

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE APOYO FAMILIAR Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL WICHANZAO.

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORAS:

Br. Orbegoso Mantilla Diana

Br. Pariona Muñoz Leslie Maribel

ASESORA:

Dra. Leitón Espinoza Zoila Esperanza.



Trujillo – Perú

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE APOYO FAMILIAR Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL WICHANZAO.

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORAS:

Br. Orbegoso Mantilla Diana

Br. Pariona Muñoz Leslie Maribel

ASESORA:

Dra. Leitón Espinoza Zoila Esperanza.



Trujillo – Perú

2016

DEDICATORIA

A mis queridos padres y hermanas, por su apoyo incondicional estoy a punto de alcanzar mi más grande meta la cual constituye la herencia más valiosa que podré recibir.

A mi esposo que es la alegría de mi vida y uno de mis motivos por quien superarme día a día. Gracias por su fiel compañía y el apoyo incondicional en éste transcurso de mi carrera.

Leslie.

DEDICATORIA

A mis padres, por su apoyo y guía constante en el transcurso de mi vida, por su cariño, bondad y sacrificio, me dieron la oportunidad para estudiar y ser una persona de bien en el futuro.

A mis hermanas, quienes son un apoyo esencial para mí y gracias a ese apoyo me encuentro a puertas de alcanzar una de mis más grandes metas.

Diana

AGRADECIMIENTO

A ti Padre Celestial, te agradecemos por darnos la vida y por ser guía en nuestro camino. Gracias por fortalecer nuestra vocación de servir al prójimo con sencillez, humanidad, amor y respeto.

A nuestra asesora Zoila Leitón Espinoza, quien con su apoyo y dedicación nos ha guiado durante todo el proceso del trabajo de investigación.

Leslie y Diana

SUMARIO

	Pág.
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	15
III. RESULTADOS.....	23
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	26
V. CONCLUSIONES.....	33
VI. RECOMENDACIONES.....	34
VII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	35
VIII. ANEXOS.....	40

GRADO DE APOYO FAMILIAR RELACIONADO CON EL NIVEL DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR DEL C.S.M.I. WICHANZAO.

Orbegoso Mantilla Diana¹
Pariona Muñoz Leslie Maribel²
Dra. Zoila E. Leitón Espinoza³

RESUMEN

Investigación descriptivo – correlacional de corte transversal, realizado a adultos mayores que asisten al Centro de Salud Materno Infantil “Wichanzao” del distrito de La Esperanza; con el objetivo de determinar la relación que existe entre el grado de apoyo familiar y el nivel de depresión del adulto mayor. La población estuvo conformada por 80 adultos mayores. En la recolección de datos se empleó dos instrumentos. “Escala de depresión geriátrica de Yesavage” y “Encuesta sobre el Grado de Apoyo Familiar del Adulto Mayor”. Los resultados obtenidos fueron tabulados, procesados en SPSS versión 18 y presentados en tablas de simple y doble entrada con frecuencias numéricas y porcentuales. El análisis de la relación entre el grado de apoyo familiar y el nivel de depresión del adulto mayor se realizó mediante la prueba de Chi Cuadrado (X^2). Se llegó a las siguientes conclusiones: El 61.3 por ciento de los adultos mayores no presentan depresión, el 23.8 por ciento presentan depresión leve. El 50 por ciento, tiene un grado de apoyo familiar alto, el 35 por ciento tiene apoyo familiar moderado. La relación que existe entre el grado de apoyo familiar y el nivel de depresión de los adultos mayores es altamente significativa.

Palabras claves: grado de apoyo familiar, nivel de depresión, adulto mayor.

¹Estudiante de Enfermería. Facultad de Enfermería de Universidad Nacional de Trujillo. Email: juliet_12_100@hotmail.com

²Estudiante de Enfermería. Facultad de Enfermería de Universidad Nacional de Trujillo. Email: capricornio_lesmar_9259@hotmail.com

³Dra. Salud Pública. Ms. salud del Adulto y el Anciano. Profesora Principal de la Fac. Enf. de la Universidad Nacional de Trujillo. Email: zoilaleiton@yahoo.com

DEGREE OF FAMILY SUPPORT IN CONNECTION WITH THE LEVEL OF DEPRESSION ELDERLY C.S.M.I. WICHANZAO.

Orbegoso Mantilla Diana¹
Pariona Muñoz Leslie Maribel²
Dra. Zoila E. Leitón Espinoza³

ABSTRACT

Research descriptive - correlational cross-sectional, conducted elderly attending the Maternal and Child Health Center "Wichanzao" district of La Esperanza; in order to determine the relationship between the degree of family support and the level of depression in the elderly. The population consisted of 80 seniors. Data collection in two instruments was used. "Geriatric Depression Scale Yesavage" and "Survey on the Level of Family Support the Elderly". The results were tabulated, processed in SPSS version presented in tables 18 and single and double entry with numerical and percentage frequencies. The analysis of the relationship between the degree of family support and the level of depression in the elderly was performed by Chi-square test (X^2). He reached the following conclusions: 61.3 percent of older adults do not have depression, 23.8 percent have mild depression. 50 percent have a high degree of family support, 35 percent have moderate family support. The relationship between the degree of family support and the level of depression in the elderly is highly significant.

Keywords: adult degree of family support, level of depression, greater.

¹Student Nursing. Nursing Faculty of National University of Trujillo. Email: juliet_12_100@hotmail.com

²Student Nursing. Nursing Faculty of National University of Trujillo. Email: capricornio_lesmar_9259@hotmail.com

³ Dr. Public health. Ms. Adult Health and the Elderly. Principal Teacher of the Faculty of Nursing at the National University of Trujillo. Email: zoilaleiton@yahoo.com

I. INTRODUCCIÓN

La magnitud del envejecimiento de la población mundial en los distintos países evidencia que la edad media de la población tiende a crecer cada día más. El número de personas que arriban o sobrepasan los 60 años de edad se ha incrementado a más de 400 millones en la actualidad con un pronóstico de 1200 millones para el año 2025. En América Latina y el Caribe la transición demográfica, de comienzo reciente, se caracteriza por su rapidez. En 1950 solo el 5.4 por ciento de la población tenía 60 años o más, en el 2002 un 8 por ciento, mientras que para el 2025 se estima un 12.8 por ciento de la población (Fundación General SCIC, 2010).

