

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Psicología



Una Institución Adventista

TESIS

**Esperanza y depresión en pacientes adultos mayores de una clínica geriátrica de
Lima este, 2016**

Autores:

Anita Lizeth Quiroz Rojas

Basthi Evelyn Toledo Chavarría

Asesora:

Sara Doménica Hidalgo Anchiraico

Lima, febrero de 2016

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestros padres Jaime Quiroz, Mirian Rojas, Exaltación Toledo y Estílitia Chavarría por su amor, cuidado y ejemplo en cada momento, además por su apoyo incondicional mediante el cual pudimos cumplir nuestros objetivos y avanzar un paso más en nuestra carrera. A nuestras hermanas menores Arely Quiroz, Yodali y Ángeles Toledo, por darnos alegría, amor y ser nuestra motivación, que nos impulsa a ser mejores cada día. A las personas que nos apoyaron haciendo posible la aplicación de este proyecto.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradecemos a Dios por su amor y sus bendiciones para con nosotros, pero sobre todo por permitir la culminación de este proyecto. A nuestra asesora Sara Hidalgo, por su colaboración en la revisión de nuestro proyecto, al co-asesor Teófilo García por todas sus recomendaciones que hicieron que este trabajo se concluya satisfactoriamente. De manera especial a los psicólogos Roger Valencia y Miguel Ocampo por su colaboración en los trámites para la aplicación del proyecto de investigación. Agradecemos infinitamente a nuestros amigos Griselda, Jocabeth, Luz, Nelith, Cesia, Suni, Mario, Diego, Carlos, Jimmy, Abraham (*manchita VIP*) y compañeros por su apoyo moral incondicional en todo este proceso de tesis.

Índice

Resumen	x
Abstract.....	xi
Introducción.....	xii
Capítulo I.....	1
El Problema	1
1. Planteamiento del problema	1
2. Formulación del problema.....	4
2.1. Problema general.....	4
2.2. Problemas específicos.	4
3. Justificación.....	4
4. Objetivos de la investigación.....	5
4.1. Objetivo general.	5
4.2. Objetivos específicos.....	6
Capítulo II.....	7
Marco Teórico	7
1. Marco bíblico filosófico	7
2. Antecedentes de la investigación.....	10
2.1. Antecedentes internacionales	10
2.2. Antecedentes nacionales	14
3. Marco conceptual	15
3.1. Esperanza.	15

3.2.	Depresión	21
3.3.	Marco teórico referente a la población de Estudio.....	35
3.4.	Definición de términos	40
4.	Hipótesis de la investigación	41
4.1.	Hipótesis general.....	41
4.2.	Hipótesis específicas.....	41
Capítulo III		42
Materiales y Métodos		42
1.	Diseño y tipo de investigación	42
2.	Variables de la investigación.....	42
2.1.	Definición de esperanza.....	42
2.2.	Definición de depresión.....	42
2.3.	Operacionalización de las variables.....	43
3.	Delimitación geográfica y temporal	44
4.	Participantes	45
4.1.	Criterios de inclusión y exclusión.....	45
5.	Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	46
5.1.	Índice de Esperanza de Herth.....	46
5.2.	Escala geriátrica de depresión de Yesavage.....	48
5.3.	Proceso de recolección de datos.....	49
5.4.	Procesamiento y análisis de datos	50

Capítulo IV	51
Resultados y discusiones	51
1. Resultados.....	51
1.1. Análisis descriptivo	51
1.2. Prueba de normalidad.....	56
1.3. Análisis de correlación	57
2. Discusión	57
Capítulo V	59
Conclusiones y recomendaciones	59
1. Conclusiones.....	59
2. Recomendaciones	60
Referencias	61

Índice de tablas

Tabla 1 :

Cuadro de Operacionalización de la variable esperanza43

Tabla 2:

Matriz de Operacionalización de depresión.....44

Tabla 4:

Niveles de esperanza en adultos mayores.....51

Tabla 5:

Niveles de esperanza en adultos mayores según rango de edad52

Tabla 6:

Niveles de esperanza en adultos mayores según el género.53

Tabla 7:

Niveles de esperanza en adultos mayores según religión.....53

Tabla 8:

Niveles de depresión en adultos mayores54

Tabla 9:

Niveles de depresión en adultos mayores según edad.....54

Tabla 10:

Niveles de depresión en adultos mayores según género.....55

Tabla 11:

Niveles de depresión en adultos mayores según religión.56

Tabla 12:

Prueba de bondad de ajuste a la curva normal para las variables de estudio56

Tabla 13:

Coefficiente de correlación entre esperanza y depresión57

Índice de anexos

Anexos 1:

Propiedades psicométricas de la Escala de Esperanza de Herth.....	70
---	----

Anexo 2:

Propiedades psicométricas de la Escala de depresión de Yesavage	76
---	----

Anexos 3:

Instrumentos utilizados	78
-------------------------------	----

Anexo 4:

Consentimiento informado	80
--------------------------------	----

Resumen

Esta investigación tiene como objetivo determinar si existe relación significativa entre esperanza y depresión en pacientes adultos mayores de una clínica geriátrica de Lima este. Es de tipo correlacional, de diseño no experimental y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 54 pacientes adultos mayores de una clínica geriátrica, 28 mujeres y 26 varones de entre 60 y 80 años de edad. Para la evaluación se utilizó la Escala de Esperanza de Herth y la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida), revisados y validados por jueces. En los resultados se encontró, en relación al objetivo general, que los niveles de esperanza se relacionan negativa y significativamente con los niveles de depresión ($r=-.792$, $p=.000$), mientras que en relación a los objetivos específicos, se halló que la depresión se relaciona significativa con la dimensión optimismo/ soporte ($r=.845$, $p=.000$) y del mismo modo con la dimensión agencia ($r=.747$, $p=.000$) en el grupo de pacientes adulto mayor.

Palabras clave: esperanza, depresión y adulto mayor.

Abstract

This research aims to determine if there is a significant relationship between hope and depression in the elderly patients of a geriatric clinic in East Lima. It is correlation type, non-experimental design and cross-section. The sample was formed by 54 elderly adult patients in a geriatric clinic, 28 women and 26 men between 60 and 80 years old. The scale of hope of Herth and the scale of depression of Yesavage (reduced version), was used for evaluation reviewed and validated by judges. In the results it was found in relation to the overall objective, the hope levels related to negative and significant levels of depression ($r = -.792, p = .000$), in relation to the specific objectives, it was found that depression is related to significant dimension optimism / support ($r = .845, p = .000$) and likewise with dimension agency ($r = .747$) ($p = .000$) in the elderly adult patients group.

Key words: hope, depression and elderly adult.

Introducción

La depresión es un problema que en la actualidad está creciendo y afectando cada vez a más personas, la padece con mayor frecuencia la población femenina, sin embargo, el mayor número de suicidios por depresión se da en población masculina. Otro grupo importante que sufre depresión es la población adulto mayor, debido a que el envejecimiento es la última etapa de la vida, en la cual la persona comienza a asimilar mejor la cercanía de la muerte, y es en esta edad donde se producen más deterioros en la salud física y emocional. Por otro lado, la esperanza es un constructo recientemente estudiado y propuesto por la psicología positiva, es definida como una fuerza de vida dinámica y multidimensional, que se caracteriza por motivar al individuo a alcanzar sus metas a futuro por medio del planteamiento de vías o rutas. Es así que la esperanza hace que el individuo tenga una visión positiva del futuro y recursos internos adecuados para enfrentar la vida, por lo tanto, podemos decir que la esperanza constituye un mecanismo de soporte para la depresión, ya que hace que la persona tenga un mejor estado emocional y por consiguiente un mejor afronte a los retos de la vida.

En la presente investigación, se busca encontrar la relación existente entre esperanza y depresión en adultos mayores, y está dividida en varios capítulos.

En el primer capítulo, se da a conocer la problemática y la importancia de la investigación, así como los objetivos que se estudiarán.

En el segundo capítulo, se presentará el marco teórico, donde se podrá encontrar antecedentes de otras investigaciones relacionadas al tema, así como el desarrollo de cada variable y las teorías que las respaldan, además, se presentarán las variables según la cosmovisión cristiana.

En el tercer capítulo, se expone la metodología empleada para obtener los resultados, se encontrará la descripción de la población así como los instrumentos utilizados, su validez y fiabilidad, además el proceso seguido de la obtención de resultados.

Finalmente, en el cuarto y quinto capítulo, se muestran los resultados obtenidos así como las discusiones de los mismos, las conclusiones y recomendaciones.

Capítulo I

El Problema

1. Planteamiento del problema

La depresión es una enfermedad mental que afecta el estado emocional de las personas, se caracteriza por la disminución del ánimo, pérdida de interés y/o placer, falta de energía, sentimientos de culpa, baja autoestima, alteraciones de sueño o apetito, y dificultades en la concentración (Pino, Belenchón, Sierra y Livianos, 2008).

A través de los años el índice de casos de depresión ha ido incrementando, es así que la OMS (2012) estima que más de 350 millones de personas a nivel mundial se han visto afectadas por la depresión en el último año, de los cuales un millón de casos han terminado en suicidio. Esta estadística informa de manera general el índice de casos de depresión pero existe un grupo específico vulnerable a esta enfermedad que se pasa por alto y no hay una correcta intervención, es la población adulto mayor.

La OMS (2012), calcula que el 25% de las personas mayores de 65 años padecen de algún tipo de desorden psiquiátrico siendo la depresión la más frecuente. En América Latina, la presencia de episodio depresivo mayor es de 12.8% y para episodio depresivo menor de 3.4%. Asimismo, en el Perú por cada 100 adultos mayores 12 sufren depresión y un 15% de suicidios de la población en general son de adultos mayores (Perú21).

Según Morfi (2005), los adultos mayores empiezan a sufrir cambios negativos, presentan disminuciones de las capacidades físicas como falta de energía para realizar actividades diarias; también pérdida de funciones cognitivas que se evidencian en deterioro

cognitivo; además, aumenta el índice de problemas de salud y disminución de la independencia.

Así también Marín (1999), explica que el envejecimiento es un proceso normal irreversible que sufrirán todas las personas en un determinado tiempo, donde factores biológicos, psicológicos y sociales se encuentran interrelacionados.

En esta etapa según Erikson (citado por Cornachione, 2008) se espera que el individuo haya realizado y/o concluido con éxito a aquellas metas o planes que se proyectó en el pasado, y en la actualidad lleve una vida satisfactoria. Sin embargo, esto no siempre sucede, y afecta la estabilidad del adulto mayor, es aquí donde se acentúan los estados emocionales y situaciones como salida de los hijos, el fallecimiento del cónyuge y la falta de afecto familiar lo que le lleva a presentar síntomas de angustia, tristeza intensa, trastornos del sueño, aislamiento social, pensamiento suicida, entre otras.

Esto indica las consecuencias a las que se puede llegar si no se controla esta enfermedad. Por ello, se han propuesto diversas alternativas de intervención que son útiles para el tratamiento, en las que buscan controlar los pensamientos irracionales y trabajar con actividades gratificantes, entre otras. La psicología positiva trabaja con las emociones saludables, enfocándose en lograr que los pacientes expresen emociones como la felicidad y el optimismo, siendo de ayuda a las personas, porque a diferencia de la psicología tradicional, propone centrarse en las emociones positivas en lugar de sus patologías (Cuadra, Veloso, Puddu, Salgado y Peralta, 2012).

Un aspecto importante que trata la psicología positiva, según Bustamante, es la esperanza, que constituye uno de los factores que pueden llevar al adulto mayor a tener buen estado de ánimo y sentido de vida; es la perspectiva positiva de la persona en relación al futuro, siendo una efectiva estrategia de enfrentamiento; impulsa a la persona a actuar y moverse, es imprescindible para el bienestar espiritual, estando relacionada con la calidad

de vida, y con la obtención de fuerza para el enfrentamiento del problema (Gómez y Grau, 2006).

Así también, según Cheavens (2007), la esperanza juega un rol importante en cuanto a la disminución de la depresión, debido a que ésta última tiene como una de sus características la falta de pensamiento esperanzador.

Del mismo modo la esperanza supone un mecanismo de afronte ante cualquier enfermedad, situación de crisis, pérdidas, abandono, etc.; pues permite plantear objetivos, metas probables, deseos de recuperación, búsqueda de alternativas y cuestiona el valor y sentido de la vida (Llantá, et al., 2005).

Es así que, la esperanza en los adultos mayores, está influenciada por los cambios propios de la edad avanzada, las experiencias de viudez, jubilación, cambio de residencia, disminución de la participación social y mayor vulnerabilidad a las enfermedades, motivos por los cuales el bienestar emocional del adulto mayor se desestabiliza, haciendo que éste se sienta frustrado y desesperanzado (Aguerre y Bouffard, 2008).

Por tal motivo, en la presente investigación se ha tomado como población a pacientes adultos mayores de una clínica geriátrica pues, como muestran los estudios al llegar a esta etapa existen muchas complicaciones físicas emocionales, entre otras, que no son fáciles de afrontar y pueden predisponer al desarrollo de estados de ánimo depresivos, sin embargo se afirma que existen personas que emplean la esperanza como mecanismo de afronte, y tienen como resultado un menor estado de ánimo depresivo. Asimismo, (Hernández, Vásquez, y Ramo, 2012) describieron que existe un mayor porcentaje de personas adultos mayores que padecen depresión en los hospitales en un 57%, que las que no asisten a un hospital, algunas de las causas pueden ser las condiciones de atención hospitalaria, el estado de salud, apoyo familiar, tipo de pronóstico, entre otros.

Es por ello que este trabajo tiene como propósito estudiar la relación existente entre la esperanza y la depresión en pacientes adultos mayores de una clínica geriátrica de Lima este, 2016, para así dar a conocer la influencia de la esperanza en la reducción de la depresión en una población clínica adulto mayor y reformular nuevas estrategias de intervención tomando como variable principal la esperanza.

2. Formulación del problema

2.1. Problema general

Determinar si existe relación significativa entre depresión y nivel de esperanza en pacientes adultos mayores de una clínica geriátrica de Lima este, 2016.

2.2. Problemas específicos

Determinar si existe relación significativa entre depresión y el factor de Optimismo/ Soporte de la escala de esperanza en pacientes adultos mayores de una clínica geriátrica de Lima este, 2016.

