

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZAN”

FACULTAD DE PSICOLOGIA



**“NIVEL DE DEPRESIÓN
PREDOMINANTE EN LOS ADULTOS
MAYORES BENEFICIARIOS DEL
PROGRAMA SOCIAL PENSIÓN 65, DEL
DISTRITO DE PILLCOMARCA - 2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

TESISTA

ZOILA INÉS ACOSTA ILLATOPIA

ASESORA: Dra. FLOR MARÍA AYALA ALBITES

HUÁNUCO – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A Dios por protegerme,
guiarme e iluminarme
con su sabiduría.

A mis padres por brindarme
amor y comprensión durante
mi formación académica.

A los Psicólogos de la UNHEVAL,
por brindarme sus sabias enseñanzas.

AGRADECIMIENTOS

- ✓ A la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Facultad de Psicología, especialmente a mis docentes, por la formación integra y personalizada en la especialidad de Psicología desde el primer año de estudios, lo cual me permitió estructurar mis conocimientos y experimentar en la misma realidad la aplicación de estos.
- ✓ A la Dra. Flor María Ayala Albites, por sus asesoramientos, orientaciones, correcciones y por compartir sus conocimientos en el campo de la Psicología en bien de mi formación profesional.
- ✓ A mis padres y demás familiares por su apoyo incondicional en mi formación profesional.
- ✓ A todas las personas que han contribuido en este proceso de investigación.

Inés

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue determinar el nivel de depresión predominante que presenta una muestra de adultos mayores beneficiarios del Programa Social Pensión 65, del Distrito de Pillcomarca.

El método de investigación fue no experimental, diseño descriptivo simple; la muestra estuvo conformada por 202 adultos mayores de ambos sexos, que eran beneficiarios del Programa Social Pensión 65, siendo la técnica de muestreo el aleatorio simple. La técnica empleada fue la entrevista y como instrumento se utilizó la “Escala de Depresión Geriátrica de YESAVAGE”, la validez y de dicho instrumento fue debidamente demostrada a través del coeficiente de validación “V” de AIKEN, en Huánuco. Los resultados obtenidos por los adultos mayores evidencian que el nivel de depresión predominante es el moderado, y que en mayor porcentaje sufren depresión las mujeres.

Palabras claves: Nivel de depresión, Adulto mayor, Programa Social pensión 65.

ABSTRACT

The objective of this research is to determine the level of predominant depression that a sample of older adults benefit from the Social Pension Program 65, of the District of Pillcomarca.

The research method was non-experimental, simple descriptive design; The sample consisted of 202 older adults of both sexes, who were beneficiaries of the Pension Social Program 65, with sampling being the simple random. The technique used was the interview and as an instrument the "Geriatric Depression Scale of YESAVAGE" was used, the validity and reliability of this instrument was duly adapted through the validation coefficient "V" of AIKEN, in Huánuco. The results obtained by the older adult show that the predominant level of depression is the Moderate, and that the greater percentage of women suffer from depression.

Key words: Depression level, Older adult, Social pension program 65.

INTRODUCCIÓN

Es erróneo creer que es normal que los ancianos se depriman. Por el contrario, la mayoría de las personas de edad se sienten satisfechas con sus vidas. Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto normal de la vejez. La depresión en las personas de la tercera edad es un importante problema de salud mental por su mayor gravedad, su elevado riesgo de suicidio y las dificultades que puede ofrecer para su correcta identificación, ya que el anciano frecuentemente padece al mismo tiempo enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes, la hipertensión, cáncer, o incluso otros padecimientos del sistema nervioso central como Parkinson y Alzheimer. (Giardino R. 2009)

La tercera edad suele describirse como una época de descanso, reflexión y de oportunidades para hacer cosas que quedaron postergadas mientras uno criaba a los hijos y trabajaba para adquirir sus bienes. Lamentablemente, el proceso de envejecimiento no es siempre tan idílico. Acontecimientos de la tercera edad como, por ejemplo, los trastornos médicos crónicos y debilitantes, la pérdida de amigos y seres queridos, y la incapacidad para participar en actividades que antes disfrutaba, pueden resultar una carga muy pesada para el bienestar emocional de una persona que está envejeciendo; es por eso el interés de esta investigación ya que una persona de edad avanzada también puede sentir una pérdida de control sobre su vida debido a problemas con la vista, pérdida de la audición y otros cambios físicos, así como presiones externas como, por ejemplo, recursos financieros limitados. Estos y otros asuntos suelen dejar emociones negativas como la tristeza, la ansiedad, la soledad y la baja autoestima, que a su vez conducen al aislamiento social y la apatía y por ende a una depresión.

La presente investigación se encuentra organizada de la siguiente manera: El

capítulo I se denomina Planteamiento del Problema en la que se expondrá la fundamentación, el problema a investigar, la justificación e importancia, los objetivos y las limitaciones. El segundo capítulo denominado el Marco teórico incluye los antecedentes internacionales, nacionales y locales, las bases teóricas, las definiciones conceptuales, el sistema de variables, y las definiciones operacionales. El tercer capítulo denominado El Marco Metodológico incluye el ámbito, la población, la muestra, el tipo de investigación, el método, el diseño de investigación, las técnicas e instrumentos. El cuarto capítulo denominado Resultados, incluye el análisis e interpretación de resultados y la discusión de resultados. El capítulo quinto denominado Conclusiones y Recomendaciones. Finalmente se encuentran la bibliografía y los anexos respectivos.

ÍNDICE

DEDICATORIA	Pág. iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi

ABSTRACT	vii
-----------------	-----

INTRODUCCIÓN	viii
---------------------	------

CAPITULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del Problema	14
1.2. Formulación del Problema	18
1.3. Objetivos	19
1.3.1. Objetivo general	19
1.3.2. Objetivos específicos	19
1.4. Justificación e Importancia	20
1.5. Limitaciones	21

CAPITULO II:

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes	22
2.2 Fundamentación Teórica	27
2.2.1. La Depresión.	27
2.2.1.1. Definición de depresión	27
2.2.1.2. Causas de la depresión	28
2.2.1.3 Síntomas	29
2.2.1.4 Trastornos del Estado de Ánimo	29
2.2.1.5. Tipos, Clasificación y Criterios Diagnósticos	30
2.2.2 Adulto Mayor, Tercera Edad o Ancianidad	36
2.2.2.1 Definición de Tercera Edad	36
2.2.2.2. Aspectos Familiares de la Tercera Edad	37
2.2.2.3 Depresión en las personas de la Tercera Edad	38
2.2.3. Programa Social de Asistencia Solidaria Pensión 65	39
2.2.3.1 Marco legal	39
2.2.3.2 Objetivos Estratégicos	44
2.2.3.3 Visión	44
2.2.3.4 Misión	44
2.2.3.5 Beneficiarios	45
2.3 Definiciones Conceptuales	45
2.3.1. Depresión	45
2.3.2. Tercera Edad o Adulto mayor	45
2.3.3. Pensión 65	45
2.4 Sistema de Variables-Dimensiones e Indicadores	46
2.5 Definición Operacional de las Variables	46

**CAPITULO III:
MARCO METODOLÓGICO**

3.1 Nivel, Tipos y Métodos de Investigación	47
3.2 Diseño de Investigación	48
3.3 Ámbito	48
3.4 Población y Muestra	49
3.5 Instrumentos de Estudio	51
3.6 Técnicas y Procedimientos de la Recolección de Datos	54
3.6.1 De procesamiento de datos	54

**CAPITULO IV:
RESULTADOS**

4.1. Presentación de Resultados	55
4.2. Análisis de los Resultados	56
4.3 Interpretación de los Resultados	56
4.4 Discusión de Resultados	63

**CAPITULO V:
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Conclusiones	68
Recomendaciones	70
Bibliografía	72
Anexos	75

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1

Validez de contenido de la Escala de Depresión Geriátrica de YESAVAGE a través del coeficiente de validación “V” de Aiken en Huánuco-2016. 53

Tabla 2

Beneficiarios del programa social Pensión 65 según nivel de depresión, Pillcomarca – 2017 55

Figura 1	
Beneficiarios del programa social Pensión 65 según nivel de depresión, Pillcomarca – 2017	56
Tabla 3	
Beneficiarios del programa social Pensión 65 por nivel de depresión según género, Pillcomarca – 2017	57
Figura 2	
Beneficiarios del programa social Pensión 65 por nivel de depresión según género, Pillcomarca – 2017	57
Tabla 4	
Beneficiarios del programa social Pensión 65 por nivel de depresión según Grado de instrucción, Pillcomarca – 2017	58
Figura 3	
Beneficiarios del programa social Pensión 65 por nivel de depresión según Grado de instrucción, Pillcomarca – 2017	59
Tabla 5	
Beneficiarios del programa social Pensión 65 por nivel de depresión según estado civil, Pillcomarca – 2017	60
Figura 4	
Beneficiarios del programa social Pensión 65 por nivel de depresión según Estado civil, Pillcomarca – 2017	61
Tabla 6	
Beneficiarios del programa social Pensión 65 por nivel de depresión según Religión que profesan, Pillcomarca – 2017	62
Figura 5	
Beneficiarios del programa social Pensión 65 por nivel de depresión según Religión que profesan, Pillcomarca – 2017	62

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo N° 1	76
Matriz de Consistencia	
Anexo N° 2	78

Ficha informativa y Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Anexo N° 3 80

Validación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Anexo N° 4 82

Carta de Presentación

Anexo N° 5 84

Autorización

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Globalización es un término amplio y abarcante, de carácter procesal y cuyo significado ha sido objeto de un sin-número de trabajos y análisis que se nutren de muy diversos elementos y se desarrollan desde múltiples perspectivas. En lo particular entendemos a la globalización como un proceso amplio en el sentido de que transgrede todos los aspectos de la vida económica, política y social; a la vez abarcante en cuanto que pretende transformar no sólo las relaciones económicas entre las naciones dado que la globalización es un proceso transversal que atraviesa la civilización humana de forma vertical desde las estructuras de poder, a la par que se expande de manera horizontal en todos los aspectos de la vida y ello se refleja principalmente en el incremento de la vulnerabilidad y exclusión de grandes sectores de la población. (Sandoval, 2012, p. 125).

Es así que están surgiendo eminentes cambios en la sociedad, y en la población mundial. “En el 2015 existen en nuestro planeta alrededor de 7 mil 325 millones de habitantes. En la actualidad nacen anualmente 144 millones de personas. Sin embargo, existe un fuerte desequilibrio en cuanto al crecimiento y distribución en el mundo”. (INEI 2015, p.1)

En nuestro país también han surgido cambios, como en nuestra población a mitad del año 2015, la población del país alcanza los 31 millones 151 mil 643 habitantes, de los cuales 15 millones 605 mil 814 son hombres y 15 millones 545 mil 829 son mujeres. Se estima que durante el presente año nacerán 578 mil 130 personas y fallecerán 175 mil 589, lo cual equivale a una tasa de crecimiento natural o vegetativo de 13 personas por mil habitantes. (INEI 2015, p.5).

Esto repercute en la calidad de vida de nuestros habitantes, especialmente en una población vulnerable como es el de los adultos mayores que en estos últimos años presenta un notable crecimiento. El estancamiento en el crecimiento de la población peruana es indicativo de que el proceso de cambios en la mortalidad y la fecundidad han afectado el volumen y la estructura por edad de la población. La evolución de esta estructura en el tiempo da cuenta de las modificaciones experimentadas por el comportamiento social y económico de la población. Estos elementos determinan el escenario demográfico que es dinámico y cambiante. Al comparar las pirámides poblacionales de los años 1950, 2015 y 2025, se observa que estas tienden a experimentar un progresivo y persistente incremento de la población en edades adultas y una homogenización en los tramos de edades jóvenes.

En 1950, de cada 100 peruanos, 42 eran menores de 15 años y solo 6 tenían 60 y más años (adultos mayores). Actualmente, los menores de 15 representan el 28% de la población y los adultos mayores el 10%. Para el año 2025, los menores de 15 serían el 24% y los adultos mayores, el 13%. Así, dentro de 10 años (2025), Perú incrementará su población de 60 y más años de 3,0 a 4,3 millones, mientras que los jóvenes se mantendrán en 8 millones”. (INEI 2015, p.6).

Se considera “La psicopatología del período de la adultez mayor, prácticamente, tiene que ver con las neurosis, las depresiones y los síndromes paranoides. Estos cuadros, muchas veces, se asocian con síndromes físicos más o menos funcionales o incluso orgánicos. La depresión en la

persona mayor no tiene una lectura unívoca; su realidad no se somete a una clasificación o a un orden preestablecido; es indócil, polimorfa y cambiante a lo largo del proceso del envejecimiento. El anciano es frágil; causas mínimas lo desestabilizan en su equilibrio parcial, al envejecer, aparecen dificultades crecientes para satisfacer el ideal del yo y el riesgo depresivo aumenta”. (Strejilevich, L. 2004, p.141).

En tal sentido la depresión en los adultos mayores es un problema de salud mental que aqueja a esta población vulnerable, sin que nos percatemos de ello, ya que como es difícil de detectar se asocia equivocadamente con el proceso de envejecimiento. Habiendo analizado la situación poblacional de los adultos mayores, y mediante recopilación de información no sistematizada, que son entrevistas a los adultos mayores beneficiarios del programa Pensión 65; donde ellos refieren que se sienten tristes, inútiles, abandonados y olvidados por sus familias, que se exponen a constantes peligros cuando se acercan a realizar sus cobros a los Bancos, teniendo que despertar de madrugada y exponerse muchas veces al frío y lluvias del factor climático, descuidando su alimentación ya que como son gran cantidad de beneficiarios y los cobros lo realizan en mismas fechas, tienen que hacer largas colas, sentándose en las veredas por el cansancio; además de que temen que ese poco recurso económico se los roben, ya que son débiles físicamente para defenderse; por todo ello que antes de realizar la investigación fui descubriendo concluyo que forman parte de una población vulnerable que necesita de la atención profesional.