En el Perú en los últimos años la población de adultos mayores (personas mayores de 60 años) se ha ido incrementando en mayor proporción que el resto de etapas de vida, aumentando lentamente en los primeros cincuenta años del periodo, pasando de 3.5 por ciento en 1950 a 4.8 por ciento en el año 2000, y se pronostica un 12.4 por ciento de adultos mayores para el año 2025. En La Libertad la población de personas adultas mayores sigue la misma tendencia y las cifras ascienden a 153670, lo que representa el 9.5 por ciento de la población liberteña que estima un total de 1617050 habitantes; en Trujillo, esta cifra se calcula en 77749 personas. (INEI, 2014)

Uno de los retos del futuro, es el crecimiento progresivo de los adultos mayores y el Perú se halla inmerso en esta problemática, puesto que este crecimiento trae enormes repercusiones, tanto individuales, sociales, económicas y constituye un problema que la mayoría de las sociedades tiene que visualizar con el fin de contribuir a un envejecimiento sano, siendo colaborador principal su propio entorno familiar (INEI, 2014).

El envejecimiento puede definirse como un cambio de las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte. También, se conceptualiza en el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen progresivamente en el individuo a lo largo de la vida (Villagordoa, 2007; Quevedo et al, 2011).

La vejez es la fase final de nuestro ciclo vital, que posee características propias, unas más agradables y otros menos, que se presentan de forma progresiva, en función de factores intrínsecos individuales, actitudes personales y circunstancias que han rodeado nuestra vida; se fija a los 60 años y más. La Organización de Naciones Unidas (ONU) en el año 1996, denominó a este grupo humano como “Persona Adulta Mayor”. Los cambios que se producen en ellos son físicos, psicológicos, sociales y espirituales (Marín, 2003).

En lo físico se muestran cambios en el aspecto y el funcionamiento de los órganos, el cabello se encanece, la piel se arruga, los huesos se tornan frágiles y más propensos a fracturas, en lo sensorial se pierde la agudeza visual, y la agudeza auditiva lo cual es causante de incomprensión, falta de comunicación y aislamiento, contribuyendo a que el adulto mayor se sienta menos importante en el rol que actualmente desempeña, lo cual repercutirá en su autoestima (Alonso et al, 2007; Allevato y Gaviria, 2008).

Algunos de los cambios biológicos internos que se dan en el adulto mayor van desde el sistema urinario que se vuelve más lento y menos eficaz en la eliminación de toxina y otros productos de desecho; el sistema gastrointestinal es menos funcional en la extracción de nutrientes; hay una disminución en la masa muscular y la fuerza del músculo que se conserva; el sistema respiratorio se puede abastecer de menos oxígeno y el sistema cardiovascular recibe un golpe doble: la fuerza del corazón disminuye mientras que simultáneamente un endurecimiento y estrechamiento de las arterias hace que el bombeo cardiaco en todo el cuerpo demande más energía (Lam, 2009; Sánchez, 2013).

Es frecuente la coexistencia de enfermedades, y aunque los cambios fisiológicos se suceden independientemente de las patologías, en ambos casos se traduce en pérdida de la capacidad física y funcional, aunado a las condiciones sociales de carencias de servicios de salud y la ideología del modelo médico tradicional que equipara la vejez con discapacidad, lo que influye en su salud física y mental a consecuencia de la pérdida de independencia. Es necesario considerar que el organismo experimenta el desgaste, pero no significa necesariamente déficit, ya que el organismo funciona con niveles de reserva, lo importante es que existe la posibilidad de intervenir para atenuar y contrarrestar los efectos que tales detrimentos tendría sobre la capacidad de seguir desempeñando sus actividades (Leitón y Gómez, 2012).

Los cambios psicológicos del adulto mayor van a ser congruentes con su historia personal previa y las modificaciones van a depender del propio envejecimiento, pero también, en gran medida, de mecanismos adaptativos que el adulto mayor establece ante cambios en su situación física, funcional (pérdida de autonomía personal, dependencia) o socio familiar (jubilación, pérdida de seres queridos, etc.). Los cambios psicosociales que se producen en esta etapa de acuerdo con el proceso de envejecimiento son multifactoriales y varían mucho según los individuos. (García et al, 2011; García, 2012).

El estado de salud, la motivación, las múltiples pérdidas y las habilidades para hacer frente a las situaciones, van a contribuir a los cambios de conducta; adicionalmente las expectativas sociales de dependencia e inutilidad conducen a una baja autoestima, y una consiguiente depresión; sin embargo, también asumen nuevos roles debido a los cambios en la estructura y composición de la familia, muchos de ellos se convierten en abuelos y a veces se convierten en segundos padres de sus nietos (Lirión y Moya, 2002; Rodríguez et al, 2010).

Respecto a los cambios sociales, las personas adulto mayores de hoy en día se están dando cuenta de que sus compañeros de edad están cambiando. Tienen aspecto más juvenil, se sienten mejor y actúan con más vitalidad que sus padres y abuelos de la misma edad. Desde 1900, las formas de convivencia de las personas adultas han cambiado de tal forma que nada tienen que ver con las anteriores, es más probable que sean propietarios de sus casas, vivan por encima del nivel de pobreza y tengan menos hijos adultos. Pero el descenso de los contactos sociales que conlleva el envejecimiento no equivale a un descenso en el apoyo percibido; así como tampoco un mayor número de interacciones trae como obligada consecuencia un aumento en la percepción subjetiva de apoyo (Ortiz y Castro, 2009; Cuadra y Florenzano, 2003).

A nivel cognitivo, suele haber una disminución de la actividad psicomotriz, disminuye la velocidad de procesamiento de información, existe dificultad para solucionar problemas abstractos o complejos y suele disminuir la memoria reciente.

En cuanto a la personalidad, suele aumentar el interés por lo propio, desdeñando lo extraño, se toma el pasado como referencia principal, no entendiéndose bien las actitudes de las nuevas generaciones. Hay una resistencia al cambio, a lo nuevo, cuesta trabajo decidir entre varias opciones (Blanco y Díaz, 2005; Krzemien et al, 2004).

También experimentan alteraciones del concepto que tienen de sí mismos debido a las enfermedades agudas o crónicas, cambios en su entorno físico, económico, social o espiritual; además; la jubilación afecta su personalidad y rol, a menudo significa un nuevo estilo de vida brusco y repentino, lo que conduce a una disminución del ingreso, pérdida de la autoestima y disminución del nivel social y por consiguiente, a la depresión; lo que también puede significar dependencia de la familia, de otros o del estado para percibir la ayuda económica física o emocional. (INEI, 2014; Villagordoa, 2007; Gómez y León del Barco, 2010).

Otro cambio que deben afrontar muchas personas de esta edad es el cambio espiritual, la cual básicamente se ve marcada por la viudez; el sentimiento de pérdida que experimentan por la muerte del cónyuge suele ser abrumador. Con frecuencia a medida que se envejece, también hay un renovado interés en la religión; el consejo espiritual suele proporcionarles gran esparcimiento y apoyo. (Bastidas, 2014; Winter et al, 2011).