Determinar si existe relación significativa entre depresión y el factor de Agencia de la escala de esperanza en pacientes adultos mayores de una clínica geriátrica de Lima este, 2016.

3. Justificación

El área de intervención para pacientes con depresión es amplio, existe diversidad de métodos terapéuticos como programas de actividades, técnicas como la de reestructuración cognitiva, de relajación entre otras, que ayuda a la recuperación del paciente; pero en casos de pacientes adultos mayores y que padecen de enfermedades con diagnóstico poco favorable, su situación emocional se complica, debido a que los síntomas que ocasiona la

depresión no solo son producidos por pensamientos o ideas irracionales sino, por el hecho de pensar en la soledad, en la falta de independencia, en el fin de la vida o en la probable muerte. Es entonces donde la variable esperanza surge como una alternativa al paciente adulto mayor proporcionando tranquilidad y alivio a través de pensamientos positivos. Por ello conocer la influencia de esta variable servirá para posibles intervenciones psicológicas.

Asimismo, la investigación será de utilidad para informar y concientizar a las familias de pacientes adultos mayores, a fomentar un mayor índice de esperanza, para así mejorar su calidad de vida y la probabilidad de una recuperación exitosa.

Por otro lado, servirá en ámbito de la psicología, para formular programas de intervención de apoyo, basándose en el incremento del índice de esperanza a fin de lograr en el adulto mayor una mejor receptividad a su situación actual o al tratamiento de cualquier enfermedad.

De esta manera el trabajo tiene relevancia porque dará a conocer cuán influyente es el índice de esperanza en cuanto a disminuir la depresión de los pacientes adultos mayores para tener un mejor pronóstico y calidad de vida.

Finamente, podemos afirmar que este trabajo tiene relevancia ya que servirá no solo como un aporte a la investigación sino como conocimiento en otras áreas de la salud.

4. Objetivos de la investigación

4.1. Objetivo general

Determinar si existe relación significativa entre depresión y nivel de esperanza en pacientes adultos mayores de una clínica geriátrica de Lima este, 2016.

4.2. Objetivos específicos

Determinar si existe relación significativa entre depresión y el factor de Optimismo/ Soporte de la escala de esperanza en pacientes adultos mayores de una clínica geriátrica de Lima este, 2016.

Determinar si existe relación significativa entre depresión y el factor de Agencia de la escala de esperanza en pacientes adultos mayores de una clínica geriátrica de Lima este, 2016.

Capítulo II

Marco Teórico

1. Marco bíblico filosófico

White (2004) señala que la esperanza es impartida por Dios, quien envió a Jesús, su hijo, al mundo con la única misión de salvar la humanidad del pecado, que trajo como consecuencias desánimo, tristeza, dolor, sufrimiento y muerte.

La esperanza se define como un don del Espíritu; se adquiere por medio del sacrificio que hizo Jesucristo el hijo de Dios y del poder de su resurrección, por lo tanto las personas con esperanza cristiana tienen la confianza de ser redimidos a la vida eterna debido a su fe en el que consideran su Salvador. Una persona con esperanza en Dios y en su plan de felicidad le conduce obtendrá paz, misericordia, gozo y alegría. La esperanza de salvación es semejante a un yelmo protector es el fundamento de la fe, y el ancla del alma (Maalouf, 1995).

Asimismo, menciona que el hijo de Dios, durante el tiempo que estuvo en la tierra, se dedicó a sanar enfermedades incurables como la lepra, ceguera, paraplejia, entre otros; auxiliando a otros, ayudó a los necesitados y proclamó a sus seguidores la existencia de un mundo mejor, generando en ellos esperanza de una vida mejor (White, 2012).

Así también, Henry (1999) asocia la esperanza con la fe, la cual consiste en creer en lo que no se ve; por ello, la esperanza de los cristianos se distingue, pues surge de la fe y basa su creencia en la segunda venida de Jesús y la resurrección de los que creen en él para una vida eterna; además, se ve evidenciada por las bendiciones y misericordias recibidas.

Del mismo modo, White (2008) relaciona la esperanza con la confianza que la persona tiene en Dios, y en los planes que él guarda para el futuro, refiere que Dios oculta el futuro pues desea que la confianza que se tenga en él pueda incrementarse y la esperanza se conserve en el corazón de sus hijos.

Asimismo, ante circunstancias adversas es muy probable que una persona sin fe y esperanza sea proclive a caer en depresión y desesperación. Por otro lado, un cristiano que sufre de alguna enfermedad o peligra su vida, guarda la esperanza que si muere puede volver a vivir y reencontrarse con sus seres queridos, pues al final de este mundo cuando Jesús regrese podrá resucitar, lo que motiva a los cristianos y reduce las posibilidades de caer en depresión (Callaghan, 2004).

La depresión es definida según la cosmovisión cristiana como un factor predisponente para sufrir diferentes enfermedades, es decir, la conexión entre cuerpo y mente es tan estrecha, que cuando la mente está afectada por angustia, pena, ansiedad, descontento, culpa o depresión, el cuerpo es más vulnerable a contraer distintos males e incluso se puede llegar a la muerte (White, 2012).

Melgosa (2011), menciona que uno de los síntomas de la depresión es la falta de esperanza, sin embargo, señala que los escritos de la biblia ofrecen consuelo y una esperanza de un futuro mejor, es por ello que alivian los síntomas de la depresión.

Es así que la Biblia presenta diversos pasajes donde la esperanza logra fortalecer el ánimo de las personas, Salmo 42, donde David, el segundo rey de Israel, se muestra afligido debido a que venía siendo perseguido por Saúl, el primer rey, quien intentaba matarlo, además, el sentimiento de culpa por la violación de las leyes de Dios lo hizo entrar en un estado depresivo, sin embargo, en el versículo 8 el salmista manifiesta “pero de día mandará jehová su misericordia, y de noche su cántico estará conmigo, y mi oración al Dios de mi vida”, mostrando así que David, aún en su estado depresivo, tenía la

esperanza de que Dios estaría con él y le ayudaría a salir de esa situación (Nichol, Horn, Rasi y Peverini; 1957).

Así como este salmo, la Biblia menciona muchos pasajes donde se manifiesta que la esperanza en Dios ayuda a las personas a superar tristezas y aflicciones; así también, pasajes bíblicos con promesas, como Isaías 40:31, donde se menciona que los que ponen su esperanza en Dios tendrán nuevas fuerzas.

Asimismo, la Biblia, narra casos de personas con depresión que pudieron ser restauradas por la confianza en Dios y la esperanza en sus promesas. Una de ellas fue Ana (1 Samuel 1:10), era una mujer que estaba afligida debido a que no podía tener hijos y con esa angustia fue al templo para orar al Señor y pedir por un hijo, allí la encontró Elí, el sacerdote de ese tiempo, quien le dijo que Dios le concedería su pedido, Ana confió en esa promesa y esperó en Dios, quien al cabo de un tiempo, le concedió el hijo que deseaba y como resultado de una promesa ella lo entregó años más tarde al servicio de Dios en el templo.

Otro ejemplo es el de Elías (1 Reyes 19:4), un profeta de Israel en tiempos del Rey Acab, a quien le tocó profetizar en una época donde todo el pueblo de Israel se había alejado de Dios y como parte de su intento por hacer que Israel regrese a Dios, es enviado a hacer un milagro en el desierto y luego de probar que Jehová era el único Dios. Huyó por temor a que fuera muerto por la reina Jezabel. Es en esta situación donde va descansar debajo de un enebro y en ese mismo lugar le suplica al señor que le quite la vida pues ya no deseaba seguir viviendo. Finley y Landless (2014) mencionan que Dios tuvo que colocar a Elías en un programa de recuperación de la depresión y luego de una terapia cognitivo – conductual, no solo logró recuperarse sino que continuó la obra de Dios con el pueblo de Israel.

La Biblia presenta a un profeta, que vivió en un tiempo difícil de la época de Israel; los grandes reyes se habían ido y con el pasar del tiempo los pecados del pueblo se incrementaba, además, los gobernantes de aquel tiempo se habían olvidado de la obediencia a Dios, siguiendo y adorando a otros dioses, en este tiempo Dios levanta un profeta, Jeremías, es enviado a predicar al pueblo para arrepentirse de sus pecados, pedir perdón y realizar cambios en su vida, para poder ser perdonados y liberados, sin embargo el pueblo no quiso escuchar el llamado de Dios, es en este tiempo donde Jeremías entra en un estado de tristeza debido a que su pueblo no escuchaba su mensaje, sin embargo, Dios no iba a dejar a su siervo sumirse en la depresión, es por eso que le muestra los planes que tenía para su pueblo si éstos le obedecían.

De la misma manera, la Biblia presenta a un rey, Ezequías (Isaías 38), quien se encontraba gravemente enfermo por lo que Dios le envía un mensaje anunciándole que morirá, motivo por el cual él cae en una depresión profunda y con ruego y súplica ora fervientemente a Dios pidiendo por su vida y su salud, luego de esta oración Dios ve su dolor y le concede alivio para su salud física y para su depresión, agregándole quince años más a su vida.

Como se ha visto, la Biblia es rica en casos donde la esperanza ha superado la depresión y por estos ejemplos se puede decir que la esperanza ligada a la confianza en Dios puede hacer que la persona supere problemas como la depresión.

2. Antecedentes de la investigación

2.1. Antecedentes internacionales

A continuación, se presentan investigaciones realizadas a nivel internacional en relación a la presente investigación:

Martínez, Martínez, Esquivel y Velasco (2007) realizaron en México una investigación transversal prospectiva, que buscó determinar la prevalencia de depresión en factores de riesgo en adultos mayores hospitalizados del Seguro Social en Torreón, Coahuila. La población estuvo conformada por 320 pacientes adultos mayores con promedio de edad de 72 años de ambos sexos. Los instrumentos usados fueron la escala de Yesavage para depresión, escala de Katz y Lawton para dependencia, y la escala de Folstein, versión Lobo, para demencia. Los resultados muestran depresión en 50 % los factores más relacionados con depresión fueron pertenecer al sexo femenino, dependencia para realizar las actividades diarias, vivir solo o con personas no cercanas a la familia y padecer enfermedades crónicas degenerativa, cabe recalcar que se encontró un nivel de dependencia en un 62%.

Piñón, Pastrana, Rodríguez y Gómez (2009) realizaron una investigación de tipo correlacional diseño no experimental, de corte transversal con el objetivo de ver si existe correlación entre depresión y función familiar en adultos mayores que asisten a una clínica de medicina familiar. La muestra de pacientes fue de 393 adultos mayores, compuesto por 208 mujeres y 185 hombres. Los instrumentos el Apgar familiar y la Escala de depresión de Yesavage. Los resultados obtenidos fueron que la depresión y el funcionamiento familiar mostraron una estrecha correlación para ambos géneros con $Rho = 0,608$, $r = 0,3696$, $p < 0,01$. Así también, de los adultos mayores con depresión diagnosticada el 9,3% vivían en familias funcionales; el 12,3% vivían en familias ligeramente disfuncionales; el 22,7% vivían en familias moderadamente disfuncionales y 55,7% vivían en familias altamente disfuncionales.

Hirsch, Sirois, y Lyness (2011), en Estados Unidos, realizaron una investigación de tipo correlacional no experimental de corte transversal con el objetivo de examinar la esperanza y sus subescalas, agencia y vías como posibles moderadores de la asociación entre el

deterioro funcional y los síntomas depresivos. La muestra estuvo compuesta 105 adultos mayores de ambos sexos. Se utilizó la escala de Karnofsky Performance Status (KPSS), la escala de depresión de Hamilton y la escala de Trait Hope. Los resultados fueron que existe correlaciones negativas entre los síntomas depresivos y la sub-escala agencia de esperanza ($r = - ,23, p < 0,05$), asimismo, existe una correlación negativa entre los rasgos de esperanza y depresión, además, el deterioro funcional se asoció significativamente con los síntomas depresivos ($p < 0,001$) y la puntuación total de la esperanza moderó esta relación ($p < 0,05$). Específicamente, se encontró que la asociación entre el deterioro y los síntomas depresivos funcionales era más débil en los pacientes con niveles más altos de esperanza.

En Estados Unidos Rustoen, Cooper, y Miaskowski (2011) realizaron un estudio longitudinal con el objetivo de determinar los efectos de una intervención en esperanza sobre los niveles de angustia psicológica y esperanza en pacientes oncológicos, realizando dos evaluaciones, antes y después de la intervención. La población en estudio estuvo conformada por 195 pacientes en su mayoría mujeres; la intervención constaba de 8 sesiones de 2 horas, realizadas durante 8 semanas. Se utilizó la Escala de Índice de Herth y la Escala de Impacto de Acontecimientos, así como el Programa de HOPE-IN. Tras la aplicación del programa de intervención se obtuvo como resultado un incremento del nivel de esperanza en un 95% de los pacientes, lo cual podría emplearse para determinar métodos más eficaces para aumentar la esperanza y reducir la angustia psicológica en las personas con diagnóstico de cáncer.

Gómez, Rodríguez, Díaz, Cano y Tamayo (2013), en Bogotá realizaron una investigación descriptiva de corte transversal acerca de Depresión y satisfacción con la vida en personas mayores de 60 años. Tuvo como objetivo describir la prevalencia de depresión y los factores asociados con esta y describir en ellos el dominio de satisfacción con la vida,

en un grupo de 2.444 personas. Se utilizó la escala geriátrica de depresión de Yesavage y la encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE). Los resultados fueron que existe prevalencia de depresión del 26,3% en la población, de los cuales 79,36% de las personas mayores no están satisfechas con su vida, esto comparado con el 80,4% que están satisfechas y no presentan depresión. Respecto a poseer esperanza, el 87,4% de las personas que la describen no tienen depresión y el 76,5% que no poseen esperanza, cursan con este diagnóstico. Así también, se encontraron factores asociados como el ser mujer, bajo nivel educativo, no ser pensionado, antecedente de hipertensión arterial, enfermedad mental diagnosticada, haber tenido serios problemas económicos en los primeros 15 años de vida y en la última semana, no realizar actividades lúdicas y tener una percepción de dificultades en la salud. Asimismo, las personas que no están satisfechas con su vida, que no sienten que es maravilloso vivir y que se sienten sin esperanza tienen un mayor riesgo de depresión.