En el Perú se creó el “Programa Nacional de Asistencia Solidaria, Pensión 65” el 19 de octubre del 2011 mediante Decreto Supremo N° 081 – 2011-PCM, con la finalidad de otorgar protección a los grupos sociales especialmente vulnerables, dentro de los cuales están comprendidos los adultos mayores a partir de los 65 años de edad que carezcan de las

condiciones básicas para su subsistencia teniendo como propósito dotar de un ingreso periódico que atenúe la vulnerabilidad social de las personas adultas mayores de 65 años que viven en condición de extrema pobreza, con la finalidad de mejorar su calidad de vida. (PENSION 65)

En la actualidad podemos observar en el contexto de Huánuco lo mismo que a nivel Nacional; el aumento en la población de adultos mayores, en el 2015 aproximadamente existen de 65-69 años 17730 adultos mayores, de 70-74 años 12966 adultos mayores, de 75- 79 años 9222 adultos mayores y de 80 a más 7717 adultos mayores. (INEI 2015, p. 45).

Es evidente la creciente poblacional de adultos mayores, pero no todos son beneficiarios del programa social “PENSION 65”, solo los de extrema pobreza forman parte, para apoyarlos económicamente con el fin de mejorar su calidad de vida, pero aun así se observa con mayor frecuencia el descontento de los beneficiarios. En el distrito de Pillcomarca de acuerdo a evaluaciones no sistematizadas, los adultos mayores se quejan de dolencias, de maltratos, de soledad, de sentimientos de inutilidad que muchas veces les quita las ganas de seguir viviendo, cayendo en profundos sentimientos de tristeza por ende en una depresión. Este estado es probablemente la principal causa de sufrimiento del anciano y de la considerable disminución de su calidad de vida. “Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas de esa etapa de la vida.” (OMS, 2013)

“La depresión es un estado donde se pierde la relación objetal, se torna imposible realizar actividades, el estado de ánimo es profunda y dolorosamente triste, hay cesación de interés por el mundo exterior, se pierde la capacidad de amar, se inhiben las funciones, disminuye la autoestima, se padecen trastornos del sueño y del apetito, hay abulia (tengo ganas pero no puedo;

no me llama la atención); puede haber síntomas psicóticos francos, pensamientos de muerte, ideación suicida y tentativas de suicidio”. (Strejilevich L. 2004 Pág. 243)

Estos síntomas son los comunes en la población de adultos mayores, el sentimiento de inutilidad y el desgano en todas sus actividades, les hace perder el sentido de su existencia, considerándose una carga a su familia y a la sociedad, por eso pertenecer al programa “PENSIÓN 65” tiene aspectos positivos ya que cuentan con un apoyo económico que podría servirles para solventar sus gastos de alimento, vestido, medicina, cuidados especiales, compartir con varones y mujeres en la misma condición. Pero en muchos de los adultos mayores, persisten estados de ánimo de tristeza y de ansiedad, perdiendo el interés para todo tipo de actividad cayendo así en un cuadro de depresión. En tal sentido el presente estudio se orienta a describir el nivel de depresión predominante en los adultos mayores beneficiarios del Programa Social Pensión 65, del Distrito de Pillcomarca.

1.2. Formulación del problema:

A partir de los planteamientos me formulo la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de depresión predominante en los adultos mayores beneficiarios del Programa Social Pensión 65 del Distrito de Pillcomarca-2017?

1.3. Objetivos:

1.3.1 Objetivo General:

Determinar el nivel de depresión predominante que presenten los adultos mayores beneficiarios del Programa social Pensión 65 en el Distrito de Pillcomarca-2017.

1.3.2 Objetivos Específicos:

1. Identificar los niveles de depresión que presentan los adultos mayores, beneficiarios del programa social pensión 65 en el distrito de Pillcomarca con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, según género.
2. Identificar los niveles de depresión que presentan los adultos mayores, beneficiarios del programa social pensión 65 en el distrito de Pillcomarca con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, según grado de Instrucción.
3. Identificar los niveles de depresión que presentan los adultos mayores, beneficiarios del programa social pensión 65 en el distrito de Pillcomarca con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, según Estado Civil.
4. Identificar los niveles de depresión que presentan los adultos mayores, beneficiarios del programa social pensión 65 en el distrito de Pillcomarca con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, según credo.

1.4 Justificación e Importancia

En el marco normativo que contextualiza al adulto mayor en el Perú, confluyen tanto leyes como planes, lineamientos y otras regulaciones que norman a favor de los mismos, el objetivo principal de este marco normativo es generar condiciones óptimas para el desarrollo de la población adulta mayor, es así que surge la “Ley de las Personas Adultas Mayores”, N° 28803, aprobada en el Congreso de la República del Perú, el 19 de julio 2006.

“El proceso de envejecimiento cambiará sustancialmente las relaciones familiares y sociales, así como las relaciones de género e inter generacionales, por lo que la sociedad, deberá estar preparada para brindar una atención adecuada a las personas adultas mayores y posibilitar que continúen siendo actores sociales importantes en el desarrollo de su comunidad, asegurando su condición de ciudadanos activos en pleno ejercicio de sus derechos y deberes, y garantizando que lleven una vida digna y segura, especialmente los más pobres”. (PLANPAM 2013, p. 12)

Es necesario detectar a tiempo el nivel de depresión que sufren nuestros adultos mayores que forman parte esencial de nuestra sociedad, siendo ellos conocedores de nuestra historia y transmisores de nuestra cultura, que merecen gozar de una calidad de vida. Con esta investigación se abrirá brechas desconocidas para el Estado que, pretendiendo mejorar la calidad de vida de los ancianos, les apoya con un monto económico para satisfacer ciertas necesidades, pero que lamentablemente no lo es todo, ya que los adultos mayores necesitan un acompañamiento emocional, participativo que les haga sentir útiles a la sociedad y les brinde la confianza y seguridad que ellos necesitan. Por estas consideraciones es que se sostiene que el presente trabajo es importante, porque los resultados que se obtuvieron durante el trabajo de campo de la presente investigación, permitirán aportar evidencias, informaciones y hechos concretos sobre el nivel de depresión de los adultos mayores del Programa Social Pensión 65, con el fin primordial de que estos resultados sirvan para

mejorar el trabajo con estas personas y así colaborar en el desarrollo integral del adulto mayor en nuestro distrito de Pillcomarca.

1.5 Limitaciones

- ✓ Los resultados son válidos sólo para la muestra de estudio, que serán utilizados para mejorar la calidad de atención en el Programa Social Pensión 65 en el Distrito de Pillcomarca.
- ✓ Carencia de investigaciones similares sobre el nivel de depresión en adultos mayores beneficiarios del Programa Social Pensión 65.
- ✓ La dificultad en la administración de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, ya que se utilizó la técnica de la entrevista debido a que la mayoría de adultos mayores no sabe leer ni escribir, y también sufrían dificultades auditivas, que dificultó a un más el proceso de recolección de datos.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1. Estudios previos a nivel internacional

Crespo, R. (2011) realizó un estudio en Ecuador – Cañar, acerca de “Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar”; el objetivo era determinar la Prevalencia de la Depresión en Adultos Mayores, en Asilos de la Provincia del Cañar (Rosa Elvira De León, Fundación de Protección al Anciano, Casa de Reposo Padre NelloStoroni y San Bartolomé), fue un estudio descriptivo; la población estuvo conformada por 84 adultos mayores residentes en casas de reposo. El instrumento fue la escala de depresión de Yesavage, obteniéndose que: “El 70% de los adultos mayores obtuvo un puntaje mayor a 4, que según esta escala corresponde a depresión, el restante 30% obtuvo un puntaje igual o menor a 4 que corresponde a normal. De los 33 varones a los que se aplicó el test el 69,70% presentan depresión, y de las 51 mujeres el 70,59% presentan depresión. El asilo, que más casos de depresión presenta, es el asilo Rosa Elvira de león, con 20 casos que representan el 33,90%. El rango de edad que más casos de

depresión presenta, tanto para el sexo masculino como para el femenino, es el comprendido entre los 80 – 89 años, representando el 47.83% para el sexo masculino y el 36.11% para el femenino.

Giacoman, C. (2012), México, realizó un estudio de investigación “Depresión y escolaridad en adultos mayores”. El objetivo fue determinar si el nivel educativo influye en la presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor, se evaluó una muestra de 30 adultos mayores de 65 a 76 años, dividida en dos grupos, uno de 16 participantes con escolaridad primaria y secundaria (8 hombres y 8 mujeres, edad media = 70.94), y otro grupo con 14 participantes con escolaridad de preparatoria a universidad (7 hombres y 7 mujeres, media de edad = 70.00). Para evaluar la presencia de síntomas depresivos se aplicó la Escala de depresión de Yesavage. Resultados: El análisis de varianza ANCOVA, género como variable, no mostró una influencia significativa de nivel escolar sobre la presencia de síntomas depresivos de los grupos, las puntuaciones de los participantes en la escala de depresión se ubican dentro del rango normal, lo que sugiere que factores independientes a la escolaridad, tales como el estilo de vida y la salud, tienen efectos favorables en el estado emocional del adulto mayor.

Borda, M. (2012) Colombia, realizó un estudio de investigación “Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla: prevalencia y factores de riesgo”, el objetivo fue Establecer la prevalencia y factores de riesgo para depresión en adultos de 65 - 95 años de centros de cuidado geriátrico de Barranquilla. La metodología aplicada fue estudio descriptivo transversal, con análisis de casos y controles, participaron 66 adultos mayores. Se aplicó encuesta de factores de riesgo, Minimental Test y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage; se estudiaron las variables independientes: edad, sexo, nivel educativo, ingresos económicos, fuentes de ingresos, comorbilidad, tipo polifarmacia y tipo de institución. Se

realizó análisis bivariado de depresión y las variables independientes. Se efectuó el análisis mediante porcentaje, tendencia central, media, desviación estándar y asociación (Or e IC 95 % y Chi-cuadrado y p). La depresión está en un tercio de la población institucionalizada, en este estudio afectó a los adultos con primaria incompleta y algún trastorno neurológico o psiquiátrico. Asimismo, los hombres, los solteros, los que tienen ingresos muy bajos, que provienen de las familias con ingresos menores a 1 salario mínimo, que tienen hipotensión arterial y viven en hogares geriátricos públicos. Se destaca, entonces, que la depresión en el adulto mayor, su detección oportuna es de gran importancia benéfica en las condiciones de salud, bienestar, calidad y satisfacción en la vida del adulto mayor.

2.1.2 Estudios previos a nivel Nacional

Francia, K. (2010), realizó un estudio acerca de “Factores Biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. materno infantil Tablada de Lurín”. El objetivo fue determinar los factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores. El estudio fue de tipo descriptivo de correlación y de corte transversal, la población estuvo constituida por 44 adultos mayores que conforman el grupo “Edad de Oro”. La técnica utilizada fue la entrevista y los instrumentos un cuestionario de factores biopsicosociales y la Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage. En dicho estudio se concluye con lo siguiente: La mayoría de adultos mayores presentó un nivel de depresión leve, seguidos por un nivel normal y en su minoría un nivel de depresión severa. La depresión en el adulto mayor es una enfermedad que afecta fundamentalmente el estado de ánimo, alteraciones cognitivas, alteraciones en la funcionalidad, pérdida de placer, entre otras y ocasiona una disminución en la calidad de vida de la persona que la presenta. Se encontró que los factores biopsicosociales influyen mayoritariamente en el nivel de depresión

leve, donde el factor biológico indica un 38,6%, el factor psicológico un 50% y el factor social un 34,1%. El factor biológico más relevante indica la disminución de la libido con un 59,1%, seguido por el factor psicológico, donde el sentimiento de soledad y autoestima evidenciaron un 50% cada uno y en el factor social, las dificultades económicas influyen con un 59,1%, entre los más principales.

González, M. y Robles, E. (2011), realizaron un estudio acerca de Riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro, el objetivo fue determinar el riesgo de depresión del adulto, el estudio fue de tipo cuantitativo; el método es descriptivo, prospectivo y de corte transversal, porque se realizó en un determinado tiempo. La población total está constituida por 353 adultos mayores que se encuentran en el Centro Residencial Ignacia Rodulfa Viuda de Canevaro, la técnica aplicada fue la entrevista. Se utilizó como instrumento de medición del riesgo de depresión en el adulto mayor la escala abreviada de Yesavage de 15 preguntas. Los adultos mayores atendidos en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro presentan un riesgo moderado de depresión, según cifras porcentuales, los adultos mayores del grupo etario de 60 a 80 años tienen mayor riesgo de depresión que los adultos de mayor edad, del 100 % de los adultos mayores encuestados, el 22,2 % son hombres y tienen riesgo de depresión moderada; y el 28,1% son mujeres y tienen riesgo de depresión moderada. Asimismo, se observa que el 54,2 % son mujeres y el 45,8 %, hombres. Se realizó la prueba estadística chi cuadrado, encontrándose que no hay relación entre el riesgo de depresión y el sexo ($p = 0,910$, no significativo).

Juárez, J. León, A. y Alata, V. (2010), realizaron un estudio acerca de evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH “Viña alta”. El objetivo fue determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores de 60 años residentes en el

asentamiento humano de “Viña alta” de La Molina, se trató de un estudio de corte transversal tipo entrevista de carácter descriptivo, realizado durante la primera semana de Junio del 2010. Se realizaron visitas en todas las casas (280) de 18 de las 23 manzanas del Asentamiento Humano “Viña alta” en La Molina. Se identificó a 112 adultos mayores de 60 años y se entrevistó a 68 de ellos, quienes fueron evaluados por los investigadores (previo entrenamiento) mediante la Escala de depresión geriátrica de Yesavage de 15 ítems (GDS-15). Las conclusiones a las que llegaron fueron: “La población estudiada mostró una alta prevalencia de depresión en algún grado, comparado con el 9,8% para la población adulta mayor de Lima metropolitana, que no tuvo asociación significativa con ninguna de las variables en estudio”

Vásquez, S. (2008). Investigó el perfil epidemiológico de los ancianos que acuden a un Hospital de Día de Geriatría. El Objetivo fue determinar el perfil epidemiológico del paciente anciano que acude al Hospital de Día de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Los objetivos específicos fueron determinar el estado cognitivo y la prevalencia de demencia, y determinar la presencia de síntomas depresivos. Estudio de tipo descriptivo y retrospectivo. La población fueron los pacientes asegurados mayores de 60 años que acudían al servicio de Geriatría, durante agosto 2000 a mayo 2003. La metodología fue la revisión de todas las historias clínicas de los pacientes que ingresaron a la unidad. Existió elevada prevalencia de deterioro sensorial, siendo el mayor el auditivo. Los pacientes estudiados tenían alta prevalencia de depresión y algún grado de deterioro cognitivo.