Lo antes mencionado permite considerar que la etapa del adulto mayor se caracteriza por la declinación de sus funciones físicas y mentales, es decir una disminución en su capacidad fisiológica, psicológica, social y espiritual. En consecuencia todos estos cambios que el adulto mayor atraviesa influyen directamente en su estima, llevándolos a la depresión. (Quevedo et al, 2011; Marín, 2003; Wexler et al, 2012).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), afirma que actualmente 5 de las 10 causas más importantes de discapacidad son de origen psiquiátrico y se piensa que para el 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial.

La depresión es un trastorno de primer orden en cuanto a frecuencia y trascendencia dentro de las enfermedades que aquejan preferentemente a los adultos mayores, no discrimina edad, sexo raza cultura ni condición socio – económica. A su vez, es considerada una de las causas prevenibles y tratable del envejecimiento patológico. El 25 por ciento de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico siendo la depresión el más frecuente. (Zampieri y Pedroso, 2011; Unsar y Sut, 2010).

Existen brechas de información acerca de la depresión entre los adultos mayores. Atender este tema puede contribuir significativamente a discriminar la discapacidad, la morbilidad y la mortalidad, además de reducir costos de atención en salud. La prevalencia de trastornos mentales severos oscila entre 15 por ciento a 25 por ciento en los adultos mayores que viven en comunidad, hasta el orden del 40 por ciento a 75 por ciento en contextos residenciales de atención especial. En Perú, se ha reportado una prevalencia de hasta un 47 por ciento de depresión en una muestra de adultos mayores. (Hernández, 2011; Winter et al, 2011; Zampieri y Pedroso, 2011).

La depresión en los mayores constituye un cuadro heterogéneo que presenta ciertas características diferenciales. Los factores psicosociales (dificultades económicas, aislamiento social, pérdida de seres queridos, etc.) juegan un papel más importante en su etiopatogenia que en edades más jóvenes. Además, los cambios biológicos propios del envejecimiento, la presencia de déficits cognitivos, la coexistencia de otros problemas médicos y el uso de múltiples medicaciones, hace a los ancianos más vulnerables para presentar sintomatología depresiva (Yesavage J., et al; 1983).

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Sin embargo, éstos sentimientos pueden cambiar si logramos que su entorno inmediato (su familia) influya en él de manera positiva con el fin de lograr en el adulto mayor, una vejez saludable con el apoyo emocional y de cuidados propios donde se involucre la participación de todos los miembros de su familia. (OMS. 2013)

La Organización Panamericana de la Salud sostiene que la familia es la fuente principal de apoyo emocional y seguridad, constituyendo un mecanismo natural de atención, cuidado, apoyo y afecto. La familia brinda más que un apoyo físico emocional y social, tanto en el diario vivir como en el momento de crisis, contribuyendo al bienestar y satisfacción del individuo. Generalmente, los proveedores principales de apoyo son los familiares, quienes en sus interacciones dan a la persona mayor ayuda de manera regular para llevar una vida independiente y de calidad, lo que influirá en la valoración personal que tengan de sí mismos. (Leitón y Gómez, 2012; Liri6n y Moya, 2002; Unsar y Sut, 2010).

Asimismo, la familia es la proveedora principal de cuidados y fuentes de sost6n preferido por el adulto mayor y a la vez la considera como el 6rea m6s importante para 6l. Mientras que el apoyo familiar a los adultos mayores, est6n basados en orientaciones valorativas sobre la unidad familiar, la interdependencia, retribuci6n a la crianza brindada en su momento, amor filial, lazos objetivos y obligaciones. (Hern6ndez et al, 2011; Stefani et al, 2013).

La familia constituye uno de los recursos más importantes de la población adulta mayor. Es la encargada de prestar atención directa a la mayoría de adultos mayores que sufren problemas de salud o un deterioro grave en su autonomía personal. La familia tiene también un papel importante, sobre todo en el ámbito de las relaciones socio afectivas ya que es la más idónea para propiciar sentimientos de arraigo y seguridad, ofrecer sentimientos de utilidad, autoestima, confianza y apoyo. (Zampieri y Pedroso, 2011; Chacón y Jiménez, 2013).

El apoyo familiar le da al adulto mayor la sensación de que es amado, respetado y valorado. Dicho apoyo tiene gran importancia en la tercera edad ya que se ha comprobado que la salud física y psicológica se incrementa en personas cuyos lazos afectivos familiares son fuertes, en comparación con personas que por algún motivo tienen que vivir solos o lo que es peor en instituciones para ancianos donde no se mantienen lazos afectivos o estos son escasos o nulos. (Bastidas, 2014; Jiménez e Írsula, 2010).

El tema por el cual se fundamenta nuestra investigación, se evidencia en nuestra sociedad, que cada vez está menos dispuesta para brindar apoyo y cuidados a nuestros adultos mayores, en especial la familia, que como ya hemos mencionado, es el motor base para la realización en su autonomía y estima personal.

La problemática radica, en que, en los últimos tiempos, muchos adultos mayores sufren de pérdida de autonomía, sentimientos de poca valía y la perspectiva optimista de la vida, repercutiendo de esta manera en sus emociones y maneras de pensar, que cada vez va en desventaja. Esto está relacionado en su gran mayoría por la falta de apoyo social, y mayormente familiar, afectando su capacidad fisiológica, psicológica, social y espiritual.

A partir de nuestra labor como estudiantes de enfermería en los diferentes campos de práctica, hemos podido observar a algunos adultos mayores marginados y rechazados dentro de su medio familiar y social, lo que influye directamente en su estima personal.

Siendo conocedoras de la realidad existente en esta compleja problemática actual; el presente proyecto se realizará con el propósito de ampliar el cuerpo de conocimiento de los profesionales de enfermería sobre el nivel de depresión del adulto mayor y el grado de apoyo familiar que recibe, permitiendo a la enfermera brindar un cuidado humanizado e integral.

Teniendo en cuenta que enfermería es una profesión de servicio y cuidado de la persona, tenemos la motivación de realizar el siguiente estudio con la finalidad de que los resultados obtenidos sirvan de base para el desarrollo de programas destinados a la promoción y fomento del apoyo familiar hacia el adulto mayor para fortalecer su estima personal y disminuir la depresión del mismo. Además se podrá desarrollar alternativas de intervención en materia de consejería que favorezca un envejecimiento saludable y autónomo, logrando un bienestar psíquico con una buena autoestima y un buen grado de apoyo familiar. Por tal motivo nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Existe relación entre el Grado de Apoyo Familiar y el Nivel de Depresión del Adulto Mayor del Centro de Salud Materno Infantil “Wichanzao”?

OBJETIVOS:

➤ **Objetivo General:**

- Determinar si existe relación entre el grado de apoyo familiar y el nivel de depresión del adulto mayor.