Hedayati y Khazaei (2014) en Irán realizaron una investigación de tipo correlacional, de diseño no experimental y de corte trasversal cuyo objetivo fue examinar la relación existente entre depresión, el significado de vida y la esperanza en adultos estudiantes de una universidad. La población de estudio estaba conformada por 215 estudiantes, se incluía 56 varones y 158 mujeres cuyas edad oscilan entre 21 – 61 años. Se utilizó el Inventario de Depresión Beck, el Cuestionario de Significado de Vida (MLQ) y la Escala de Esperanza en Adultos (2002). Las conclusiones obtenidas fueron que existe una correlación inversa estadísticamente significativa entre la depresión y la esperanza en adultos ($r = -0.484$, $p < 0,01$), existe una correlación negativa significativa entre depresión y sentido de vida ($r = -0.48$, $a = 0.01$) y una correlación significativa positiva entre esperanza y sentido de vida ($a = 0,01$, $r = -0,62$); por lo tanto, poner énfasis en la intervención de estos síntomas ayudará a tener una mejor salud mental.

2.2. Antecedentes nacionales

A continuación se presentan investigaciones realizadas a nivel nacional en relación a la presente investigación:

Barúa (2014) en Lima realizó una investigación de tipo correlacional, diseño no experimental de corte transversal acerca de religiosidad y esperanza en un centro para el adulto mayor, con el objetivo conocer la relación positiva y directa entre ambas variables. La muestra estuvo conformada por 49 adultos mayores cuyas edades fluctuaron entre los 60 y los 85 años. Entre ellos 9 eran varones 40 mujeres; 26 eran adultos mayores jóvenes (60 a 79 años), en tanto que 23 eran adultos mayores avanzados (entre 80 y 85 años). Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Sistemas de Creencias, Revisado (SBI-15R), versión derivada del SBI-15 y la Escala de Esperanza de Herth Revisada (HHS-R). Los resultados obtenidos fueron que no existe correlación directa entre religiosidad y esperanza, sin embargo, sí se encuentra correlación ente Religiosidad con la dimensión Optimismo/Soporte Espiritual y con Agencia, también entre la variable Esperanza y Soporte social religioso, aun así las correlaciones entre variables están en niveles de moderado a débil, de acuerdo al criterio de Cohen.

Manrique (2014) en lima realizó una investigación de tipo correlacional diseño no experimental de corte transversal acerca de la relación entre la Calidad de vida relacionada con la salud y la esperanza en adultos mayores residentes en un hogar geriátrico de Lima Metropolitana. Con una muestra estuvo conformada por 48 adultos mayores (24 hombres y 24 mujeres). Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Salud SF-36. V1 y Escala de Esperanza de Herth Revisada (HHS-R). Los resultados muestran que existe una mayor Calidad de vida relacionada con la salud en el aspecto mental y se hallan diferencias significativas según el sexo, la edad, la categoría económica, la tenencia de pareja y el tiempo de permanencia en el albergue. También, el soporte optimista/espiritual es el factor de esperanza más alto, en tanto la desesperanza es el más bajo. Por otro lado, se hallaron correlaciones

significativas entre los factores de la esperanza y las dimensiones de la CVRS, especialmente con el componente mental.

3. Marco conceptual

3.1. Esperanza

3.1.1. Definiciones

Es aquella visión positiva relacionada al futuro que sirve como estrategia de afrontamiento a las adversidades; que impulsa al individuo a actuar y moverse, se relaciona con la obtención de fuerza, que tiene repercusiones en la calidad de vida e influye principalmente en la condición de la salud. Por lo tanto, si un individuo experimenta una enfermedad, y tiene esperanza depositará su seguridad y energía en la expectativa de restaurar su salud y bienestar (Cavaco, et al., 2010).

Por su parte, Snyder (2002) define la esperanza como un sistema cognoscitivo basado en dos técnicas autoevaluativas que ocurren de forma sincronizada; primero, la capacidad de uno mismo o autodeterminación para ejecutar los medios y lograr la meta deseada y el segundo, es la propia aptitud para generar y planificar la ejecución de dichos medios. Asimismo, Rand y Chevens (2009) añaden que es la capacidad distinguida de promover accesos, caminos o medios necesarios, constituidos por pensamientos encaminados al establecer espacios que motiven la acción y la capacidad de planteamiento de estrategias para alcanzar objetivos trazados y de esta manera motivarse a utilizarlos.

Asimismo, la esperanza es un componente básico impulsador del optimismo frente a situaciones adversas, la que se considerada como la esencia de la vida humana debido a que está estrechamente relacionada al bienestar y la salud de las personas; además, es de ayuda para mantener objetivos y proponer acciones para enfrentar los problemas o situaciones difíciles (Eliott y Olver, 2002; Kylma, 2005). Por ello Carr (2007) afirma que

la esperanza es una emoción positiva del futuro en las que se encuentra también, la fe, la confianza, entre otras.

Cabe recalcar que la esperanza se presenta como una actitud mental centrada en aspectos positivos, y en situaciones que generen conflictos a los individuos; por ejemplo: depresión, pérdida de deseos de vivir, ideación suicida e inclusive afronte a la muerte, es un medio importante para combatirlo, esta no se regenera sino que se alimenta de los objetivos trazados por la persona (Folkman, 2010).

3.1.2. Características

La esperanza toma una clasificación según los autores que las definen, así pues tenemos a Tiger (1979), quien identifica dos tipos de esperanza la pequeña y la gran esperanza: la primera, se usa para denotar expectativas a corto plazo o para esperar acontecimientos inmediatos; la segunda, hace referencia a una espera de cosas positivas que anticiparán un mejor porvenir tanto para sí mismo como para los demás.

Posteriormente, Dufault y Martocchio (1985) estudiaron la esperanza en 35 pacientes oncológicos, adultos mayores y llegaron a la conclusión que la esperanza se divide en dos esferas la esperanza generalizada que es aquella que espera sin tener en cuenta el tiempo o los detalles de los objetivos y la esperanza particularizada o específica que es aquella que tiene muy presente el tiempo que se espera y la meta que se desea alcanzar; asimismo, mencionan que tanto la esperanza particularizada como la generalizada son multidimensionales y las clasifican en seis dimensiones: afectiva, que involucra las emociones y la confianza que se tiene en el cumplimiento de las metas; cognitiva, que está referida a la imaginación, el pensamiento y el estado de ánimo así como la comprensión de la realidad y los recursos disponibles para el logro de metas; conductual, que está ligado a las acciones que toma la persona para tener esperanza y lograr sus objetivos; afiliativa,

referida a las relaciones interpersonales y la relación con Dios; temporal, que incluye los objetivos en relación al pasado, presente y futuro de la persona y contextual referido al contexto de vida de la persona y la posible pérdida de potencial en el logro de las metas.

Sin embargo, Herth (1992) combina estas seis dimensiones, dando como resultado tres áreas: una cognitivo-temporal, que abarca la presencia de metas, actitud positiva frente a la vida, valorar el potencial de cada día y la perspectiva que se tiene con respecto al futuro; la segunda, afectivo-conductual, que señala el sentido que la persona le da a la vida, recordar y valorar los tiempos felices y ver lo positivo de la vida; y la tercera, afiliativo-contextual, está referido a la fuerza interior, la fe, el dar y recibir amor y cariño.

Más adelante Pereyra (2011), en su modelo esperanza – desesperanza, la define como un constructo polifacético debido a que abarca seis áreas: a) cognitiva, relacionado a las expectativas positivas sobre sí mismo, sobre los demás y sobre el futuro; b) emocional, relacionado al sentimiento de fortaleza interior, consuelo, tranquilidad y confianza; c) conductual, relacionado a la disposición frente a la realización de la acción de esperanza que va a repercutir ya sea física, psicológica, social o espiritualmente; d) interrelacional, porque influye en la formación y mantenimiento de relaciones interpersonales de calidad.; e) axiológica, debido a que la esperanza está relacionada con la confianza y la fe que representan valores de la vida que ayudan a mantener una actitud de seguridad y confianza en el porvenir; y f) trascendente, relacionado a la confianza en la creencia que Dios hará lo mejor para nuestro beneficio.

3.1.3. Modelos teóricos

3.1.3.1. Modelo logoterapéutico

El modelo logoterapéutico o la terapia del sentido fue postulado por el Psiquiatra Viktor E. Frankl quien propone a la esperanza como un mecanismo instalado en la persona, que

disminuye al mecanismo de la angustia por expectación, luego de haber descubierto el sentido o el significado a los acontecimientos de la vida; asimismo, afirma que este descubrimiento debe estar acorde a los fines y valores de la persona y se desarrolla en 3 niveles: el primer nivel referido al sentido que se encuentra en las actividades cotidianas y la aceptación de tareas propias del trabajo al que nos dedicamos; en el segundo nivel, concerniente al sentido que se encuentra a la vida luego de experimentar valores como la belleza, la verdad o el amor y que otorgan significación profunda a la vida; y por último, el tercer nivel, que se explica como el sentido más profundo de la vida, consiste en percibir un mundo ordenado a pesar de las vicisitudes de la vida, en este nivel se encuentra la creencia en un poder supremo que quería lo mejor para las personas, al que los creyentes llaman Dios y los no creyentes lo atribuyen a la ciencia (Frankl, 1991).

3.1.3.2. Modelo Sistémico

Este modelo fue desarrollado por la escuela sistémica de Milwaukee, se encuentra centrada en las soluciones; propone la esperanza como una capacidad que se desarrolla con visión a futuro al estimular el coraje, la capacidad de afronte, la confianza y una orientación productiva de la vida, además, guarda estrecha relación con las expectativas positivas, la posibilidad y la autodeterminación. Considera la esperanza como una capacidad que puede ser entrenada, a través de técnicas como la técnica del milagro que tiene el propósito de conocer cómo percibiría el paciente la realidad si sus problemas quedasen resueltos; también la técnica de las excepciones, orientada a lograr que el paciente se centre en las veces que no ocurre el problema para reforzar los niveles de bienestar y esperanza; asimismo, la técnica de la escala de avance que propone la medición de la mejora del paciente instándole a proponer actividades que él crea que podrían ayudarlo a mejorar; y así también, las tareas de fórmula y las preguntas orientadas al futuro

que ayudará al paciente a establecerse metas y proponerse tareas que apoyen el cumplimiento de éstas (O' Hanlon y Weiner – Davis, 1989).

3.1.3.3. Enfoque según la psicología positiva

Este modelo fue desarrollado por Martin Seligman, quien cataloga la esperanza como una emoción positiva relacionada con el futuro cuya esencia está en encontrar causas permanentes para las experiencias positivas y causas pasajeras para las experiencias negativas, rescatando de ese modo las acciones positivas para obtener así mayor nivel de esperanza. En este modelo se trabaja la esperanza en estrecha relación con el optimismo, así pues se propone un programa terapéutico que trabaja con los pensamientos pesimistas, detectándolos y rebatiéndolos, aunque esto no suele ser una tarea fácil debido a que es complejo refutar nuestros pensamientos, es por ello que este enfoque propone un modelo, llamado el “modelo ACCRE”, cuyas siglas están compuestas de la siguiente manera; A de adversidad, referido a la situación que el paciente considera problema; C de creencias, referido a las ideas que surgen en presencia de los acontecimientos negativos; C de consecuencias, referido a los resultados que surgen de las creencias; R de rebatimiento, que está referido a la confrontación o cuestionamiento de las creencias y por último, E de revitalización, que es el paso final y se produce cuando se logra refutar con éxito las creencias y se logra cambiar las respuestas de abatimiento y sometimiento por otras cuyas características sean vitalidad y buen humor (Seligman, 2003).

Asimismo, Snyder (1994) uno de los mayores representantes de la teoría de la esperanza la explica como un estado de motivación positiva, además, la denomina como un modelo cognitivo integrado por tres componentes: metas, agencia y vías.

En primera instancia, aparecen en las metas, como objetivos, logros, éxitos y experiencias, que los individuos desean conseguir, generando expectativas futuras sobre

los resultados que tendrá en una determinada situación. Sin embargo, las metas y los objetivos deben de presentar un valor o significancia relevante para que se le preste una atención consiente, que genere un pensamiento esperanzador. Es decir, si se presenta una situación que a futuro tiene muchas probabilidades de ser favorable, no requerirá de un pensamiento esperanzador. Pero si por el contrario, las probabilidades favorables son menores, se activa el pensamiento esperanzador y genera búsqueda de alternativas con el fin de lograr las metas y objetivos.

Seguido a este componente se presentan 2 componentes principales de ejecución:

a) Optimismo / soporte:

Seguido al plantear la meta se activan las vías que son esenciales para el pensamiento esperanzador, pues son la hoja ruta, los diferentes modos con las cuales se lograrán los objetivos deseados. Se realiza a través de una representación mental $A = \text{yo mismo donde estoy}$ y $B = \text{Mi objetivo, a donde quiero llegar}$. Esto genera la idea de producir una ruta hacia ese objetivo. Cuando se plantean metas claras, específicas e importantes, es más sencillo obtener vías más eficaces, cabe recalcar que para una meta es necesario tener cierto número de rutas alternativas.

b) Agencia:

En este proceso de búsqueda de alternativas (Vías) se encuentran la agencia que va a lo largo de las vías o rutas imaginarias, como un componente motivacional que impulsa a las personas, para llegar a las metas. Se expresa como la percepción de uno mismo a lo largo de las vías para llegar a la meta propuesta, incluso considera la autoevaluación de la capacidad de perseverar en el proceso de lograr los objetivos, por lo tanto, trabaja como la fuerza de voluntad o empuje que tiene la persona.

Por lo tanto, la esperanza se forma o surge de estos 3 componentes metas, vías y agencia; la suma de estos constituye el pensamiento esperanzador. Es decir la esperanza

surge de todo tipo de pensamientos que estén relacionados con el alcance de metas, activando emociones ya sean positivas o negativas, influyendo en la percepción de éxito o fracaso en el logro de metas.

A lo largo de este proceso continuo de búsqueda de objetivo existen dificultades o barreras, que interrumpen, y frustran el alcance de metas, sin embargo, el ser humano tiene la capacidad de no solo de pensar en una ruta principal sino en múltiples rutas. Es importante recalcar que esto surge con mayor felicidad mientras más alto sea el nivel de esperanza en el individuo. Para hacer uso de una vía alterna, debido a que la principal está bloqueada, es muy importante el pensamiento agencial, pues este es el que impulsará a canalizar las vías alternas y poder utilizar la adecuada como solución temporal.

