen tres: Los factores biológicos, psicológicos y ambientales. Aunque en la actualidad existen más: los factores afectivos y fisiológicos.

García & Nogueras (2013) que refieren determinados factores de la depresión:

2.2.4.1 Factores genéticos:

La predisposición genética, si existen antecedentes familiares con cuadros de depresión, aumentan la probabilidad de padecer. Las mujeres sufren con mayor frecuencia la depresión que los hombres (García & Nogueras, 2013).

2.2.4.2 Factores biológicos:

En nuestro cerebro existen sustancias químicas, que son denominadas neurotransmisoras que cumplen la función de pasar señales de una célula a otra. En la depresión algunos de estos sistemas, principalmente los de Serotonina y Noradrenalina, que parecen no estar funcionando correctamente (García & Nogueras, 2013).

Un ejemplo claro donde los factores biológicos se puede distinguir, es después del parto cuando las mujeres presentan cambios hormonales, al cual se le llama depresión posparto (García & Nogueras, 2013).

2.2.4.3 Factores sociales:

Existen diferentes situaciones complicadas que ocurren en la vida, los problemas familiares, laborales, son los causantes que favorecen su iniciación. Los diversos estudios muestran que la depresión y la ansiedad tienen mayor prevalencia en el sexo femenino que en el sexo masculino (García & Nogueras, 2013).

La presencia de varios factores de la depresión, provoca las manifestaciones de la enfermedad, Por ejemplo, la pérdida o la muerte de una persona importante para las personas, o situaciones de sobrecarga crónica pueden ser los desencadenantes de una enfermedad depresiva (García & Nogueras, 2013).

Siempre se debe tener precaución ante situaciones difíciles, que se presentan los golpes de la vida, pueden producir tristeza, decaimiento y alteraciones anímicas esto no significa que tenga que ser necesariamente una depresión. Si se diagnostica la enfermedad depresiva, dependiendo el nivel, el médico le iniciara su tratamiento. (Keck, 2010.).

2.2.5 Diferencias de la depresión por género por factores biológicos

Según Keck (2010) “la depresión afecta a cerca de un 15 % de la población de Munich, siendo las mujeres que más sufren, el doble que los hombres”. Esto nos muestra que cualquiera puede llegar padecer, sus familiares, las amistades. Esta enfermedad a veces es silenciosa o no se reconoce.

2.2.6 El adulto mayor

Según Ley N° 30490, establece que debe entenderse por personas adultas mayores a todas aquellas que tenga de 60 o más años (Diario oficial el peruano, 2016).

2.2.7 La Depresión y el adulto mayor.

Según la Organización Mundial de la Salud en el 2016, la depresión puede causar grandes sufrimientos y trastornos en las actividades habituales en la persona. Que afecta a un 7% de la población de ancianos en general (OMS, 2016).

Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se le da tratamiento o no se diagnostica en esta etapa de la vida (OMS, 2016).

Los adultos mayores que padecen de depresión y con enfermedades crónicas de los pulmones, la hipertensión arterial o la diabetes. Este trastorno aumenta con el uso de los servicios médicos y los costos que se generan de la asistencia sanitaria (OMS, 2016).

2.2.8. La depresión en el envejecimiento.

La depresión no es parte en el envejecimiento. Existen estudios que muestran que los adultos mayores se sienten conformes con sus vidas a pesar del aumento de dolores físicos. Cuando la depresión está presente, no siempre es detectada, porque a veces los adultos mayores no suelen mostrar los síntomas menos evidentes, porque están menos propensos a sufrir o reconocer sentimientos de tristeza o pena (National Institute of Mental Health, s.f).

Los adultos mayores están propensos a manifestarse las diferentes enfermedades tales como el cáncer, enfermedades cardíacas o un derrame cerebral, que pueden llegar a provocar síntomas de depresión, o pueden estar tomando drogas medicas cuyos efectos secundarios contribuyen a la depresión. A veces, los adultos mayores pueden padecer de depresión vascular, evitando que el flujo sanguíneo llegue a todos los órganos del cuerpo, incluyendo el cerebro. Las personas que padecen de esta depresión pueden tener o estar en riesgo de sufrir una enfermedad

cardiovascular o derrame cerebral coexistente (National Institute of Mental Health, s.f).

La depresión suele asociarse a otras condiciones médicas, sin embargo, cuando los médicos las tratan, prestan menor atención a la depresión. Noël et al (2012, citado por Palia, Feldman & Martorell, pág. 557) en un estudio con 1 801 adultos mayores en estados Unidos con depresión clínica severa donde cada uno tenía, en promedio, cuatro enfermedades crónicas. La depresión desempeñaba un papel más importante en el estado funcional mental, la discapacidad y la calidad de vida que cualquiera de las otras condiciones.

2.2.9 La depresión y el suicidio.

La depresión es una enfermedad grave que en determinados casos puede llegar a amenazar incluso la vida del paciente. Si no se trata, puede resultar en la muerte por un suicidio, que viene condicionado por una depresión que es la causa más común de fallecimiento después de la muerte por accidentes. Es muy probable que todos los pacientes con depresiones graves hayan tenido, pensamientos suicidas. Si la depresión se diagnostica y se trata oportunamente, desaparece también el deseo de morir (Keck, 2010).

2.2.10 La depresión y la desesperanza

Abramson et al (1997), se refiere que las personas que tiene estilos inferenciales negativos (es decir, la vulnerabilidad) poseen mayor riesgo que las personas que no exhiben dichos estilos para desarrollar síntomas depresivos, especialmente los síntomas del hipotetizado subtipo de depresión por desesperanza, cuando experimentan sucesos vitales negativos (es decir, el estrés). La vulnerabilidad cognitiva está constituida por tres patrones inferenciales desadaptativos: 1) tendencia a inferir que los factores estables (probabilidad de persistir durante el tiempo) y globales (probabilidad de afectar a muchas áreas de la vida) causan los

sucesos negativos. 2) tendencia a inferir que los sucesos negativos presentes conducirán a eventos negativos futuros; y 3) tendencia a inferir características negativas sobre sí mismo/a cuando ocurren sucesos negativos.

2.2.11 La depresión y el estado de ánimo deprimido.

El estado de ánimo deprimido, está referido a más síntomas y trastornos mentales asociados: llanto, irritabilidad, obsesivas, ansiedad, fobias, crisis de angustia, la preocupación excesiva por la salud física, fibromialgia, quejas de dolor, problemas en la actividad sexual, problemas en las relaciones interpersonales, tristeza profunda, problemas laborales, problemas escolares, abuso de alcohol y otras sustancias que llegan a afectar la vida.

2.3 Definición conceptual

- Adulto mayor.

Se llama o usa el término adulto mayor cuando la persona tiene más de 60 años de edad, incluso se les puede llamar personas de la tercera edad, porque según las propias características que la persona alcanza a la edad de 60, desde el ámbito biológico, psicológico o social en el territorio donde vive. (El peruano, 2016; concepto, 2014).

- Centro Poblado

En todo lugar del territorio nacional, identificado mediante un nombre y habitado con el ánimo de su supervivencia, se agrupan y forman una población de humanos con sus respectivos saneamientos básicos, en los lugares que no viven humanos o se cultivan alimentos de pan llevar, este grupo de personas inicia su permanencia, por lo general, es conformada por varias familias, en especial madres solteras y padres solteros por tener un hijo si conyugues, Las viviendas pueden hallarse agrupadas de manera contigua formando manzanas, calles y plazas, como en el caso de los pueblos y

ciudades, semidispersos, como una pequeña agrupación de viviendas contiguas, como es el caso de algunos caseríos, rancherías, anexos, etc. o, hallarse totalmente dispersos, como por ejemplo las viviendas de los agricultores en las zonas agropecuarias (INEI, 2006).