2.1.3 Estudios previos a nivel regional

Cruz, E. (2016); realizó un estudio de investigación “Efectividad de las visitas domiciliarias grupales en la depresión de los adultos mayores del CIRAM la unión 2016”, fue un estudio cuasi experimental, ya que la investigación se realizó mediante la

manipulación de la variable independiente (Visitas domiciliarias) precedida de un pre-test y post-test, mediante la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage; El objetivo fue evidenciar la efectividad de las visitas domiciliarias grupales en la disminución de la depresión, ya que en su primera evaluación en el mes de abril, presentamos en mayor porcentaje el nivel de depresión moderada con 80 % y depresión severa 10% igual que depresión leve 10% y luego de las visitas domiciliarias estos niveles disminuyeron teniendo como resultado que el nivel de depresión leve obtuvo un porcentaje de 55% y depresión moderado 45%, y con ningún caso de depresión severa 0% , es por ello considerada experiencia exitosa desarrollada en un centro de atención primaria; El estudio se llevó a cabo la Posta médica La Unión, el cual es un centro de atención primaria perteneciente a la Red Huánuco, la población total estuvo conformada por los adultos mayores que asisten al CIRAM de la Posta Médica, que son un total de 20 personas, concluyendo que la estrategia (visitas domiciliarias grupales) es efectiva para disminuir los niveles de depresión (según escala) en los adultos mayores del CIRAM La Unión.

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1. DEPRESION

2.2.1.1 Definición de Depresión:

La depresión es un estado de ánimo que dura al menos dos semanas e incluye síntomas cognoscitivos (como sensaciones de poca valía y de indecisión) y funciones físicas perturbadas a tal punto de la más ligera actividad o movimiento exige un esfuerzo abrumador. El episodio se acompaña por lo común de una marcada pérdida de interés y de la capacidad de experimentar

cualquier placer de la vida, incluidas las interacciones familiares o los amigos y logros laborales o escolares. (DSM-IV TR, 2005).

Se describe a la depresión como desgano, falta de energía, enlentecimiento motor, exceso o falta de apetito, dificultad de pensamiento y memoria, disminución de muchos intereses, pensamientos de muerte. Es una enfermedad muy frecuente en la que se ve afectada llevar de manera normal la vida cotidiana. Relata que las causas de las mismas convergen en que las personas se sienten más solas y que la presencia de familiares es nula. (Caster, 2009).

La depresión aumenta la complejidad de la separación de las causas de la demencia de trastornos distintos a la enfermedad de Alzheimer. La misma puede conducir a síntomas que imiten sus diferentes etapas. Los ancianos deprimidos se mantienen ansiosos, tiene dificultades para dormir, muestran patrones de apetito perturbados, experimentan pensamientos suicidas, autoestima baja, culpa, falta de motivación. (Halgin y Whitbourne, 2003).

2.2.1.2. Causas:

La depresión se deriva de varias causas como las siguientes:

1. Genéticas: existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo cual indica que se puede haber heredado una depresión biológica.
2. Bioquímica: Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe que estas personas sufren de desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro conocidos como neurotransmisores.
3. Psicológicas: Las personas con ciertas características tales como pesimismo, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las situaciones de la vida y tendencia a preocupaciones

excesivas son más propensas a padecer depresión. (Lewison, 2003).

2.2.1.3. Síntomas:

Según el CIE-10 (2003) La depresión es un estado de ánimo que puede ser transitorio o permanente; si presenta de tres a cinco síntomas que persisten durante tres semanas. Y pueden ser:

- a) Estado de ánimo de tristeza persistente, ansiedad o vacío.
- b) Pérdida del interés o placer en actividades que antes disfrutaba, incluso en las relaciones sexuales.
- c) Inquietud, irritabilidad o llanto excesivo.
- d) Sentimiento de culpa, de no valer nada, de impotencia, desesperanza o pesimismo.
- e) Dormir demasiado o muy poco, levantarse muy temprano en la mañana.
- f) Pérdida de apetito o peso, o ingesta excesiva de comida y aumento de peso.
- g) Disminución de energía, fatiga, sensación de estar en cámara lenta.
- h) Pensamiento de muerte y suicidio, o intentos de suicidio.
- i) Dificultad de concentrarse, recordar o tomar decisiones.

2.2.1.4. Trastornos del Estado de Ánimo:

En el DSM IV TR (2005) se explica que los trastornos del estado del ánimo están divididos en: Trastornos Depresivos, Trastornos Bipolares y dos Trastornos basados en la etiología: (trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por

sustancias).

- Los Trastornos Depresivos (trastorno depresivo mayor, trastorno Distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodios maniaco, mixto o hipomaniaco.
- Los Trastornos Bipolares (trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado, implica la presencia (o historia) de episodios maniacos, episodios mixtos o episodios hipomaniacos, normalmente acompañado por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores.
- El Trastorno Depresivo Mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañado por al menos otros cuatro síntomas de depresión).
- El Trastorno Distímico se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estados de ánimo depresivos que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen con los criterios para un episodio depresivo mayor.
- El Trastorno Depresivo No-Especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen con los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastornos distímicos, trastornos adaptativos con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

2.2.1.5. Tipos, Clasificación y Criterios Diagnósticos:

Supude, (2006) indica que desde hace algunos años se proponen los siguientes criterios diagnósticos que pueden recoger con bastante aproximación el espectro de presentación de los

síntomas depresivos. En líneas generales, son criterios comunes para las directrices tanto del DSM-IV como del CIE-10. Hablamos de la depresión propiamente dicha. No entramos a considerar la depresión en el contexto de un trastorno bipolar (psicosis-maniaco-depresiva) o un trastorno afectivo mixto, ya que estas entidades requieren unas estrategias de prevención y de manejo diferentes.

A. Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Único o recidivante:

Criterio A: Presencia de los siguientes síntomas (de los cuales el primero o el segundo han de estar necesariamente presentes) durante al menos un periodo de dos semanas, y que suponen un cambio importante en el paciente respecto a su actividad previa.

Síntomas Principales:

Estado de ánimo depresivo-triste-disfórico, irritable en niños y adolescentes, la mayor parte del día y todos los días. Incluye manifestaciones de llanto, verbalizaciones de tristeza o desánimo, en apreciación subjetiva, o través de la información de personas cercanas.

Disminución o pérdida de interés; o de la capacidad para el placer o del bienestar en la mayoría de las actividades, la mayor parte del día todos los días.

Síntomas Somáticos:

- Disminución o aumento de peso; o en su ausencia objetiva, disminución o aumento del apetito, casi cada día y la mayor parte de los días.
- Insomnio o hipersomnía, casi a diario.
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz casi diariamente (constatable por personas cercanas, no sólo sensación subjetiva de enlentecimiento o inquietud).

- Sensación de fatiga o falta de energía vital casi a diario.

Síntomas Psíquicos:

También casi todos los días, sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados a su situación observada. (Este síntoma puede adquirir un carácter delirante).

Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse en actividades intelectuales, casi a diario (es constatable una apreciación subjetiva o por parte de personas próximas).

Pensamientos recurrentes de muerte (no solo un temor a morir), ideación o planes de suicidio. Es conveniente preguntar sobre esos aspectos, que no siempre se manifiestan espontáneamente.

Criterio B: Señala el no-cumplimiento de los criterios para un episodio de trastorno afectivo mixto (síntomas maniaco-depresivos), trastorno esquizoafectivo o trastorno esquizofrénico.

Criterio C: Los síntomas provocan un malestar significativo; a la vez que un deterioro en la actividad social, laboral, u otras áreas de la vida del paciente.

Criterios D y E: Son criterios de exclusión la sintomatología no se explica con el consumo de una sustancia, tóxica o un medicamento; ni por una enfermedad orgánica (un ejemplo típico sería el hipotiroidismo). Tampoco es una simple reacción de duelo ante la pérdida de una persona significativa.

Criterios o información complementaria. Junto al cumplimiento de los criterios diagnósticos, es conveniente añadir diversas especificaciones, con el objetivo de proporcionar sub grupos más homogéneos, dentro de la relativa especificidad de un diagnóstico descriptivo o sindromático de una depresión.

Gravedad/síntomas Psicóticos/Remisión (parcial o total) en el caso de presencia de síntomas psicóticos, conviene especificar si estos son o no congruentes con el estado de ánimo.

Cronicidad.

Presencia de síntomas catatónicos.

Melancolía, criterios para su diagnóstico:

Uno de:

Pérdida de placer en todas o en casi todas las actividades.

Falta de inactividad a estímulos que habitualmente resultarían placenteros.

Tres o más:

Cualidad distintiva del estado de ánimo (por ejemplo distinto a la tristeza que puede provocar la muerte de una persona allegada).

Los síntomas son más intensos por las mañanas, ritmo circadiano.

Despertar al menos dos horas antes de la hora habitual.

Enlentecimiento o agitación psicomotriz marcados.

Anorexia o pérdida de peso significativas.

Culpabilidad excesiva o inapropiada.

Síntomas atípicos, como puede ser el aumento de peso, la hipersomnia, el cansancio excesivo, la hipersensibilidad al rechazo. El síndrome constituido por síntomas atípicos se diagnostica como

depresión atípica. Diagnóstico al que algunos autores otorgan una importante consistencia diagnóstica.

B. Trastorno Distímico:

Criterio A: Estado de ánimo crónicamente depresivo o triste, la mayor parte del día y la mayoría de los días (bien manifestado por el sujeto o por personas), durante al menos dos años (en niños el estado de ánimo preponderante puede ser la irritabilidad o en el enfado, y se requiere un tiempo mínimo de un año).

Criterio B, Dos o más de los siguientes:

Disminución o aumento del apetito.

Insomnio o hipersomnia.

Falta de energía vital

Baja autoestima.

Dificultades para concentrarse o tomar decisiones.

Sentimientos de desesperanza.

Criterio C: si hay periodos libres de los síntomas A y B, durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.

Criterio D: no ha habido un episodio depresivo mayor durante los dos primeros años de la enfermedad (un año para niños o adolescentes).

Criterio E: Nunca ha habido un episodio maniaco, hipomaniaco o mixto, tampoco se dan

criterios para un trastorno ciclotímico o mixto.

Criterios F y G: Son criterios de exclusión, al igual que el E. Se descarta la esquizofrenia, el trastorno delirante, consumo de sustancias tóxicas y enfermedades médicas.

Criterio H: Los síntomas ocasionan un malestar importante, junto a un deterioro social, laboral o en otras áreas del funcionamiento del paciente. Por último, se especifica el inicio temprano (antes de los 21 años de edad), o tardío y la presencia de síntomas atípicos.

C. Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivos)

Depresión Reactiva: La aparición de los síntomas ocurre en respuesta a un estresante identificable, y dentro de los tres meses siguientes a su presencia. Se trata de situaciones en que el sujeto experimenta un malestar mayor en respuesta al factor estresante, con un deterioro significativo de su actividad interpersonal, social o laboral.

D. Trastorno Depresivo No Especificado:

Cortejo de síntomas depresivos que no cumplen criterios para los trastornos previos. Algunas de estas condiciones se pueden ver en:

Puede darse un solapamiento de síntomas depresivos por un trastorno de ansiedad (Síndrome Ansioso Depresivo).

El llamado trastorno disfórico-premenstrual.

Trastorno depresivo post-psicótico en la esquizofrenia: por ejemplo, un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual de la esquizofrenia.

E. Reacción de Duelo:

Queda contemplada en los problemas adicionales que pueda requerir un tratamiento, si bien no cumple criterios para el diagnóstico de alguna de las condiciones previas. Se trata de la común reacción a la muerte de una persona próxima. Pueden darse síntomas propios de una depresión mayor, si bien la duración es variable, y generalmente con connotaciones socio-culturales propias de cada sujeto. En cualquier caso, si los síntomas se mantienen más de dos meses tras la pérdida, se puede pasar a diagnosticar como una depresión mayor.

F. Depresión en el Anciano:

La depresión en el anciano es uno de los máximos exponentes de la enfermedad psiquiátrica extendida bajo un paradigma teórico bio-psico-social, requiriendo un abordaje terapéutico en los tres ejes de actuación. En relación con la presentación clínica de la depresión en el anciano, la alteración del estado de ánimo puede ser poco significativa, y puede presentarse enmascaradamente en síntomas principales, tales como la pérdida de apetito, fallos amnésicos, insomnio, pérdida de interés por el entorno, presencia en primer plano por quejas somáticas, pensamientos hipocondriacos, ansiedad o irritabilidad. Cuando predominan con síntomas deficitarios se habla de pseudodemencia depresiva.

2.2.2 ADULTO MAYOR, TERCERA EDAD O ANCIANIDAD

2.2.2.1. Definición de Tercera Edad:

Pont (2003) indica que la tercera edad o ancianidad es una etapa más de la vida, para la que todos los seres humanos deben aprender a prepararse con el objetivo de vivirla de una mejor manera. Las personas nacen, crecen, maduran y con el tiempo envejecen; se tiene que aceptar todo este proceso y adaptar psicológica y físicamente a cada una de estas etapas, durante los

primeros estadios de la vida, la evolución es bastante rápida; los cambios que se sufren en cada etapa que el ser humano vive en pocos años, desde que nace hasta la adolescencia, son bastante significativos.