➤ **Objetivos Específicos:**

- Determinar el nivel de depresión del adulto mayor del Centro de Salud Materno Infantil Wichanzaio durante el año 2016.
- Identificar el grado de apoyo familiar del adulto mayor del Centro de Salud Materno Infantil Wichanzaio durante el año 2016.

II. MATERIAL Y MÉTODOS:

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Investigación es de tipo descriptivo correlacional.

2.2 POBLACIÓN:

El universo estuvo constituido por un total de 150 adultos mayores que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Wichanzaos – La Esperanza 2016.

2.3 MUESTRA:

La muestra estuvo constituida por 80 adultos mayores y fue obtenida mediante muestreo aleatorio simple considerando un nivel de confiabilidad del 95 %, un error del 5 %. Los adultos mayores seleccionados cumplieron con los criterios de inclusión.

UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis fueron los adultos mayores, que cumplan con los criterios de inclusión y que estén presentes en el momento del test.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ❖ Adultos mayores con familia.
- ❖ Adultos mayores que estén orientados en persona, tiempo y espacio.
- ❖ Que acepten voluntariamente participar de la investigación.
- ❖ Adultos mayores, igual o mayores de 60 años.

2.4 INSTRUMENTOS:

En el presente estudio se aplicaron 2 instrumentos:

- 1) **DEPRESIÓN:** Escala de depresión geriátrica de Yesavage. Este instrumento servirá para medir la variable nivel de depresión del adulto mayor. Se trata de un cuestionario heteroadministrado utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 60 años (Yesavage J.; 1988).

La escala de Yesavage contiene 15 ítems positivos y negativos, por lo mismo que la persona deberá marcar “SI” o “NO”. En el formato original (que estará en poder de los investigadores), hay respuestas en “negrita”, las cuales, al comparar con las respuestas del participante, se sumará un punto si es que la respuesta coincide con las respuestas en “negrita” del formato original.

Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 4, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:

- 0 - 5: **Normal**
- 6-9: **depresión leve**
- 10-15: **depresión establecida.**

2) **APOYO FAMILIAR**: Este instrumento servirá para medir la variable grado de apoyo familiar del adulto mayor. Fue elaborado por Leitón (1997) propuesta en la tipología de Kahn y Antonucci's (Faucett, 1991) y las propuestas por Kane (Faucett, 1991) y Cobb (Brunner, 1994), y constó de 3 partes en base a las formas de apoyo familia: apoyo afectivo, apoyo a la estima y apoyo instrumental, cada parte estuvo constituida por 4,3,3 ítems respectivamente que fueron valoradas en un rango con un valor mínimo de 1 punto y un valor máximo de 3 puntos, con la siguiente distribución:

Siempre	: 3 puntos
A veces	: 2 puntos
Nunca	: 1 puntos

La escala tuvo un total de 30 puntos como máximo y 10 puntos como mínimo con la siguiente escala de niveles:

Bajo grado de apoyo familiar	= 10 – 19 puntos.
Moderado grado de apoyo familiar	= 20 – 25 puntos.
Alto grado de apoyo familiar	= 26 – 30 puntos.

2.5. CONTROL DE CALIDAD DE DATOS:

Para evaluar los instrumentos de la presente investigación, se utilizó una muestra de 80 adultos mayores de 65 años, a los cuales se les aplicó los instrumentos para verificar su aplicabilidad y funcionalidad.

Validez:

El presente instrumento cuenta con validez de contenido, puesto que considera todos los conceptos teóricos pertinentes de aquellos factores que configuran las variables de estudio; todos ellos sustentados en Yesavage respecto al factor que configura la variable de nivel de depresión; así también en la teoría sustentada por Leitón referente a los factores que configuran la variable de grado de apoyo familiar, en base a las propuestas de Kane (Faucett, 1991) y Cobb (Brunner, 1994).

El instrumento también cuenta con validez por juicio de expertos, quienes revisaron sus instrumentos en su respectivo momento, e hicieron las sugerencias respectivas.

Confiabilidad:

Para evaluar la confiabilidad de los instrumentos se utilizó una muestra piloto de 80 adultos mayores, a quienes se les aplicó los cuestionarios y posteriormente se obtuvo el coeficiente alfa de Cronbach. Los instrumentos alcanzaron un valor mayor de 0,7, por lo tanto, son considerados como confiables.

INSTRUMENTO	ALFA DE CRONBACH	Nº ELEMENTOS
NIVEL DE DEPRESIÓN	0.767	15
GRADO DE APOYO FAMILIAR	0,864	10

2.6. PROCEDIMIENTO:

Se realizó las coordinaciones y trámites correspondientes ante la Jefatura del Centro de Salud Materno Infantil Wichanza, con la finalidad de conseguir la autorización para la aplicación del instrumento a los adultos mayores.

Posteriormente se coordinó con la jefa encargada del programa del adulto mayor, para informarle sobre el estudio de la investigación y solicitar los registros de los adultos mayores participantes del programa en dicha unidad.

De un total de 150 adultos mayores, se seleccionó la muestra de 80 participantes del registro del adulto mayor, por selección aleatoria simple, que cumplan con los criterios de inclusión.

Se reunió a los adultos mayores en el ambiente de reuniones, en 2 sesiones y se verificó ausencia de distractores. Las encuestas fueron completadas en su mayoría mediante visitas domiciliarias.

Antes de que los instrumentos sean llenados, se dio una pequeña información de la manera correcta de hacer el llenado. Se informó a los participantes el propósito del estudio, respetando confidencialidad y anonimato. El tiempo que se utilizó fue de aproximadamente 10 minutos por persona.

2.7 PROCESAMIENTO DE DATOS:

Los resultados se presentan en frecuencia absoluta y porcentuales mostradas en cuadros estadísticos de simple y doble entrada. Para determinar si existe relación entre variables, se utilizó la prueba de independencia de criterios chi cuadrado, considerando un nivel de significancia de 0,5 y altamente significativa de 0,001. Se utilizó el apoyo de la hoja de cálculo de Microsoft Excel y el programa SPSS 18.

2.8 VARIABLES:

Variable dependiente:

- Nivel de depresión del adulto mayor.

Variable independiente:

- Grado de Apoyo Familiar del adulto mayor

2.8.1 Definición y operacionalización de variables:

A. NIVEL DE DEPRESIÓN.-

➤ DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

La depresión en los adultos mayores constituye un cuadro heterogéneo que presenta ciertas características diferenciales. Los factores psicosociales (dificultades económicas, aislamiento social, pérdida de seres queridos, etc.) juegan un papel más importante en su etiopatogenia que en edades más jóvenes (Yesavage J., et al; 1983).

➤ DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Según Yesavage, el nivel de depresión está dado de la siguiente manera:

<i>Normal/ sin depresión:</i>	<i>0-5 puntos</i>
<i>Depresión leve:</i>	<i>6-9 puntos</i>
<i>Depresión establecida:</i>	<i>10-15 puntos</i>

B. GRADO DE APOYO FAMILIAR:

➤ DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

El apoyo familiar es la ayuda que la familia o alguno de sus miembros otorga a otro miembro necesitado, a través de afecto, reforzando su autoestima y apoyo instrumental. El grado de apoyo familiar le da al adulto la sensación de que se es amado, respetado y valorado y que la carga se comparte con otro (Leitón, 1977).

➤ DEFINICIÓN OPERACIONAL:

- Bajo grado de apoyo familiar:

Cuando la mayoría de las respuestas corresponden a un puntaje de 10 a 19 puntos.

- Moderado grado de apoyo familiar:

Cuando la mayoría de las respuestas corresponden a un puntaje de 20 a 25 puntos.

- Alto grado de apoyo familiar:

Cuando la mayoría de las respuestas corresponden a un puntaje de 26 a 30 puntos.

III. RESULTADOS

TABLA 1**NIVEL DE DEPRESIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL C.S. MATERNO INFANTIL “WICHANZAO”.- 2016**

NIVEL DE DEPRESIÓN	N° de personas	%
Depresión establecida	12	15.0
Depresión leve	19	23.8
Sin depresión	49	61.3
TOTAL	80	100

Nota. Datos obtenidos de la Escala de depresión geriátrica de Yesavage

TABLA 2**GRADO DE APOYO FAMILIAR DE LOS ADULTOS MAYORES DEL C.S. SALUD MATERNO INFANTIL “WICHANZAO”. - 2016**

GRADO DE APOYO FAMILIAR	N° de personas	%
Bajo	12	15
Moderado	28	35
Alto	40	50
TOTAL	80	100

Nota. Datos obtenidos del Cuestionario de Escala de apoyo familiar.

TABLA 3

GRADO DE APOYO FAMILIAR Y NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL C.S. MATERNO INFANTIL “WICHANZAO”.- 2016

GRADO DE APOYO FAMILIAR	NIVEL DE DEPRESIÓN						Total	
	Depresión establecida		Depresión leve		Sin depresión		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Bajo	12	100	0	0	0	0	12	15
Moderado	0	0	19	100	9	18.4	28	35
Alto	0	0	0	0	40	81.6	40	50
TOTAL	12	100	19	100	49	100	80	100

Nota. Datos obtenidos de la escala de depresión Geriátrica de Yesavage y del Grado de Apoyo Familiar de Leitón.

Chi Cuadrado: 124.3 Valor p: 0.000**

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La **tabla 01** muestra la distribución numérica y porcentual de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Wichanza, según el nivel de Depresión, observándose que el 61.3 por ciento de los adultos mayores no presentan depresión; seguido del 23.8 por ciento, quienes presentan depresión leve y el 15.0 por ciento presenta depresión establecida.

Estos resultados se asemejan con el estudio realizado por Elzayago (2005) quien encontró que el 76 por ciento de los adultos mayores no presentan depresión, el 20 por ciento presenta depresión leve y el 4 por ciento presenta depresión severa. Así mismo, Leitón (2003) encontró que el 66,2 por ciento no presentan depresión, 49,1 por ciento presentan depresión leve y el 14,7 por ciento presentan depresión severa. Por otra parte, Tiznado y Moncada (2008) encontraron que el 78,3 por ciento no presentaron depresión, 13,9 por ciento presentaron depresión leve y 7,8 por ciento presentaron depresión leve.

Asimismo, en los resultados encontramos que los adultos mayores en estudio no presentan depresión en su mayoría. Cabe mencionar que la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración; sin embargo, éstos sentimientos pueden cambiar si el adulto mayor ha adquirido una buena adaptación, ha afrontado positivamente los diferentes cambios que ocurren en su vejez y ha desarrollado una buena autoestima en el proceso de su vida, influyendo en su gran mayoría el apoyo que haya recibido de su familia. Así que, es importante y trascendental que su entorno inmediato familiar influya en él de manera positiva con el fin de lograr en el adulto mayor, una vejez saludable con el apoyo emocional y de cuidados propios donde se involucre la participación de todos los miembros de su familia.

La tabla 02, muestra la distribución numérica y porcentual de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Materno Infantil Wichanza, según el grado de Apoyo Familiar, observándose que, el mayor porcentaje de adultos mayores, representado por el 50.0 por ciento, tiene un grado de apoyo familiar alto, el 35.0 por ciento tiene apoyo familiar moderado y finalmente, el 15.0 por ciento de los adultos mayores tiene un grado de apoyo familiar bajo.

Estos resultados se asemejan del estudio realizado por Reyes y Rodríguez (2010), quienes encontraron que, de un total de 42 adultos mayores, el 64,3 por ciento presentan alto nivel de apoyo, mientras que el 35,7 por ciento presenta un nivel moderado de apoyo familiar. Asimismo, los resultados encontrados por Leitón (1998) en Trujillo y García (2005), reportan un 39,7 por ciento de adultos mayores con alto nivel de apoyo familiar y un 42,1 por ciento presenta apoyo familiar moderado.

Por otro lado, Sagástegui (2008), encontró que, de 40 adultos mayores, el 73,0 por ciento presentó alto apoyo familiar, el 25,0 por ciento presentó apoyo familiar moderado y el 2,0 por ciento presentó apoyo familiar bajo. Elzayago (2005) encontró que 68,0 por ciento de adultos mayores tuvo un alto grado de apoyo familiar, Lirón y Mayo (2002) encontraron un 75,2 por ciento de adultos mayores con apoyo familiar moderado.

La organización Panamericana de la Salud (2002), afirma que la familia es la principal fuente de sostén, apoyo emocional y seguridad para los adultos mayores, a la que acuden siempre en primera instancia, constituyendo un mecanismo natural de atención, cuidado, apoyo y afecto. A su vez considera a la familia como una agrupación que comparte un alto grado de afinidad e intimidad, lo que permite obtener un apoyo constante.

La familia como ambiente social de los seres humanos puede ser un factor de protección o de riesgo para la salud y como parte de las transformaciones sociales se sabe que la familia ha ido evolucionando como resultado de los cambios, de manera que la familia y la sociedad se ven obligadas a tener variantes para el enfrentamiento efectivo de las diferentes situaciones, entre ellas deben considerar las posibilidades de que las personas adultas mayores puedan contribuir en su bienestar propio, de la familia y sociedad en general así como que se les brinde garantías para envejecer dignamente (Marrero, 2005).

El apoyo familiar se constituye en la satisfacción de las necesidades de uno de sus miembros por los demás integrantes de la familia mediante un proceso de interacción, el cual mejora su calidad de vida, dándole la sensación de ser querido, respetado, valorado y apoyado (Smeltzer, 2004).

Explorar y comprender el proceso de intercambio de ayuda familiar en el convivir con las personas adultas mayores involucra a los miembros de la familia considerado como un privilegio, ya que este recurso permite al adulto mayor mantener su estado de salud ideal (Heierle, 2004). El no contar con el apoyo familiar adecuado, son causa sobresaliente en la no inserción del adulto mayor en actividades del hogar y responsabilidad en su cuidado, tanto físico como psicológico.

Teniendo en cuenta lo descrito anteriormente y los resultados obtenidos queda demostrado que para los usuarios del Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud Materno Infantil Wichanza, es la familia quien constituye la principal fuente de apoyo en su diario vivir, y que es el motor que impulsa y origina en ellos la confianza y seguridad que necesitan para continuar con su vida sin dar cabida a la depresión.

La tabla 03, muestra la distribución numérica y porcentual de los adultos mayores que asisten al programa adulto mayor del Centro de Salud Materno Infantil Wichanza, según la relación que existe entre el grado de apoyo familiar y el nivel de depresión del adulto mayor, observándose que el 81.6 por ciento de adultos mayores con apoyo familiar alto, no tienen depresión; mientras que el otro 18.4 por ciento que no tienen depresión, tienen un grado de apoyo familiar moderado. Por otra parte, el 100 por ciento de adultos mayores con grado de apoyo familiar moderado, tienen depresión leve. Finalmente, el 100 por ciento de los adultos mayores con grado de apoyo familiar bajo, tienen depresión establecida.

Se utilizó la prueba de independencia de criterios chi cuadrado, donde se observa que el grado de apoyo familiar y el nivel de depresión del adulto mayor presentan una relación altamente significativa de 0.000 (valor $p < 0,05$).

Sagástegui (2008), en su tesis: "Nivel de depresión relacionado con apoyo familiar y actividades instrumentales de la vida diaria del Centro del Adulto Mayor. EsSalud. Salaverry – 2008.", encontró que el 18 por ciento de los adultos mayores que tuvieron moderado apoyo familiar, no tuvieron depresión; el 2 por ciento de los adultos mayores que tuvieron un bajo grado de apoyo familiar no presentaron depresión, finalmente, el 7 por ciento de apoyos familiares con moderado apoyo familiar presentaron moderada depresión. Para éste trabajo, existió una relación altamente significativa de 0.00345 (valor $p < 0,05$).

Según los datos encontrados, se sustenta que el adulto mayor estará en mejores condiciones de evitar o enfrentar la depresión si cuenta con apoyo familiar, lo que se debería a que la familia es un sistema de apoyo positivo, promotor y útil; donde la persona adulta mayor puede considerarse importante y segura, y será menos susceptible a trastornos afectivos como la depresión.

Para los adultos mayores, la familia es el principal referente y grupo de pertenencia. Es el ámbito de refugio, de apoyo, auxilio, compañía, cooperación y asistencia; generalmente depositan todas sus expectativas en los integrantes de la familia; cuando esta situación no es compartida provoca situaciones de angustia, depresión, sentimientos de soledad y marginalidad, debilitándose el apoyo familiar que recibe el adulto mayor.

Distintas enfermedades, entre otras la depresión, suelen ir precedidas de un aumento de sucesos vitales estresantes. La pérdida del empleo, fallecimiento del cónyuge, una separación, jubilación, etc. constituyen factores estresantes para el adulto mayor. La mayoría de estos acontecimientos ocurren en el seno de la familia. Asimismo tener la vivencia de que nuestra familia no ejerce adecuadamente su función de apoyo material y afectivo puede favorecer la aparición de un cuadro depresivo (Revuelta, I., 2005).

Vidal y Tiznado mencionan que el apoyo familiar como la familia o algunos de sus miembros brinda a otros miembros la satisfacción de sus necesidades a través de un proceso de interacción, reconociendo a la familia como el recurso más grande que tiene la persona adulta mayor, ayudando a mantenerse en equilibrio psicológico y emocional; debido a que el adulto mayor necesita mantener el sentimiento de pertenencia a una familia donde se sienta útil, reconocido, querido y seguro conservando así su status dentro del hogar.

V. CONCLUSIONES

- El 61,3 por ciento de los adultos mayores del Centro de Salud Materno Infantil Wichanza, no presentan depresión, seguido del 23.8 por ciento, quienes presentan depresión leve y el 15.0 por ciento presentan depresión establecida.
- El 50.0 por ciento de los adultos mayores del Centro de Salud Materno Infantil Wichanza, presentan un grado de apoyo familiar alto, mientras que un 35 por ciento tienen un grado de apoyo familiar moderado y un 15% tiene un grado de apoyo familiar bajo.
- Existe relación altamente significativa (valor $p= 0.000$) entre el grado de apoyo familiar y el nivel de depresión de los adultos mayores del Centro de Salud Materno Infantil Wichanza.

VI. RECOMENDACIONES

En base a lo investigado, resultados obtenidos y conclusiones, se recomienda:

Para las Instituciones de Salud, educar al personal que brinda el cuidado al adulto mayor en la aplicación de los diferentes instrumentos de valoración para detectar en forma oportuna factores de riesgo y/o problemas de salud mental vinculados a la depresión en el adulto mayor, y brindar un cuidado respectivo con calidad.

Para el Personal de Enfermería, participar en programas de atención integral multidisciplinaria orientada a promover la salud mental del adulto mayor, su familia y dar atención a los problemas existentes.

Para los Investigadores, realizar investigaciones de tipo cualitativas en el área gerontológica y geriátrica considerando la salud mental para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso P, Sansó FJ, Díaz AM et al. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Rev Cub Sal Pub*; 33(1): 1 – 17.

Allevato MA, Gaviria J. (2008). Envejecimiento. *Act Terap Dermatol*; 31: 154 – 62.

Bastidas H. (2014). Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. *Rev Psic*; 32(2): 192 – 218.

Blanco A, Díaz D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*; 17(4): 582 – 9.

Brunner M, Suddarth S. (1994). *Enfermería médico – quirúrgica*. 7ª Ed. Vol. 1. México: Editorial Interamericana.

Chacón K, Jiménez N. (2013). Necesidades de atención psicológica presentes en la población adulta mayor residente actualmente en el Hogar Carlos María Ulloa, San José, Costa Rica. Disponible en: http://www.ulacit.ac.cr/files/careers/130_chacnyjimnez2013.pdf. Accesado el: 20/08/15.

Cuadra H, Florenzano R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Rev Psic Univ Chil*; 13(1): 83 – 96.

Cuadra A, Veloso C, Puddu G et al. (2012). Impacto de un programa de psicología positiva en sintomatología depresiva y satisfacción vital en adultos mayores. *Psicologia: Reflexão e Crítica*; 25(4): 644 – 52.