3.2. Depresión

3.2.1. Definiciones

Es un estado emocional en el que se presenta diversos componentes como: pesimismo, inhibición, psicomotriz, autorreproches y un estado afectivo de tristeza. Cabe resaltar que la palabra depresión proviene del latín *depressio*, que se define como hundimiento, entonces, cuando una persona entra en depresión se encuentra en un estado de hundimiento por toda la carga emocional negativa (Estalovski, 2004).

Es un trastorno afectivo que se basa en una alteración patológica del humor, es decir, se pierde la capacidad funcional del ser humano de manera automática y se invade por sentimientos de tristeza y culpa profunda; se pierde el sentido a la vida. (Chinchilla, 2008).

También es un estado anímico inadecuado caracterizado por sentimientos de tristeza, melancolía, caída del humor, además, se presenta una disminución significativa de interés, placer y energía; las causas se pueden deber a pérdidas significativas, soledad,

frustraciones, entre otros, e incluso sin una razón aparente una persona puede caer en depresión (Carrenho, 2007).

Del mismo modo, se define como una enfermedad cuya característica principal es la tristeza patológica, pero que afecta drásticamente las áreas física, emocional y conductual, y se refleja en un nivel de energía y de actividad mínima, pérdida de placer, sentimientos de culpa, e incluso problemas en los procesos cognitivos: memoria y atención (Pino, Belenchón, Sierra y Livianos, 2008).

Además, este estado anímico se ve presente con mayor incidencia en personas con enfermedad físicas, entre ellas el cáncer, que afecta en niveles elevados, y conduce a síntomas como pérdida de interés por la vida, frustración, desesperación, melancolía, entre otros; por consiguiente, si es mayor la gravedad de la enfermedad los síntomas se intensifican en el paciente (Maté, Gil, Hollenstein y Porta, 2004).

3.2.2. Causas de la depresión:

La depresión puede ser causada por diferentes factores como:

Factores biológicos: existen tres sistemas de neurotransmisores cerebrales en la sintomatología depresiva que son, serotoninérgico, dopaminérgico y noradrenérgico. Según esta teoría la depresión estaría causada por alteraciones bioquímicas que se manifiestan en la disminución de la serotonina, dopamina y noradrenalina, en los espacios presinápticos de determinadas zonas cerebrales, lo que ocasionaría toda la serie de síntomas que sirven para diagnosticar la depresión. Asimismo podría deberse a predisposiciones genéticas o bioquímicas que harían a algunas personas más vulnerables que a otras (González, 2005).

Factores cognitivos: Beck afirma que existe en el individuo una realidad subjetiva que aparece a través de pensamientos y esquemas mentales distorsionados, es decir, las

personas se deprimen por una deformación o distorsión mental en el esquema cognitivo que se refleja en el modo de pensar y razonar. Asimismo, se ve una falta de motivación, creando así una inadecuada imagen de sí mismo, falta de afecto, pasividad, entre otros (Beck, 2005).

Factores psicosociales: se presentan en los individuos síntomas de depresión como tristeza, angustia, melancolía, entre otros, que se ven asociados a situaciones o hechos específicos que justifican la sintomatología, es decir, la diferencia es que estos síntomas surgen desde factores externos que la persona los percibe como aversivos, estos pueden ser; pérdidas humanas o materiales, tragedias, enfermedades severas, entre otros, asimismo, estos síntomas depresivos se pueden presentar conjuntamente con altos niveles de estrés, que magnifican y prologan el problema (Palacios, 2013).

3.2.3. *Sintomatología*

La depresión muestra también diferentes sintomatologías que puede manifestarse de la siguiente manera:

Física: puede presentarse dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño, cambio dramático en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso, fatiga y falta de energía, agitación, inquietud, tics nervios, dolores musculares y en las articulaciones, problemas digestivos, etc. (González, 2005).

Emocional: los principales síntomas observados son la pérdida de interés y de placer en las actividades habituales y satisfactorias, que se asocian a un sentimiento de desesperación o de abatimiento esto conlleva a signos de fatiga y/o a una disminución de energía, además, indiferencia, desinterés, desánimo, inhibición, labilidad emocional, etc. (Trickett, 2009).

Cognitiva: se ve evidenciado que existe un daño cognitivo en las áreas de la atención, memoria y en las funciones ejecutivas. Por lo general, los individuos con depresión suelen

presentar dificultad para concentrarse, son distraídos, con incapacidad para llevar a cabo sus tareas habituales, y presentan olvidos significativos (González, 2005).

3.2.4. Clasificaciones.

Según el manual de diagnóstico DSM-IV (1995) clasifica a la depresión como un trastorno afectivo que se divide en:

a) El episodio depresivo mayor:

Los indicadores son:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer. Sin embargo, no se debe incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Pero en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Se debe tener en cuenta que en niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

b) Trastorno distímico

Los indicadores son:

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo, la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. Sin embargo, en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Pérdida o aumento de apetito
2. Insomnio o hipersomnia
3. Falta de energía o fatiga
4. Baja autoestima
5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. Sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Es importante tener en cuenta que antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

c) Trastorno depresivo no especificado

La categoría del trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. Algunas veces, los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado.

De acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades Décima Versión de la O.M.S. (CIE-10). Clasifica a la depresión como un trastorno del humor y las divide en:

a) Episodio depresivo leve

Suelen estar presentes dos o tres de los síntomas. El paciente, por lo general, está afectado por ellos, pero probablemente podrá seguir con muchas de las actividades que realiza.

A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo.

B. Presencia de, por lo menos, dos de los tres síntomas siguientes:

1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistentes durante al menos dos semanas.
2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.
3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.

C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de cuatro:

1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.

2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.
5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).
6. Cualquier tipo de alteración del sueño.
7. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

b) Episodio depresivo moderado

En este caso normalmente están presentes cuatro o más de los síntomas y el paciente es muy probable que tenga grandes dificultades para seguir con sus actividades ordinarias.

A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo.

B. Presencia de, al menos, dos de los tres síntomas descritos en el criterio B del episodio depresivo leve.

C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C del episodio depresivo leve, para sumar un total de al menos seis síntomas. Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del "síndrome somático":

C) Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Episodio depresivo en el que varios de los síntomas descritos anteriormente son marcados y afectan al paciente; son típicas la pérdida de la autoestima y las ideas de autodesprecio o culpa. También son comunes las ideas o actos suicidas y suelen estar presentes unos cuantos síntomas "somáticos".

Episodio aislado sin síntomas psicóticos de:

- Depresión agitada
- Depresión mayor
- Depresión vital

Nota diagnóstica

Los síntomas importantes, como agitación o enlentecimiento son notables, el paciente puede no estar dispuesto o ser incapaz de describir con detalle muchos síntomas. A pesar de ello, una valoración global de episodio grave está justificada en tales casos.

- A. Deben cumplir los criterios generales de episodio depresivo.
- B. Presencia de los tres síntomas del criterio B de Episodio depresivo leve.
- C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de Episodio depresivo leve, hasta un total de al menos ocho.
- D. Ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo

3.2.5. Modelos teóricos

3.2.5.1. La teoría de depresión por desesperanza

Abramson y col. (1989) plantearon esta teoría que basaba sus orígenes en la teoría de indefensión aprendida; donde refieren que la depresión se caracteriza por la desesperanza, es decir, la causa de la depresión es la desesperanza, un subtipo de trastorno depresivo (Citado por Chappa, 2003).

La desesperanza se define como un sub tipo de depresión y se caracteriza porque la persona presenta síntomas de indefensión aprendida; es decir, la persona muestra signos de desvalimiento, baja tolerancia a la frustración, incapacidad de afrontar ante situaciones que ella considere hostiles, entre otros (Chappa, 2003).

En los estudios respecto a esta teoría, se comprobó que conocer el nivel de vulnerabilidad cognitiva servirá para conocer los trastornos depresivos más recurrentes en el paciente. Asimismo, algunas causas de la indefensión aprendida pueden producirse por maltratos ocurridos en etapas tempranas de desarrollo, de esta manera las personas que presentan estilos inferenciales negativos, es decir, vulnerabilidad cognitiva, tienen mayor probabilidad a desarrollar síntomas depresivos. Por ello si estas personas experimentan situaciones negativas tendrán mayor dificultad para recuperarse y salir del estado de depresión (Abramson, Alloy, Metalsky, 1997).

3.2.5.2. La teoría cognitiva de Aron Beck

La teoría cognitiva plantea que cualquier influencia sobre la cognición debería verse seguida de un cambio en el estado del ánimo y, en consecuencia, de cambios a nivel de la conducta (Beck, 2005).

Beck, Rush, Shaw y Emery (1979), proponen tres conceptos específicos sobre los cuales se basa esta teoría: el primero, es la triada cognitiva; el segundo, son los esquemas cognitivos y el último, son los errores cognitivos; éstos ayudarían a explicar el inicio y constituirían los puntos básicos a tratar para mejorar la depresión.

La triada cognitiva a su vez se expresa en tres áreas: pensamiento negativo del sí mismo, es decir, el paciente se ve como desgraciado, torpe enfermo, con poca valía, se atribuye infinidad de defectos y por ellos cree que no es útil; pensamiento negativo del mundo, cree que el mundo le exige demasiado y le presenta muchos obstáculos con el fin de no dejarlo cumplir sus metas, interpreta la interacción con su ambiente como frustrante, esto se hace visible cuando el paciente construye situaciones negativas aun cuando en la realidad no lo son; y pensamiento negativo del futuro, que consiste en anticipar sus dificultades y fracasos en proyectos futuros, se observan cuando el paciente hace proyectos

para el futuro lejano y cuando hace para un futuro próximo anticipa constantemente su fracaso; la teoría sugiere que el cambio puede producirse indistintamente en cualquiera de las áreas que se incida: sobre la emoción, el pensamiento o la conducta, es decir, si hubiera un razonamiento negativo o distorsionando de la realidad en cualquiera de estas áreas, se configuraría la “tríada cognitiva” (Butler, Chapman, Forman y Beck, 2006).

Asimismo, las distorsiones cognitivas son los pensamientos generados por los esquemas cognitivos irracionales, mientras que un esquema cognitivo es la base para que los estímulos se conviertan en pensamientos, es por ello que un esquema irracional producirá pensamientos irracionales. Estos esquemas pueden permanecer inactivos durante bastante tiempo y pueden ser activados por cualquier suceso ambiental específico y se caracterizan emplear una atención selectiva solo a las cosas negativas del entorno. Este concepto es usado para explicar el mantenimiento por parte del paciente de los pensamientos que le generan sufrimiento (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

Se postula que estas cogniciones distorsionadas son repetitivas, involuntarias e incontrolables, se estima que el 60-80% de los pensamientos automáticos tienen un valor negativo (Beck, 2005).

En cuanto a los errores cognitivos o también llamados errores en el procesamiento, aparecen en el pensamiento del paciente convenciéndole que sus conceptos negativos son reales aun cuando existen evidencias de lo contrario (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

Los errores cognitivos pueden ser de distintos tipos: uno de ellos es la inferencia arbitraria que consiste en adelantar una conclusión aun cuando haya evidencia contraria; otra es la sobregeneralización que consiste en elaborar una regla o conclusión basándose en una o varias experiencias aisladas y generalizarlo a todos los casos; pensamiento polarizado, consiste en clasificar las experiencias en dos categorías opuestas ya sea muy buenas o muy malas; otra es la personalización, donde el paciente tiende a atribuirse

fenómenos externos aun cuando no hay conexión, entre otras. Estas distorsiones se generan de pensamientos automáticos que son ideas sobre los acontecimientos actuales y son ajenos al análisis racional (Vázquez, Hervás, y Hernangómez, 2008).

La teoría cognitiva de la depresión también propone un modelo de diátesis - estrés. Se infiere que la predisposición a la depresión se adquiere a través de las experiencias tempranas, las cuales van modelando esquemas potencialmente depresógenos. Estos esquemas cognitivos disfuncionales permanecerán latentes hasta que son activados por un estímulo estresante (factores precipitantes, como, por ejemplo, una enfermedad riesgosa) para el cual el individuo está sensibilizado. Los esquemas depresógenos pueden permanecer en reposo e inactivos durante mucho tiempo o toda la vida si el sujeto no está expuesto a situaciones de riesgo; por consiguiente, el sujeto tendrá pocos pensamientos negativos (Vasquez, Muñoz, y Bedoña. 2000).

3.2.5.3. Terapia Racional Emotivo Cognitivo Conductual

En este modelo los trastornos mentales son vistos como un problema en el sistema de creencias (“B”), reconoce el énfasis en los pensamientos racionales, expone sus objetivos terapéuticos hacia minimizar los disturbios emocionales y las conductas autoderrotistas, capacitándoles para vivir una existencia más plena y placentera; es decir, busca que la persona genere creencias racionales sea consciente de creencias irracionales y busque vías para su modificación (Ruiz, 2001).

El modelo de la TREC, se conoce como el modelo ABC. En este modelo las “A” son los acontecimientos de la vida; las “B” son las creencias pensamientos, conocimiento, valores, experiencias que se tenga respecto a “A”; y “C” son las conductas y emociones que intervienen y afectan los objetivos de las personas, dificultan el desempeño eficiente y causan incomodidades y sufrimientos. La distorsiones en el procesamiento de información,

son las que conllevan a las reacciones “C”. Por lo tanto, el modelo cognitivo conductual aplica su esfuerzo de tratamiento a “B” o sistema de creencias (Ellis, 1991).

Muchas personas consideran que sus problemas o dificultades emocionales derivan de los acontecimientos de su vida (punto "A" o “situación”) lo que expresa la sensación de que es por este acontecimiento “A” que abandona ciertas actividades por falta de interés, como encerrarse en casa, no salir a buscar otro empleo, etc. (punto "C"). Sin embargo, no es ese acontecimiento el que determina, al menos directamente, tal estado emocional, sino más bien el significado que otorga a tal evento “B” (Ruiz y Cano 2001).

3.2.6. Tratamiento

Por medio de diversos estudios realizados sobre depresión, se evidencia que es posible tratarla de manera exitosa. Específicamente, dos métodos son los más eficaces:

Tratamiento verbal o psicológico: en este de tratamiento vemos a la terapia cognitivo-conductual, interpersonal, entre otras, que en general se encargan de modificar y/o reestructurar la manera de pensar de paciente, acerca de la situación problemática que está afrontando. Este tipo de terapia afirma que si el paciente logra tener una visión positiva del mundo (el entorno), sus relaciones (grupo con el que se desenvuelve) y de sí mismo (conducta y emociones), vivirá de forma razonable, productiva, feliz y menos depresiva (Bloomfield, Nordfors y Mcwllilliams, 1998).