Según Orosa, F. (2003) "...la llamada tercera edad, también conocida con los términos de vejez, adultez mayor o tardía, ha sido abordada en la literatura de manera aislada o como fase de involución y no como una auténtica etapa del desarrollo humano.

De acuerdo al Plan Nacional para las Personas Adultos Mayores (2006-2010), lo clasifican:

Persona adulta mayor independiente o autovalente: es la que es capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria: comer vestirse desplazarse asearse bañarse así como también es capaz de realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar limpiar la casa comprar lavar planchar, usar el teléfono, manejar su medicación, administrara su economía con autonomía mental.

Persona adulta mayor frágil: es quien tiene alguna limitación para realizar todas las actividades de la vida diaria básica.

Persona adulta mayor dependiente o postrada (no autovalente): es aquella que requiere del apoyo permanente de terceras personas. Tiene problemas severos de salud funcional y mental.

2.2.2.2. Aspectos Familiares de la Tercera Edad:

Alrededor de la tercera edad muchos hijos pueden mirar a sus padres objetivamente, sin idealizarlos ni exagerar sus defectos. A pesar de la ayuda mutua que puede darse entre padres de mayor edad e hijos hay personas que son capaces de recibir ayuda tanto de sus hijos como de sus nietos; en especial si sufre de deterioro mental, estados del ánimo y cambios de personalidad. A

pesar de que las madres se preocupan por perder su independencia y ser cargas para sus hijos; ellos son los que se dirigen primero cuando necesitan atención, las necesidades de los padres adultos parecen caer en la categoría de las exigencias no normativas y no anticipadas; deben volverse dependientes de su cuidado físico, financiero y emocional. Papalia y Wendkos (1996).

2.2.2.3. Depresión en las personas de la Tercera Edad:

Matilla (2001) afirma que la depresión en ancianos se presenta en manifestaciones como fatigabilidad, dificultades en la concentración, insomnio y pérdida del apetito con disminución del peso; tales manifestaciones suelen ser confundidas por lo familiares y los médicos con otro tipo de enfermedades asociadas a la vejez como el Alzheimer, Parkinson, Ictus o ataques de Isquemia Transitoria. Otro aspecto importante que pueden afectar al anciano es el hecho de que sufre situaciones de pérdida más a menudo que ningún otro grupo, pérdida de la aptitud física y mental, pérdida del empleo, pérdida o muerte de amigos, pérdida de la independencia, muerte del cónyuge, los cuales los lleva alcanzar altos niveles de depresión, de la misma forma refiere que existen consecuencias de la depresión en el anciano, entre las que podemos encontrar están:

- De privacidad social
- Soledad
- Baja calidad de vida
- Incremento de los servicios de salud
- Deterioro cognitivo
- Deterioro de la realización de las tareas diarias
- Alto riesgo de depresión crónica
- Alto riesgo de suicidio

Craig (1999) afirma que en las últimas tres décadas se ha empleado el término Ancianísimo, para describir esa actitud de indiferencia y olvido. Antes era visto como una

manifestación exterior de la gracia y del favor divino, como premio de una vida íntegra; en este periodo las personas comienzan a adaptarse a una estructura de roles, los ingresos bajan por la jubilación y mueren algunos amigos. La sociedad disminuye sus expectativas en ellos pues exige menos dinamismo, independencia y creatividad. Con dificultad algunas personas sobreviven de enfermedades de tipo grave como ataques cardíacos, apoplejías o cáncer. En general la mayoría de ellos son débiles pero eso no significa discapacidad ni dependencia total, algunos ancianos viven en sus casas, otros solos y otra parte en asilos u otras instituciones; alguna de las ventajas de la senectud es que están libres de presiones y de responsabilidades y si las crisis que padecen algunos de ellos se resolvieran de manera satisfactoria tendrían una década serena, alegre y gratificante.

2.2.3. PROGRAMA SOCIAL DE ASISTENCIA SOLIDARIA “PENSION 65”

2.2.3.1. Marco Legal del Programa Nacional de Asistencia Solidaria,

Pensión 65

DECRETO SUPREMO N° 081-2011-PCM

Que, conforme a lo establecido en el artículo 4° de la Constitución Política del Perú, es objetivo de la comunidad y del NORMAS LEGALES El Peruano 451890 Lima, miércoles 19 de octubre de 2011 Estado otorgar protección a los grupos sociales especialmente vulnerables, dentro de los cuales están comprendidos los adultos a partir de los sesenta y cinco (65) años de edad que carezcan de las condiciones básicas para su subsistencia; Que, mediante el Decreto de Urgencia N° 059-2010 se creó el Programa Piloto de Asistencia Solidaria con el adulto mayor: “Gratitud”, con el objeto de transferir, de manera directa, subvenciones económicas a los adultos en condición de extrema pobreza a partir de los setenta y cinco (75) años de edad que cumplan las condiciones establecidas por la norma, cuya aplicación para el 2011 fue regulada por la Sexta

Disposición Complementaria Final de la Ley N° 29626, Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año fiscal 2011; Que, de acuerdo a información proveniente de la Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO 2010, emitida en el mes de mayo del presente año, el 9,9% de la población de adultos a partir de los sesenta y cinco (65) años de edad se encuentra en condición de extrema pobreza, estando por ello expuesta a situaciones de riesgo y vulnerabilidad social, por lo que, resulta necesario y urgente tomar medidas a fin de establecer un mecanismo de asistencia y protección más extensivo que comprenda a este grupo social, a través del otorgamiento de subvenciones económicas que permitan a dicha población vulnerable asegurar las condiciones básicas para su subsistencia; Que, según el Mapa de Pobreza 2009 del Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI, hay más de 800 distritos cuyo nivel de pobreza es superior al 50%, entre los cuales hay un grupo de 224 donde este indicador supera el 80%, aspecto que configura una situación de vulnerabilidad que debe ser inmediatamente abordada y solucionada; Que, en consecuencia el gobierno debe tomar acciones inmediatas para preservar el capital humano y promover la inclusión de los grupos vulnerables a los beneficios que se reportan a partir del crecimiento económico sostenido del país en los últimos años, que ha permitido contar con los recursos presupuestales que hacen posible poner en marcha un programa social que otorgue una subvención económica a los adultos a partir de los sesenta y cinco (65) años de edad que se encuentren en condición de extrema pobreza; Que, resulta de interés nacional crear el Programa Nacional de Asistencia Solidaria “Pensión 65” con la finalidad de proteger a un sector especialmente vulnerable de la población, lo que permitirá asegurar una reducción sostenida de la pobreza extrema que no podría lograrse de no dictarse las medidas contempladas en la presente norma, sobre la base de lo ya avanzado; Que, se cuenta con la opinión favorable de la Secretaría de Gestión Pública de la Presidencia del Consejo de Ministros; De conformidad con lo

dispuesto en la Ley N° 27658 y la Ley N° 29158; y, Con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros.

DECRETA:

Artículo 1°.- Creación del Programa “Pensión 65” Créase el Programa Nacional de Asistencia Solidaria “Pensión 65”, en adelante el Programa “Pensión 65”, a cargo de la Presidencia del Consejo de Ministros, para otorgar subvenciones económicas a los adultos en condición de extrema pobreza a partir de los sesenta y cinco (65) años de edad que cumplan con los requisitos establecidos por la presente norma. Dicho Programa contará con un Coordinador designado por Resolución Suprema.

Artículo 2°.- De la subvención El monto de la subvención económica mensual que otorga el Programa “Pensión 65” para un hogar donde haya una o más personas que cumplan con los requisitos del Programa “Pensión 65”, se determinará mediante la norma legal que corresponda en un plazo no mayor de 30 días calendario.

Artículo 3°.- Requisitos para ser Beneficiarios del Programa “Pensión 65”

3.1. Son beneficiarios del Programa “Pensión 65”, los adultos a partir de sesenta y cinco (65) años de edad que se encuentren en condición de extrema pobreza de acuerdo a los criterios del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH).

3.2. La condición de beneficiario del Programa “Pensión 65” es incompatible con la percepción de cualquier pensión o subvención que provenga del ámbito público o privado, incluyendo a EsSalud, así como ser beneficiario de algún programa social, a excepción del Seguro Integral de Salud (SIS) y el Programa Nacional de Movilización por la Alfabetización (Pronama).

3.3. Para la incorporación al Programa “Pensión 65” es necesario que los potenciales beneficiarios se identifiquen ante las entidades, a través de las cuales funciona el programa, con

su Documento Nacional de Identidad (DNI) y soliciten la evaluación de elegibilidad del SISFOH.

Artículo 4°.- Administración del Programa “Pensión 65” y pago de la subvención.

4.1 Encárguese al Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres - “JUNTOS”, a través de la Unidad Ejecutora 010 de dicho Programa el proceso de ejecución y administración de recursos del Programa “Pensión 65”.

4.2 El Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) comunica el padrón de personas elegibles, a través del Coordinador del Programa “Pensión 65” al Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres - “JUNTOS”. Dicho programa, en coordinación con las Unidades Locales de Focalización de las municipalidades, procederá a la verificación de su estado de supervivencia. En adelante, la verificación del estado de supervivencia se realizará trimestralmente.

4.3 Efectuada la verificación a que se refiere el numeral anterior, a propuesta del Coordinador del Programa “Pensión 65” la Presidencia del Consejo de Ministros aprobará mediante Resolución Ministerial la relación mensual de beneficiarios. Dicha relación deberá ser publicada en el portal institucional de la entidad.

4.4 El Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres - “JUNTOS” autoriza al Banco de la Nación la apertura de las cuentas bancarias individuales de los beneficiarios de acuerdo a la relación aprobada.

4.5 El Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres - “JUNTOS”, para la administración y ejecución del Programa “Pensión 65”, podrá solicitar la colaboración de las demás entidades públicas, como el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil, Banco de la Nación, Oficina de Normalización Previsional (ONP), la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, entre otros.

Artículo 5°.- Manual de Operaciones La Presidencia del Consejo de Ministros, mediante Resolución Ministerial aprueba el Manual de Operaciones del Programa “Pensión 65”.

Artículo 6°.- Vigencia La presente norma entra en vigencia al día siguiente de ejecutada la transferencia de recursos y extinguido el Programa Piloto de Asistencia Solidaria con el adulto mayor “Gratitud”.

Artículo 7°.- Refrendo El presente Decreto Supremo será refrendado por el Presidente del Consejo de Ministros y por la Ministra de la Mujer y Desarrollo Social.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA.- Incorpórese como beneficiarios del Programa “Pensión 65” a los beneficiarios del Programa Piloto de Asistencia Solidaria con el adulto mayor: “Gratitud” que a la fecha de emisión del presente Decreto de Urgencia hayan sido incorporados en el Padrón de elegibles de dicho Programa Piloto, elaborado por el SISFOH.

SEGUNDA.- Dése por concluido el Programa Piloto de Asistencia Solidaria con el adulto mayor: “Gratitud”.

TERCERA.- Dispóngase la transferencia de cuentas bancarias, bienes muebles e inmuebles, personal, acervo documentario, posición contractual, obligaciones, pasivos y activos, del Programa Piloto de Asistencia Solidaria con el adulto mayor: “Gratitud” del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social al Programa “Pensión 65” de la Presidencia del Consejo de Ministros.

CUARTA.- Deróguense o déjense en suspenso, según sea el caso, las disposiciones que se opongan a lo establecido por la presente norma.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL

ÚNICA.- El Programa “Pensión 65” se iniciará de manera progresiva en los distritos más pobres del Perú, donde se aplicará los criterios de elegibilidad del artículo 3° de la presente norma, para

cuyo efecto se tomará como referencia los distritos cuyo nivel de pobreza es superior a 50% de acuerdo al Mapa de Pobreza 2009 del Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI, iniciando su implementación en los departamentos de Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Puno, Ica y Huánuco. A propuesta de la Presidencia del Consejo de Ministros a través del Programa “JUNTOS” y con la opinión favorable del Ministerio de Economía y Finanzas, mediante Decreto Supremo refrendado por el Presidente del Consejo de Ministros y por el Ministro de Economía y Finanzas, se aprobará la ampliación del ámbito geográfico de intervención del Programa “Pensión 65” y metas de cobertura. (Diario Oficial el Peruano 2011)

2.2.3.2 Objetivos Estratégicos

- a) Diseñar e implementar servicios de calidad orientados a brindar protección social a los adultos mayores de sesenta y cinco años, incrementando su bienestar.
- b) Fortalecer la articulación intersectorial e intergubernamental orientada a la implementación de servicios sociales de apoyo al adulto mayor.

2.2.3.3 Visión

El Perú ha otorgado protección a los adultos mayores de sesenta y cinco años a más, pertenecientes a grupos sociales especialmente vulnerables, logrando su bienestar. Los adultos mayores acceden a los servicios públicos y programas diseñados especialmente para ellos, alcanzando su inclusión social.

2.2.3.4 Misión

Brindar protección social a los adultos mayores de sesenta y cinco años a más, que viven en situación de vulnerabilidad; entregándoles una subvención económica que le permita incrementar

su bienestar; y mejorar los mecanismos de acceso de los adultos mayores a los servicios públicos mediante la articulación intersectorial e intergubernamental

2.2.3.5. Beneficiarios

Personas de 65 años a más que cumplen con los requisitos para percibir la subvención económica y que figuran en el padrón de usuarios aprobados mediante Resolución Directoral para cada período de pago.

2.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES.

2.3.1 Depresión:

Según DSM-IV TR (2005) Pág. 345 “Es un trastorno que afecta el estado de ánimo de la persona especialmente en momentos de cambio. Es un desequilibrio del sistema nervioso humano, difícil de reponer mostrando los siguientes síntomas:

- Emocionales: tristeza, irritación, desesperanza e hipersensibilidad. □ Intelectuales: falta de concentración y memoria, negativismo, culpa, indecisión y autocrítica excesiva.
- Comportamiento: apatía, desmotivación, evitación de esfuerzos, aislamiento, etc.”