Durán D, Valderrama L, Uribe A et al. (2007). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Univ Pshycol*; 7(1): 263 – 70.

Fundación General SCIC. (2010). Informe de la I + D + i sobre envejecimiento. Madrid: Discript Preimpresión SL.

García FJ, Larrión JL, Rodríguez L. (2011). Fragilidad: un fenotipo en revisión. *Gac Sanit*; 25(S): 58 – 61.

García CE (2012). Evaluación y cuidado del adulto mayor frágil. *Rev Med Clin Condes*; 23(1): 36 – 41.

Gómez T, León del Barco B. (2010). Estereotipos de los ancianos: percepción de los ancianos sobre sí mismos y sobre su grupo. *Ap Psic*; 28(1): 5 – 18.

González F. (2012). Eficacia de un programa de entrenamiento físico y cognitivo basado en nuevas tecnologías en población mayor saludable y con signos de deterioro cognitivo leve: long lasting memories. Tesis para optar el Título de Doctor en Psicología Clínica. Universidad de Salamanca. España.

Hernández M, Oñate D, Rodríguez D et al. (2011). El adulto mayor ante la muerte: análisis del discurso en el estado de México. *Rev Psic GEPU*; 2(1): 64 – 78.

Hernández E. (2011). Apoyo familiar y social percibido por los adultos mayores. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo. Perú.

Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI. (2014). Encuesta demográfica y de salud familiar – ENDES. Perú: INEI.

Izquierdo A. (2005). Psicología del desarrollo de la edad adulta. Teorías y contextos. *Rev Complut Ed*; 16(2): 601 – 19.

Jiménez E, Írsula L. (2010). Adulto mayor en estado de fragilidad. *MEDISAN*; 14(3): 396 – 401.

Kurlowicz, et al. (2007). La escala de depresión geriátrica (GDS). Prácticas de excelencia en los cuidados de enfermería de adultos mayores. Número 4, Revisado 2007. New York University College of Nursing.

Krzemien D, Urquijo S, Monchietti A. (2004). Aprendizaje social. Estrategias de afrontamiento a los sucesos críticos del envejecimiento femenino. Rev Psicothema; 16(3): 350 – 6.

Lam O. (2009). Fisiología del síndrome de fragilidad en el adulto mayor. Rev Med Cient; 20(1): 31 – 5.

Leitón Z, Gómez M. (2012). El cuidado singular durante el envejecimiento y la vejez. 1º edición. Perú: Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de Trujillo – EDUNT.

Leitón, Z. (1997). Adaptación a los cambios biosicosociales del adulto mayor y su relación con independencia, Participación social y apoyo familiar. Buenos aires. Trujillo.

Lirion N, Moya E. (2002). Grado Apoyo Social Percibido y nivel de autoestima del adulto mayor. Unidad Básica de Atención del Adulto Mayor. Centro del Adulto Mayor – Albrecht. EsSalud. Trujillo. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Trujillo. Perú.

Marín JM. (2003). Envejecimiento. Salud Publica Educ Salud; 3(1): 28 – 33.

Marriner A. (1995). Modelos y Teorías en Enfermería. 3ra Ed. España: Editorial Mosby

Martina M, NolbertoV, Miljanovich M et al. (2010). Violencia contra el adulto mayor: centros de emergencia mujer del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Lima – Perú, 2009. Rev Peru Epidemiol; 14 (3) [7 p.].

Morales, N. (2010). Autoestima en el adulto mayor. Accesado el 01/08/15. Disponible en: <http://www.ensayos/Autoestima-En-El-Adulto-Mayor/548498.html>.0

Ortiz JB, Castro M. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de enfermería. Cienc Enf; 15(1): 25 – 31.

Papalia DE, Sterns HL, Feldman RD et al. (2009). Desarrollo del adulto y vejez. 3° Ed. México: Editorial McGraw Hill.

Quevedo EC, Zavala MA, Alonso JR. (2011). Síndrome de fragilidad en adultos mayores no institucionalizados de Emiliano Zapata, Tabasco, México. Univ. Méd. Bogotá (Colombia); 52 (3): 255 – 68.

Reyes AG, Garrido A, Torres LE et al. (2010). Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. Psicol Sal; 20(1): 111 – 7.

Revuelta, I. y col. (2005). “Depresión y Entorno Familiar”. Sección: Psiquiatría. Revista de Salud mental. Disponible en: <http://www.saludmental.info/Secciones/psiquiatria/2008/depresion-entorno-familiar-junio08.html>. Accesado en el año 2015.

Rodríguez AF, Valderrama LJ, Molina JM. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. Psic Carib Univ Norte; 25: 246 – 58.

Sánchez PM. (2013). Prevalencia y atributos de la fragilidad en una cohorte española mayor de 70 años. Tesis para optar el grado de Doctor en Medicina. Universidad de Castilla – La Mancha. España.

Sagástegui, D. (2008). Nivel de depresión relacionado con apoyo familiar y actividades instrumentales de la vida diaria. Centro del Adulto Mayor. EsSalud. Salaverry 2008. Tesis para optar el título de Especialista. Universidad Nacional de Trujillo.

Stefani D, Hermida PD, Tartaglini MF et al. (2013). Influencia de la esperanza en la participación social del adulto mayor. *Ap Psic*; 31(1): 29 – 35.

Unsar S, Sut N. (2010). Depression and health status in elderly hospitalized patients with chronic illness. *Arch Geront Geriat*; 50(1): 6 – 10.

Villagordoa J. (2007). Definición de envejecimiento y síndrome de fragilidad, características epidemiológicas del envejecimiento en México. *Rev Endoc Nutr*; 15(1): 27 – 31.

Wexler DJ, Porneala B, Chang Y et al. (2012) Diabetes differentially affects depression and self-rated health by age in the U. S. *Diabetes Care*; 35(7): 1575 – 7.

Winter Y, Korchounov A, Zhukova TV et al. (2011). Depression in elderly patients with Alzheimer dementia or vascular dementia and its influence on their quality of life. *J Neurosc Rural Pract*; 2(1): 27 – 32.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O. (1983). Development and validation of a geriatric depression scale: a preliminary report. *J Psychiat Res*; 17 (1): 37-49.

Yesavage J. A. (1988). Geriatric Depression scales. *Psychopharmacol Bull*; 24: 709.

Zampieri M, Pedroso de Souza EA. (2011). Locus of control, depression, and quality of life in Parkinson's Disease. *J Health Psyc*; 16(6): 980 – 7.

Zapata H. (2001). Adulto mayor: participación e identidad. *Rev Psicol Univ Chile*; 10(1): 189 – 97.

ANEXOS

ANEXO Nº 1

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

(Yesavage, 1986)

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará una lista de afirmaciones en torno a los sentimientos o pensamientos que tiene sobre usted. Marque con una X la respuesta que más lo identifica.