- **Depresión en el adulto mayor.**

Las personas mayores de 60 años que tienen los síntomas o presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, son consideradas adultos mayores con depresión. (OMS, 2016).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño utilizado.

3.1.1 Tipo de investigación:

La presente investigación es descriptiva, según refiere Hernández (2012). Este tipo de investigación tiene como propósito describir las variables y analizar su incidencia en un momento dado. En la investigación también se presenta un proyecto de intervención lo que es un trabajo aplicativo, ya que es diferente por tener un propósito práctico inmediato bien definido, en el cual, se investiga para luego actuar, cambiar, modificar o proyectarse a un determinado sector en obtener la meta propuesta hacer realidad.

Según Tamayo (2003), la investigación descriptiva comprende la descripción, el registro, el análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la composición o proceso de los fenómenos. El enfoque del trabajo se hace sobre conclusiones dominantes o sobre grupo de personas, grupo de cosas, se conduce o funciona en presente.

3.1.2 Diseño de la investigación:

El diseño de la investigación es no experimental, transversal descriptivo.

Es no experimental porque la muestra sujeta a estudio no fue manipulada durante la investigación. Así mismo, refieren los investigadores Hernández, Fernández & Baptista (2006) que la investigación es no experimental porque no hacemos variar intencionalmente las variables independientes. Lo que se hace en la investigación no experimental es observar los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.

Es transversal descriptivo porque según los investigadores Hernández, Fernández & Baptista (2006) “el diseño transversal es aquel donde los datos se recopilan en un solo momento, en un tiempo único”. Su propósito es describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un tiempo dado. Es como tomar una fotografía de algo que sucede y registrarlo.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

La población es la casa del adulto Mayor Tayta Wasi, del centro poblado san Francisco de la provincia Mariscal Nieto está ubicado en el departamento de Moquegua, a esta casa pertenecen 30 adultos mayores, de 60 años a mas, los que se reúnen todo el lunes y jueves de cada semana entre ellos hombres y mujeres, para realizar sus actividades de preparación de alimentos, reuniones, confraternizar y para realizar los diferentes tipos de ejercicios entre ellos el Taichí.

3.2.1 La muestra.

La muestra seleccionada fue determinada mediante el método probabilístico aleatoria, donde todos los miembros de la Casa Tayta Wasi pudieron ser sujetos del presente estudio, por lo cual los criterios de Inclusión es que los participantes tuvieran más de 60 años de edad (adulto mayor) y pertenezca a la casa referida. No se aplicó el criterio de exclusión a ningún participante. Los adultos mayores a quienes se aplicó el instrumento a toda la población de estudio conformada por 30 adultos mayores, que son parte de la muestra.

Los 30 adultos mayores se les aplico la escala de depresión geriátrica de Yesavage GDS 15. Según Cohen, Manion & Morrison (como se citó por Vicenty y Figueroa, 2011), refieren que la muestra se compone de aquellos que tengan la misma característica y pueden ser partícipes de del proceso hasta que se obtenga el grupo de la muestra.

Tabla 1.

Distribución de la muestra

Distribución de la muestra según sexo	Frecuencia
Hombre	12
Mujer	18
Total	30

Elaboración propia

3.3 Identificación de la variable

La depresión en el adulto mayor es la variable que se va a evaluar, si la padecen o no padecen en la casa Tayta Wasi.

Cuando el estado de ánimo de un individuo o persona sufre sentimientos severos y prolongados de tristeza o síntomas relacionados que afectan a su capacidad para relacionarse con otros, trabajar o afrontar el día, la tristeza se convierte en una enfermedad, que se conoce como depresión.

3.3.1 Tabla de Operacionalización.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Calificación	
Nivel de depresión	La depresión es una respuesta de la pérdida o falta de refuerzos positivos contingentes en la conducta, como la reducción en el número de conductas y la reducción en la cantidad de actividades. (Lewinsohn, 1974, citado por Sanz y Vásquez, 2014)	Estado de ánimo deprimido	Desesperanza	Desánimo	1, 4, 5, 7	Por baremos: Normal, Depresión severa, Depresión Moderada y Depresión Severa
				Aislamiento	9, 15	
				Visión catastrófica	6, 8, 12	
				Desmotivación	2, 10	
				Negatividad	11, 13, 14.	
			Sentimiento de vacío	3		

3.4 Técnicas e instrumentos de instrumentos de evaluación y diagnóstico.

Según Galán (2009) refiere que la técnica del cuestionario es un cuerpo de preguntas elaboradas para obtener la información necesaria para lograr los objetivos establecidos en el proyecto de investigación. Además, permite estandarizar e integrar la recopilación de datos. Un cuestionario mal construido conlleva a recoger información incompleta, datos incorrectos generando información no confiable. Por esta razón el cuestionario es en definitiva un conjunto de preguntas referida a una o más variables que se medirán.

En concordancia con lo referido por Galán (2009), el test de escala de geriatría de Yesavage GDS 15 es el instrumento aplicado y propicio porque es un documento específico que permiten al investigador recoger la información y las opiniones que manifiestan las personas para identificar la depresión.

En 1986, se creó un cuestionario corto de la escala de depresión geriátrica tés de yesavage GDS 15, que consiste de 15 preguntas. Para la versión corta, se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación. De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente. El puntaje de 0-4 se considera normal, según la edad, educación; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa. El cuestionario corto resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve. Además de que se puede dimensionar en la esperanza y estado de ánimo deprimido.

Escala de depresión de Geriátrica de Yesavage GDS 15.

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión, ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y consta de 30 preguntas de formato si-no. En 1986, Sheikh y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas, la cual conserva la efectividad de la escala original, mejorando la facilidad de la administración además de que se puede dimensionar en desesperanza y el estado de ánimo deprimido. Un puntaje de 5 o más respuestas positivas sugiere depresión, con una sensibilidad y especificidad de entre 80-95% dependiendo de la población estudiada. Aunque ambas versiones de la Escala de Depresión Geriátrica son instrumentos muy efectivos, aún la versión de 15 preguntas resulta demasiado extensa para su uso rutinario en atención ambulatoria. Basado en esta necesidad, es que en 1999 T. Hoyl, C. Alessi, L. Rubenstein et al desarrollaron la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica, la cual en población norteamericana resultó ser tan efectiva como la versión de 15 preguntas, con una sensibilidad de 97% y especificidad de 85% para el diagnóstico de depresión.

Validez y confiabilidad.

La Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica test de Yesavage GDS15 en el Perú se dio en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia, se aplicó el instrumento de la Escala de depresión geriátrica en su versión reducida GDS15 y el corto GDS4 en conjunto con el DSM-IV a una cantidad total de 400 adultos mayores entre 60 y 85 años que ingresaron al estudio del cual el 66,25% fueron mujeres, la media de la edad fue 70,85 años. El 17,3% tuvo depresión según DSM -IV, 11,8% según GDS-15 y 34,3% según GDS-4. La sensibilidad del GDS-15 fue de 49%, la especificidad 96%, con un valor predictivo negativo de 90% y valor predictivo positivo de 72%. La sensibilidad del GDS- 4 fue de 93%, la especificidad de 78%,

con un valor predictivo negativo 98% y valor predictivo positivo de 47%. El valor Kappa para el GDS-15 en relación al DSM-IV fue 0,52 y para el GDS-4 fue de 0,50. Los resultados del GDS-4 presenta una alta sensibilidad y un alto valor predictivo negativo, lo cual nos permite utilizarlo como un buen método de tamizaje, aunque no de diagnóstico debido a que presenta un bajo valor predictivo positivo y un índice Kappa de 0,50, que no muestra adecuada concordancia con el estándar de oro, siendo el de orden diagnóstico mayor a 0,8. En el GDS-15 presentó menor sensibilidad y menor valor predictivo negativo que el GDS-4, en comparación con el estándar de oro. En estudios previos se encontró una mayor sensibilidad para depresión con el primer instrumento debido a que el punto de corte usado fue menor e incluía las categorías de riesgo y depresión establecida, nosotros consideramos un punto de corte mayor o igual a 10, para considerar solo depresión establecida y no riesgo de depresión. El GDS-15 demostró tener una buena especificidad y mayor valor predictivo positivo que el GDS-4.

CAPÍTULO IV

PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Procesamiento de los resultados.

Luego de recolectar la información con el instrumento de la escala de escala de geriatría de Yesavage GDS 15 para la medición de la depresión, se procedió a:

- ▶ Tabular la información, codificarla y transferirla a una base de datos computarizada (IBM SPSS, 22 y MS Excel 2016)
- ▶ Determinar la distribución de las frecuencias y la incidencia participativa (porcentajes), de los datos del instrumento de investigación.
- ▶ Se aplicaron las siguientes técnicas estadísticas:

Valor Mínimo y Máximo

Media aritmética:

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n X_i}{n}$$

4.2 Presentación de resultados.

A continuación, se presenta los resultados obtenidos de la tabulación de datos, de la aplicación del test de escala de depresión geriatría de Yesavage GDS15 a los 30 adultos mayores de la casa Tayta Wasi del centro poblado san Francisco provincia Mariscal Nieto- Moquegua.

Tabla 2

Nivel de depresión en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi del centro poblado san Francisco provincia Mariscal Nieto- Moquegua.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	Frecuencia
	Normal	2	6,7	6,7	6,7
	Leve	12	40,0	40,0	46,7
Válidos	Moderada	14	46,7	46,7	93,3
	Severa	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

En la tabla N° 2 se puede observar los niveles de depresión en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi, siendo los siguientes: Normal, 2 adultos mayores; con depresión leve 12 adultos mayores; padecen depresión moderada 14 adultos mayores y; padecen de depresión Severa en 2 adultos mayores. Se puede resaltar que en la presente muestra se observa con mayor frecuencia la presencia de depresión moderada.

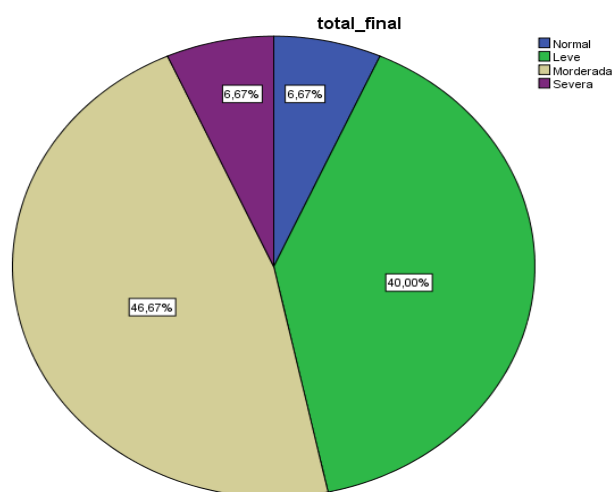


Figura 1 Nivel de depresión en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi del centro poblado san Francisco provincia Mariscal Nieto- Moquegua.

El 6.6 % de adultos mayores se encuentra normal; el 40.0 % de los adultos mayores padece de depresión leve; el 46.6 % padece de depresión moderada y el 6.6% padece depresión leve.

Tabla 3

Nivel de depresión en la dimensión de desesperanza en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi del centro poblado san Francisco provincia Mariscal Nieto- Moquegua.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	7	23,3	23,3	23,3
Medio	22	73,3	73,3	96,7
Válidos Alto	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

En la tabla N° 3 se puede observar en los niveles depresión de la dimensión de desesperanza que presentaron los adultos mayores: 7 adultos mayores con desesperanza baja, 22 adultos mayores con una desesperanza medio y, solo 1 adulto mayor con desesperanza alta. Los resultados resaltan la presencia de la desesperanza a nivel medio en los adultos mayores.

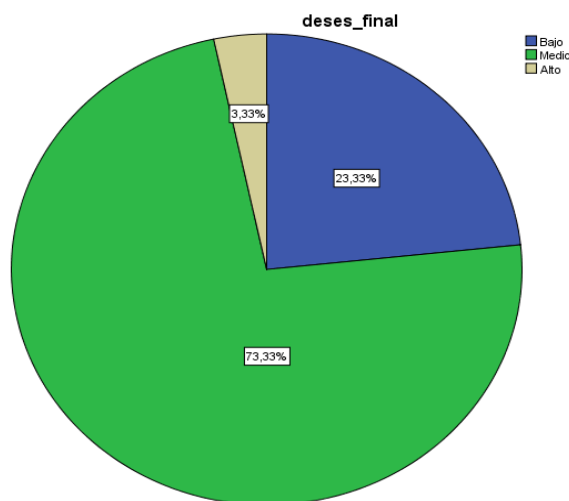


Figura 2 Nivel de depresión en la dimensión de desesperanza de la depresión en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi del centro poblado san Francisco provincia Mariscal Nieto- Moquegua.

El 23.3% de los adultos presento la desesperanza bajo, sin embargo, se advirtió que el 73.33% de los adultos mayores presentaron la desesperanza en el nivel medio y el 3.33% presento la desesperanza alta.

Tabla 4

Nivel de depresión en la dimensión del estado de ánimo deprimido en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi del centro poblado san Francisco provincia Mariscal Nieto- Moquegua.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	5	16,7	16,7	16,7
Medio	24	80,0	80,0	96,7
Válidos Alto	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

En la tabla N° 4 se puede observar en los niveles de depresión en la dimensión del estado de ánimo deprimido que padecen los adultos mayores: 5 adultos mayores presentaron el estado de ánimo deprimido bajo, seguido de una mayoría de 24 adultos mayores que presentaron el estado de ánimo deprimido medio, y 1 adulto mayor que presento el estado de ánimo deprimido alto.

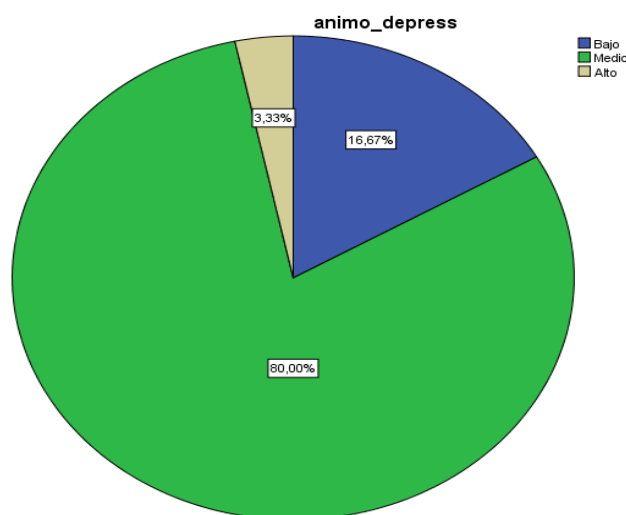


Figura 3 Nivel de depresión en la dimensión de ánimo deprimido en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi del centro poblado san Francisco provincia Mariscal Nieto- Moquegua.

El 16.6% presento el nivel de estado de ánimo deprimido bajo; el 80% presento el nivel de estado de ánimo deprimido medio y el 3.3% presento el estado de ánimo deprimido alto.

4.3 Análisis y discusión de los resultados

Los resultados obtenidos en la tabla 2 y figura 1 demuestran que de la aplicación de la escala de depresión geriátrica test de Yesavage versión reducida GDS 15, se encontró a 2 adultos mayores con el nivel normal, con la presencia de la depresión leve a 12 adultos mayores, así mismo, se advirtió que 14 adultos mayores presentaron la depresión moderada, y 2 con la depresión severa, por lo tanto, la muestra requiere una atención especializada para el control de la depresión ya presente en la población.

Los niveles de la dimensión de desesperanza de la depresión presentados en los adultos mayores de la casa Tayta Wais de San Francisco Moquegua son: 7 adultos mayores presentaron el nivel de desesperanza bajo; 22 de adultos mayores con el nivel de desesperanza medio; 1 adulto mayor con la presencia del nivel de desesperanza alta. Los niveles presentes de la dimensión de desesperanza están afectando la calidad de vida del adulto mayor, por eso es necesario que reciban un control conforme a los resultados obtenidos.

Los niveles de la dimensión del estado de ánimo deprimido presentados en los adultos mayores son: 5 adultos mayores presentaron el nivel de estado ánimo deprimido bajo; 24 adultos mayores presentaron el nivel de estado de ánimo deprimido medio; 1 adulto mayor presento el nivel de estado de ánimo alto.

La depresión es una enfermedad que afecta a muchas personas y conforme señala Salazar y Reyes respecto a que los resultados que obtuvo, que más vulnerable son los sujetos con edad entre los 70-79 años, los cuales son considerados adultos mayores, están más propensos a presentar de un episodio depresivo porque es una etapa donde la persona requiere mayor atención y comprensión.

Acosta señala que el lugar donde que aplico el instrumento evidencio que es una población que no ha sufrido abandono, y que, a pesar de las limitaciones propias de la edad, tienen la mentalidad de ser capaces de

poner en marcha nuevos proyectos. Y eso se debe a que en muchas de sus conclusiones señalo que presentan un apoyo social, donde las se encuentran personas llenas de energía, que, aunque en el mayor porcentaje existe el temor de que les pase algo malo, se sienten feliz la mayor parte del tiempo. El cual puede señalarse en la presente tesis, porque durante la aplicación del instrumento de Yesavage GDS15 se pudo observar que muchos de los adultos mayores no venían con sus familiares, no obstante, se pudo presenciar carisma y consuelo entre los compañeros, es por ello que posiblemente haya influenciado en los resultados obtenidos.

Ojeda y Orellana señalaron que la presencia de depresión mayor es de 1-5% y una frecuencia de 8-27% de los síntomas depresivos significativos en los adultos mayores que viven en la comunidad, además la cifra es aún mayor en los sujetos mayores hospitalizados, y en aquellos residentes en casas de reposo. Y eso se puede tener presente y comparar con los adultos mayores a quienes se aplicó el instrumento, pues la muestra con que se trabajó pueden transitar libremente, socializarse con mayor facilidad, así mismo, al estar libre les permite que pueden tomar decisiones lo que logra que el nivel depresión no aumente y de alguna manera se controla.

Se puede deducir que aquellos adultos mayores, que no poseen una red social establecida, es decir viven solos, está más propensos a sufrir dicho trastorno del ánimo; así mismo, nos muestra que no existe diferencia en su aparición acorde a género, datos que pueden verse reflejados en el resto de la población adulta mayor del distrito. El cual estamos de acuerdo, ya que la persona al ser un ser social desde que nace, por desde que inicia nuestra existencia dependemos de otros, sin duda es un factor que puede influenciar en la presencia de depresión en los adultos mayores.

Odar en su estudio realizado, cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de trastorno depresivo en los adultos Mayores, con una muestra de 90 adultos mayores, aplicando el Instrumento de test de depresión geriátrica Yesavage - versión corta, obtuvo como resultado que en la prevalencia de

trastorno depresivo de adultos mayores es de 28.9%, no existiendo estadísticamente una diferencia significativa según el sexo y que esta se encuentra marcada por la compañía de una persona. Que en comparación a los estudios del presente trabajo se observa que los adultos mayores presentaron un nivel de depresión el 93 % lo cual puede demostrar que al existir un nivel de depresión se requiere una atención especializada.

Montenegro Santisteban en los estudios realizado cuyo objetivo fue determinar los factores psico asociados a la depresión en el adulto mayor, aplicado a una muestra 36 adultos mayores, empleando para esto el Instrumento Escala de depresión Yesavage GDS-15, obtuvo como resultado que 45.8% de su muestra presenta un estado depresivo severo, y un 37.5% un estado depresivo moderado, los cuales se relacionaban al factor psicológico de auto estima en los mayores de 65 años, siendo la conclusión del mismo que el factor psicológico tiene una incidencia en el estado depresivo de los adultos mayores. En nuestro trabajo podemos coincidir con esta parte de la conclusión, en el sentido que los resultados de nuestros estudios evidencian que el estado de ánimo de las personas los ubica según su condición de los síntomas de un episodio depresivo, en qué nivel de depresión se encuentra los adultos mayores.

Ibáñez, en su estudio cuyo objetivo fue determinar la prevalencia del nivel de depresión y la relación de algunos factores con la depresión en pacientes geriátricos del servicio de medicina interna del Hospital regional Honorio Delgado de adultos mayores de 60 años a más, conformada con una muestra por 96 pacientes a quienes aplicó el instrumento escala de depresión geriátrica yesavage, donde su resultado fue una prevalencia de 61,5% de depresión, así como la evidencia de no depresión en 38.5, advirtió la presencia de depresión Moderada en un 55,2% y depresión severa 6,3%, encontrando una relación estadística con las variables del sexo, grado instrucción y los días de hospitalización, que en contraste a mi trabajo donde el resultado: el 6.6 % de adultos mayores se encuentra normal; el 40.0 % de los adultos mayores padece de depresión leve; el 46.6 % padece de depresión moderada y el 6.6% padece depresión leve.

Así mismo, el estado de ánimo depresivo y la desesperanza se encuentran en los adultos mayores, sin embargo, el sexo y grado de instrucción no guardan relación con los resultados obtenidos en la muestra aplicada.

4.4 Conclusiones

Conforme a los resultados obtenidos de la aplicación de la escala de depresión geriátrica del test de Yesavage GDS 15, se identificó que los niveles de depresión presentes en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi del centro poblado San Francisco provincia Mariscal Nieto- Moquegua, son la depresión leve, moderada y severa, sin embargo, se puede señalar que se presentó en la mayor parte de la muestra la presencia de depresión moderada.

Respecto al nivel de depresión leve, se presentó en 12 adultos mayores de la casa Tayta Wasi del centro poblado San Francisco provincia Mariscal Nieto- Moquegua, quienes conforme a la aplicación de la escala de depresión geriátrica del test de Yesavage GDS 15, se identificó que padecen de depresión leve. Por lo tanto, requieren de asistencia profesional para poder controlar el episodio depresivo leve.

Respecto al nivel de depresión Moderado, se presentó en 14 de los adultos mayores de la casa Tayta Wasi del centro poblado San Francisco provincia Mariscal Nieto- Moquegua, quienes conforme a la aplicación de la escala de depresión geriátrica del test de Yesavage GDS 15, se identificó que padecen este episodio depresivo, por lo que requieren la asistencia profesional.

Respecto al nivel de depresión severa, se advirtió que 2 adultos mayores de la casa Tayta Wasi del centro poblado San Francisco provincia Mariscal Nieto- Moquegua, quienes conforme a la aplicación de la escala de depresión geriátrica del test de Yesavage GDS 15, padecen de depresión severa. Por lo tanto, requieren de asistencia profesional para poder controlar el episodio depresivo severo.

Se identificaron los niveles de depresión en la dimensión de desesperanza. Teniendo como resultado que los adultos mayores presentaron todos los niveles: el bajo, medio y alto, sin embargo, tuvo mayor presencia la desesperanza en el nivel medio, siendo necesario realizar medidas para prevenir el aumento del nivel de pensamientos negativos que puede estar teniendo en el adulto mayor.

Los niveles presentes de la depresión en la dimensión del estado de ánimo deprimido, fue el estado de ánimo bajo, medio y alto, siendo el más resaltante el estado de ánimo deprimido medio, por lo que se puede advertir un problema de la depresión, que es silencioso, pero se suele manifestar en el tiempo y requiere de control con asistencia de un profesional.

4.5 Recomendaciones

La intervención y participación de los adultos mayores en los diversos programas permite que pueda controlar y disminuir los niveles de depresión que pudiera padecer, además permite desarrollarse socialmente, mejorar su salud mental y física. Así mismo, se debe promover la participación de la familia para desarrollar un mayor afecto y un ambiente de armonía para lograr el pronto control del nivel de depresión.

La creación de programas de depresión que tengan presente la dimensión de desesperanza de la depresión, porque los pensamientos negativos que pueden tener los adultos mayores pueden tener influencia en los resultados que se espera obtener de la aplicación del programa de intervención.

El programa dirigido al adulto mayor debe tener presente la dimensión del estado de ánimo deprimido de la depresión, porque se debe tener en cuenta la cantidad de actividades reforzadoras que realiza la persona, para poder lograr una mejora pronta en base a las actitudes que tiene el adulto mayor frente al programa y esperar obtener mejores resultados.

La sociedad también debe intervenir en el programa, participando u otorgando ideas para hacer más eficaces en las metodologías de control y así poder identificar los factores de prevención de depresión en las diferentes casas de los adultos mayores. Y con ello invitar y motivar a los adultos mayores en la participación de los programas.

Se recomienda una intervención basada en resultados y conclusiones de investigación tales como el presente, resultado que es información relevante para los diversos estudios y programas de prevención social que están situados en nuestra localidad, en nuestra nación y en el mundo. Y poder concientizar, que la depresión es una enfermedad que a cualquier edad puede padecer una persona, a quien debe brindarse el apoyo adecuado, oportuno, eficaz, en el momento que se necesita. La depresión en algunos adultos mayores puede llevarlos al suicidio, al no sentirse comprendidos y escuchados, y estar desorientadas, pueden tomar decisiones equivocadas, por eso resulta muy importante el tratamiento efectivo de la depresión en nuestras vidas.

CAPÍTULO V

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

5.1 Denominación del programa

Taller para controlar o disminuir el nivel de depresión en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi en el centro poblado San Francisco de Moquegua.

5.2 Justificación del problema

La depresión es una enfermedad que está afectando a la humanidad en todo sus niveles, que no la podemos asociar solo a famosas obras literarias, su incidencia aumenta y se pronostica que en el año 2020 se ubicará como la segunda causa de discapacidad, cuando en el 2000 era la cuarta. Estos datos nos dan la evidencian que es un problema actual que se está viviendo y para el futuro (Garcia, 2013).

La depresión es una enfermedad silenciosa, que esta frecuente en muchas personas y que están padeciendo en especial el adulto mayor, así mismo existe las medidas para poder ser ayudado, a quienes las padecen y poder prevenir reconociendo sus características de los síntomas, para luego darte valor a ti mismo, que la vida es un gran regalo de la naturaleza (Garcia, 2013).

La depresión puede dimensionarse en la desesperanza y estado de ánimo deprimido, este conocimiento permite conocer el enfoque para realizarse el programa, como es el que se propone, porque en el ámbito de desesperanza se espera crear pensamientos positivos y poder suplir los negativos que pertenecen a la desesperanza, así mismo, realizar actividades con la participación del adulto mayor que tendrá por objeto enseñar conductas positivas para su salud mental y así controlar el estado de ánimo deprimido, porque la depresión es un mal que puede aparecer a cualquier edad, donde la persona puede mantener

sentimientos de gran tristeza durante un largo periodo, afectando su vida cotidiana (Lewinsohn, 1974, citado por Sanz y Vásquez, 2014).

En el departamento de Moquegua, en la casa Tayta Was del centro poblado san Francisco provincia Mariscal Nieto se tiene el resultado, del instrumento que los adultos mayores padecen de depresión en los diferentes niveles de medición, y conforme a la aplicación de la escala de depresión geriátrica test de Yesavage GDS 15. Siendo necesario la elaboración de métodos de control del nivel de la depresión que están padeciendo los adultos mayores.

Los adultos mayores de la casa Tayta Wasi San Francisco padecen de este mal y por ello es necesario la creación de un programa dirigido a la población mayor de 60 años, porque en esta etapa de la vida es donde las dificultades humanas se muestran como el desgaste cognitivo, los dolores musculares, las enfermedades gastrointestinales que conllevan a una eventual depresión, y aún más sí en esta etapa de la vida se encuentran solos.

La utilidad de crear un programa dirigido a los adultos mayores, es para controlar o disminuir el nivel de depresión, además de lograr los objetivos propuestos, tiene como ventaja que durante el desarrollo de las actividades se puede identificar nuevas y mejores metodologías. Así mismo, mostrar a la sociedad el problema que existe y motivarla en la creación de nuevos programas. También permite expresar al sector de adultos mayores que no se encuentran solos, y motivarlos a participar del taller.

5.3 Establecimiento de objetivos

- Involucrar las familiares de los adultos mayores.
- Lograr una mayor cercanía familiar con el adulto mayor.
- Enseñar un mejor estilo de vida.
- Confraternizar los participantes del taller.
- Motivar metas de corto plazo.

5.4 Sector al que se dirige

El Sector determinado para la intervención del presente programa está dirigido a los adultos mayores.

5.5 Establecimiento de conductas problemas /meta

Controlar o disminuir el nivel de depresión en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi del centro poblado San Francisco en Moquegua.

5.6 Metodología de la intervención

El presente taller se desarrollará en cinco áreas: En el aspecto físico recreativo, incluirá los movimientos físicos programados en el taller. En el ámbito psicológico, influirá mediante las breves historias acompañado de las actividades, para motivar una mente saludable con pensamientos positivos. En el ámbito social, los participantes podrán confraternizar durante el desarrollo de las sesiones, para formar objetivos en común. Así mismo, influirá el programa en la mejora de la salud mental. Además, se espera con el presente taller motivar a la sociedad en el apoyo y la participación de los programas dirigidos a los adultos mayores.

Tabla 5

Cuadro de áreas y participación de los adultos mayores.

Área	Adultos mayores
Físico recreativo	– Activar la psicomotricidad mediante los ejercicios coordinados del cuerpo.
Psicológica	– Generar pensamientos positivos. – Cumplir metas de corto plazo.
Social	– Generar confianza y confraternizar.
Familiar	– Involucrar a los familiares las actividades.
Salud	– Enseñar ejercicios de Relajación.

5.7 Instrumentos/material a utilizar

- Un psicólogo y un asistente
- Un ambiente para el desarrollo del programa.
- Equipo de sonido con micrófono
- 40 Sillas y 5 mesas
- Pelotas y globos

5.8 Cronograma

Estrategia.

El presente taller se realizará en ocho sesiones que será desarrollado durante los meses de setiembre y octubre del presente año. Tendrá una duración de una a dos horas por sesión. Así mismo cada sesión estará conformada por una actividad que tendrá objetivos de corto plazo. Además, se invitará a los familiares a participar del taller y acompañar a su ser querido. Teniendo presente durante todas las sesiones disminuir el nivel de depresión que existe. Y al finalizar las sesiones se tendrá una comunicación con los participantes, para conocer los resultados obtenidos durante el programa.

5.9 Actividades

Las sesiones se desarrollarán de la siguiente manera:

Tabla 6*Primera sesión de intervención*

N°	1
Sesión	Vida y libertad
Objetivo	Que los adultos mayores se sientan psíquica vivos y libres. Aprender pensamientos positivos durante la sesión.
Tiempo	1 hora
Recursos	Equipo de sonido
Indicador evaluación	Confianza Depresión

- A los participantes se les entregara una pelota para que lo hagan circular a todos. Cuando uno reciba la pelota debe decir su nombre, su comida y color favorito. Además, se les contará una breve historia que tendrá como mensaje la importancia de la vida y la libertad.

- Se realizará el ejercicio de respiración, en el cual se les pedirá que inhalen profundo mientras levantando las manos, y después bajen sus manos diciendo ¡Soy libre! (x10 veces).

- En el segundo ejercicio se les pedirá que se muevan como si estuviera pasando una fuerte corriente de electricidad, empezando por sus pies, cintura, manos, hombros y cabeza. Mientras dicen ¡Vivo! (x10)

Tabla 7*Segunda sesión de intervención*

N°	2
Sesión	Virtudes
Objetivo	Generar pensamientos positivos en los adultos mayores. Enseñar una correcta respiración para que se relajen los músculos y generar ideas positivas.
Tiempo	1 hora
Recursos	Quipo de sonido y sillas
Indicador evaluación	Relajación Depresión
Actividad	<ul style="list-style-type: none"> - Con un fondo musical suave y melodioso se pedirá a los participantes que se sienten y cierren sus ojos, inhalen y exhalen lentamente, pasado dos minutos se comenzara a contar una historia que deberán imaginar. - Luego cada uno tendrá que mencionar una virtud que tiene y lo entregara a quien está a su lado derecho, quien tendrá que decir una oración. Por ejemplo, yo soy feliz porque siempre como postre. Hasta que terminen todos. Después se iniciará con los ejercicios. - Los participantes deberán estirarse como si se estuvieran levantando, y dirán ¡Qué buen día hace! (x5 veces). Después levantarán las manos mientras inhalan aire, retendrán la respiración por 10 segundos y exhalando las bajarán (x10 veces). - Moverán un poco sus rodillas hacia adelante y atrás (x20 veces). Luego moverán la rodilla izquierda adelante derecha, adelante y atrás. (2 minutos). - Moverán las manos hacia adelante, luego detrás de la cabeza, adelante de nuevo, y sigue en la cintura minutos). Finalmente se realizara el ejercicio en conjunto (10 minutos).

Tabla 8*Tercera sesión de intervención*

N°	3
Sesión	La lava volcánica y el frio para cuidar nuestra salud. La importancia de abrigarse y cuidarse.
Objetivo	Que el adulto mayor pueda dar a conocer de sus malestares y preocupaciones a sus familiares más cercanos
Tiempo	1 hora
Recursos	Equipo de Sonido
Indicador	Autoestima
evaluación	Depresión

Actividad	<ul style="list-style-type: none">- La sesión empieza, con ejercicios de estiramiento, el cual será guiado por el coordinador.- Luego se jugará la lava y frio.- Que consiste en que cuando diga lava, todos van a pensar que está caliente el piso y tendrán que mover sus pies como si quemara el piso y a decir ¡quema, quema!Cuando diga frio, tendrán que abrigarse con sus brazos y comenzar a temblar como si hiciera frio y decir ¡Frio, frio!- Después se les contara una historia sobre el frio y el calor, para que puedan entender el mensaje, de abrigarse, y cuando algo les duele avisar.
-----------	--

Tabla 9*Cuarta sesión de intervención*

Nº	4
Sesión	Ricos alimentos
Objetivo	Hacer comprender la importancia de alimentarse. Generar relaciones interpersonales de los adultos mayores con sus compañeros y pueda existir mayor comunicación.
Tiempo	1 hora
Recursos	Equipo de sonido Participación familiar
Indicador de evaluación	Apetito. Trabajo en equipo. Depresión.

Actividad

Para esta sesión se necesitará una fruta o verdura que le guste al participante. Se formará dos grupos y se pedirá que un integrante del grupo determinado se acerque con su fruta o verdura, y se pedirá al otro grupo que intente adivinar porque le gusta la fruta hasta que terminen todos los integrantes. El que obtenga más puntos ganará un reconocimiento por parte del coordinador. Terminado, se les contará una breve historia de la importancia de las frutas y verduras.

Se calentará el cuerpo, mediante ejercicio de respiración y luego se jugará a Papa Noel.

- El juego consiste en que caminen por todo lado, y cuando diga alto, todos deberán agarrarse la barriga como Papá Noel y decir ¡Jo Jo Jo! Señalare a dos personas. A quien señale con la mano izquierda deberá decir su plato de comida favorito, y a quien señale con la mano derecha, agarrándose la barriga deberá decir ¡Jo jo jo quiero comer (la comida que se hizo mención)!

Tabla 10*Quinta sesión de intervención*

N°	5
Sesión	Familia y amigos
Objetivo	Lograr el afecto y cercanía familiar Crear un ambiente de confianza familiar Lograr el trabajo en equipo
Tiempo	2 horas
Recursos	Equipo de sonido
Indicador de evaluación	Comunicación Trabajo en equipo Depresión

- Se empezará primero con la presentación de sus familiares, y ambos se tendrán que poner un sobrenombre.

- Luego se realizará un juego llamado “el espejo del baile”, donde el familiar será el espejo. Se pondrá la música y todos bailaran. Se evaluará quien tiene mejor coordinación. Luego cambiaran de lugar donde el familiar esta vez será quien dirija el baile.

- Luego a cada pareja se les asignara un nombre de animal (León, pitbull, pantera, lobo, etc.). Deberán caminar en pareja por todos lados, y cuando el coordinar diga por ejemplo león, las parejas que les toque tendrán que levantar la mano y decir en voz de coro, ¡Acá están los leones del África!, al final deberá rugir acompañado del cuerpo.

- Luego se Pedirá que formen un circulo, y todos se agarren de la mano. Y jugaremos a lava y electricidad. Donde sin soltarse la mano, cuando diga electricidad, todos deberán simular que se están electrocutando, y cuando diga lava todos tendrán que levantar sus pies como si quemara el piso.

Tabla 11*Sexta sesión de intervención*

Nº	6
Sesión	Formas de reír.
Objetivo	Eliminar los prejuicios de vergüenza para sonreír. Activar los músculos faciales del rostro.
Tiempo	1 hora
Recursos	Equipo de sonido y globos
Indicador de evaluación	Autoestima Depresión Confianza

- En la actividad podrán participar los parientes.

Se formará una ronda y en el medio se pondrán dos parejas elegidas por afinidad. La pareja del lado izquierdo tendrá que decirle bromas a la pareja del lado derecho, empezando por las prendas. Por ejemplo, que lindos son tus aretes, que lindo es tu cabello. Provocando nervios en la otra persona, al cual la pareja del lado derecho deberá responder riendo a la broma.

Y cuando se quedan en silencio los participantes, todos dirán ¡tú puedes!, motivándolos a participar.

Luego las dos siguientes parejas ingresan, comenzaran a bailar. Pasan unos minutos y se detienen a mirar a los ojos de la otra pareja, y la pareja del lado derecho tendrá que decir que lindos son tus ojos. Mientras que una tercera persona le colocará las orejas del perro a la pareja del lado derecho. Y tendrán fabricar una conversación riéndose mientras se les sigue cambiando de accesorios.

Después de las risas, seguirá los ejercicios de inhalación y exhalación, mientras levantan las manos y después las bajan.

Tabla 12*Séptima sesión de intervención*

N°	7
Sesión	Imaginación de oro Enseñar a relajar la mente y el cuerpo.
Objetivo	Retención de memoria a corto plazo. Crear esperanzas de vida.
Tiempo	1 hora
Recursos	Equipo de sonido Globos amarillos.
Indicador de evaluación	Depresión Emoción

- Los participantes se sentarán en sus lugares, y al frente de cada participante estará un globo de color amarillo. Se les pedirá que miren fijamente al globo y recuerden su color. Luego cerraran sus ojos por tres segundos, abrirán sus ojos, nuevamente cerraran sus ojos por tres veces.

Después se le pedirá que se visualicen saliendo del mar viendo el brillo del oro. Ellos se levantarán de sus sillas con los ojos cerrados, lentamente abrirán sus ojos y contarán el color que ellos han visto.

Después frotarán sus manos sin unirlos, hasta sentir un cosquilleo y ponerlas en la zona de los ojos cerrados. Y comentarán su experiencia.

Luego caminarán lentamente en círculo, inhalando fuerte por la nariz y expulsando por la boca, con movimientos de los brazos arriba y abajo. (x 10 veces)

Tabla 13*Octava sesión de intervención*

N°	8
Sesión	Un compartir para vivir
Objetivo	- El objetivo identificar los logros obtenidos durante la realización de las diferentes sesiones.
Tiempo	1 hora Equipo de sonido.
Recursos	Alimento proporcionado por todos. Certificado de participación. Presentes o regalos.
Indicador de evaluación	Depresión

Actividad	- Se realizará un compartir, con la participación de los familiares y acompañantes. - Dentro de la actividad los participantes brindaran sus experiencias acerca del taller. Tendrán que señalar lo bueno y malo que les pareció. - Podrán proponer actividades para crear otro programa. - Mencionaran los efectos que han tenido en su vida.
-----------	---

Tabla 14*Fecha de actividades*

	sept 15	sept 22	sept 29	sept 08	sept 15	sept 22	oct 03	oct 10
1° Sesión	1 hora							
2° Sesión		1 hora						
3° Sesión			1 hora					
4° Sesión				1 hora				
5° Sesión					2 horas			
6° Sesión						1 hora		
7° Sesión							1 horas	
8° Sesión								1 hora

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson et al (1997) *Teoría de la Depresión por Desesperanza: Aportaciones Recientes*. Recuperado de: <http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-1997-2C483226-C41A-C2BF-E6FF-B2B50A1DAEB4/PDF>
- Acosta, A. (2016) Cartagena “*PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN LOS CENTROS DE VIDA EN CARTAGENA*”. RECUPERADO DE: <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/3098/1/PREVALENCIA%20DE%20DEPRESION%20EN%20LOS%20CENTROS%20DE%20VIDA%20DE%20CARTAGENA%20INFORME%20FINAL.pdf>
- Almeida, M. (2013). *ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL HOGAR DE ANCIANOS “SANTA CATALINA LABOURE”, AÑO 2012 -2013*. Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7224/8.14.001676.pdf;sequence=4>
- Bendezú C. (2015). *FACTORES ASOCIADOS A LA PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2014*. Recuperado de: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1232/3/Bendezu_cg.pdf
- Concepto (2014). *Definición de adulto mayor*. Recuperado de: <http://conceptodefinicion.de/adulto-mayor/>
- Diario Correo (18 de diciembre del 2013). *Aumentan casos de depresión y ansiedad*. Recuperado de: <http://diariocorreo.pe/ciudad/aumentan-casos-de-depresion-y-ansiedad-61320/>

Diario Oficial El Peruano (26 de julio del 2016). *Ley de la persona adulta mayor*
Ley N° 30490. Recuperado de:
<http://busquedas.elperuano.com.pe/normaslegales/ley-de-la-persona-adulta-mayor-ley-n-30490-1407242-1/>

CIE 10. (Sin fecha). *Trastornos del humor.* Recuperado de:
http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F32.html

García, j. (2013) *La depresión.* Recuperado de:
<http://www.cop.es/colegiados/M-00451/depre.htm>

García, J. & Nogueras, V. (2013) *GUÍAS DE AUTOAYUDA ¿CÓMO PUEDO AYUDAR A UN AMIGO O FAMILIAR CON DEPRESIÓN (P-5)?*
Recuperado de:
<http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/863/5.%20Co%CC%81mo%20puedo%20ayudar%20a%20un%20amigo%20o%20familiar%20con%20depresio%CC%81n.pdf>.

García, L. (2013) *La depresión es un problema actual pero también de futuro.*
Recuperado de: <https://actitudsaludable.net/la-depresion-es-un-problema-actual-pero-tambien-de-futuro/>

Hernández, I. (2012). *DEPRESIÓN EN LAS PERSONAS INTERNAS DEL ASILO DE ANCIANOS MADRE TERESA DE COATEPEQUE, QUETZALTENANG.*
Recuperado de:
<http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/22/Lopez-Irene.pdf>

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006) *Metodología de la investigación.* Cuarta edición. Recuperado de:
https://competenciashg.files.wordpress.com/2012/10/sampieri-et-al-metodologia-de-la-investigacion-4ta-edicion-sampieri-2006_ocr.pdf

- Ibáñez, B. (2015). *"PREVALENCIA Y FACTORES RELACIONADOS A DEPRESIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA ENERO- FEBRERO 2015"* Recuperado de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/298/M-21241.pdf?sequence=1>
- INEI (25 agosto 2015) *El Perú viven más de 3 millones de adultos mayores.* Recuperado de: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-viven-mas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570/>
- INEI (2006). *Definiciones y conceptos utilizados en la encuesta.* Recuperado de: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0017/ANEX2.htm>
- Keck, M. (2010). *La depresión.* Recuperado de http://www.depression.ch/documents/depressionen_es_neu.pdf
- Licas, T (2015) *"NIVEL DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN UN CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL S.J.M - V.M.T 2014"* Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas_tm.pdf
- Montenegro.v, y Santisteban B. (2016) *FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADO A LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES.* Recuperado de: <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/760/1/MONTENEGRO%20VALDIVIA>
- National Institute of Mental Health (Sin Fecha). *Depresión.* Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/index.shtml>

OMS. (Sin Fecha). *Depresión*, recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>

OMS. (Abril de 2016). *La depresión*, recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

OMS. (Abril de 2016). *La salud mental y los adultos mayores*, recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

OMS (2017) *Depresión*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

OJEDA, P. y ORELLANA J. (2015) *INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR EN LA RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN, EN LOS ANCIANOS QUE HABITAN EN EL HOGAR "CRISTO REY", CUENCA, 2015*. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23061/1/TESIS.pdf>

ODAR, G. (2012) *PREVALENCIA DE TRASTORNO DEPRESIVO EN ADULTOS MAYORES QUE CONFORMAN EL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR. REQUE. CHICLAYO – PERÚ. JULIO – DICIEMBRE 2012*. Recuperado de: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2200/3/odar_ge.pdf

Pasan T. (2014) *FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN ADULTO MAYOR DISTRITO 01D01-SALUD, CUENCA, 2014*. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21281/1/Tesis.pdf>

Palia, D. Feldman, R. & Martorell G. (2012). *DESARROLLO HUMANO, DUODÉCIMA EDICIÓN*. Recuperado de: <file:///F:/245959344-Desarrollo-humano-Papalia-12a-Ed-booksmedicos-org-pdf.pdf>

- Perú21 (06 de septiembre del 2014). *LA DEPRESIÓN CAUSA EL 80% DE SUICIDIOS EN EL PERÚ, PERO NO ES ATENDIDA*, Recuperado de <http://peru21.pe/actualidad/depresion-ciberbullying-sis-instituto-nacional-salud-mental-honorio-delgado-hideyo-noguchi-2197688>
- Roda, C. (2016) *La depresión explicada desde el conductismo*. Recuperado de: <https://lamenteesmaravillosa.com/la-depresion-explicada-desde-el-conductismo/>
- RPP Noticias (14 de junio del 2016). *Depresión: alrededor de 1 millón 700 mil peruanos la sufre*. Recuperado de: <http://vital.rpp.pe/expertos/la-depresion-es-el-trastorno-mas-comun-en-el-peru-noticia-971106>.
- Salazar A. & Reyes M. (2015) *PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES DE LA DEPRESIÓN EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES EN BOGOTÁ*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n2/v31n2a08.pdf>.
- Sanz, J. & Vasquez, C. (2014). *Trastornos del estado de ánimo*. Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/1995-Trastornos%20estado%20Animo-Teorias.pdf
- Tamayo, M. (2003). *Proceso de la investigación científica*, cuarta edición. Recuperado de: <https://clea.edu.mx/biblioteca/Tamayo%20Mario%20-%20El%20Proceso%20De%20La%20Investigacion%20Cientifica.pdf>
- Tesis deinvestig (2012). *Tesis de Investigación*. Recuperado de: <http://tesisdeinvestig.blogspot.pe/2012/01/poblacion-y-muestra.html>
- Vicent, C. (2011) *PSYCHOANALYTICA PSICOANÁLISIS, PSICOTERAPIA Y CIENCIA*. Recuperado de: <http://psychoanalytica.blogspot.pe/2011/08/notas-sobre-la-depresion-en-la.html>

Vicenty, R. y Figueroa, N. (2011) Muestro por conveniencia. Recuperado de:
<https://es.slideshare.net/selene1524/muestreo-por-conveniencia>.

Vázquez et al, (Sin fecha). *Depresión: Diagnóstico, Modelos Teóricos y Tratamiento a finales del siglo XX*. Recuperado de:
<http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Consistencia

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	METODOLOGIA
¿Cuál es el nivel de depresión en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi del centro poblado San Francisco provincia Mariscal Nieto-Moquegua?	Determinar el nivel de depresión en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi del centro poblado San Francisco provincia Mariscal Nieto - Moquegua.	Depresión La depresión es una respuesta de la pérdida o falta de refuerzos positivos contingentes en la conducta, como la reducción en el número de conductas y la reducción en la cantidad de actividades. (Lewinsohn, 1974, citado por Sanz y Vásquez, 2014)	Dimensión 1 La Desesperanza <ul style="list-style-type: none"> - Desánimo - Aislamiento - Visión catastrófica Dimensión 2. Estado de ánimo deprimido <ul style="list-style-type: none"> - Desmotivación - Negatividad - Sentimiento de vacío 	Población: la Casa de adultos mayores Tayta Wasi del centro Poblado San Francisco, Mariscal Nieto Moquegua con 30 adultos mayores Muestra: 30 adultos mayores de la Casa Tayta Wasi. Delimitación temporal: diciembre del 2016. Tipo de investigación:
PROBLEMAS ESPECIFICOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS			
¿Cuál es el nivel de depresión en la dimensión de desesperanza en los adultos mayores de la	Identificar el nivel de depresión en la dimensión de desesperanza en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi del centro			

<p>casa Tayta Wasi del centro poblado San Francisco provincia Mariscal Nieto - Moquegua?</p> <p>¿Cuál es el nivel de depresión en la dimensión de estado de ánimo deprimido en los adultos mayores de la casa Tayta Wasi del centro poblado San Francisco provincia Mariscal Nieto - Moquegua?</p>	<p>poblado San Francisco provincia Mariscal Nieto - Moquegua.</p> <p>Identificar el nivel de depresión en la dimensión de estado de ánimo deprimido en adultos mayores de la casa Tayta Wasi del centro poblado San Francisco provincia Mariscal Nieto - Moquegua.</p>			<p>Descriptiva simple. De enfoque cuantitativo.</p> <p>Diseño de investigación: No experimental, transversal.</p> <p>Instrumento: test de escala de geriatría de Yesavage GDS 15.</p> <p>Calificación: La Escala es dicotómica con dos opciones de respuestas (si o no). Ítems: 15</p>
--	--	--	--	---

Anexo 2. Instrumento

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE TEST DE YESAVAGE GDS 15

1. ¿Está usted básicamente satisfecho de su vida?	SI	NO
2. ¿Ha abandonado muchas veces sus actividades e intereses?	SI	NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4. ¿Se encuentra con frecuencia aburrido?	SI	NO
5. ¿Está alegre y de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6. ¿Teme que le vaya a suceder algo malo?	SI	NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	SI	NO
9. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir fuera y hacer cosas nuevas?	SI	NO
10. ¿Siente que tiene más problemas con la memoria que la mayoría?	SI	NO
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora?	SI	NO
12. ¿Se siente inútil o despreciable en su situación actual?	SI	NO
13. ¿Se siente usted lleno de energía?	SI	NO
14. ¿Se encuentra usted sin esperanza ante su situación?	SI	NO
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está mejor que usted?	SI	NO

Anexo 3. Autorización

SEÑOR:

HIPOLITO COLQUE GUTIERREZ

PRESIDENTE DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR TAYTA WASI DEL CENTRO POBLADO SAN FRANCISCO MOQUEGUA 2016.

Yo Magdalena Arellano Ventocilla, identificada con DNI N° 04428919, con numero de celular 953992710. Ante Ud. Respetuosamente me presento y expongo lo siguiente:

Que habiendo culminado la carrera profesional de PSICOLOGIA Y TRABAJO SOCIAL en la universidad Inca Garcilaso de la Vega, solicito a Ud. El permiso para realizar mi trabajo de investigación en centro del Adulto Mayor TAYTA WASI DEL CENTRO Poblado san Francisco Moquegua. Para determina nivel en DEPRESION en los ancianos que se encuentra Activos siendo destinado a 80 adultos de Moquegua, para que pueda colaborar como muestra de mi estudio. La presente prueba a ser aplicado es la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y tendrá una duración de 05 minutos aproximadamente, el día y la hora de aplicación se realizará según previa coordinación.

Concluida la investigación me comprometo a presentar, un programa de talleres en prevención de la depresión en los Ancianos del centro del adulto Mayor TAYTA WASI DEL CENTRO POBLADO SAN FRANCISCO MOQUEGUA "; y me comprometo además de preservar la reserva de la identidad de los Adultos Mayores que participaron en el estudio de investigación

Por lo Expuesto.

Ruego a usted acceder a mi solicitud. Muchas Gracias

Moquegua 18 de diciembre de 2016



MAGDALENA ARELLANO VENTOCILLA

Anexo 4. Evidencias



La casa Tayta Wasi de San Francisco donde los adultos mayores se reúnen constantemente para realizar sus actividades y reuniones grupales. En este lugar fue donde se aplicó el instrumento de Escala de Depresión Geriátrica de test de Yesavage GDS 15 para determinar el nivel de depresión presente.



Durante la aplicación del instrumento de Escala de Depresión Geriátrica de test de Yesavage GDS 15 dentro de la casa Tayta Wasi del centro poblado San Francisco, se tomó una foto a parte de la muestra presente, en el desarrollo de la recolección de datos, muchos adultos mayores tenían muchas ansias de

manifestar muchas sensaciones, así mismo, se observó que en su mayoría venían solos.



Algunos adultos mayores no asistían a la casa Tayta Wasi, así que se tuvo que aplicar el instrumento en sus respectivas casas, para obtener la muestra deseada.