La depresión puede ser leve, moderada o grave, estos niveles pueden ser diagnosticados por medio de la Escala Geriátrica de la Depresión.

2.3.2 Tercera Edad o Adulto Mayor:

Según Rueda y Follo, (2005) el término tercera edad hace referencia a las personas mayores, edad conocida también como vejez, abarca un estadio de la vida comprendido de los 65 años en adelante.

2.3.3 Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65:

Es un programa social que se basa en el plan nacional Estrategia incluir para crecer,

en el eje 5 Protección y Bienestar del Adulto Mayor; Se creó el 19 de octubre del 2011 mediante Decreto Supremo N° 081 – 2011-PCM, con la finalidad de otorgar protección a los grupos sociales especialmente vulnerables, dentro de los cuales están comprendidos los adultos a partir de los 65 años de edad que carezcan de las condiciones básicas para su subsistencia. (Pensión 65, 2013)

2.4 SISTEMA DE VARIABLES- DIMENSIONES E INDICADORES

Variable	Dimensión	Indicadores
NIVEL DE DEPRESION	- Aspectos afectivos.	<ul style="list-style-type: none"> - Insatisfacción de la vida - Sensación de tristeza - Sentimientos de inutilidad - Pensamientos negativos - Dificultad para memorizar

2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES:

Variable	Definición Operacional
NIVEL DE DEPRESIÓN.	<p>En la investigación el nivel de presión será considerado como las respuestas a la Escala de Depresión Geriátrica de YESAVAGE que consta de 1 dimensión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspectos afectivos.

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1 NIVEL, TIPOS Y METODO DE INVESTIGACION

3.1.1. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo: Según Sánchez, H. & Reyes, C. (1998), consiste en describir, analizar e interpretar sistemáticamente un conjunto de hechos relacionados con otras variables tal como se dan en el presente. El método descriptivo apunta a estudiar el fenómeno en su estado actual y en su forma natural; por tanto las posibilidades de tener un control directo sobre las variables de estudio son mínimas, por lo cual su validez interna es discutible.

Su propósito básico es: Describir cómo se presenta y qué existe con respecto a las variables o condiciones en una situación.

3.1.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Investigación Sustantiva: pues intenta responder a un problema teórico de las variaciones de un modelo y se orienta a “describir y explicar”, lo cual, en cierta forma lo “encamina hacia la investigación básica o pura” (Sánchez y Reyes, 2002)

3.1.3 METODO DE INVESTIGACION

No experimental: Ésta investigación se realizará sin manipular deliberadamente variables, es decir se trata de una investigación donde no se hace variar en forma intencional las variables. Lo que se hace es observar el fenómeno tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlo (Hernández, Baptista y Fernández, 2010).

3.2 DISEÑO

Descriptivo simple

Representación

M - O

Leyenda:

M = MUESTRA (Adultos Mayores beneficiarios del programa Pensión 65 del distrito de Pillcomarca)

O = OBSERVACIÓN (De la Escala de depresión geriátrica)

3.3 AMBITO DE INVESTIGACION

El lugar o espacio donde se llevará a cabo la Investigación es en la Municipalidad Distrital de Pillcomarca.

El Distrito de Pillcomarca: Se encuentra situado en el Valle del Pillco Mozo, hoy Valle del Huallaga, ocupando un amplio territorio a la margen izquierda en la cuenca del Alto Huallaga al lado sur. La capital del distrito es Cayhuayna, con una población constituida por familias que vienen de diversos distritos del departamento de Huánuco como también de otros departamentos como Pasco, Junín, Cusco, Pucallpa, etc. Es un centro geopolítico estratégicamente ubicado en el eje principal de la carretera central Huánuco - Lima, se encuentra

ubicado a solo 3 kilómetros de la ciudad de Huánuco (Plaza de Armas); en el eje vial de la carretera de primer orden Lima - Huánuco - Pucallpa, a la altura del Kilómetro 412 de dicha vía asfaltada, alrededor de dicho eje se asientan los principales centros poblados de Andabamba y Corazón de Jesús del distrito. (Carta Nacional /100000 Hoja, 20 – K (Huánuco), INEI 2012)

4.4.1 POBLACION

La población está integrada por 426 adultos mayores beneficiarios del programa “Pensión 65” de sexo femenino y masculino, del Distrito de Pillcomarca.

3.4.1.1 Criterios de inclusión

Beneficiarios del programa Pensión 65 que reúnan las siguientes características:

Edad : De 65 años a más.

Situación : Que sean beneficiario del programa Pensión 65.

Asistencia : A las reuniones periódicas.

3.4.1.2 Criterios de exclusión

Edad : Menores de 65 años

Situación : Que no sean beneficiario del programa Pensión 65

Inasistencia: A las reuniones periódicas.

3.4.2 MUESTRA

3.4.2.1 Tipo de muestreo

Muestreo Probabilístico

Tipo Aleatorio Simple: el procedimiento se lleva a cabo después de haber determinado el tamaño de la muestra a través de un sorteo en un ánfora en la que encuentra los nombres y códigos de cada miembro de la población (N), se procede a obtener los integrantes de la muestra (n).

3.4.2.2 Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se obtendrá con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{NE^2 + Z^2 pq}$$

DONDE:

n= Muestra	?
N= Población	426
Z= Porcentaje de Confianza 95%	1,96
p= Variabilidad positiva	0.5
q= Variabilidad negativa	0.5
E= Porcentaje de error 5%	0.05

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(426)}{(426)(0.05)^2 + 1.96^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{409.1304}{2.0254}$$

$$n = 201.999803$$

$$n = 202$$

Aplicando la formula el resultado total es de 202.

3.5 INSTRUMENTO DE ESTUDIO:

3.5.1 FICHA TECNICA DEL INSTRUMENTO "ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA"

NOMBRE: Escala de depresión Geriátrica

NOMBRE ORIGINAL: Geriatric Depression Scale

NOMBRE ABREVIADO: GDS

AUTOR: Brink y Yesavage

AÑO: 1982

FORMA DE APLICACIÓN: Autoadministrado, Individual y Colectivo

TIEMPO DE APLICACIÓN: No hay tiempo límite

AMBITO DE APLICACIÓN: Adultos Mayores

SIGNIFICACIÓN: Técnica Psicométrica útil para el diagnóstico de depresión y el estado de salud mental del individuo

DESCRIPCIÓN: La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale, GDS) diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico.

La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, de la que se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y mostraban una validez test-retest mayor, eliminando los ítems de contenido somático. Los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión más abreviada, de 15 ítems, que ha sido también muy difundida y utilizada. Se trata de un cuestionario de respuestas

dicotómicas si / no, diseñado en su versión original para ser autoadministrado, si bien se admite también su aplicación heteroadministrada, leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada; en este caso el entrevistador no debería realizar interpretaciones sobre ninguno de los ítems, incluso si es preguntado respecto al significado de alguno de ellos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular, en lo posible, tendencias a responder en un solo sentido. El marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa, con tendencia a utilizar más este último en la aplicación autoadministrado.

Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano.

INTERPRETACIÓN: Cada ítem se valora como 0 / 1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0-30 ó 0-15, según la versión.

Para la versión de 30 ítems los puntos de corte propuestos en la versión original de la escala son los siguientes:

No depresión	0-9 puntos
Depresión moderada	10-19 puntos
Depresión severa	20-30 puntos

Para la versión de 15 ítems se aceptan los siguientes puntos:

Depresión Leve	0-5 puntos
Depresión moderada	6-9 puntos
Depresión severa	10-15 puntos

3.5.2 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD: La sensibilidad del GDS fue del 92% y la especificidad fue del 89% cuando la evaluación se realizó con criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como la investigación clínica. En un estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo de GDS para la auto calificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ($r = 0.84$, $p < 0.001$) (Sheikh & Yesavage, 1986).

3.5.3 VALIDEZ DE CONTENIDO A TRAVÉS DEL COEFICIENTE DE VALIDACION “V” DE AIKEN EN HUANUCO-2016

Tabla 1

Validez de contenido de la Escala de Depresión Geriátrica de YESAVAGE a través del coeficiente de validación “V” de Aiken en huanuco-2016

Columna1	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	JUEZ 4	PROMEDIO	SUMA	V DE AIKEN	NIVEL DE SIGNIFICANCIA	Columna2
ITEMS 1	4	4	4	3	3.75	15	0.94	0.94	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
ITEMS 2	4	4	4	4	4	16	1	0.81	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
ITEMS 3	4	4	4	4	4	16	1	0.81	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
ITEMS 4	4	4	4	4	4	16	1	0.81	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
ITEMS 5	4	4	4	4	4	16	1	0.81	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
ITEMS 6	4	4	4	4	4	16	1	0.81	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
ITEMS 7	3	4	4	4	3.75	15	0.94	0.72	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
ITEMS 8	4	4	4	3	3.75	15	0.94	0.72	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
ITEMS 9	4	4	4	4	4	16	1	0.81	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
ITEMS 10	4	4	4	4	4	16	1	0.81	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
ITEMS 11	4	4	4	4	4	16	1	0.81	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
ITEMS 12	4	4	4	4	4	16	1	0.81	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
ITEMS 13	4	4	4	4	4	16	1	0.81	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
ITEMS 14	4	4	4	3	3.75	15	0.94	0.72	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
ITEMS 15	4	4	4	3	3.75	15	0.94	0.72	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO

Fuente: Administración del coeficiente de validación “V” de Aiken en huanuco-2016

Elaboración: Propia

3.5.4 CALIFICACIÓN “ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE”

Para la calificación del La Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de la versión de 15 ítems se aceptan los siguientes puntos:

Depresión Leve	0-5 puntos
Depresión moderada	6-9 puntos
Depresión severa	10-15 puntos

3.6 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

	METODO	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS
DE RECOLECCION Y EVALUACION DE DATOS	OBSERVACIÓN INDIRECTA	EL FICHAJE	FICHAS BIBLIOGRAFICAS FICHAS MIXTAS FICHAS TEXTUALES FICHAS DE RESUMEN
	PSICOMETRÍA	MEDICIÓN	“ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE”
PROCESAMIENTO DE DATOS	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	CUADROS Y GRÁFICOS DE DISTRIBUCIÓN Y DE FRECUENCIAS

3.7 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTOS DE DATOS

Se realizó una evaluación y entrevista de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, en la población seleccionada; luego se procedió al análisis estadístico de datos, según tablas de frecuencia y porcentaje.

CAPITULO IV
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla 2

Adultos mayores beneficiarios del programa social Pensión 65 según nivel de depresión, Pillcomarca – 2017

Nivel de Depresión	muestra	Adultos mayores	
		f	%
Depresión Leve		59	29.2 %
Depresión Moderada		96	47.5 %
Depresión severa		47	23.3 %
Total		202	100 %

Fuente : Administración de La Escala de Depresión Geriátrica (GDS)
Elaboración : Propia

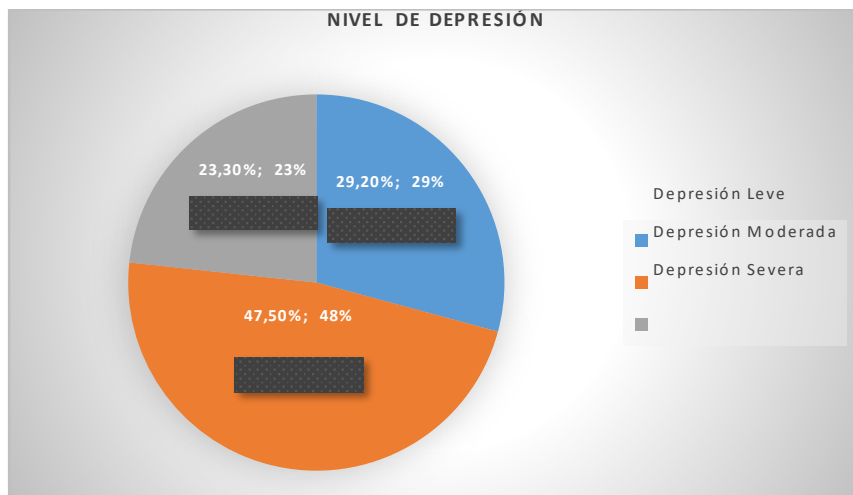


Figura 1. Adultos mayores beneficiarios del programa social Pensión 65 según nivel de depresión, Pillcomarca – 2017

Fuente: Administración de La Escala de Depresión Geriátrica (GDS)

Elaboración: Propia

ANÁLISIS: Observamos en la tabla 2 y figura 1 los niveles de depresión diferentes promedios que van desde 23.3% (Severa) hasta 47.50 (Moderada), que es el más frecuente, seguido del nivel leve 29.20 %.

INTERPRETACION: De acuerdo a los resultados obtenidos el promedio hallado para el nivel de depresión moderado, lo ubica en el primer lugar con un 47.5 %, es decir 96 personas de un total de 202 que fueron evaluadas, Estos resultados se deberían a que en esta etapa, la gran mayoría de los adultos mayores pasa por ciertos cambios físicos y psicológicos propios de éste etapa de vida, por ejemplo la jubilación, enfermedades físicas e incluso la pérdida de la pareja, que va menguando su integridad y si no tienen los soportes emocionales adecuados genera en ellos un cierto grado de depresión.