Tratamiento farmacológico (medicación): la depresión es una alteración a nivel biológico interno, hace que el cerebro funcione en menor grado, y produce un conjunto de trastornos mentales, emocionales y físicos. Por ellos existe una manera eficaz de contrarrestar esta enfermedad a través de uso de fármacos antidepresivos que funcionan:

- Evitando que el neurotransmisor se destruya (inhibidores de monoaminoxidasa o IMAOs).

- Evitando que el neurotransmisor de la sinapsis sea captado de nuevo por la célula de la serotonina.
- Resincronizando los ritmos biológicos alterados.

Cuando un paciente tiene el diagnóstico de depresión y debe recibir medicación su uso debe extenderse aproximadamente 6 meses hasta asegurarse que la depresión ha disminuido por completo y se continuará con una terapia psicológica (San Molina y Arranz, 2010).

3.2.7. Prevención

Según lo visto anteriormente, la depresión constituye uno de los principales problemas de salud mental, es por ello que es importante prevenir su aparición. Vázquez y Torres (2005) consideran que existen cuatro niveles de actuación, en los que es importante trabajar para prevenir la depresión.

- Información al ciudadano, es de gran importancia concientizar a la población sobre la problemática que constituye la depresión, crear en las personas la imagen de la depresión como una enfermedad por lo que debe ser tratada como tal.
- Cooperación con los profesionales, así como se concientiza a las personas es importante que los demás profesionales de la salud vean la depresión como un problema de salud mental que exige un tratamiento diferente y así se puedan implementar interconsultas con personas capacitadas para tratar con esta problemática.
- Cooperación con otras esferas, está referido a brindar información en todas las instituciones que tengan contacto con las personas, como colegios, hospitales, en medios de comunicación, iglesias, farmacias y asistencias sociales, tanto para

la detección como su correspondiente derivación de los posibles casos de depresión que puedan verse.

- Intervención en grupos de riesgo, está referido a poder apoyar a las personas que presentan antecedentes de depresión, por ejemplo, los pacientes que hayan presentado episodios depresivos anteriores, que hayan tenido en algún momento ideación suicida, presencia de múltiples problemas personales (enfermedades, económicos, familiares, entre otros).

3.3. Marco teórico referente a la población de estudio

3.3.1. *El envejecimiento: una etapa de la vida*

En la vida, las personas pasan por diferentes etapas, que van desde la concepción, que marca el inicio de la vida; seguido por el nacimiento, la infancia, la niñez, la adolescencia, la juventud, la adultez hasta la ancianidad.

Respecto a la adultez, Papalia, Sterns, Duskin y Camp (2009) delimitan tres periodos importantes: la adultez joven que abarca desde los 20 a los 40 años, en esta edad la persona tiene sus potencialidades al máximo, se hacen elecciones de la carrera y se entablan relaciones que pueden durar toda la vida; asimismo, la adultez intermedia cuyas edades abarcan desde los 40 a los 65 años, aquí muchos se encuentran en la cima de su desarrollo personal y han logrado la estabilidad económica, mientras que otros dejan todo y siguen sus sueños anteriores, en esta etapa muchos tiene hijos que han dejado el hogar, asimismo, se desarrolla un pensamiento más maduro basado en la experiencia vivida y se comienza a ver dificultades en la salud, tomando mayor conciencia de la inevitabilidad de la muerte y asumiéndola aunque este proceso pueda producir cambios en su personalidad; y por último, la adultez tardía o la etapa de los adultos mayores que se delimita a partir de los 65 años a más, en este periodo sufre más deterioro de la salud física llegando en muchos de

los casos a desarrollar condiciones crónicas que pueden ser controladas con apoyo médico, sin embargo, en algunos casos los adultos mayores se mantienen físicamente activos por lo tanto pueden conservar un estado de alerta mental, independencia y encontrarse relativamente saludables, muchos de ellos tiene más tiempo para reforzar relaciones interpersonales, pero tiene que lidiar con la disminución de la facultes físicas, la pérdida de las amistades y seres queridos así como la perspectiva de la muerte.

Según Rodríguez (2011), la ancianidad, también llamada vejez o senectud es una etapa en la que el ser humano, comienza a deteriorarse, y va perdiendo múltiples funciones, además, de ser más vulnerable a las enfermedades.

Osorio (2007) menciona que los ancianos atraviesan situaciones distintas debido a que pasan por cambios físicos, psicológicos y sociales. Los cuales son determinantes en la conducta y el estado de ánimo, presentando frecuentemente, producto de estos cambios, deficiencias a nivel funcional, abandono de sí mismo, depresión e incluso muerte.

Según, Rodríguez (2011), los cambios que en esta edad se producen pueden concretarse en pérdida de la capacidad funcional que se entiende como la destreza para realizar las actividades normales de forma independiente. Cuando esto sucede, se percibe una pérdida del valor social de la persona llegando a considerarlos como una molestia y retraso para el desarrollo de la comunidad y sufriendo discriminación y aislamiento por parte de la misma.

Como se puede observar el envejecimiento trae consigo deterioro y éste a su vez hace que disminuyan las capacidades mentales de la persona. En los adultos mayores, de acuerdo al avance de la edad el cerebro sufre cambios, tiende a perder sustancia gris, sustancia blanca y reducir su volumen, haciendo necesaria una mayor activación de las áreas cerebrales, para hacer las tareas que antes se hacían con menor esfuerzo (Jurado, Mataró y Pueyo, 2013).

Así también el envejecimiento normal hace referencia a los procesos de maduración que causan cambios progresivos en las distribuciones de las capacidades mentales, teniendo como consecuencias reducción de la memoria de trabajo, alteración de la memoria episódica, dificultades para la codificación de nueva información y enlentecimiento en el procesamiento de la información (Jurado, Mataró y Pueyo, 2013).

Es por ello que Vicente (2009) señala que los adultos mayores deben tener la oportunidad de aportar constantemente a la comunidad, transformándose en capacitadores de los miembros más jóvenes debido a que en ellos está la fuente de conocimientos y experiencias que la comunidad necesita para crecer.

Sin embargo, debemos tener en cuenta que los adultos mayores están en una etapa de cierre del círculo de la vida, que finalizará con la muerte y muy pocos tiene la oportunidad de contar con un apoyo familiar, mientras que la gran mayoría termina sus días en asilos o en abandono total por parte de sus familias, convirtiéndose ésta en una etapa de satisfacción por el logro de objetivos anteriores o la frustración por no lograrlos.

3.3.2. *Características*

La vejez es una etapa que se caracteriza principalmente por la presencia de múltiples pérdidas y elaboración de duelos por éstas; la persona va perdiendo el interés por la interacción social, produciéndole apatía emocional; se encierran en sus problemas, esto sumado a la actitud del entorno, conlleva a un aislamiento social progresivo (Mijangos, 2007).

Asimismo, en esta etapa se presentan un declive cognitivo gradual, produciendo demencias que por lo general se evidencian en problemas de memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, aprendizaje, lenguaje y juicio (Jurado, Matayó y Pueyo, 2013).

Marín (2003) considera que el envejecimiento está definido por la disminución de la funcionalidad física y psíquica, autonomía, independencia y adaptación al entorno, así también describe tres áreas donde se percibe el envejecimiento, estas áreas son:

3.3.2.1. Envejecimiento físico

Es importante tener en cuenta que no todas las personas envejecen del mismo modo, ni a la misma edad, sin embargo, se presentan características similares. Los primeros signos físicos que se perciben son el cambio en la apariencia física, la postura y la marcha, posteriormente con el avance de la edad los órganos de los sentidos se deterioran disminuyendo así las capacidades; así también, se produce una disminución del riego sanguíneo en el cerebro, pérdida de neuronas y disminución de conexiones neuronales, produciendo confusión mental, lentitud, problemas de coordinación, entre otros. A nivel orgánico también se observan cambios, en el sistema cardiovascular, se observa disminución de las células miocárdicas, engrosamiento y pérdida de la elasticidad vascular, haciendo que la persona sea más vulnerable a enfermedades cardiovasculares; en el sistema respiratorio se produce atrofias en los músculos, que producen la aparición de problemas respiratorios más frecuentemente que antes y en el sistema digestivo, se produce disminución de la salivación, que junto con la pérdida de los dientes, produce dificultades en la masticación y por lo tanto problemas para la digestión de los alimentos; en el sistema urinario se reduce el peso y volumen de los riñones, disminuye la capacidad de la vejiga, y aumenta la aparición de infecciones urinarias; el sistema endocrino reduce la producción de hormonas, mientras que el sistema inmunológico presenta respuestas enlentecidas, aumentando la vulnerabilidad a las enfermedades.

3.3.2.2. Envejecimiento psicológico

A nivel psicológico las características variarán de acuerdo a las experiencias previas que la persona ha vivido y los mecanismos de afronte que haya desarrollado para lidiar con

las pérdidas que en esta edad sufrirá como por ejemplo pérdida de sus seres queridos, jubilación, pérdida de la autonomía, independencia, etc. Asimismo, a nivel cognitivo suele presentarse una disminución de la actividad psicomotriz, velocidad en el procesamiento de la información y disminución de la memoria reciente. Mientras que en su personalidad, se vuelve más conservador, no entiende las generaciones nuevas y hay resistencia al cambio.

3.3.2.3. Envejecimiento social

En el ámbito social el envejecimiento está acompañado de la valoración que la sociedad otorga a las personas de esta edad, en la actualidad existe la valoración de lo joven mientras que la población de adultos mayores queda de lado tras finalizar su trabajo y jubilarse, pasando por la pérdida de su trabajo, así como pérdida de poder económico y relacionamiento social. Del mismo modo, el pasar por diversas pérdidas en esta edad produce un mayor aislamiento en esta población así como la formación de más familias nucleares donde se percibe al adulto mayor como un intruso en casa.

3.3.3. Principales enfermedades presentes en los adultos mayores

Los adultos mayores tienden a ser más propensos a contraer enfermedades producto de los cambios que se dan a esta edad, sin embargo, existen enfermedades que son propias del deterioro que la persona sufre por la edad. El deterioro más frecuentemente observable se da a nivel cognitivo.

Jurado, Mataró y Pueyo (2013) nos hablan del deterioro cognitivo a dos niveles:

3.3.3.1. Deterioro cognitivo leve

En la década de 1980 el término deterioro cognitivo se definió como una alteración de la memoria que iba más allá de la que provoca el envejecimiento normal, pero mantenía otras funciones cognitivas intactas y tenía como pronóstico desarrollar una enfermedad de

Alzheimer, sin embargo, en el 2003 se amplió a dos subtipos, el amnésico que incluye alteración de la memoria y el no amnésico que altera otros dominios cognitivos.

El Deterioro Cognitivo Leve presenta alteración de la memoria episódica, disminución de la fluidez semántica, dificultades para realizar tareas funcionales complejas y mantienen un funcionamiento independiente en la vida cotidiana necesitando de ayudas mínimas.

3.3.3.2. Demencia

Constituye una alteración cognitiva adquirida que incluye alteraciones de memoria y otros síntomas cognitivos como afasias, agnosias y déficit de funciones ejecutivas, que se diferencian del Deterioro Cognitivo Leve por la interferencia que se observa de éstas en las actividades cotidianas usuales del paciente. Se describen dos tipos de demencias de acuerdo al lugar de ubicación del deterioro cognitivo: las demencias corticales, donde están incluidas la Enfermedad de Alzheimer y las demencias frontotemporales así como las demencias subcorticales, donde se encuentran la enfermedad de Parkinson, la de Huntington y la Parálisis supranuclear progresiva.

3.4. Definición de términos

Depresión:

Es un desorden psicológico afectivo, que ocurre por la activación de esquemas cognitivos distorsionados, y que afectan la forma de ser de las personas esto se evidencia en estados de ánimo bajo, dificultad para afrontar dificultades, también derivan en sentimientos de inferioridad, desesperanza, apatía, pasividad, entre otras (Beck, 2005).

Esperanza:

Se puede definir como la visión positiva hacia el futuro, y sirve como estrategia en situaciones adversas; porque el individuo es impulsado a actuar, es decir, busca obtener

fuerza. Esto repercutirá en la calidad de vida e influirá principalmente en la condición de la salud (Cavaco, *et al.*, 2010).

Adulto mayor:

Según Rodríguez (2011), la ancianidad, también llamada vejez o senectud es una etapa en la que el ser humano, experimente la disminución o deterioro de funciones o capacidades físicas e intelectuales, además, de ser más vulnerable a las enfermedades o situaciones adversas.

4. Hipótesis de la investigación

4.1. Hipótesis general

Existe relación significativa entre depresión y nivel de esperanza en pacientes adultos mayores de una clínica geriátrica de Lima este, 2016

4.2. Hipótesis específicas

Existe relación significativa entre depresión y el factor de Optimismo/ Soporte de la escala de esperanza en pacientes adulto mayores de una clínica geriátrica de Lima este, 2016.

Existe relación significativa entre depresión y el factor de Agencia de la escala de esperanza en pacientes adulto mayores de una clínica geriátrica de Lima este, 2016.

Capítulo III

Materiales y métodos

1. Diseño y tipo de investigación

Este estudio de investigación corresponde a un diseño no experimental ya que no se manipulan las variables, de corte transversal porque se recogerán los datos en un momento determinado, con un enfoque cuantitativo y de tipo correlacional porque se busca relacionar la variables de estudio (Namakforoosh, 2005).

2. Variables de la investigación

2.1. Definición de esperanza

Snyder (2002) define la esperanza como un sistema cognoscitivo basado en dos técnicas autoevaluativas que ocurren de forma sincronizada; primero, la capacidad de uno mismo o autodeterminación para ejecutar los medios y lograr la meta deseada y el segundo, es la propia aptitud para generar y planificar la ejecución de dichos medios.

2.2. Definición de depresión

Se define como un extenso problema de salud mental diferenciado por la ausencia de afectividad positiva, es decir, hay una pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran agradables (Butler, Chapman, Forman y Beck, 2006).

2.3. Operacionalización de las variables

Tabla 1.