1) ¿Está satisfecho con su vida?	SI	NO
2) ¿Ha renunciado a muchas actividades?	SI	NO
3) ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4) ¿Tiene a menudo buen ánimo?	SI	NO
5) ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	SI	NO
6) ¿Teme que le pase algo malo?	SI	NO
7) ¿Se siente feliz muchas veces	SI	NO
8) ¿Se siente a menudo abandonado/a?	SI	NO
9) ¿Prefiere quedarse en casa al salir?	SI	NO
10) ¿Cree tener más problemas de memoria que el resto de la gente?	SI	NO
11) ¿Piensa que es maravilloso vivir?	SI	NO
12) ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	SI	NO
13) ¿Se siente lleno/a de energía?	SI	NO
14) ¿Siente que su situación es desesperada?	SI	NO
15) ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI	NO

ANEXO Nº 2

ESCALA DE APOYO FAMILIAR

(Z. Leiton, 1997)

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario es personal y anónimo, tiene el propósito de conocer el apoyo familiar que recibe el adulto mayor.

A continuación se le formulará algunas preguntas que usted debe contestar con la mayor sinceridad, indicando SIEMPRE, A VECES o NUNCA, de ser necesario se le repetirá la pregunta.

SIEMPRE (S)	A VECES (AV)	NUNCA (N)	
A continuación le leeré algunas preguntas del apoyo familiar que recibe (incluye todos los familiares que viven o no con usted). Debe contestar con la mayor sinceridad indicándome con SIEMPRE (S), A VECES (AV) o NUNCA (N); de ser necesario le repetiré la pregunta.			
	S	AV	N
Apoyo Afectivo 1. Recibe caricias, besos, abrazos o palabras cariñosas de sus familiares. 2. Sus familiares le escucha cuando usted tiene algún problema, preocupación o necesita algo. 3. Se siente comprendido por sus familiares. 4. Considera que entre usted y sus familiares existe la confianza suficiente como para guardar un secreto.			
Apoyo a la Estima 5. Recibe respeto y consideración de parte de sus familiares. 6. Sus familiares lo toman en cuenta para tomar decisiones. 7. Considera que sus familiares están orgullosos de usted.			
Apoyo instrumental 8. Sus familiares le dan o facilitan información, noticias, consejos u orientación que usted le interesa. 9. Recibe de sus familiares algún apoyo económico, medicamentos, ropa, alimentos, vivienda, otros 10. Recibe atención o compañía de sus familiares en todo momento (sano o enfermo).			

ANEXO 3: DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

Para la presente investigación se consideró la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot (1-P)}{E^2}$$

Donde:

Z= 1.96 que es un coeficiente de confiabilidad

E= 5% que es el error

P= 50% (se considera desconocido)

Reemplazando:

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 50(1-50)}{0.05^2}$$

$$n = 385.$$

Donde N= población grande
*este método es para elegir
poblaciones cortas.

Luego:

$$nf = \frac{n}{1 + n/N} = \frac{385}{1 + 385/4.81} = 80.$$



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA ESCUELA DE ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Relación entre el grado de apoyo familiar y el nivel de depresión del adulto mayor. Centro de Salud Materno Infantil “Wichanzao” – La Esperanza 2016.

Investigadoras: Orbegoso Mantilla, Diana; Pariona Muñoz, Leslie. Estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo.

Las señoritas Orbegoso y Pariona, son estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo, que estudian los niveles de depresión del Adulto mayor, de acuerdo al grado de apoyo familiar. A pesar de que el estudio no les beneficiará directamente a ustedes, sí ofrecerá información que puede permitir a los enfermeros, identificar cuánto es que afecta la falta de apoyo familiar en la depresión de los Adultos Mayores, y así educar a las familias en cuanto a las necesidades de afecto y apoyo de las familias hacia los Adultos Mayores.

El estudio y sus procedimientos han sido aprobados por las personas apropiadas y los consejos de revisión de la Universidad Nacional de Trujillo y el Centro de Salud Materno Infantil Wichanzao. El procedimiento del estudio implica que no habrá daños previsibles o daño para su familia. El procedimiento incluye: responder a los cuestionarios sobre depresión y apoyo familiar. La participación en el estudio va a ocuparles, aproximadamente 30 minutos. Puede preguntar cualquier duda sobre el estudio o sobre su participación en éste a las alumnas, llamando al número 997768406 o al 988947399

Su participación en el estudio es voluntaria; no tiene ninguna obligación de participar. Tiene derecho a abandonar el estudio cuando quiera, y su relación con el personal sanitario no se verá en absoluto afectada.

La información del estudio será codificada para que no pueda relacionarse con usted. Su identidad no se publicará durante la realización del estudio, ni una vez que haya sido publicado. Toda la información del estudio será recopilada por las alumnas Orbegoso Mantilla Diana y Pariona Muñoz Leslie, se mantendrá en un lugar seguro y no será compartida con nadie más sin su permiso.

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente considero en participar en este estudio.

Firma del sujeto informante fecha

He explicado el estudio al individuo arriba representado y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

Firma del investigador fecha

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, _____, titular
de la Cédula de Identidad N° _____, de profesión
_____, ejerciendo
actualmente como _____, en la
Institución _____

Por medio de la presente certifico que realicé el juicio del experto al instrumento **ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE** a los efectos de su aplicación en la investigación: **“Relación entre el Grado de Apoyo familiar y el Nivel de Depresión del Adulto Mayor del Centro de Salud Materno Infantil Wichanzao.**

Trujillo, 14 de Marzo del 2016

Firma

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, _____, titular
de la Cédula de Identidad N° _____, de profesión
_____, ejerciendo
actualmente como _____, en la
Institución _____

Por medio de la presente certifico que realicé el juicio del experto al instrumento **ESCALA DE APOYO FAMILIAR** a los efectos de su aplicación en la investigación: **“Relación entre el Grado de Apoyo familiar y el Nivel de Depresión del Adulto Mayor del Centro de Salud Materno Infantil Wichanzaos.**

Trujillo, 14 de Marzo del 2016

Firma

CONSTANCIA DE ASESORÍA

Yo, Zoila Esperanza Leitón Espinoza, Profesora Principal, Asociada del Departamento de Enfermería en Salud del Adulto y el Anciano, con código 4342, hago constar que he asesorado el trabajo de Investigación cuyo título es Grado de Apoyo Familiar relacionado con el Nivel de Depresión del Adulto Mayor del Centro de Salud Materno Infantil Wichanza, cuyas autoras son Diana Orbegoso Mantilla y Leslie Maribel Pariona Muñoz.

Exido la presente constancia para los fines correspondientes.

Trujillo, 14 de Marzo del 2016.

.....

Dra. Zoila E. Leitón Espinoza
Código: 4342