Tabla 3

Adultos mayores beneficiarios del programa social Pensión 65 por nivel de depresión según género, Pillcomarca – 2017

Nivel	genero	Varones		Mujeres		Total	
		f	%	f	%	f	%
Depresión Leve		30	37.5 %	29	23.8 %	59	29.2 %
Depresión Moderada		32	40 %	64	52.4%	96	47.5 %
Depresión severa		18	22.5 %	29	23.8 %	47	23.3 %
Total		80	100%	122	100 %	202	100 %

Fuente : Administración de La Escala de Depresión Geriátrica (GDS)

Elaboración : Propia

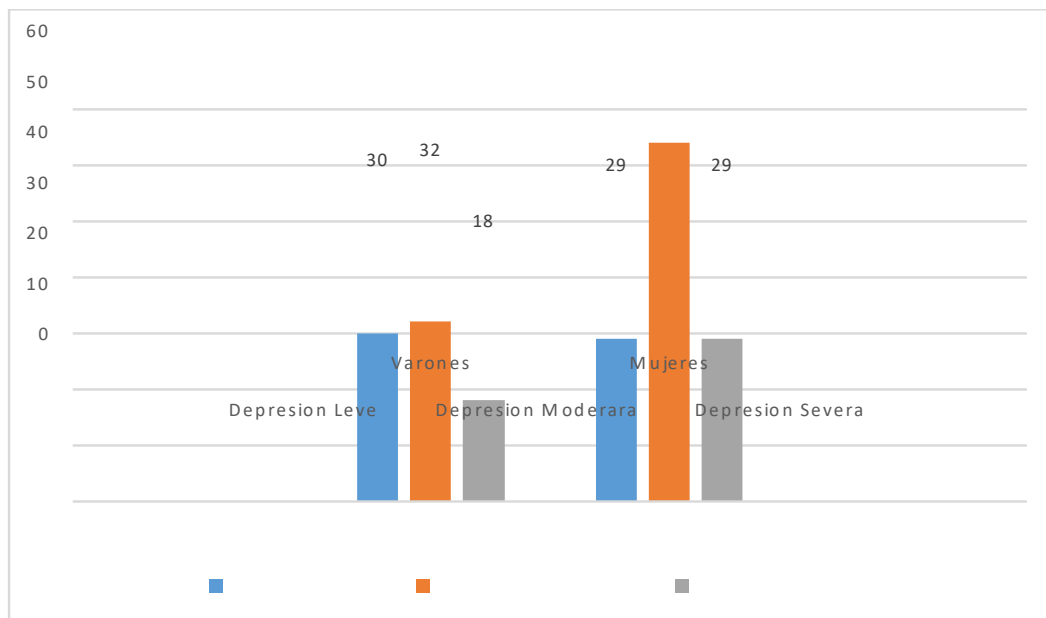


Figura 2. Adultos mayores beneficiarios del programa social Pensión 65 por nivel de depresión según género. Pillcomarca – 2017

Fuente: Administración de La Escala de Depresión Geriátrica (GDS)

Elaboración: Propia

ANALISIS: En la tabla 3 y figura 2 observamos los resultados de la evaluación de La Escala de Depresión Geriátrica (GDS) según género en donde se observa que los porcentajes varían desde el 22.5% (depresión severa) obtenido por el género masculino hasta los 52.4% obtenidos por el género femenino en el nivel de depresión moderada.

INTERPRETACION: De acuerdo a los resultados obtenidos, según el género se observa que el mayor porcentaje del género femenino, se encuentra en el nivel de depresión moderada con un total de 64 personas equivalentes al 52.4%; el porcentaje más bajo se encuentra con depresión severa del género masculino con un 22.5%. La predominancia femenina en cuanto al porcentaje de depresión moderada, puede estar ligada a la preocupación generada por la mayor presencia de enfermedades de descalcificación como artritis, artrosis, osteoporosis producto de la cantidad de hijos engendrados, asimismo se produce la sensación de nido vacío, en los cuales los hijos están fuera del hogar siendo el género femenino el más afectado.

Tabla 4

Adultos mayores beneficiarios del programa social Pensión 65 por nivel de depresión según grado de instrucción, Pillcomarca – 2017

Grado \ Nivel	Depresión Leve		Depresión Moderada		Depresión severa	
	f	%	f	%	f	%
Sin Instrucción	26	44.1 %	65	67.7 %	30	63.8 %
Primaria	28	47.4%	31	32.3 %	17	36.2 %
Secundaria	5	8.5 %	0	0 %	0	0 %
Superior	0	0%	0	0 %	0	0 %
Total	59	100%	96	100%	47	100%

Fuente: Administración de La Escala de Depresión Geriátrica (GDS)

Elaboración: Propia

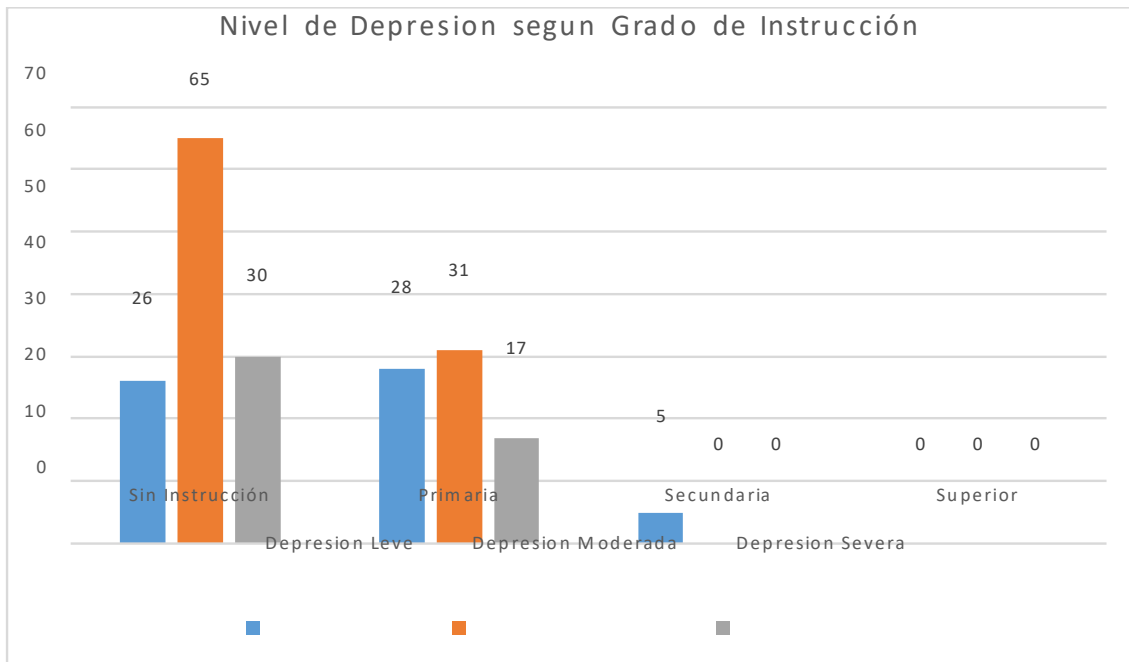


Figura 3. Adultos mayores beneficiarios del programa social Pensión 65 por nivel de depresión según grado de instrucción, Pillcomarca – 2017

Fuente: Administración de La Escala de Depresión Geriátrica (GDS)

Elaboración: Propia

ANALISIS: En la tabla 4 y figura 3 observamos que hay una gran diferencia en cuanto a resultados por grado de instrucción, estando el grupo más concentrado de evaluados en el nivel sin instrucción con 121 personas, del total de sujetos que presentan Depresión leve, el 47.4 % tiene grado de instrucción primaria. Del grupo de depresión moderada, el 67.7 % no tienen instrucción y del grupo del grupo de depresión severa, el 63.8 % no tiene instrucción y el 32.2 % instrucción primaria.

INTERPRETACION: De acuerdo a los resultados se observa además que a menor grado de instrucción existe mayor nivel de depresión severa; Es probable que estos resultados se deban a que la educación es un factor positivo para afrontar diversas circunstancias adversas, y como en décadas pasadas estas personas no pudieron acceder a la educación, no tienen esos recursos para afrontar los síntomas depresivos que están padeciendo. En forma contraria los que tienen educación primaria y secundaria, quizás afrontan de mejor forma estos síntomas es

por ello que tienen un nivel de depresión leve.

Tabla 5

Adultos mayores beneficiarios del programa social Pensión 65 por nivel de depresión según estado civil, Pillcomarca – 2017

Estado Civil \ Nivel	Depresión Leve		Depresión Moderada		Depresión severa	
	f	%	f	%	f	%
Soltero	4	6.8 %	8	8.3 %	3	6.4 %
Casado	29	49.1 %	50	52.1 %	20	42.5 %
Viudo	21	35.6 %	34	35.4 %	24	51.1 %
Divorciado	3	5.1 %	2	2.1 %	0	0 %
Conviviente	2	3.4 %	2	2.1 %	0	0 %
Total	59	100%	96	100%	47	100%

Fuente: Administración de La Escala de Depresión Geriátrica (GDS)

Elaboración: Propia

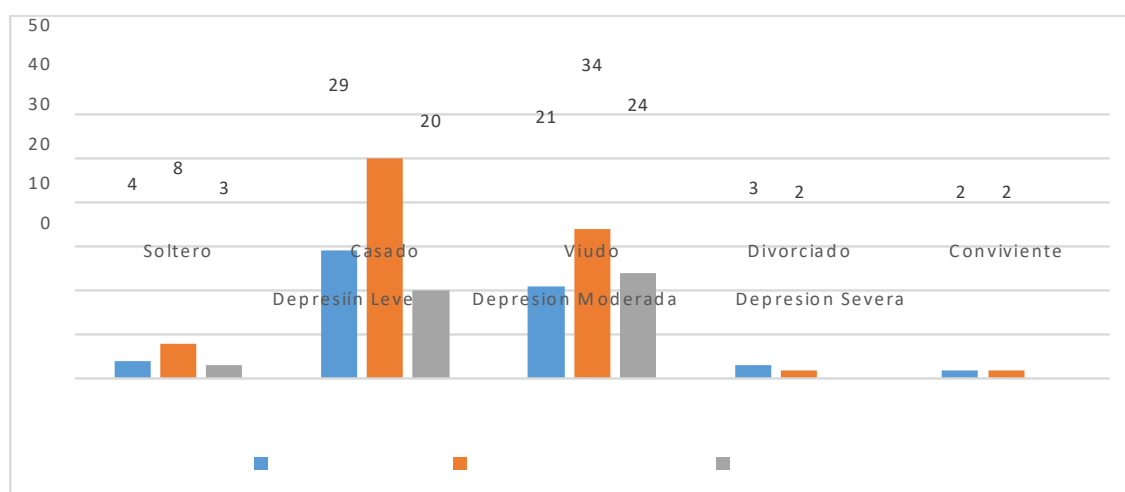


Figura 4. Adultos mayores beneficiarios del programa social Pensión 65 por nivel de depresión según estado civil, Pillcomarca – 2017

Fuente: Administración de La Escala de Depresión Geriátrica (GDS)

Elaboración: Propia

ANÁLISIS: En la tabla 5 y figura 4 observamos que según el estado civil, el casado, tiene mayor porcentaje en depresión moderada con 52.1 %, seguido del nivel de depresión severa

en el estado civil viudo con 51.1 % y el mayor porcentaje en depresión leve con 49,1% en el estado civil casado.

INTERPRETACION: De acuerdo a los resultados obtenidos se puede observar que el estado civil casado se encuentra en mayor porcentaje en depresión moderada con 52.1 % y leve con 49.1%, la categoría de estado civil viudo se tiene mayor porcentaje en depresión severa con 51.1%, Esto puede deberse a que en décadas pasadas, de acuerdo a la concepción sociocultural, había una mayor tendencia al matrimonio, las personas se casaban por múltiples razones y más jóvenes, como ahora tienen mayor responsabilidad en el hogar y en la circunstancia económica que se encuentran les genera mayor preocupación, tristeza y por ende depresión, por no tener los recursos necesarios para tener una mejor calidad de vida, asimismo el segundo lugar, que es la viudez, se debe a que están pasando por la etapa de adultez tardía en el cual una de las características de esta etapa es precisamente la pérdida de la pareja, la cual es un factor desencadenante para desarrollar un trastorno depresivo.

Tabla 6

Adultos mayores beneficiarios del programa social Pensión 65 por nivel de depresión según religión que profesan, Pillcomarca – 2017

Nivel Religión	Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa	
	f	%	f	%	f	%
Católico	41	69.5 %	62	64.6 %	30	63.8 %
Evangélico	16	27.1 %	33	34.4 %	17	36.2 %
Adventista	1	1.7 %	0	0 %	0	0 %
Ateo	0	0 %	0	0%	0	0%
Otros	1	1.7 %	1	1 %	0	0%

Total	59	100 %	96	100%	47	100%
--------------	----	-------	----	------	----	------

Fuente: Administración de La Escala de Depresión Geriátrica (GDS)

Elaboración: Propia

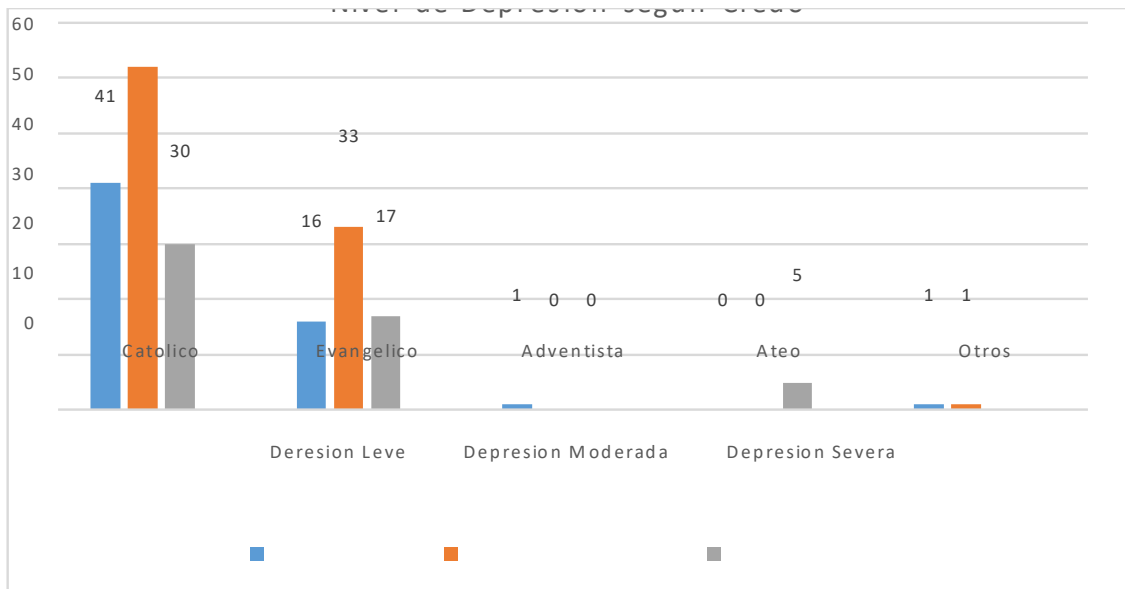


Figura 5. Adultos mayores beneficiarios del programa social Pensión 65 por nivel de depresión según religión que profesan, Pillcomarca – 2017

Fuente: Administración de La Escala de Depresión Geriátrica (GDS)

Elaboración: Propia

ANÁLISIS: En la tabla 6 y figura 5 se observa que la religión católica obtiene el 69.5 % en nivel leve de depresión, asimismo obtuvo los más altos porcentajes en el nivel de depresión moderada con 64.6 % y severa con 63.8 %.