Cuadro de operacionalización de la variable esperanza

Definición operacional	Dimensiones	Ítems	Categoría de respuesta
El índice de esperanza se mide a través de la Escala Esperanza de Herth (EEH) y se obtendrá de la suma total de los ítems según la puntuación. Que se medirá de la siguiente manera: La puntuación de la escala puede variar de 10 a 50, siendo que cuanto mayor es la puntuación, mayor es el índice de esperanza del individuo evaluado.(Herth,1992)	Optimismo/ soporte	1, 2, 3	1= Muy en desacuerdo 2= En desacuerdo 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4= De acuerdo 5= Muy de acuerdo
	Agencia	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	

Tabla 2.

Matriz de operacionalización de depresión

Definición operacional	Ítems	Categoría de la respuesta
La depresión se mide a través de la Escala de depresión de Yesavage (versión reducida) y se obtendrá de la suma total de los ítems según la puntuación estándar compuesta. Que se medirá de la siguiente manera:	1,2,3,4, 5,6,7,8,9,10,11,12, 13,14,15.	0= NO 1= SI
Normal: 0-5		
Depresión leve: 6-9		
Depresión establecida: ≥ 10		
Yesavage (1982)		

3. Delimitación geográfica y temporal

Este proyecto de investigación se llevó a cabo a partir del mes de marzo del 2015 hasta enero del 2016, en una clínica geriátrica de Lima este, a pacientes ambulatorios y hospitalizados, en la ciudad de Lima.

4. Participantes

La muestra escogida fue de tipo no probabilístico ya que se empleó una selección a conveniencia de los investigadores, seleccionando aproximadamente 54 pacientes adultos mayores de ambos sexos entre ambulatorios y hospitalizados.

4.1. Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión

- ✓ Pacientes adultos mayores
- ✓ Pacientes de una clínica geriátrica de Lima este
- ✓ De 60 a 80 años de edad
- ✓ De ambos sexos
- ✓ Paciente orientados en tiempo espacio y persona
- ✓ Pacientes que acepten participar en el estudio

Exclusión

- ✓ Pacientes menores de 60 años
- ✓ Con algún trastorno mental
- ✓ Pacientes que presenten deterioro cognitivo y/o demencia
- ✓ Pacientes que no acepten participar en el estudio

4.1.1. Características de la muestra

A continuación la tabla 3 Muestra las características sociodemográficas de adultos mayores de una clínica geriátrica de Lima este 2016.

Tabla 3.

Análisis de frecuencias de las características sociodemográficas

	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Género	Femenino	28	51.9%
	Masculino	26	48.1%
Edad	60 – 70	32	59.3%
	71 – 80	22	40.7%
Religión	Creyente	43	79.6%
	No creyente	11	20.4%

En la tabla 3 se observa, que 28 de los pacientes son de género femenino representando un 51.9%, mientras que 26 de los participantes son de género masculino, equivalente al 48.1% de la población.

En la variable edad se aprecia que en el rango de 60 a 70 años se encuentran 32 pacientes, simbolizando el 59.3% y en el rango 71 – 80 años existe un 40.7% de participantes.

En la variable religión se muestra a 43 personas que son creyentes y representan 79.6% de la población, en tanto que existe un 20.4% (11) de personas que no son creyentes.

Se aplicó a 54 pacientes de una clínica geriátrica de Lima este.

5. Técnica e instrumentos de recolección de datos

5.1. Índice de Esperanza de Herth

Para la evaluación del nivel de esperanza se empleará la Escala de Índice de Esperanza compuesto por 10 ítems tipo Likert con 4 alternativas, adaptado y validado en una muestra peruana por Castilla, Urrutia, Shimabukuro y Caycho (2014). Tiene dos factores:

Optimismo/Soporte evaluado por los ítems 4,5,6,7,8,9,10 y Agencia, evaluados por los ítems 1,2,3.

La versión original fue creada por Herth (1992), consta de 30 ítems y fue creada para evaluar tanto población clínica como no clínica, incluía 3 dimensiones: temporalidad y futuro, disposición positiva y expectativa, e interrelación.

Posteriormente Herth realiza una versión abreviada de la escala, denominándola Herth Hope Index (HHI), con solo 12 ítems tipo Likert con una puntuación de 1 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo), con una puntuación máxima de 48 y mínima de 12. En el análisis psicométrico se obtuvieron 3 factores: temporalidad y futuro, disposición positiva y esperanza, e interconexión.

Por otro lado, Castilla, Urrutia, Shimabukuro y Caycho (2014) realizaron la validación de la prueba en una muestra peruana, administraron la prueba a 210 personas de edades entre 16 y 42 años de edad, de una universidad particular de Lima; el análisis de correlación ítem – test la validez del constructo se estableció mediante análisis factorial donde encontró una alta significancia para cada uno de los reactivos, con excepción de dos, que fueron retirados, conservando un total de 10 ítems, indicando que los ítems evalúan indicadores de un mismo constructo.

Se determinó que el Índice de Esperanza de Herth presenta elevada consistencia interna mediante Alfa de Cronbach ($\alpha = .851$), la validez del constructo se estableció mediante análisis factorial, en donde, mediante una evaluación de componentes principales y rotación ortogonal (varimax), se obtuvieron dos factores, identificados como: optimismo/soporte y agencia.

La escala se califica de manera cuantitativa teniendo como valor máximo 50 y como valor mínimo 10, el índice de esperanza se expresará en niveles:

Bajo= 10 - 24

Medio = 25- 35

Alto = 36- 50

Para la aplicación de presente estudio a pacientes adultos mayores se realizó la validación de contenido por criterio de jueces, la prueba está compuesta por 10 ítems que fueron evaluados por cinco jueces expertos. Posteriormente se realizaron las modificaciones sugeridas, corrigiendo dos de los ítems debido a las observaciones que recibieron.

Asimismo, para la fiabilidad se utilizó el índice de consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach y a través de la muestra se encontró un .779, que indicaría una adecuada fiabilidad ya que supera el punto de corte igual a .60.

Finalmente, para la validez de constructo sub test – test, se encontró que los coeficientes que resultan de la correlación entre cada una de las dimensiones y el constructo en su globalidad son altamente significativos.

5.2. Escala geriátrica de depresión de Yesavage

Para la evaluación del nivel de depresión se empleará la Escala geriátrica de depresión de Yesavage cuyos autores son Brink y Yesavage en 1982. Mide el nivel de depresión en adultos mayores, compuesto por 15 ítems con respuestas dicotómicas, dentro de las cuales las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2,3,4,6,8,9,10,12,14 y 15, y negativas en los ítems 1,5,7,11,13 que fueron valoradas con la siguiente distribución.

Ítems (+) sí = 0 No = 1

Ítems (-) sí = 1 No = 0

La puntuación máxima es de 15 puntos, y la mínima, de 0 puntos. Los puntos de corte son los siguientes:

Puntuación de los niveles de Depresión

Normal (no significativa) 0-5 puntos

Depresión leve 6-9 puntos

Depresión establecida 10-15 puntos

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

La versión de 15 ítems tiene un alto grado de correlación con la versión de 30 ítems y similar validez predictiva, con una sensibilidad entre el 80 % y el 90 % y una especificidad algo menor, entre el 70% y el 80 %, para el punto de corte ≥ 6 ; por otro lado, los puntos de corte más altos ≥ 10 , mejoran la especificidad con una reducción de la sensibilidad.

Para la presente investigación se realizó el análisis de fiabilidad con el índice de consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach y a través de la muestra se encontró un .846, como promedio en cada ítem que indicaría una adecuada fiabilidad ya que supera el punto de corte igual a .60.

Finalmente, para la validez de constructo sub test – test, se encontró que los coeficientes que resultan de la correlación entre cada uno de los ítems y el constructo en su globalidad, son altamente significativos.

5.3. Proceso de recolección de datos

Para la realización de la investigación, el paso inicial fue solicitar la carta de autorización para aplicación de los instrumentos y el consentimiento informado en la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Peruana Unión. Seguidamente se presentó la carta al promotor a cargo del centro hospitalario, se cumplió con los requerimientos

solicitados por el centro, posteriormente obtenida la aprobación, se efectuó la aplicación de los cuestionarios (Escala de Depresión Yesavage y Escala de Esperanza de Herth) a pacientes ambulatorios y hospitalizados, de manera individual en aproximadamente 15 minutos, para ello se le entregó a cada participante una hoja de consentimiento informado mediante el cual el paciente firma y da su consentimiento para participar de manera voluntaria en la presente investigación, el estudio fue anónimo. En el proceso de aplicación de instrumentos se contó con la colaboración del coordinador del área de psicología del hospital.

Concluida la investigación y sustentada la tesis, se informará al centro acerca de los resultados obtenidos, y se hará entrega de un documento que reportará por escrito los hallazgos y conclusiones.

5.4. Procesamiento y análisis de datos

Para el análisis estadístico se utilizó el programa operativo SPSS 23, en donde se aplicó el alfa de Cronbach para analizar la confiabilidad de los instrumentos, sus factores y los reactivos en relación a la escala total. En seguida, se efectuó el análisis de los estadísticos descriptivos de las escalas de depresión (Yesavage) y esperanza (Herth), lo cual permitió determinar el nivel de normalidad de los resultados obtenidos.

Finalmente, se hizo el análisis de la correlación entre escalas en el grupo completo y por sexo y edad. Todas las correlaciones fueron calculadas a través de la prueba de Spearman. En todos los casos se trabajó con un nivel de significación ≥ 0.05 .

Capítulo IV

Resultados y discusiones

1. Resultados

1.1. Análisis descriptivo

1.1.1. Nivel de esperanza

En la tabla 4 se aprecia que el 57.4% de la población presenta un nivel alto de esperanza, mientras que en las dimensiones de optimismo/soporte y agencia el 53.7% y 44.4% de los participantes respectivamente presentan niveles medios. Sin embargo, se observa que el 25.9% de la población presenta un nivel bajo de esperanza.

Tabla 4.

Niveles de esperanza en adultos mayores

	Bajo		Medio		Alto	
	N	%	n	%	N	%
Esperanza Global	14	25.9%	9	16.7%	31	57.4%
Optimismo/soporte	17	31.5%	29	53.7%	8	14.8%
Agencia	16	29.6%	24	44.4%	14	25.9%

1.1.2. Nivel de esperanza según datos sociodemográficos

Nivel de esperanza según edad

En la tabla 5 se aprecia que en el grupo de edades de 60 a 70 años existe un alto nivel de esperanza, representando un 65.6% de la población, mientras que en las dimensiones de optimismo/ soporte y agencia existe nivel medio de esperanza, presentando un 59.4% y 43.8% respectivamente. Asimismo, en el grupo de edades de 71 a 80 años existe un nivel alto de esperanza, en un 45.5% y en las dimensiones optimismo/ soporte y agencia presenta un nivel medio, presentando ambas dimensiones un 45.5%.

Tabla 5.

Niveles de esperanza en adultos mayores según rango de edad

	Edad											
	60-70						71-80					
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Esperanza total	21	65.6%	4	12.5%	7	21.9%	10	45.5%	5	22.7%	7	31.8%
Optimismo/soporte	5	15.6%	19	59.4%	8	25.0%	3	13.6%	10	45.5%	9	40.9%
Agencia	10	31.3%	14	43.8%	8	25.0%	4	18.2%	10	45.5%	8	36.4%

Nivel de esperanza según género

En la tabla 6 se aprecia que el grupo de varones y mujeres presentan un nivel alto de esperanza (57.1% y 57.7% respectivamente). Además, se observa que las dimensiones de optimismo/soporte y agencia muestran niveles promedio presentando así 64.3% y 50.0% en mujeres así como 42.3% y 38.5% en varones en las dimensiones ya mencionadas respectivamente.

Tabla 6.*Niveles de esperanza en adultos mayores según el género*

	Género											
	Femenino						Masculino					
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Esperanza Global	5	17.9%	7	25.0%	16	57.1%	9	34.6%	2	7.7%	15	57.7%
Optimismo/soporte	6	21.4%	18	64.3%	4	14.3%	11	42.3%	11	42.3%	4	15.4%
Agencia	6	21.4%	18	50.0%	8	28.6%	10	38.5%	10	38.5%	6	23.1%

Nivel de esperanza según religión

En la tabla 7 se aprecia que en el grupo de las personas que profesan alguna religión (creyentes), existe un alto nivel de esperanza, representado por un 69.8%. Del mismo modo en las dimensiones de optimismo/soporte y agencia se presenta un nivel medio (65.1% y 53.5% respectivamente); sin embargo, se observa en el grupo de los no creyentes un nivel bajo de esperanza (72.7%) al igual que en sus dimensiones (90.9%).

Tabla 7.*Niveles de esperanza en adultos mayores según religión*

	Religión											
	Creyente						No creyente					
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Esperanza	6	14.0%	7	16.3%	30	69.8%	8	72.7%	2	18.2%	1	9.1%
Optimismo/soporte	7	16.3%	28	65.1%	8	18.6%	10	90.9%	1	9.1%	0	0.0%
Agencia	6	14.0%	23	53.5%	14	32.6%	10	90.9%	1	9.1%	0	0.0%

1.1.3. Nivel de depresión

En la tabla 8 se aprecia que el 42.6% de la población presenta un nivel no significativo de depresión, mientras que el 27.8% presenta un nivel de depresión leve, además, existe un 29.6% de la población que presenta depresión establecida.

Tabla 8.

Niveles de depresión en adultos mayores

	No significativo		Depresión leve		Depresión establecida	
	N	%	n	%	n	%
Depresión	23	42.6%	15	27.8%	16	29.6%

1.1.4. Nivel de depresión según datos sociodemográficos

Nivel de depresión según edad

En la tabla 9 se aprecia en el grupo de edades de 60 a 70 si bien un 50% de la población tiene un nivel no significativo de depresión, existe una depresión leve y depresión establecida de un 25.0%. Asimismo, en el rango de edad de 71 a 80 existe un nivel de depresión establecida en un 36.4% además se observa un nivel de depresión normal y leve con un 31.8%.

Tabla 9.

Niveles de depresión en adultos mayores según edad

	Edad											
	60-70						71-80					
	No significativo		Depresión leve		Depresión establecida		No significativo		Depresión leve		Depresión establecida	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Depresión	16	50.0%	8	25.0%	8	25.0%	7	31.8%	7	31.8%	8	36.4%

Nivel de depresión según género

En la tabla 10 se observa en el grupo masculino niveles de depresión no significativos y niveles de depresión establecida presentando 38.5% en ambos casos. Asimismo, en el grupo femenino se evidencia un nivel de depresión no significativo de un 46.4% y niveles de depresión leve y establecida de 32.1% y 21.4% respectivamente. Lo que indicaría un mayor porcentaje de depresión en la población masculina.

Tabla 10.

Niveles de depresión en adultos mayores según género

	Género											
	Femenino						Masculino					
	No significativo		Depresión leve		Depresión establecida		No significativo		Depresión leve		Depresión establecida	
n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	
Depresión	13	46.4%	9	32.1%	6	21.4%	10	38.5%	6	23.1%	10	38.5%

Nivel de depresión según religión

En la tabla 11 se aprecia que en el grupo de las personas que profesan alguna religión (creyentes), existe un 51.2% con un nivel de depresión no significativo y un 32.6% con depresión leve; sin embargo, se observa en el grupo de los no creyentes un nivel alto de depresión establecida con un 81.8%.

Tabla 11.*Niveles de depresión en adultos mayores según religión*

	Religión											
	Creyente					No creyente						
	No significativo		Depresión leve		Depresión establecida		No significativo		Depresión leve		Depresión establecida	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Depresión	22	51.2%	14	32.6%	7	16.3%	1	9.1%	1	9.1%	9	81.8%

1.2. Prueba de normalidad

Con el propósito de realizar los análisis comparativos y contrastar las hipótesis planteadas, se procedió a realizar, primero, la prueba de bondad de ajuste para precisar si las variables presentan una distribución normal. En ese sentido, la tabla 12 presenta los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S). Como se observa en la Tabla 12 los datos correspondientes a las dos variables no presentan una distribución normal dado que el coeficiente obtenido (K-S) es significativo ($p < 0.05$). Por tanto, para los análisis estadísticos correspondientes se empleará estadística no paramétrica.

Tabla 12.*Prueba de bondad de ajuste a la curva normal para las variables de estudio*

Instrumentos	VARIABLES	Media	D.E.	K-S	P
Esperanza	Optimismo/soporte	10.13	2.671	.202	.000
	Agencia	23.57	6.609	.192	.000
	Esperanza	33.70	9.125	.223	.000
Depresión	Depresión	7.04	4.102	.152	.003

* $p < 0.05$

1.3. Análisis de correlación

Como se puede apreciar en la tabla 13, el coeficiente de correlación de Spearman indica que existe una relación negativa significativa entre nivel de depresión y esperanza ($r = -.792$, $p < 0.00$). Es decir, cuanto más niveles de esperanza presenten los adultos mayores, tendrán menor nivel de depresión. De manera similar ocurre con las dimensiones de esperanza.

Tabla 13.

Coefficiente de correlación entre esperanza y depresión

Esperanza	Depresión	
	Rho	P
Esperanza global	-.792**	.000
Optimismo/soporte	-.845**	.000
Agencia	-.747**	.000

2. Discusión

El presente estudio buscó conocer la relación existente entre esperanza y depresión en el grupo de pacientes adulto mayor de una clínica geriátrica. Luego del análisis se encontró que el coeficiente rho de Spearman presenta un grado de intensidad de $\rho = -.792$, ($p = .000$) lo cual indica que la correlación es negativa y altamente significativa. En este sentido, los resultados obtenidos muestran que los adultos mayores cuyo nivel de esperanza es más elevado, presentan menores niveles de depresión; es decir, si se tiene una visión positiva del futuro y existen recursos internos adecuados para afrontar las barreras que se presenten, estas personas no tendrán síntomas asociados a la tristeza, melancolía, soledad desesperación de manera elevada que afecten su salud física y/o emocional. Del

mismo modo, Hirsch, Sirois y Lyness (2011) encontraron que a mayor depresión menor nivel de esperanza; lo cual reafirma los resultados obtenidos en la presente investigación.

Con respecto a la dimensión optimismo/soporte y su relación con la variable depresión, el rho de Spearman encontró una relación inversa altamente significativa ($r = -.845$, $p = .000$), es decir, las personas que presentan una actitud optimista hacia la vida, tiene planes a corto plazo y ven posibilidades en medio de las dificultades, tienen la capacidad de generar diferentes vías para llegar a cumplir las metas e incluso se visualizan cumpliéndolas; encontrándole mayor sentido a su vida y disminuyendo la posibilidad de presentar síntomas depresivos considerables puesto que el optimismo funciona como una autoevaluación y trabaja como la fuerza de voluntad, haciendo que la persona logre mejorar su estado de ánimo. De mismo modo, Snyder (1994), reafirma que las personas con optimismo/soporte tienen la capacidad para mantenerse motivadas y proyectar una visión positiva a futuro, lo cual ayudará en el presente a enfrentar situaciones consideradas adversas de manera adecuada.

Finalmente, en la dimensión agencia, según el rho de Spearman correlacionó negativamente con la variable depresión, con puntajes de ($r = -.747$, $p = .000$), indicando que los pacientes adultos mayores que siguen una creencia religiosa, tienen metas que desean cumplir y mayor autovalía, tendrán niveles de depresión más bajos, debido a que presentan cualidades como determinación, motivación y centrarán su atención en buscar los recursos necesarios y disponibles que puedan usar como soluciones y se comprometerán en cumplirlas satisfactoriamente. De acuerdo con Martínez, Cassaretto y Herth (2012), la dimensión agencia representa la capacidad de comprometerse a cumplir las metas a futuro. Este compromiso brindará confianza necesaria para iniciar la acción; al haber sentimientos de confianza y serenidad frente al futuro se percibirían niveles bajos de depresión o desesperanza.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

En relación al objetivo general, se halló que los niveles de esperanza sí se relaciona negativa y significativamente con los niveles de depresión ($r = -.792^{**}$, $p = .000$), en un grupo de pacientes adulto mayor de una clínica geriátrica de Lima Este. De modo que la depresión que experimenta una persona adulto mayor disminuye en la medida que la esperanza aumenta, es decir, una persona con esperanza tendrá la capacidad para afrontar situaciones que le puedan ocasionar depresión.

En relación al segundo objetivo, se halló que la depresión sí se relaciona significativamente con la dimensión optimismo/ soporte ($r=.845^{**}$, $p=.000$), en un grupo de pacientes adulto mayor de una clínica geriátrica de Lima este. Evidentemente las personas que tiene la capacidad de buscar diferentes formas para alcanzar sus metas, y tiene una actitud positiva, presentarán una posición menos proclive a desarrollar síntomas depresivos.

En relación al tercer objetivo, se halló que la depresión sí se relaciona significativamente con la dimensión Agencia ($r = .747^{**}$, $p = .000$) en un grupo de pacientes adulto mayor de una clínica geriátrica de Lima este. Esto quiere decir que las personas que cuenten con recursos internos necesarios, estarán motivadas a cumplir sus propósitos, por lo tanto, no tendrán síntomas relevantes de depresión en el proceso.

2. Recomendaciones

Para próximas investigaciones en esta línea se recomienda lo siguiente:

- Aplicar el instrumento en otra población que presente un alto índice de depresión y ver cómo la esperanza influye en esta.
- Estudiar los factores que intervienen en la variación del nivel de esperanza, y así formular estrategias para el incremento de esta.
- Realizar estudios en grupos más numerosos y en ambientes sociodemográficos diferentes que permitan obtener diferencias significativas por ejemplo: pacientes oncológicos, poblaciones con alto índice de violencia o delincuencia.
- Se debe tener en cuenta que las variables pueden verse afectadas por la presencia o no de componentes como soporte familiar, enfermedades, situación financiera, entre otras.

Referencias

- Abramson, L.; Alloy, L.; Metalsky, G. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 3(2):211-222.
- Aguerre, C., & Bouffard, L. (2008). Envejecimiento exitoso: Teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. *Revista de La Asociación Colombiana de Gerontología Y Geriatria*. 22(2), 1146–1162.
- Astudillo, W., Pérez, M., Ispizua, A. y Orbegozo, A. (2007). Acompañamiento en el duelo y medicina paliativa. España: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Barúa, J. I. (2014, January 19). *Religiosidad y esperanza en un grupo de personas de un centro para el adulto mayor*. (Tesis Ineditadita de Licenciatura) Pontificia Universidad Católica de Perú. Retrieved from <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio//handle/123456789/5791>
- Beck, A. (2005). The current state of Cognitive Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depression*. España: Editorial Descleé de Bower S.A.
- Bloomfield, H., Nordfors, M. y Mcwllilliams, P. (1998). *Hypericum contra la depresión*. California: editorial Sirio, S. A.
- Butler, A.; Chapman, E.; Forman, E. y Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1) 17-31.
- Callaghan, P. (2004). *La muerte y la esperanza*. Madrid: Palabras, S. A

- Chappa, H. (2004) *Distimia y otras depresiones crónicas, tratamiento psicofarmacológico y cognitivo-social*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S. A.
- Capuñay, J., Figueroa, M. y Varela, L. (1995). Depresión en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Rev Med Hered.* 7: 172-177
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva: la ciencia de la felicidad*. Barcelona: Paidós.
- Carrenho, E. (2011). *Depresión: hay luz al final del túnel*. -1ª ed.-Buenos Aires: Editorial Peniel
- Castilla, H., Urrutia, C., Shimabukuro M. y Caycho, T. (2014). Análisis psicométrico del índice de esperanza de herth en una muestra no clínica peruana. *Psicología desde el Caribe*, 31(2): 187- 206.
- Cavaco, J., José, H., Louro, S., Ludgero, A., Martins A. y Santos, G. (2010). Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? Revisão Sistemática. *Rev Referência.* 12: 93-103.
- Cheavens, M. (2007). *Psicooncología*. España: Palabras S.A.
- Chinchilla, A. (2008). *Depresión y sus máscaras aspectos terapéuticos*. Buenos Aires: Editorial Médica Americana
- Cornachione, M. (2008). *Psicología del desarrollo. Vejez*. España: Editorial Brujas.
- Recuperado de
https://books.google.com.pe/books?id=tpVnRsRBI0C&printsec=frontcover&dq=Psicolog%C3%ADa+del+Desarrollo.+Vejez&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Psicolog%C3%ADa%20del%20Desarrollo.%20Vejez&f=false

- Cuadra, A.; Veloso, C.; Puddu, G.; Salgado., P y Peralta, J. (2012). Impacto de un Programa de Psicología Positiva en Sintomatología Depresiva y Satisfacción Vital en Adultos Mayores. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(4): 644 – 652.
- Dufault, K., y Martocchio, B. (1985). Symposium on compassionate care and the dying experience. Hope: its spheres and dimensions. *Nursing Clinic of North America*, 20, 379-391.
- Ellis, A. (1991). The revised ABC's of rational-emotive therapy (RET). *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 9, 130-170
- Elliott J. y Olver, I. (2002). The discursive properties of “hope”: a qualitative analysis of cancer Patients Speech. *Qualitative health research*, 12(2): 173-193.
- Estalovski, B. (2004). Como vencer la depresión. Buenos aires: Ziel. Recuperado de: https://books.google.com.pe/books?id=Bkvv4NJvUJsC&pg=PA3&lpg=PA3&dq=%C2%BFcomo+vencer+la+depression%3F+Estalovski&source=bl&ots=Df4RUqh1y1&sig=8YJw3lnJZbm_rO67ycbqbXzLMD8&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=%C2%BFcomo%20vencer%20la%20depression%3F%20Estalovski&f=false
- Frankl F. (1991). El hombre en busca de sentido. Barcelona: Editorial Herder S.A.
- Finley, M. y Landless, P. (2014). Viva con esperanza. Argentina: ACES.
- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, 19, 901-908
- Gómez, M. y Grau, J. (2006). Dolor y sufrimiento al final de la vida. España: Arán ediciones. S. L.

- Gómez, C., Rodríguez, M., Díaz, N., Cano, C., y Tamayo, N. (2013). Depresión y satisfacción con la vida en personas mayores de 60 años en Bogotá: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE). *Revista colombiana de Psiquiatría*. 43(1): 65–70
- González, J. (2005). *La depresión entre la necesidad y el negocio*. Madrid: Fundamentos.
- Hedayati, M., & khazaei, M. (2014). An Investigation of the Relationship between Depression, Meaning in Life and Adult Hope. *El Servier*, 598 - 601.
- Henry, M. (1999). *Grandes temas de la biblia*. Michigan: Portavoz
- Hernández, Z., Vásquez, J. y, & Ramo, A. (2012). Depresión en adultos mayores hospitalizados. una propuesta integral de intervención del psicólogo. *Revista Electrónica Medicina, Salud Y Sociedad*, 3.
- Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1251 – 1259.
- Hirsch, J. K., Sirois, F. M., & Lyness, J. M. (2011). Functional impairment and depressive symptoms in older adults: Mitigating effects of hope. *British Journal of Health Psychology*, 16(4), 744–760. <http://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2010.02012.x>
- Jurado, M., Mataró, M. y Pueyo, R. (2013). *Neuropsicología de las enfermedades neurodegenerativas*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Kylma J. (2005). Dynamics of hope in adults living with HIV/AIDS: a substantive Theory. *Journal of Advanced Nursing*, Dec, Vol. 52(6): 620 – 630.
- Llantá M., Grau J., Masip C., Pire T., Rivero M. y Ortiz G. (2005). La esperanza en el paciente oncológico: hacia una reconceptualización. *Psicología y salud*. 15(2):187-194

- Luo, B., Qin, H., & Zheng, M. (2014). Correlation between social relational quality and hope among patients with permanent colostomies. *International Journal of Nursing Sciences*, 405-409.
- Maalouf, J. (1995). *El poder sanador de la esperanza*. Bogotá: Editorial San Pablo
- Manrique, B. (2014). *Calidad de vida relacionada con la salud y esperanza en adultos ,mayores residentes en un hogar geriátrico de lima metropolitana. Tesis PUCP.* (Tesis inédita de licenciatura) Pontifica Universidad Católica del Perú
- Marín, M. (1999). Trastornos psiquiátricos en el anciano. *ANALES Sis. San Navarra*. 22(1), 95 – 107.
- Marín, J. (2003). Envejecimiento. *Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*. 3 (1), 28 – 33.
- Martínez, J., Martínez, V., Esquivel, C. y Velasco, V. (2007). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Rev Med Ins MEX Seguro Soc*, 45(1), 21–28.
- Martínez, P., Cassaretto, M. y Herth, K. (2012). Propiedades psicométricas de la Escala de Esperanza de Herth en español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*. 33(1): 127-145.
- Maté J, Gil F, Hollenstein M, Porta J. (2004) Síntomas psiquiátricos: Insomnio. En: Porta J, Gómez-Batiste X, Tuca A. editores. Manual control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Madrid: Arán; p.181-8
- Maté J., Hollestein M. y Gil F (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*. 1(2-3), 211-230.