INTERPRETACION: De acuerdo a los resultados obtenidos se observa que de los 59 evaluados que se encuentran en el nivel de depresión leve, 41 personas son de religión católica con un porcentaje de 69.5 %, seguido de la depresión moderada con 64.6 % y severa con 63.8 % , la gran mayoría de los adultos mayores pertenece a la religión católica y por los resultados se observa que la práctica de su espiritualidad genera cierta fortaleza o capacidad de enfrentar los cambios en su vida sin embargo un porcentaje similar de la misma religión adquiere niveles altos de depresión moderada y severa, que quizás se deba a que se estancan en determinada época de la vida (un aborto, relaciones sexuales antes de tiempo,

etc.) estos pensamientos recurrentes de culpa y alcanzar el perdón divino, hace que los adultos mayores se centren en lo negativo de su vida y desarrollen trastornos depresivos.

4.2 DISCUSION DE RESULTADOS

La Organización Mundial de la Salud afirma que actualmente cinco de las 10 causas más importantes de discapacidad son de origen psiquiátrico y se sostiene que para el 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial.

La depresión no es tristeza únicamente, es una enfermedad que debe ser tratada. Contrario a la creencia popular, la depresión no es una parte natural del envejecimiento. La depresión a menudo puede revertirse con tratamiento inmediato y adecuado. Sin embargo, si no se trata, la depresión puede acelerar el deterioro físico, cognitivo y social, dilatar la recuperación de enfermedades y cirugías, provocar un aumento del uso de la atención médica, y el suicidio (Kurlowics L, Greenberg S, 2007).

Caster (2009) describe a la depresión como desgano, falta de energía, enlentecimiento motor, exceso o falta de apetito, dificultad de pensamiento y memoria, disminución de muchos intereses, pensamientos de muerte. Es una enfermedad muy frecuente en la que se ve afectada llevar de manera normal la vida cotidiana. Relata que las causas de las mismas convergen en que las personas se sienten más solas y que la presencia de familiares es nula o escasa, ya que muchos de estos adultos mayores viven solos o en caso contrario, no son atendidos debidamente por los familiares.

Mediante la evaluación realizada se comprobó que existe depresión en distintos niveles, siendo el predominante la depresión moderada con 47.5 % de la población evaluada; este es un problema que afecta con frecuencia a las personas de la tercera edad que se encuentran en una etapa degenerativa, aún más cuando son pobres o de extrema

pobreza, ya que este es el requisito indispensable para ser beneficiario del Programa Social Pensión 65; En el distrito de Pillcomarca de acuerdo a evaluaciones no sistematizadas, los adultos mayores se quejan de dolencias, de maltratos, de soledad, de sentimientos de inutilidad que muchas veces les quita las ganas de seguir viviendo, cayendo en profundos sentimientos de tristeza por ende en una depresión. Este estado es probablemente la principal causa de sufrimiento del anciano y de la considerable disminución de su calidad de vida.

En los resultados de esta investigación como ya mencionamos anteriormente el 47.5 % de la población está en nivel de depresión moderada, el 23.3 % depresión severa y el 29.2 % depresión leve, son semejantes a los encontrados por Cruz, E. (2016) quien en su estudio halló en mayor porcentaje el nivel de depresión moderada con 80 % y depresión severa 10% igual que depresión leve 10% ; en su estudio concluye que utilizando las visitas domiciliarias son efectivas para disminuir estos niveles de depresión. Asimismo cabe recalcar que es interesante la estrategia que utilizó, para disminuir el nivel de depresión de los adultos mayores, que analizándolo, son personas que de una u otra manera tienen una economía sustentable, para contar con el seguro de ESSALUD, lo cual es diferente a la situación de los adultos mayores beneficiarios del Programa Social Pensión 65, que tienen acceso solo al Sistema Integral de Salud, y su situación económica como se mencionó anteriormente, es escasa; sin embargo sus resultados antes de aplicar las visitas domiciliarias son similares a los que se encontró en esta investigación ya que se demostró que existen niveles de depresión en todos los adultos mayores, ya que el 100% de las personas evaluadas presentaron algún nivel de depresión.

En los resultados hallados por González, M. y Robles, E. (2011), se observa que el género masculino alcanza el 22,2 % depresión moderada y el género femenino el 28,1%,

indicando que no hay relación entre el riesgo de depresión y el género, no obstante en el estudio realizado se obtuvo porcentajes similares, la depresión moderada del género masculino con 40 % y femenino con 52.4% , la depresión severa en el género masculino con un 22.5.% y en el género femenino con un 23.8%; La predominancia femenina en cuanto al porcentaje de depresión moderada y severa es evidente en el género femenino demostrando que las mujeres son más propensas a sufrir depresión.

Los resultados del estudio de Giacoman, C. (2012) México, no mostró una influencia significativa de nivel escolar sobre la presencia de síntomas depresivos de los grupos; además no consideraron a las personas sin instrucción y pertenecientes a otro estrato social muy diferente a las condiciones socioculturales y económicas de nuestro país, que dificultan la calidad de vida de los adultos mayores, ya que hace unas décadas atrás era difícil que ellos puedan acceder a la educación, especialmente las mujeres, es por eso que en nuestra investigación si existen diferencias significativas en el nivel de depresión según el grado de instrucción, semejantes a los hallados por Borda, M. (2012) Colombia, como revelan sus resultados en los que menciona que la depresión afecto a los adultos con primaria incompleta, del mismo modo que en este estudio los resultados demuestran que el 67.7 % de la población evaluada presenta depresión moderada y severa el 63.8 %, se observa que a menor grado de instrucción existe mayor nivel de depresión.

En cuanto a los resultados de depresión según estado civil corroboran a la información brindada por Matilla (2001) quien afirma que el anciano sufre situaciones de pérdida más a menudo que otro grupo, en la cual resalta pérdida o muerte de cónyuge y de amigos, los cuales les lleva a alcanzar altos niveles de depresión, esto se confirma con los resultados hallados en nuestra investigación donde el grupo que alcanzo mayor nivel de depresión severa es el de estado civil viudo con 51.1 %.

En cuanto a los resultados de nivel de depresión según credo en este grupo etario no se hayo antecedentes a los cuales referirme, por lo cual solo se recalca que si bien es cierto la psicología positiva tiende a motivar a la práctica de la espiritualidad para mejorar la calidad de vida, si no es bien entendida y practicada esta espiritualidad se tiende a que esta población se centre en aspectos negativos de su vida y desarrollen trastornos depresivos como se halló en los resultados donde la población que practica la religión católica obtuvo el 63.8% de depresión severa.

Para ampliar la información hallada que no se estableció en los objetivos de identificar el nivel de depresión según condición economía, ya que se sobreentendía que los beneficiarios del Programa social Pensión 65 son Pobres y Pobres extremos pero que los resultados son semejantes a los hallados en el estudio de Francia, K. (2010), donde la mayoría de adultos mayores presentó un nivel de depresión leve, seguidos por un nivel normal y en su minoría un nivel de depresión severa. Se encontró que los factores biopsicosociales influyen mayoritariamente en el nivel de depresión, el factor biológico, psicológico, factor social y las dificultades económicas. Información que corrobora a la situación de los adultos mayores beneficiarios del programa social Pensión 65, ya que ellos tienen dificultades económicas, por ende psicologías y biológicas, ya que como son pobres o extremos pobres, no cuentan con los recursos económicos para realizar costosos tratamientos, es por ello que son vulnerables y están propensos en mayor porcentaje a sufrir depresión como lo demuestra los resultados de esta investigación donde todos los adultos mayores presentan un nivel de depresión, siendo predominante el nivel de depresión moderada 47.5 % seguida de la leve 29.2 %, y severa 23,3 %.

Ahora solo cabe recalcar si bien el estado se preocupa por esta población vulnerable, brindándoles un apoyo económico bimestral, aún falta implementar innumerables terapias y programas ocupacionales todo ello con la finalidad de que las

personas de la tercera edad que son beneficiarios tengan la debida atención psicológica para evitar o reducir los diferentes niveles depresivos que padecen ya que deben llevar un acompañamiento psicológico como soporte emocional y recreacional en este Programa Social, con todo esto se cumplen los objetivos planteados en el presente estudio.

CAPITULO V:

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos de la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- ✓ Durante el estudio, se demostró que existen niveles de depresión en todos los beneficiarios del Programa Social Pensión 65, ya que el 100% de las personas evaluadas presentan algún nivel de depresión.
- ✓ Del 100%; el 47.5 % de los encuestados manifestó depresión moderada, el 29.2 % presento depresión leve y el 23.3 % presento un nivel de depresión severa, teniendo como resultado que el nivel de depresión predominante es el moderado.
- ✓ Existe depresión en ambos géneros, en donde el género masculino presenta en depresión moderada 40% y severa con 22.5 %; pero con significativas diferencias en la predominancia femenina en cuanto al porcentaje de depresión moderada con 52.4 % y severa con 23.8 %.
- ✓ De acuerdo a los resultados obtenidos del nivel de depresión según grado de instrucción, se observa que a menor grado de instrucción. Sin instrucción 63.8% depresión severa, existe mayor nivel de depresión severa según revelan las cifras.

- ✓ Según los hallazgos obtenidos del nivel de depresión según estado civil el mayor porcentaje de nivel de depresión moderada con 52.1 % se encuentra en el estado civil casado y en depresión severa con 51.1 % el estado civil viudo.
- ✓ De acuerdo a los resultados obtenidos del nivel de depresión según Religión que profesan se observa que la religión católica se encuentra en primer lugar con un nivel de depresión leve con 69.5 %, seguido por depresión moderada con 64.6 % y severa con 63.8 % .
- ✓ Debido a que la mayoría de los beneficiarios del programa social Pensión 65, son analfabetos, y algunos sufren alguna deficiencia auditiva y visual, por ello se utilizó la técnica de entrevista de la Escala de depresión Geriátrica de Yesavage.
- ✓ El Estado se preocupa por brindar apoyo a las poblaciones vulnerables con programas asistencialistas como el caso de Pensión 65, sin prever que no es suficiente ya que en el asistencialismo no existe corresponsabilidad del individuo ni compromiso para desarrollar sus propias potencialidades, lo que es necesario para que esta población se desarrolle de manera integral de forma, física, psicológica y social mejorando su calidad de vida.

5.2. RECOMENDACIONES

A los investigadores

- Se recomienda realizar nuevas investigaciones que estudien las influencias de otros factores que intervienen en los niveles de depresión, tales como la religión, ya que en este estudio se halló que en la religión adventista se encuentra menor nivel de depresión, aunque la muestra sea mínima.

A la comunidad científica

- Realizar más estudios de esta naturaleza y que puedan determinar los factores causales de depresión en los adultos mayores beneficiarios del Programa Social pensión 65, en nuestra Región y el País.

A las autoridades de la Universidad

- Crear convenios entre las Municipalidades, la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, y facultades de ciencias de la Salud, para que de esta manera ampliar los centros de prácticas de los estudiantes y crear espacios de proyección social.

A las autoridades de la facultad de psicología

- Dar a conocer los resultados de este estudio, mediante los medios de comunicación de la Unheval, para que la población tome conciencia del estado de salud mental en que se encuentran nuestros adultos mayores del programa Social Pensión 65, y para que se tome conciencia la importancia que tiene la intervención psicológica en todo momento de la vida.

A las municipalidades

- Establecer la administración de medicamentos antidepresivos acompañado de un programa de terapias ocupacionales y de diversas actividades para el grupo perteneciente a la tercera edad beneficiarios del Programa Social Pensión 65, con el apoyo de los estudiantes de Psicología y Enfermería de la Unheval, para motivar a los ancianos a salir de la rutina en que se encuentran y reducir así los diferentes niveles depresivos que presentan.

- Capacitar sobre programas de actividades adecuadas para personas de la tercera edad dirigidas al personal encargado del Programa Pensión 65, con el apoyo de personal capacitado, con el fin de que trabajen dichas actividades con personas que presenten cuadros depresivos.

A los docentes de la Facultad de Psicología

- Incentivar a la comunidad estudiantil para que se interese en apoyar con sus prácticas pre profesionales de cursos como Psicología del Adulto Mayor, Salud Mental, Psicología Clínica entre otros, especialmente en las poblaciones vulnerables, Brindando el apoyo psicológico a los Adultos mayores, tanto de un profesional como de estudiantes, para que así los beneficiarios puedan tener un soporte emocional con el que puedan expresar sus sentimientos y llevar así un acompañamiento psicológico.

A la comunidad estudiantil

- Tomar mayor interés en apoyar con sus prácticas pre profesionales a las poblaciones vulnerables, tal como los adultos mayores, personas con habilidades diferentes, pobres y de pobreza extrema, y realizar voluntariados según su interés; para adquirir mayor conocimiento y experiencia los cuales les servirán en el momento del realizar el internado y desempeñarse profesionalmente cuando egresen.

BIBLIOGRAFIA

- Acevedo, J; Trujillo, M y López, M. *Problemática de los grupos vulnerables: Visiones de la realidad*. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr>libros>>libros-000023>
- Borda, M. (2012). *Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla-Colombia: Prevalencia y Factores de Riesgo* (Tesis de Pregrado). Universidad del Norte, Colombia. Recuperado en <http://www.redalyc.org/pdf/817/81728689008.pdf>
- Caster R. (2009) *Depresión y Estados de Ánimo*. Recuperado de <http://www.depresionyestadosdeanimio.html>
- CIE-10 (2003) *De los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*, España: Editora Médica Panamericana.
- Congreso De La República. *Ley n° 28803*. op. cit., pp.3. Recuperado de <http://www.mimp.gob.pe>dgfc>diap>.
- Craig, G. (1999) *Desarrollo Psicológico*. México: Editorial Pearson Educación.
- Crespo, R. (2011). *Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar* (Tesis de Pregrado). Universidad de Cuenca. Mexico. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3497/1/MED68.pdf>.
- Datos y estadísticas (2015). *La salud mental y los adultos mayores*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- DSM IV Versión Revisada (2005) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Editorial Masson.
- Francia, K. (2010). *Factores Biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. materno infantil tablada de Lurín* (Tesis de Pregrado). U.N.M.S.M. Lima, Perú. Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1035>
- Giacoman, C. (2012). *Depresión y escolaridad en adultos mayores* (Tesis de Pregrado), Universidad Autónoma de Guadalajara, México. Recuperado de <http://revistadialogos.cucsh.udg.mx/sites/default/files/depresionyescolaridad.pdf>

- Giardino, Rita (2009) *Trastornos y patologías de la vejez*. Recuperado de <http://m.monografias.com>trabajos914>.
- González M y Robles E. (2011), *Riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro* (tesis de pregrado) U.N.M.SM. Lima, Perú. Recuperado en http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas_tm.pdf
- Halgin R. y Whitbourne S. (2003) *Psicopatología de la Anormalidad*. México: Editorial McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2012) - *Boletín Especial INEI*. Recuperado de http://www.inei.gob.pe>media>libro_1
- Juárez J., León A. y Alata V. (2010) *Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH “Viña alta* (tesis de pregrado) Universidad de San Martín de Porres. Lima Perú. Recuperado de http://www.revistasacademicas.usmp.edu.pe/_uploads/articulos/d83cb-art4_vol12_n2.pdf
- Lewison D. (2003) *Depresión*. Recuperado de <http://www.saludpublica.com>
- Matilla (2001) *Depresión en el anciano*. Recuperado de <http://www.terapiaocupacional.com/articulos/depresiónanciano.html>
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Informe sobre la salud en el mundo*. Recuperado de <http://www.who.int>whr>
- Papalia, D. Y Wendkos, S. (1996) *Desarrollo Humano*. México: Editorial McGraw-Hill.
- PENSIÓN 65 (2013), *Quiénes Somos*. Recuperado de <http://www.pension65.gob.pe/quienes-somos/objetivos/>
- Pont, P. (2003) *Tercera Edad, Actividad Física y Salud: Teoría y Práctica*. España: Editorial Paidotribo.
- Rueda, F. Y Follo, E. (2005) *Gran Enciclopedia de Psicología*, México: Editores S.A.
- Sánchez, H y Reyes, C (1998), *Metodología y Diseño de la Investigación Científica*. Lima: Editorial Mantaro.

Sheikh, J. y Yesavage, J. (1986) *Escala Geriátrica de Depresión*. Recuperado de <http://ayudapsicologica.org/test/test-trastornos-del-animo/71test-de-yesavage.html>

Soriano, A. (2002). *Educación y Violencia Familiar*, España: Editorial Dykinson S.

Strejilevich, L. (2004). *Gerontología Social*, Buenos Aires- Argentina. Editorial Dunken.

Supude, J. (2006) *Depresión*, Recuperado de <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20.Fisterra.pdf>

Vásquez, S. 2008. *Perfil epidemiológico de los ancianos que acuden a Un Hospital de Día de Geriatría* (tesis de pregrado) U.N.M.SM. Lima Perú. Recuperado de: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/4159/Licas_tm.pdf?sequence=1

ANEXOS

Anexo N° 01

- MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL	OBJETIVO	HIPOTESIS	TIPO DE INVESTIGACIÓN	METODOS	TECNICAS	INSTRUMENTO(S)		
GENERAL: ¿Cuál es el nivel de depresión predominante en los adultos mayores beneficiarios del Programa Social pensión 65 en el Distrito de Pillcomarca- 2017?	NIVEL DE DEPRESIÓN	Aspectos Afectivos	1- ¿Está contento con todo lo que ha vivido? 2- ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses? 3- ¿Siente que su vida no tiene sentido? 4- ¿Se siente a Con frecuencia cansado? 5- ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo? 6- ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo? 7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? 8- ¿Se siente desamparado o desprotegido? 9- ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas? 10- ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría? 11- ¿Cree que es maravilloso estar vivo? 12- ¿actualmente se siente una persona inútil? 13- ¿Se siente lleno de energía con ganas de vivir? 14- ¿se siente sin esperanzas en este momento? 15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está mejor situación que Usted?	Definición conceptual: “La depresión es un estado donde se pierde la relación objetal, se torna imposible realizar actividades, el estado de ánimo es profunda y dolorosamente triste, hay cesación de interés por el mundo exterior, se pierde la capacidad de amar, se inhiben las funciones, disminuye la autoestima, se padecen trastornos del sueño y del apetito, hay abulia (tengo ganas pero no puedo; no me llama la atención); puede haber síntomas psicóticos francos, pensamientos de muerte, ideación suicida y tentativas de suicidio”. (Strejilevich L. 2004 Pág. 243) Definición Operacional: Se entiende por nivel de depresión a la respuesta expresada en la escala de depresión geriátrica de Yesavage.	GENERAL Determinar el nivel de depresión predominante que presenten los adultos mayores beneficiarios del Programa Pensión 65 en el Distrito de Pillcomarca-2016.	Por ser una investigación Descriptiva simple no amerita Hipótesis	Cuantitativo	Observación Indirecta	Fichaje	Ficha Bibliográfica Ficha hemerográfica Ficha textual Ficha de resumen		
											Medición	Psicometría
ESPECIFICOS: • ¿Cuál es el nivel de depresión predominante en los adultos mayores beneficiarios del Programa Social pensión 65 en el Distrito de Pillcomarca- 2017 según género? • ¿Cuál es el nivel de depresión predominante en los adultos mayores beneficiarios del Programa Social pensión 65 en el Distrito de Pillcomarca- 2016 según grado de Instrucción? • ¿Cuál es el nivel de depresión predominante en los adultos mayores beneficiarios del Programa Social pensión 65 en el Distrito de Pillcomarca- 2016 Según Estado Civil • ¿Cuál es el nivel de depresión predominante en los adultos mayores beneficiarios del Programa Social pensión 65 en el Distrito de Pillcomarca- 2016 Según Religión?									ESPECIFICOS		DISEÑO	DE PROCESAMIENTO DE DATOS
					<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar los niveles de depresión que presentan los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 en el distrito de Pillcomarca con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, según edad. ✓ Identificar los niveles de depresión que presentan los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 en el distrito de Pillcomarca con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, según género. ✓ Identificar los niveles de depresión que presentan los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 en el distrito de Pillcomarca con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, según grado de Instrucción. ✓ Identificar los niveles de depresión que presentan los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 en el distrito de Pillcomarca con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, Estado Civil. ✓ Identificar los niveles de depresión que presentan los adultos mayores beneficiarios del programa pensión 65 en el distrito de Pillcomarca con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, según Religión. 		Descriptivo Simple Representación Simbólica M-O Leyenda M=Muestra (Adultos mayores beneficiarios del Programa Social Pensión 65 del Distrito de Pillcomarca) O=Observación (A través de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage)	Análisis Estadístico	Análisis Estadístico Descriptivo	Cuadros y gráficos de distribución y de frecuencias		

Anexo N° 02

- FICHA INFORMATIVA Y ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

FICHA DE INFORMACIÓN

I. DATOS GENERALES:

Nombres y Apellidos:.....

1. Edad:..... **Sexo:** M() F()

2. Grado de Instrucción:

Sin Instrucción () Primaria () Secundaria () Superior ()

3. Estado Civil:

Soltero () Casado () Viudo () Divorciado () Conviviente ()

4. Religión:

Católico () Evangélico () Adventista () Ateo () Otros ().....

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

N°	ÍTEMS	SI	NO
1.	¿Está contento con todo lo que ha vivido?		
2.	¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y cosas que le gustaba hacer?		
3.	¿Siente que su vida no tiene sentido, no tiene motivaciones para seguir viviendo?		
4.	¿Se siente con frecuencia aburrido/a?		
5.	¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?		
6.	¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?		
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
8.	¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?		
9.	¿Prefiere usted quedarse en casa; más que a salir a pasear?		
10.	¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
11.	¿En estos momentos, piensa que es maravilloso estar vivo?		
12.	¿Actualmente se siente un/una persona inútil?		
13.	¿Se siente lleno/a de energía, con ganas de vivir?		
14.	¿Se siente sin esperanza en este momento?		
15.	¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?		

Anexo N° 03

- VALIDACIÓN DE LA ESCALA

VALIDEZ DE CONTENIDO A TRAVÉS DEL COEFICIENTE DE VALIDACION “V” DE AIKEN EN HUANUCO-2016

Columna1	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	JUEZ 4	PROMEDIO	SUMA	V DE AIKEN	NIVEL DE SIGNIFICANCIA	Columna2
ITEMS 1	4	4	4	3	3.75	15	0.94	0.94	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
ITEMS 2	4	4	4	4	4	16	1	0.81	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
ITEMS 3	4	4	4	4	4	16	1	0.81	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
ITEMS 4	4	4	4	4	4	16	1	0.81	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
ITEMS 5	4	4	4	4	4	16	1	0.81	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
ITEMS 6	4	4	4	4	4	16	1	0.81	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
ITEMS 7	3	4	4	4	3.75	15	0.94	0.72	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
ITEMS 8	4	4	4	3	3.75	15	0.94	0.72	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
ITEMS 9	4	4	4	4	4	16	1	0.81	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
ITEMS 10	4	4	4	4	4	16	1	0.81	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
ITEMS 11	4	4	4	4	4	16	1	0.81	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
ITEMS 12	4	4	4	4	4	16	1	0.81	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
ITEMS 13	4	4	4	4	4	16	1	0.81	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
ITEMS 14	4	4	4	3	3.75	15	0.94	0.72	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO
ITEMS 15	4	4	4	3	3.75	15	0.94	0.72	VALIDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO

Anexo N° 04

- CARTA DE PRESENTACIÓN



MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE PILLCO MARCA

AV. Juan Velasco Alvarado N° 1680 - Cayhuayna
Telf. N° 062 408277

"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

Cayhuayna, 20 de setiembre de 2016.

CARTA N° 024-2016-MDPM/A

Sra.

Dra. Lilia Lucy Campos Cornejo

DECANA DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA - UNHEVAL

ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA APLICAR INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.

REFERENCIA : CARTA PRESENT. N° 089-2016-FAC.PSIC-D

De mi especial consideración,

Tengo el agrado de dirigirme a Usted para expresarle mis saludos en nombre de la comuna Pillcomarquina, de acuerdo al documento de referencia remito a su despacho la **AUTORIZACIÓN** a la alumna Zoila Inés Acosta Illatopa de la Facultad de Psicología de la UNHEVAL, para aplicar Instrumentos de Investigación (Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage), los participantes serán adultos mayores (beneficiarios de Pensión 65).

Sin otro particular, me suscribo de Usted, reiterándole las muestras de mi aprecio y estima personal.

Atentamente,



MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE PILLCO MARCA

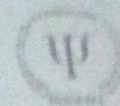
Alejandro V. Condazo Y Alvarado
ALCALDE

Anexo N° 05

- AUTORIZACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZAN - HUANUCO
 FACULTAD DE PSICOLOGIA
 DECANATO



Cayhuayna, 08 de setiembre del 2016

CARTA PRESENT. N°089-2016-FAC.PSIC-D
 Señor Licenciado:
ALEJANDRO VICTOR CONDEZO Y ALVARADO
ALCALDE - MUNICIPALIDAD DE PILLCO MARCA
PRESENTE.



ASUNTO: Autorización para aplicar Instrumentos de Investigación

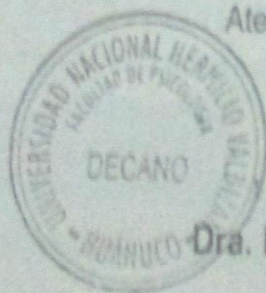
Me dirijo a usted para saludarle cordialmente, asimismo, manifestarle que nuestros estudiantes como parte de su formación académica deben realizar su Trabajos de Tesis, para lo cual aplican sus Instrumentos de Investigación y/o Pruebas Psicológicas, Test, etc.

Por tal motivo solicito a su Despacho, tenga a bien autorizar a las siguientes alumnas de la Facultad de Psicología de la UNHEVAL, apliquen sus instrumentos psicológicos en su prestigiosa institución, de la siguiente manera:

INSTRUMENTOS DE APLICACIÓN	PARTICIPANTES	ALUMNAS DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA - UNHEVAL
ESCALA DE DEPRESIÓN GEREATRICA DE YESAVAGE.	ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DE PENSIÓN 65	ACOSTA ILLATOPA, ZOILA INES

Sin otro particular deseándole éxitos en su labor, es la oportunidad para reiterarle las muestras de mi consideración y estima.

Atentamente,



[Handwritten Signature]
Dra. Lilia Lucy Campos Cornejo
DECANA