- Melgosa, J. (2011). "Jesús Lloró": La Biblia y las emociones humanas. Argentina: ACES.
- Mijangos, J. (2007). La vejez: olvido y esperanza. Recuperado de:
<http://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Mojica, C., Sáenz, D., & Rey, C. (2009). Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Revista colombiana psiquiatría*, 681 - 692.
- Morfi, R. (2005). La salud del adulto mayor en el siglo XXI. *Rev Cubana Enfermer*. 21(3).
- Namakforoosh, M. (2005). *Metodología de la investigación*.-2ª.ed.-Mexico: Editorial Limusa
- Nichol, F., Horn, S., Rasi, H. y Peverini, T. (1957). *Comentario Bíblico Adventista del Séptimo Día*, Tomo 3. Argentina: ACES.
- O'Hanlon W. y Weiner – Davis M. (1989). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Editorial Paidós.
- OMS (2012). *Informe sobre la salud en el mundo 2012*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://www.who.int/es/>
- Osorio, G. (2007). *Abandono del adulto mayor en la casa de la tercera edad dependiente del sistema DIF Hidalgo*. (Tesis inédita de licenciatura) Universidad autónoma del estado de Hidalgo. Recuperado de:
[http://200.34.44.252/nuestro_alumnado/icap/licenciatura/documentos/Caracterizacion de la microflora.pdf](http://200.34.44.252/nuestro_alumnado/icap/licenciatura/documentos/Caracterizacion%20de%20la%20microflora.pdf)
- Palacios, F. (2013). *Depresión del XXI*. [Versión de Liverty Drive]. Recuperado de:
<https://books.google.com.pe/books?id=C7GOAgAAQBAJ&pg=PA130&dq=depresion+causas&hl=es->

419&sa=X&ved=0CEYQ6AEwCGoVChMI3YefusXDyAIVydCACH271A3V#v=onepage
&q=depression%20causas&f=false

Papalia, D., Sterns, H., Duskin, R. y Camp, C. (2009). *Desarrollo del adulto y la vejez*. México: The Mc Graw – Hill companies.

Pino, A., Belenchón, M., Sierra, P. y Livianos, L. (2008). *Trastorno Bipolar y Psicoeducación: Desarrollo de un programa para clínicos*. San Vicente: Editorial Club Universitario.

Piñón, A., Pastrana, E., Rodríguez, A., & Gómez, C. (2009). Existe correlación entre depresión y función familiar en adultos mayores que asisten a una clínica de medicina familiar. *Rev Méd Chile*, 137, 1642–1643.

Rand, K. & Cheavens, J. (2009). Chapter 30: Hope Theory. En Snyder, C., Nathan, P. & Lopez, S. (ed.). *Oxford handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.

Rodríguez, K. (2011). *Vejez y envejecimiento*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.

Ruiz, J. y Cano, J. (2001). *Manual de psicoterapia Cognitiva*. [Versión de Selector]. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/17171783/Ruiz-Sanchez-y-Cano-Sanchez-MANUAL-DE-PSICOTERAPIA-COGNITIVA#scribd>

Rustoen, T., Cooper, B., & Miaskowski, C. (2011). A longitudinal study of the effects of a hope intervention on levels of hope and psychological distress in a community-based sample of oncology patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 351-357.

San Molina, L. y Arranz, B. (2010). Comprender la depresión. Barcelona: Editorial Amat

Sausa, M. (2005, 19 de diciembre). En el Perú la depresión afecta a una de cada cinco personas. Perú21. Recuperado de <http://peru21.pe/actualidad/peru-depresion-afecta-cada-cinco-personas-2234757>

Seligman, M. (2003). La auténtica felicidad. La nueva psicología positiva revoluciona el concepto de felicidad y señala el camino para conseguirla. España: Ediciones B. S.A.

Snyder, R. (1994). The Psychology of Hope: You Can Get There from Here. New York: The Free Press. Recuperado de:
https://books.google.com.pe/books?id=b3bz8tzBvC0C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Snyder, R. (2000). Handbook of hope: Theory, Measures, and Applications. E.E.U.U.: Academic Press. Recuperado de:
<https://books.google.com.pe/books?id=2KHRRaqqxTMC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Tiger, L. (1979). Optimism: The biology of hope. New York: Simon y shuster.

Trickett, S. (2009). Supera la ansiedad y la depresión. Barcelona: Hispano Europea S. A.

Vázquez, C., Hervás, G. y Hernangómez, L. (2008). Modelos cognitivos de la depresión: Su aplicación al estudio de las fases tempranas. Las fases tempranas de las enfermedades mentales: los trastornos depresivos (pp. 21-33). Madrid: Elsevier

Vasquez, F.; Muñoz, R. y Bedoña, E. (2000), Depresión: Diagnóstico, Modelos Teóricos y Tratamiento a fines del siglo XX. Psicología Conductual. 3(8): 417- 449.

Vázquez, F. y Torres, A. (2005). Prevención del comienzo de la depresión. *Boletín de psicología*, 83(3): 21 – 44.

Vicente, F. (2009). “Valoraciones de la jubilación. Importancia y ventajas de su preparación.” *Geroinfo*, 4(2), 1–12.

White, E. (2004). *El camino a Cristo*. Estados Unidos: Harvestime Books

White, E. (2008). *A fin he de conocerle*. Argentina: ACES.

White, E. (2012). *El ministerio de curación*. Estados Unidos: Harvestime Books

Anexos 1

Propiedades psicométricas de la Escala de Esperanza de Herth

Fiabilidad de la Escala de Esperanza de Herth

La fiabilidad global de la escala y de sus dimensiones se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. La tabla permite apreciar que la consistencia interna global de la escala (10 ítems) en la muestra estudiada es de .779 en la dimensión optimismo/ soporte .971 y en agencia .681 que puede ser valorado como indicador de una adecuada fiabilidad ya que supera el punto de corte igual a .60 considerado como indicador de una buena fiabilidad para los instrumentos de medición psicológica. Asimismo, se observa que las dimensiones han alcanzado puntajes que indican una fiabilidad aceptable.

Confiabilidad alfa de Cronbach la escala de esperanza en pacientes adulto mayores

Dimensiones	Nº de ítems	Alpha
Optimismo/soporte	3	.971
Agencia	7	.681
Escala de esperanza	10	.779

Validez de constructo sub test – test de la escala de Esperanza

Como se observa en la siguiente tabla los coeficientes de correlación Producto-Momento de Spearman (r) son significativos, lo cual confirma que la escala presenta validez de constructo. Asimismo, los coeficientes que resultan de la correlación entre cada una de las dimensiones y el constructo en su globalidad son altamente significativos.

Correlaciones sub test – test de la escala de esperanza

Dimensiones	Test	
	R	P
Optimismo/soporte	.903**	.000
Agencia	.986**	.000

Formato de validación por criterio de jueces de la Escala de Esperanza de Herth

**INSTRUMENTO PARA LA VALIDEZ DE CONTENIDO
(JUICIO DE EXPERTOS)**

Instrucciones

El presente instrumento tiene como finalidad evaluar las características socio ambientales y las relaciones personales en la familia a través de sus tres dimensiones: relaciones, desarrollo y estabilidad en los estudiantes del tercer año de la Institución Educativa Pública “José Faustino Sánchez Carrión”.

La evaluación requiere de la lectura detallada y completa de cada uno de los ítems propuestos a fin de cotejarlos de manera cualitativa con los criterios propuestos. Para ello deberá asignar una valoración si el ítem presenta o no los criterios propuestos, y en caso necesario se ofrece un espacio para las observaciones que hubiera.

Nombres y Apellidos del Juez: _____

Institución donde labora: _____

Años de experiencia profesional o científica: _____

CRITERIOS GENERALES PARA VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DICTAMINADO POR EL JUEZ

Nombre del instrumento: ESCALA DE ESPERANZA DE HERH
Autor: K. Herth

1) ¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación (instrucciones para el examinado) y estructura del INSTRUMENTO?

SI ()

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

2) ¿A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?

SI ()

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

3) ¿Existe dificultad para entender las preguntas del INSTRUMENTO?

SI ()

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

4) ¿Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del INSTRUMENTO?

SI ()

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

5) Los ítems del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

SI ()

NO ()

Observaciones y/o sugerencias:

Otras observaciones: _____

Fecha:

Nombre y firma del juez: _____

ESCALA DE ESPERANZA DE HERTH

INSTRUMENTO PARA FINES ESPECIFICOS DE LA VALIDACION DE CONTENIDO (JUICIO DEL EXPERTO)

Nº	Ítems	Claridad ¹		Congruencia ²		Contexto ³		Dominio del Constructo ⁴		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Factor agencia										
1	Soy optimista sobre la vida.									
2	Tengo planes a corto plazo.									
3	Puedo ver las posibilidades en medio de las dificultades.									
Factor optimismo/ soporte										
4	Tengo una fe que me conforta.									
5	Puedo recordar los momentos felices y placenteros.									
6	Me siento muy fuerte.									
7	Me siento capaz de dar y recibir afecto / amor.									
8	Yo sé dónde quiero ir.									
9	Creo en el valor de cada día.									
10	Siento que mi vida tiene valor y utilidad.									

¹ Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem.

³ En el ítem todas las palabras son usuales para nuestro contexto

² El ítem tiene relación con el constructo general (variable)

⁴ El ítem evalúa el componente o dimensión específica del constructo

Anexo 2

Propiedades psicométricas de la Escala de depresión de Yesavage

(Versión reducida)

Fiabilidad de la escala de depresión Yesavage

La fiabilidad de la escala se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. La tabla permite apreciar que la consistencia interna (15 ítems) en la muestra estudiada fue en promedio en todos los ítems de .846 y por lo tanto puede ser valorado como indicador de una adecuada fiabilidad ya que supera el punto de corte igual a ,60 considerado como indicador de una buena fiabilidad para los instrumentos de medición psicológica.

Confiabilidad alfa de Cronbach de depresión en pacientes adulto mayores

Reactivos	Media	Varianza si elimina ítems	Alfa de si elimina ítems
P1	6.67	14.151	.823
P2	6.44	15.761	.849
P3	6.56	13.874	.819
P4	6.54	14.367	.828
P5	6.69	14.258	.824
P6	6.52	15.537	.846
P7	6.59	14.208	.825
P8	6.56	13.799	.817
P9	6.43	15.645	.847
P10	6.67	16.038	.853
P11	6.74	14.347	.824
P12	6.37	15.181	.839
P13	6.50	15.387	.844
P14	6.81	15.059	.834
P15	6.44	14.742	.833

Validez de constructo sub test – test de la escala de depresión

Como se observa en la siguiente tabla los coeficientes de correlación Producto-Momento de Spearman (r) son significativos, lo cual confirma que la escala presenta validez de constructo. Asimismo, los coeficientes que resultan de la correlación entre cada uno de los ítems y el constructo en su globalidad son moderados en su mayoría, además de ser altamente significativos.

Correlaciones sub test – test de la escala de depresión

Ítems	Test	
	r	P
P1	.729**	.000
P2	.323*	.017
P3	.775**	.000
P4	.656**	.000
P5	.709**	.000
P6	.374**	.005
P7	.698**	.000
P8	.794**	.000
P9	.353**	.009
P10	.257	.060
P11	.713**	.000
P12	.480**	.000
P13	.411**	.002
P14	.565**	.000
P15	.573**	.000

Anexos 3

Instrumentos utilizados

ESCALA DE ESPERANZA DE HERTH

INSTRUCCIONES: A continuación se le presentarán frases, que le permitirán pensar sobre tu forma de ser. Deseamos que contestes cada una de las siguientes preguntas marcando la casilla que mejor represente la frecuencia con la actúas de acuerdo a la siguiente escala.

1	2	3	4	5
Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Acuerdo	Muy de acuerdo

		1	2	3	4	5
1.	Me siento optimista respecto a la vida.					
2.	Tengo planes a corto plazo.					
3.	Puedo ver soluciones en medio de las dificultades.					
4.	Tengo una gran fe que me conforta.					
5.	Puedo recordar los momentos felices y placenteros de mi vida.					
6.	Me siento fuerte espiritualmente.					
7.	Me siento capaz de dar y recibir amor / afecto.					
8.	Yo sé a dónde quiero llegar.					
9.	Creo que cada día tiene mucho valor.					
10.	Siento que mi vida tiene valor y utilidad.					

ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESVAGE (Versión reducida)

Ítem	SI	NO
1. ¿Está satisfecho(a) con su vida?	0	1
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido (a)?	1	0
5. ¿Tiene a menudo un buen ánimo?	0	1
6. ¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7. ¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8. ¿Se siente a menudo abandonado (a)?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13. ¿Se siente lleno de energía?	0	1
14. ¿Se siente que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0

No significativo	Depresión Leve	Depresión establecida
0 a 5	6 a 9	≥ 10

Anexo 4

Consentimiento informado

Título de la investigación: Esperanza y depresión en pacientes geriátricos de una clínica geriátrica de Lima Este

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es “Esperanza y depresión en pacientes geriátricos de una clínica geriátrica de Lima Este, 2016”. En este estudio, se tiene como objetivo encontrar la relación existente entre la esperanza y la depresión en pacientes geriátricos. Este proyecto está siendo realizado por las bachilleres en psicología Basthi Evelyn Toledo Chavarría y Anita Lizeth Quiroz Rojas, bajo la supervisión de la psicóloga Sara Hidalgo Anchiraco, docente de la Universidad peruana Unión. La entrevista tiene un tiempo de duración de aproximadamente 15 minutos. La información obtenida en la entrevista será usada para hacer una publicación escrita, En esta publicación yo seré identificado por un número. Alguna información personal básica puede ser incluida como: mi edad y sexo, religión, estado civil, y grado de instrucción.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico asociado con esta investigación. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información de la entrevista. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

He leído el consentimiento y he oído las explicaciones orales de las investigadoras. Mis preguntas concernientes al estudio han sido respondidas satisfactoriamente. Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación.

.....

Firma del participante

Nombre del participante: