

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN- TARAPOTO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**Trastornos emocionales y su relación con autocuidado en el adulto mayor  
del AA.HH Satelite Banda de Shilcayo. julio - diciembre 2018**

**Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería**

**AUTORES:**

**Yashmin Muñoz Marichin**  
**Gloria Estefani Chujandama Mego**

**ASESOR:**

**Lic. Enf. MSc. Luz Karen Quintanilla Morales**

**Tarapoto - Perú**

**2019**



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN- TARAPOTO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**Trastornos emocionales y su relación con autocuidado en el adulto mayor  
del AA.HH Satelite Banda de Shilcayo. julio - diciembre 2018**

**Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería.**

**AUTORES:**

**Yashmin Muñoz Marichin  
Gloria Estefani Chujandama Mego**

**ASESOR:**

**Lic. Enf. MSc. Luz Karen Quintanilla Morales**

**Tarapoto - Perú**

**2019**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN-TARAPOTO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**Trastornos emocionales y su relación con autocuidado en el adulto mayor  
del AA.HH Satelite Banda de Shilcayo. julio - diciembre 2018**

**Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería**

**AUTORES:**

**Yashmin Muñoz Marichin**

**Gloria Estefani Chujandama Mego**

**ASESOR:**

**Lic. Enf. MSc. Luz Karen Quintanilla Morales**

**Tarapoto – Perú**

**2019**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN- TARAPOTO**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**Trastornos emocionales y su relación con autocuidado en el adulto mayor  
del AA.HH Satelite Banda de Shilcayo. julio - diciembre 2018**

**Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería**

**AUTORES:**

**Yashmin Muñoz Marichin**  
**Gloria Estefani Chujandama Mego**

**Sustentada y aprobada el día 15 de julio del 2019 ante el honorable jurado**

Obst. Dra. Rosa Ríos López  
**Presidente**

Lic. Enf. Mg. Bertha Mamani Cayo

**Secretario**

Lic. Enf. Mg. Flor Enith Leveau Barrera

**Vocal**

## **Constancia de asesoramiento**

LA QUE SUSCRIBE EL PRESENTE DOCUMENTO, HACE CONSTAR:

Que he revisado y bajo mi asesoramiento, las señoritas Bachilleres en enfermería: Gloria Estefani Chujandama Mego y Yashmin Muñoz Marichin, han ejecutado el proyecto de investigación titulado:

**“Trastornos emocionales y su relación con autocuidado en el adulto mayor del AA.HH satélite Banda de Shilcayo. julio - diciembre 2018”**

Para constancia, firmo en la Ciudad de Tarapoto.

Tarapoto, 15 de julio de 2019.

Atentamente.



.....  
**Lic. Enf. MSc. Luz Karen Quintanilla Morales**

**Asesor**

## Declaratoria de Autenticidad


**Gloria Estefani Chujandama Mego**, con DNI N° 76445813; **Yashmin Muñoz Marichin** con DNI N° 74047536, egresadas de la Facultad Ciencias De La Salud, Escuela Profesional de Enfermería, de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, con la Tesis titulada: **Trastornos emocionales y su relación con autocuidado en el adulto mayor del AA.HH Satelite Banda de Shilcayo. julio - diciembre 2018.**

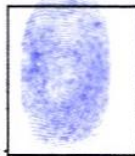
Declaro bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de nuestra auditoria.
2. Hemos respetado las normas internacionales de citas y referencias para los fuetes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido plagiada; es decir, no ha sido publicada o presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por lo tanto los resultados que se presenten en la tesis de constituirán en aportes a la realidad investigada.

De considerar que el trabajo cuenta con una falta grave, como el hecho de contar con datos fraudulentos, demostrar indicios y plagio (al no citar la información con sus autores), plagio (al presentar información de otro trabajos como propios), falsificación ( al presentar la información e ideas de otras personas de forma falsa), entre otros, asumimos las consecuencias y sanciones que de nuestra acción se deriven, sometiéndonos a la normatividad vigente de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto.

Tarapoto, 15 de julio del 2019

  
.....  
Gloria Estefani Chujandama Mego  
DNI N° 76445813



  
.....  
Yashmin Muñoz Marichin  
DNI N° 74047536



**Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis.**

**1. Datos del autor:**

|  |                            |
|--|----------------------------|
| Apellidos y nombres: <i>Muñoz Marichin Yashmin</i> |                            |
| Código de alumno : <i>74047536</i>                 | Teléfono: <i>957723224</i> |
| Correo electrónico : <i>yas_ysh.6@hotmail.com</i>  | DNI: <i>74047536</i>       |

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

**2. Datos Académicos**

|   |
|---|
| Facultad de: <i>CIENCIAS DE LA SALUD</i>  |
| Escuela Profesional de: <i>ENFERMERIA</i> |

**3. Tipo de trabajo de investigación**

|                                    |                                     |                          |                          |
|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Tesis                              | <input checked="" type="checkbox"/> | Trabajo de investigación | <input type="checkbox"/> |
| Trabajo de suficiencia profesional | <input type="checkbox"/>            |                          |                          |

**4. Datos del Trabajo de investigación**

|  |
|--|
| Título:<br><i>TRANSTORNOS EMOCIONALES Y SU RELACIÓN CON AUTOLIDADAD EN EL ADULTO MAYOR DEL AA-HH SATELITE BANDA DE SHILCAYO. JULIO DICIEMBRE 2018.</i> |
| Año de publicación: <i>2019</i>  |

**5. Tipo de Acceso al documento**

|                       |                                     |         |                          |
|-----------------------|-------------------------------------|---------|--------------------------|
| Acceso público *      | <input checked="" type="checkbox"/> | Embargo | <input type="checkbox"/> |
| Acceso restringido ** | <input type="checkbox"/>            |         |                          |

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

|  |
|--|
|  |
|  |

**6. Originalidad del archivo digital.**

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.



## 7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI **“Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA”**.

  
.....  
Firma del Autor

## 8. Para ser llenado en la Oficina de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM – T.

Fecha de recepción del documento:

08 / 08 / 2019



.....  
Firma del Responsable de Repositorio  
Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso  
Abierto de la UNSM – T.

\***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

\*\* **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

**Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis.**

**1. Datos del autor:**

|                      |                                 |           |           |
|----------------------|---------------------------------|-----------|-----------|
| Apellidos y nombres: | Chujandama Mego Gloria Estefani |           |           |
| Código de alumno :   | 76445813                        | Teléfono: | 971991218 |
| Correo electrónico : | Chujandamamego@gmail.com        | DNI:      | 76445813  |

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

**2. Datos Académicos**

|                         |                       |
|-------------------------|-----------------------|
| Facultad de:            | Ciencias de la Salud. |
| Escuela Profesional de: | ENFERMERÍA.           |

**3. Tipo de trabajo de investigación**

|                                    |     |                          |     |
|------------------------------------|-----|--------------------------|-----|
| Tesis                              | (x) | Trabajo de investigación | ( ) |
| Trabajo de suficiencia profesional | ( ) |                          |     |

**4. Datos del Trabajo de investigación**

|                     |   |
|---------------------|---|
| Título:             | TRASTORNOS EMOCIONALES Y SU RELACION CON AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR DEL A.Q.UH SATELITE BANDA DE SHILCAYO. JULIO - DICIEMBRE 2018 |
| Año de publicación: | 2019  |

**5. Tipo de Acceso al documento**

|                       |     |         |     |
|-----------------------|-----|---------|-----|
| Acceso público *      | (x) | Embargo | ( ) |
| Acceso restringido ** | ( ) |         |     |

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

|  |
|--|
|  |
|  |

**6. Originalidad del archivo digital.**

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

## 7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI “**Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA**”.



.....  
Firma del Autor

## 8. Para ser llenado en la Oficina de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM – T.

Fecha de recepción del documento:

08 / 08 / 2019



.....  
Firma del Responsable de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM – T.

\***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

\*\* **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

## Dedicatoria

Este trabajo va dedicado con mucho cariño, a los dos seres más maravillosos que la vida me pudo dar, mis padres: Edith Marichin Lancha y Santos Joselito Muñoz Burga. A ustedes les debo todo lo que soy, les debo mi vida entera, sin ustedes no hubiera llegado hasta acá.

Los admiro por sus ganas de salir siempre adelante, porque no se dejan derrumbar por los obstáculos de la vida y por su compromiso. Cada día aprendo algo nuevo de ustedes, la verdad es que nunca dejan de sorprenderme. En pocas palabras, ustedes son mi inspiración, mi motor y mi ejemplo a seguir. ¡Los amo!

Con todo mi amor para la Lic. Enf. Iris Karina Pinedo Vela por todas las enseñanzas brindadas, por la paciencia, la comprensión, por su confianza, su apoyo, su complicidad y por enseñarme a amar lo que hago. Y como olvidarme de aquella persona que es más que una amiga Lic. Enf. María Elena Guerra Saavedra por compartir sus sabios conocimientos, por su gran calidad humana, por ser guía y soporte. Me siento muy contenta y más que agradecida por haberme encontrado con personas tan lindas como ustedes. Siempre estarán en mi corazón.

A mi tío Wlver Muñoz Burga, quien es como mi segundo padre, por estar conmigo en todo momento, a mis hermanos y a toda mi familia en general por su apoyo incondicional.

Y no me puedo ir sin antes decirles, que sin todos ustedes a mi lado no lo hubiera logrado. Les agradezco con toda mi alma el haber llegado a mi vida y el compartir momentos agradables y momentos tristes, pero esos momentos son los que nos hacen crecer y valorar a las personas que nos rodean. Los quiero mucho.

**Yashmin.**

## **Dedicatoria**

A Dios, por todo lo que soy y he logrado ser, porque está presente en cualquier lugar, en cualquier momento, circunstancia y hasta donde permitas que sea yo.

A mis padres, por el apoyo incondicional que me han brindado y lo siguen haciendo. A las licenciadas que empleando su función de docentes que me han acompañado durante el largo periodo de la carrera profesional de enfermería, brindándome siempre su orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos y mi formación profesional de la carrera de Enfermería.

**Gloria Estefani.**

## Agradecimiento

### **A Dios**

por bendecirnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

**A nuestros padres**, por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en nuestras expectativas, por los consejos, valores y principios que nos han inculcado.

**A nuestros queridos docentes**, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión, de manera especial, a nuestra asesora **Lic. Enf. MSc. Luz Karen Quintanilla Morales** por la orientación que nos brindó para la realización de esta investigación, por su apoyo y amistad, y a los adultos mayores del Asentamiento Humano Satélite por su valioso aporte para nuestra investigación.

**Los Autores.**

## INDICE DE CONTENIDO

|   |      |
|---|------|
| <b>Dedicatoria</b> .....                          | vi   |
| <b>Agradecimiento</b> .....                       | viii |
| <b>INDICE DE CONTENIDO</b> .....                  | ix   |
| <b>Índice de tabla</b> .....                      | xi   |
| <b>Resumen</b> .....                              | xii  |
| <b>Abstract</b> .....                             | xiii |
| <b>TITULO:</b> .....                              | 1    |
| <b>I. INTRODUCCIÒN</b> .....                      | 1    |
| 1.1. Marco Conceptual.....                        | 1    |
| 1.2. Antecedentes.....                            | 4    |
| 1.3. Bases teóricas. ....                         | 9    |
| 1.4. Justificación.....                           | 24   |
| 1.5. Problema.....                                | 26   |
| <b>II. OBJETIVOS</b> .....                        | 26   |
| 2.1. Objetivo General.....                        | 26   |
| 2.2. Objetivos Específicos .....                  | 26   |
| 2.3. Hipótesis de Investigación.....              | 26   |
| 2.4 Sistema de Variables: .....                   | 27   |
| 2.4. 1. Operacionalización de las variables:..... | 28   |
| <b>III. MATERIALES Y MÉTODOS</b> .....            | 30   |
| 3.1. Tipo de Estudio.....                         | 30   |
| 3.2. Diseño de Investigación.....                 | 30   |
| 3.3. Universo, Población y Muestra. ....          | 31   |
| 3.3.1. Criterios de inclusiòn: .....              | 31   |
| 3.3.2. Criterios de exclusiòn:.....               | 31   |

|  |           |
|--|-----------|
| 3.4. Procedimiento:.....                                   | 32        |
| 3.5. Métodos de Instrumentos de recolección de datos:..... | 32        |
| 3.6. Plan de Tabulación y análisis de datos. ....          | 35        |
| <b>IV. RESULTADOS</b> .....                                | <b>36</b> |
| <b>V. DISCUSIÓN</b> .....                                  | <b>39</b> |
| <b>VI. CONCLUSIONES</b> .....                              | <b>43</b> |
| <b>VII. RECOMENDACIONES:</b> .....                         | <b>44</b> |
| <b>VIII. REFERENCIASBIBLIOGRAFICAS</b> .....               | <b>45</b> |
| <b>IX. ANEXO</b> .....                                     | <b>52</b> |



## Índice de tabla

| <b>Tabla</b> | <b>Título</b>  | <b>Pág.</b> |
|--------------|--|-------------|
| <b>1</b>     | Características socio-demográficas de los adultos mayores del AA. HH Satelite-Banda de Shilcayo. Periodo julio - diciembre 2018.                   | <b>36</b>   |
| <b>2</b>     | Nivel de trastorno emocional según la depresión y ansiedad en el adulto mayor del AA.HH Satelite-Banda de Shilcayo. Periodo julio - diciembre 2018 | <b>37</b>   |
| <b>3</b>     | Nivel de autocuidado del adulto mayor del AA.HH Satelite-Banda de Shilcayo. Mayo. Periodo julio - diciembre 2018.                                  | <b>37</b>   |
| <b>4</b>     | Trastornos emocionales relacionados al autocuidado en el adulto mayor del AA.HH Satelite- Banda de Shilcayo, Periodo julio - diciembre 2018.       | <b>38</b>   |

## Resumen

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo: Determinar los trastornos emocionales relacionados al autocuidado en el adulto mayor del AA. HH Satelite- Banda de Shilcayo. Periodo Julio - diciembre 2018, estudio de tipo no experimental- cuantitativo, descriptivo correlacional, la muestra estuvo constituido por 45 adultos mayores del Asentamiento Humano Satélite - Banda de Shilcayo, instrumento utilizado fue la encuesta. Resultados; Se evidencia que el 55.56% (25) adultos mayores se encuentran entre las edades de 60 a 65 años de edad, el 64.44% (29) son de sexo masculino, el 48.89% (22) sin grado de instrucción, 46.67% (21) viudos, el 53.33% (24) trabajan, 68.89% (31) viven con familiares, el 71.11% (32) padecen de alguna enfermedad y el 60% (27) no reciben tratamiento. El 53.33% (24) presentan depresión severa; un 24.44% (11) sin depresión y un 22.22% (10) presentan depresión leve. Así mismo; el 40% (18) padecen de ansiedad moderada, el 24.44% (11) se encuentran ligeramente ansiosos, el 20% (9) no padecen de ansiedad y un 15.56% (7) están severamente ansiosos; 40% (18) tienen inadecuados autocuidados, así mismo; el 28.89% (13) presentan déficit en su autocuidado, el 17.78% (8) presentan autocuidado parcialmente adecuados y solo un 13.33% (6) tienen autocuidado adecuados. Conclusiones; que los resultados son comprobados estadísticamente por lo tanto existe relación significativa entre los trastornos emocionales con el autocuidado que tienen los adultos mayores del AA.HH Satélite, se aplicó la prueba no paramétrica chi cuadrado leída con un nivel de significancia  $p < 0,05$ .

**Palabras clave:** Trastornos Emocionales, Depresión, Ansiedad, Autocuidado.

## Abstract

The objective of this research was to: Determine the emotional disorders related to self-care in the older adult of Satellite settlement - Banda de Shilcayo district. Period July - December 2018, the following is a non-experimental-quantitative and descriptive correlational study, the sample consisted of 45 seniors from the Satellite Settlement – Banda de Shilcayo district, the instrument used was the survey. Results; It is evident that 55.56% (25) older adults are between the ages of 60 to 65 years of age, 64.44% (29) are male, 48.89% (22) are without education, 46.67% (21) widowers, 53.33% (24) work, 68.89% (31) live with relatives, 71.11% (32) suffer from some disease and 60% (27) do not receive treatment. 53.33% (24) present severe depression; 24.44% (11) without depression and 22.22% (10) have mild depression. Likewise; 40% (18) suffer from moderate anxiety, 24.44% (11) are slightly anxious, 20% (9) do not suffer from anxiety and 15.56% (7) are severely anxious; 40% (18) have inadequate self-care, likewise; 28.89% (13) have a self-care deficit, 17.78% (8) have partially adequate self-care and only 13.33% (6) have adequate self-care. Conclusions that the results are statistically proven, therefore there is a significant relationship of emotional disorders with self-care of older adults of the Satellite settlement, the non-parametric chi square test was applied with a level of significance  $p < 0.05$ .

Keywords: Emotional Disorders, Depression, Anxiety, Self-care.



# **TITULO:**

Trastornos emocionales y su relación con autocuidado en el adulto mayor del AA. HH Satelite Banda de Shilcayo. julio - diciembre 2018.

## **I. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Marco Conceptual**

Según la OMS, la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares (1).

El envejecimiento es parte continuo del hombre en el ciclo vital; sus efectos varían de un individuo a otro, puede desarrollarse en forma paulatina y en un momento determinado mostrar solo algunas características. En cuanto a salud, los adultos mayores tienen una prevalencia más elevada de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes, reumatismo, entre otras); tienen más episodios de enfermedades agudas, y enfrentan un riesgo más alto de accidentes que el resto de la población. Los adultos mayores no solo deben enfrentarse a los cambios físicos e intelectuales propios de su ciclo evolutivo, sino que también al cambio en su estilo de vida, de roles y de responsabilidades sociales (2).

La percepción del estado de salud en los adultos mayores constituye la opinión que cada uno de ellos tiene de su posición en la vida, tomándose en cuenta elementos como la salud física, el estado psicológico, las relaciones sociales de la persona; condicionada por la presencia de enfermedades que alteran significativamente la percepción del estado salud en los adultos mayores; según estadísticas de la Encuesta de Salud y Bienestar del adulto mayor, el 62% de adultos mayores reportan tener un mal estado de salud mental, cifras que son preocupantes para nuestra realidad (3).

Los trastornos emocionales se caracterizan por aberraciones en los sentimientos que tiene un individuo con respecto a sí mismo y al medio ambiente. La existencia de la perturbación

emocional se deduce del comportamiento. Estos trastornos son derivados de la angustia y de los mecanismos psíquicos insuficientes para controlarla (4).

La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede ser de larga duración e intensidad moderada a grave, y causar en el individuo sufrimiento y alteración de las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales (1).

La prevalencia del trastorno depresivo en personas mayores de 65 años aumenta la mortalidad en este grupo etario, produce un impacto negativo en la calidad de vida y se ha constituido en un problema de salud pública en el ámbito mundial. Los adultos deprimidos tienen un funcionamiento igual o peor que quienes padecen enfermedades crónicas tales como artritis, enfermedad pulmonar o diabetes. Aunque la literatura ha descrito la relación entre las características demográficas, económicas y sociales con la presencia de síntomas depresivos o el trastorno depresivo en la población en general (5)

La depresión incrementa la percepción de mala salud por parte del paciente anciano y la utilización de los servicios de atención primaria. Los adultos mayores deprimidos consultan al médico general dos o tres veces más que aquellos no deprimidos, lo cual aumenta de manera significativa los costos en los servicios de salud. A pesar de tan alto número de consultas, menos del 20 por ciento de los casos son diagnosticados y tratados, e incluso en aquellos que reciben tratamiento la utilidad de las intervenciones parece ser modesta (6).

La ansiedad es un trastorno mental prevalente en la actualidad, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico, es una respuesta emocional que se presenta en las personas ante situaciones que se perciben o interpreta como amenazantes o peligrosas (7).

La ansiedad y los trastornos depresivos son alteraciones mentales más habituales en la consulta, 1.6% de la población anciana ha pretendido suicidarse, la tasa de suicidio en los últimos 20 años se ha incrementado en 25%. En el 2003 el 18% de la población urbana, entre 18 y 64 años de edad, sufre de trastornos afectivos, principalmente de depresión (8).

Ansiedad y depresión son dos trastornos emocionales complejos, que implican también problemas en pensamientos y conductas. La depresión es una enfermedad crónica o recurrente que tiene importantes consecuencias negativas tanto por su elevada prevalencia como por sus efectos dañinos para la salud. Esta enfermedad es probablemente la principal causa de sufrimiento del anciano y de la considerable disminución de su calidad de vida (9).

Dentro del abordaje integral de las personas adultas mayores, toma vital importancia la capacidad de autocuidado, que es definida como la capacidad de los adultos mayores para realizar actividades que le permitan preservar su salud, en diferentes aspectos de su vida como la actividad mental, física, alimentación, descanso y sueño, entre otras (10).

Según Coppard, el autocuidado “son todas aquellas acciones y decisiones que toma un individuo para prevenir, diagnosticar y tratar su situación personal de enfermedad; todas las acciones individuales dirigidas a mantener y mejorar su salud; y las decisiones referidas a usar tanto los sistemas de apoyo informal, como los servicios médicos formales. Así mismo, el MINSA define el autocuidado como la capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado de su salud para promover estilos de vida y entornos saludables (2).

Si bien es cierto que, con el envejecimiento, las personas pueden ir perdiendo algunas funciones orgánicas y cognitivas; un adulto mayor capacitado para identificar sus limitaciones, así como su sentido de utilidad, permite el mantenimiento de su salud a través de actividades de prevención y tratamiento de sus enfermedades (11).

El autocuidado es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres humanos con quienes interactúa, resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, en cada experiencia como cuidador de sí mismo y de quienes hacen parte de su entorno. Debido a su gran potencia para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el autocuidado se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad. El autocuidado son todas aquellas acciones y decisiones que el individuo toma, para prevenir, diagnosticar y tratar su situación personal de enfermedad, todas las acciones individuales dirigidas a mantener y mejorar su salud (2).

El fomento del autocuidado requiere de un enfoque humanista, por lo tanto, es necesario partir del concepto de persona como ser integral, y de salud como el resultado de los

cuidados que uno mismo se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

El AAHH Satélite, está ubicado en el distrito de la Banda de Shilcayo, provincia y Región de San Martín, con una población de aproximadamente 180 habitantes, de los cuales 45 son adultos mayores, al mismo tiempo se puede señalar que cuentan con abastecimiento de agua, luz, sin embargo, no existe la red de desagüe.

Luego de haber visitado el AAHH Satélite, se ha podido percibir que los adultos mayores son vulnerables a los trastornos emocionales por presentar bajo autoestima por sentirse como una carga para sus familiares, vivencias de inutilidad, evidenciando signos de depresión. Al mismo tiempo no realizan actividades deportivas, no cuentan con una buena alimentación, carecen de medios económicos para acudir a los establecimientos de salud y poder realizar sus controles médicos. Es por este motivo, surge la necesidad de investigar los trastornos emocionales relacionados al autocuidado de los adultos mayores del AAHH Satélite.

## **1.2. Antecedentes**

**Medina M, Yuquilema M. (2015)** en el trabajo de investigación “Conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes que asisten al club de adulto mayor Francisco Jacome. Guayaquil-Ecuador”. Estudio descriptivo, transversal, cuantitativa. Con una población de estudio de 50 adultos mayores. La técnica que utilizo fue encuesta y como instrumento cuestionario obteniéndose los siguientes resultados: 50% tienen 65 a 69 años, perteneciendo el 76% al género femenino, 34% con instrucción primaria, 36% con secundaria, su cuidador es un familiar cercano en el 80% de los casos, 62% sufren de hipertensión arterial y diabetes, 46% consumen antihipertensivos, 66% se automedicó, sin tener conocimiento de los efectos secundarios de estas enfermedades, 92% tienen dificultad para moverse, 66% utilizan algún mecanismo para desplazarse, 80% tienen limitaciones visuales, 42% tienen problemas para la deglución de alimentos; solo 22% recibieron la consejería especializada de enfermería y el apoyo emocional, lo cual evidenció un bajo nivel de satisfacción del paciente con el conocimiento que le proporcionaron los profesionales de enfermería en la atención en el centro de salud, por este motivo 58% se deprimen con frecuencia y se sienten solos, como principal afectación psicológica de la muestra seleccionada, generándose las

siguientes prácticas de las personas de la tercera edad; 38% nunca realizan actividad física, 44% no se asean todos los días, 14% no se lavan los dientes todos los días, solo 24% visitaron el centro de salud y odontológico con frecuencia, 20% siempre acuden a establecimientos de recreación y 14% se cortó las uñas con frecuencia. Conclusiones: Es necesario que el personal de enfermería proporcione la consejería especializada de enfermería y el apoyo emocional para los adultos mayores, para mejorar el nivel de satisfacción del paciente y su familiar o cuidador. Es importante que el personal de enfermería proporcione el apoyo emocional para los adultos mayores, lo que repercute en su psicología (12).

**Alevar R.(2015)** en su trabajo de investigación: “Percepción De La Capacidad De Autocuidado del adulto mayor del centro de Promoción activa IESS- CUENCA 2014”. Ecuador. Estudio cuantitativo- descriptivo. Con una población de 1500 adultos mayores. La técnica que se utilizó fue la entrevista y como instrumento de recolección de datos un formulario que consta de dos partes: en la primera parte están los datos de filiación y en la segunda el test (CYPAC-AM), teniendo como población 124 adultos mayores que acuden regularmente al centro de promoción del envejecimiento activo del instituto de seguridad Social de la ciudad de Cuenca. Los resultados de la investigación muestran que el 30% de los adultos mayores estudiados la percepción de la capacidad de autocuidado fue deficiente, las áreas con mejor desempeño (autocuidado adecuado) entre los adultos mayores se encuentran el control de adicciones(80,0%), la actividad física (65,8%) y el control de la medicación ( 64,2%), mientras que las de bajos resultados fueron control de descanso y sueño y el control de eliminación, en los que más del 40% de la muestra presentó una percepción de autocuidado inadecuada. Conclusión: Existe un déficit potencial en el autocuidado de los adultos mayores investigados, lo que sugiere la necesidad de ampliar este estudio a otros centros geriátricos de la ciudad y del país, además muestra una clara correlación entre sexo, nivel de instrucción y percepción del autocuidado (13) .

**Núñez V. (2014)** en su trabajo de investigación: “El impacto de la depresión en el bienestar del adulto mayor en el Centro de Salud de Juan Benigno Vela. Ambato – Ecuador”. Estudio descriptivo transversal. Con una población de estudio de 90 adultos mayores. La técnica que se utilizó fue entrevista y como instrumento 3 cuestionarios, la escala de depresión geriátrica de Sheikh y Yesavage abreviada que consta de 15 enunciados y dos opciones de respuesta (“Sí” o “No”) y la escala de Bienestar Psicológico de Ryff. Resultados: La mayor prevalencia de encuestados que participó se encontró en el rango 65 a 75 años, con un nivel



educativo predominante de educación primaria. La aplicación de la escala de Yesavage diagnosticó depresión en un 66,67% de la población encuestada, que a su vez refirió un estado de salud regular en la mayoría de los casos. El nivel de bienestar determinado a través de la escala de Ryff se presentó bajo en un 52,22% de la muestra, que guarda relación con el porcentaje predominante de adultos mayores con depresión participantes. Conclusiones: La aplicación de la escala de Yesavage diagnosticó depresión en un 66,67% de la población encuestada, que a su vez refirió un estado de salud regular en la mayoría de los casos. El nivel de bienestar determinado a través de la escala de Ryff se presentó bajo en un 52,22% de la muestra llegando a la conclusión: Se evidenció una relación entre depresión y nivel de bienestar bajo. Aunque no se demostró asociación entre el consumo de medicamentos y la depresión, la cifra observada sobre la administración de medicamentos es elevada, lo que supone una automedicación por parte de la población que podría deberse al desconocimiento de las reacciones adversas a corto y largo plazo de la medicación administrada (14).

**Montenegro J; Santisteban Y. (2016)** en el trabajo de investigación: “Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del centro poblado los Coronados Mochumí – Lambayeque; Perú” Estudio descriptivo correlacional. Con una población de 36 adultos mayores. La técnica que se utilizó fue la encuesta y como instrumento se aplicó la Escala de Yesavage, la Escala de Rosenberg y el cuestionario de factores sociales. Los resultados fueron : el 45.8% de los adultos mayores presentan un estado depresivo severo; en relación al factor psicológico el 61,1% presenta autoestima media; y en relación al factor social se encontró que el 55.6% son mayores de 65 años; 38.9% con instrucción secundaria; 41.7% son casados; 55.6% son masculino; el 66.7% no participan en actividades sociales y 63.9% no participa en actividades familiares; el 55.6% viven solos (as), hablan por teléfono con 1 a 2 personas y ven a sus amigos o vecinos 1 a 2 veces; el 50% está contento con la frecuencia que ve a su familia y el otro 50% está descontento; y el 58.3% refieren contar con apoyo. Conclusiones: Ambos factores, tienen asociación con la presencia del estado depresivo,  $p < 0.05$  evidenciando que los factores psicológicos: autoestima tiene un alto grado de asociación al igual que el factor social: integración social – apoyo familiar y social. (15).

**Pardave F. (2016)** en su trabajo de investigación: “Capacidad de autocuidado y percepción del estado de salud del adulto mayor de la localidad de Santa María del Valle; Huánuco – Perú”, estudio descriptivo analítico. La población estuvo conformada por 72 adultos mayores que acuden al Centro de Salud Santa María del Valle. La técnica que se utilizó fue

la entrevista y como instrumento el test de Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor; y un cuestionario en la recolección de datos. Resultados: Respecto a la capacidad de autocuidado; el 38,9% de adultos mayores presentó un autocuidado parcialmente adecuado, el 29,2% tuvo un autocuidado inadecuado, el 16,7% presentó un autocuidado adecuado y el 15,3% tuvo autocuidado adecuado. En cuanto a la percepción del estado de salud, el 69,4% de encuestados percibió que su estado de salud era no saludable. Al analizar la relación entre las variables se encontró que la capacidad de autocuidado ( $p < 0,000$ ) y sus dimensiones actividad física ( $p < 0,000$ ); alimentación ( $p < 0,001$ ); eliminación ( $p < 0,019$ ); descanso y sueño ( $p < 0,001$ ); control de la salud ( $p < 0,001$ ); y hábitos nocivos ( $p < 0,001$ ) se relacionaron significativamente con la percepción del estado de salud de los adultos mayores. Por otra parte, no se encontró relación significativa entre las dimensiones higiene ( $p < 0,084$ ) y medicación ( $p < 0,084$ ) con la percepción del estado de salud en la muestra en estudio. Conclusiones: La capacidad de autocuidado se relaciona con la percepción del estado de salud de los adultos mayores en estudio (16).

**Ellen K; Padilla K. (2015)** en el trabajo de investigación: “Autocuidado del adulto mayor y su relación con el apoyo familiar. Centro de Salud Salaverry-Trujillo; Perú”, estudio descriptivo correlacional de corte transversal. La población: El universo estuvo constituido por 140 adultos mayores y con una muestra 94 adultos mayores que acudieron al Centro de Salud Salaverry durante los meses de mayo a julio del 2015 a quienes se le aplicó: El TEST DE CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor) y la Escala de Apoyo familiar. Resultados: El autocuidado del adulto mayor atendido en el centro de Salud de Salaverry fue adecuado en un 54.3% e inadecuado en un 45.7% El grado de apoyo familiar del adulto mayor fue alto en un 13.8%, moderado en un 80.9% y bajo en un 5.3%. Conclusión: el autocuidado del adulto mayor se relaciona significativamente con grado de apoyo familiar. Lo que se demuestra con la prueba de Chi cuadrado, con un nivel de significancia en  $P < 0.05$ . (17)

**Licas M. (2015)** en su trabajo de investigación: “Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral Tayta Wuasi, Lima-Perú”, estudio tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal, cuya muestra estuvo constituida por 73 adultos mayores, siendo la técnica de muestreo el aleatorio simple. La técnica empleada fue la entrevista y como instrumento se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica - El Test de Yesavage para adultos mayores. Resultados: El nivel de depresión de los adultos mayores

el 100% (73) de los encuestados el 58%(42) tienen un nivel de depresión leve, seguido de un 23 % (17) con depresión normal y finalmente el 19%(14) con un nivel de depresión severo. En el nivel de depresión según su edad se puede observar que, del 100 % (73) de los adultos mayores encuestados, en el nivel de depresión normal predomina la edad comprendida entre los 60 64 años siendo este un 9.5% (7), en el nivel de depresión leve en su mayoría predomina la edad comprendida entre los 65-69 años con un 27.3 % (20), finalmente en el nivel de depresión severa predomina la edad comprendida entre los 70-74 años con un 6.8%(5). Conclusión: los adultos mayores que acuden al centro de atención “TaytaWasi” presentan un nivel de depresión leve. (18).

**Garcilazo M. (2014)** en su trabajo de investigación: “Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en un centro de salud de San Juan de Miraflores, Lima - Perú”, estudios tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo simple y de corte transversal, para recolectar datos se utilizó un cuestionario de Lawton y Brody y la escala de Pfeiffer que se aplicaron a 74 adultos mayores, usuarios del Centro de salud “Ollantay”. Resultados respecto a la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria se puede observar que del total de adultos mayores encuestados 100% (74), 75,7% (56) dependientes y 24,3% (18) son independientes. En relación a la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales según dimensión procedimental, se encontró que las capacidades para ir de compras y preparar la comida y responsabilidad de la medicación son las áreas más comprometidas con el 43,2%, 41,9% y 54,1% de dependencia respectivamente. Conclusión: La capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria prevalece la dependencia, que influye desfavorablemente en su calidad de vida. (19).

**Hernández A; Melitón I. (2014)** en el trabajo de investigación: “Vivencias del autocuidado del adulto mayor de la asociación comunitaria de la urbanización Santa Isabel – Carabayllo ; Perú”, estudio cualitativo, descriptivo y fenomenológico. Poblacion: 10 adultos mayores, teniendo como base teórica a Dorotea Orem con su teoría de Auto cuidado. Los análisis temáticos de los discursos permitieron aproximarnos a las vivencias que tiene el adulto mayor en su auto cuidado. La recolección de datos se realizó a través de una entrevista semi - estructurada. Resultado: En la esfera espiritual, experiencias de autocuidado en el adulto mayor vinculado a la creencia, la religión y prácticas de valores. En la esfera social, el

resultado vivencias sociales del adulto mayor como estrategia de autocuidado personal vinculado a la participación activa y comunicación. En la esfera biológica, se manifestaron formas de autocuidado corporal en el adulto mayor vinculado a la alimentación actividad física, higiene y descanso. Y, en la esfera psicológica, se evidenciaron: Estrategias de autocuidado que repercuten en la psicología del adulto mayor. Conclusion: Para los adultos mayores, sus vivencias de autocuidado son relatos cotidianos en su proceso de envejecimiento, sus experiencias de vida están guiadas por las experiencias en la línea del tiempo. La categoría que más predominó fue la Espiritual. (20).

### **1.3. Bases teóricas.**

#### **Trastornos emocionales**

Son enfermedades que afectan la manera en que uno piensa y se siente. Los síntomas pueden ser muy severos y en la mayoría de los casos no desaparecen por sí solos. Es una condición invisible, en ocasiones no aparente ante de demás, sin embargo, sus síntomas interfieren significativamente en el rendimiento, la comunicación y las relaciones personales. Los trastornos depresivos y ansiosos constituyen los trastornos psiquiátricos más frecuentes en el anciano, y muy a menudo dan lugar a consecuencias graves en este grupo etario (21).

#### **Tipos de Trastornos Emocionales:**

##### **Depresión en el Adulto Mayor**

Es una enfermedad que afecta los sentimientos, los ritmos vitales, la concentración, la memoria y la psicomotilidad de las personas. Puede presentarse como tristeza exagerada unida con pesimismo (22).

“Los adultos mayores que desarrollan este tipo de trastorno emocional, tienen determinadas características a ser tenidas en cuenta: antecedentes depresivos previos, enfermedad médica incapacitante, sobre todo aquellas que implican un cambio brusco respecto al nivel previo, enfermedad dolorosa, pérdida reciente de cónyuge, cambio de domicilio habitual e ingreso a residencias para ancianos” (23).

Situación que contribuye a la pérdida de salud emocional y afectiva de esta población mayor, que busca el apoyo de las personas cercanas a su realidad (familia, amigos, etc.), y que sin

embargo en la mayoría de las ocasiones no están, desarrollando en ellos la depresión.

Para la Organización Mundial de la Salud – OMS La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (1).

Además, la depresión en el adulto mayor puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria (24) .

Al respecto el Asesor Principal en Salud Mental de la OPS/OMS, Jorge Rodríguez afirmó que en América Latina y el Caribe afecta al 5% de la población adulta. “Se trata de un trastorno que puede afectar a cualquier persona en algún momento de su vida, por lo que debe ser atendida y apoyada psicológica y socialmente (25) .

Médicos Psiquiatras Rubén Alvarado, Macarena Moral señalan que los adultos mayores en sus cuadros depresivos pueden evolucionar hacia deterioro cognitivo e incluso a demencia, a pocos años de comenzar la patología depresiva. Así como también que el antecedente de un episodio depresivo constituye factor de riesgo para desarrollar Alzheimer (26).

Según su intensidad, los Trastornos Depresivos se pueden clasificar como leves, moderados o graves. Para los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10 y DSM IV-TR, la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional.

El CIE-10 la define como un desorden afectivo en el cual habla de depresión leve, moderada y grave. El episodio depresivo leve se caracteriza por síntomas como tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad. En el episodio depresivo moderado se observa dificultades para desarrollar actividades sociales, laborales y en el

episodio depresivo grave se suele presentar angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de culpa (27).

### **Dimensiones de la depresión:**

#### **Episodio depresivo leve**

- A. Deben cumplirse los criterios generales del episodio depresivo.
- B. Presencia de, por lo menos, 2 de los 3 síntomas siguientes:
  - 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.
  - Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.
  - 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 de cuatro:
  - Pérdida de la confianza o disminución de la autoestima.
  - Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa .excesiva e inapropiada.
  - Quejas o pruebas de la disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.
  - Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).
  - Cualquier alteración del sueño
  - Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

#### **Episodio depresivo severo**

- A. Deben cumplirse los criterios generales del episodio depresivo
- B. Presencia de, por lo menos, 2 de los 3 descritos:
  - 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.

- Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.
- Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.
- C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C, para sumar un total de al menos 6 síntomas:
  - Pérdida de la confianza o disminución de la autoestima.
  - Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.
  - Quejas o pruebas de la disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales Como indecisión o vacilación.
  - Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).
  - Cualquier alteración del sueño.
  - cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

### **Fisiopatología de la depresión**

Durante los estados depresivos, se observa que las estructuras dorsales neo corticales presentan una disminución del metabolismo, mientras que las estructuras límbicas ventrales presentan un aumento del mismo. En la tristeza inducida por vía experimental se observan cambios similares, pero que revierten en forma rápida una vez que los estímulos que la provocan se suspenden. La persistencia de estos cambios en pacientes deprimidos sugiere que otros factores biológicos adicionales predisponen y mantienen los síntomas depresivos. Entre las estructuras cerebrales que predispondrían a la aparición de depresión, se mencionan el deterioro de la función de los circuitos frontoestriatales y las alteraciones a nivel de la amígdala y del hipocampo (28).

### **Causas de la depresión**

Se han descrito factores neuro humorales, genéticos, psicológicos y ambientales algunos de los que fueron referidos previamente. Algunos estudios demuestran que existe una disminución de neurotransmisores como serotonina y noradrenalina; aumento de la actividad de la monoamino oxidasa B, así como disminución de los niveles hipotalámicos de ácido 5-hidroxiindolacético, lo que traduce una reducción en la acción hipotalámica del

sistema serotoninérgico, a los que se suman fundamentalmente: el abandono, la soledad, el deterioro de la imagen física, la frustración por lo no alcanzado o el haber renunciado a parte de su proyecto de vida, la jubilación sin otra actividad que sustituya a la que tenían hasta ese momento, la pérdida de autoridad y prestigio sintiéndose inútiles, el abuelo “pingpong” donde se ve una migración forzosa de un domicilio a otro, a conveniencia de los familiares, sin tener en cuenta la comodidad, privacidad y estabilidad del adulto mayor, la enfermedad ó incapacidad crónica, el aislamiento social, el duelo y la pobreza. Las personas con baja autoestima, escasas habilidades sociales y falta de recursos para resolver problemas, están más predispuestos a padecer depresión (29).

### **Consecuencias de la depresión en el adulto mayor**

“La depresión tiene una serie de consecuencias negativas sobre la comorbilidad y las capacidades funcionales del anciano y, al contrario, la comorbilidad, la discapacidad y el deterioro cognoscitivo tienen un pésimo efecto sobre los individuos deprimidos. Las consecuencias, ente otras, son tasa de morbilidad mayor, discapacidad física y social, peor pronóstico para un pronto restablecimiento, y mayor utilización de los servicios hospitalarios.

La depresión del adulto mayor se asocia a pérdida de peso, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, osteoporosis, y mala auto percepción de la salud. Los mecanismos de estas asociaciones no son claros, aunque, por ejemplo, es conocida la relación entre las emociones y la progresión de las enfermedades autoinmunes, quizá debida a cambios de naturaleza cuantitativa y cualitativa del sistema inmunitario. Las consecuencias psicológicas y sociales de la depresión también son diversas. El ánimo deprimido puede retrasar o impedir los procesos de restablecimiento al interferir con el comportamiento de la persona de tal forma que ésta no busque la atención médica adecuada. Además, los síntomas depresivos pueden provocar trastornos de la alimentación e inhibir la participación en actividades que favorecen un buen estado de salud” (30).

### **Diagnóstico de la depresión.**

El diagnóstico de la depresión senil sigue siendo fundamentalmente clínico a pesar de que se están desarrollando tests biológicos que, aunque de resultados muy prometedores



requieren todavía más experimentación. El diagnóstico clínico se basa en la anamnesis y en la exploración del paciente para identificar los síntomas depresivos. En la historia clínica se deberán buscar antecedentes de enfermedad depresiva en familiares de primer grado del paciente ya que la incidencia es más alta que en la población general.

Se recogerán los antecedentes personales de episodios afectivos, el nivel de funcionamiento previo al comienzo de la enfermedad, y los rasgos más característicos de la personalidad.

Todos estos datos constituyen referencias muy útiles para el diagnóstico de la depresión si se tiene en cuenta el frecuente carácter recurrente, el descenso en el rendimiento global del sujeto y la constatación habitual de una personalidad previa centrada en torno a la necesidad de orden y de perfeccionismo (31).

### **Ansiedad en el Adulto Mayor.**

Es un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto. Es una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro, que puede ser interno o externo”. Es una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza (32).

El manual de criterios diagnósticos del DSM-V define al trastorno de ansiedad generalizada como una ansiedad y preocupación excesiva, que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de 6 meses, en relación con diversos sucesos o actividades, y al individuo le es difícil controlar la preocupación. Los síntomas que se presentan durante la ansiedad comprenden inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, fácilmente fatigado, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfecho) (33) .

El término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden

estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico (34).

Baeza J, describe diferentes grupos de síntomas de ansiedad tales como: (35)

- ❖ Físicos: Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, nudo en el estómago, sensación de obstrucción en la garganta, agarrotamiento, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.
- ❖ Psicológicos: inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos más extremos, temor a la muerte, a la locura o al suicidio.
- ❖ De conducta: Estado de alerta e hipervigilancia, inhibición, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estarse quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación, etc.
- ❖ Intelectuales o cognitivos: Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiaciones, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevaloración de pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc.
- ❖ Sociales: Irritabilidad, hostilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc.

Patilla C, además de los síntomas de la ansiedad antes descrita, detalla otras características en las alteraciones emocionales como tristeza patológica, angustia e irritabilidad; en las alteraciones del pensamiento fallas en la concentración y la memoria, desinterés, indecisión, desesperanza, ideación delirante e ideación suicida; en alteraciones somáticas insomnio-hipersomnio, anorexia, hiperfagia, disminución o aumento de peso, disminución del lívido,

fatiga, algias; alteraciones de los ritmos vitales a ciertas horas del día, habitualmente en las mañanas, cambios menstruales, tendencia a la presentación estacional de los síntomas; alteraciones de la conducta como el llanto, agitación, identificación, aislamiento, mutismo. Es importante señalar que no todas las personas tienen los mismos síntomas, ni la misma intensidad en todos los casos. Cada persona, según su predisposición biológica y/o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros (36).

### **Sistemas de ansiedad**

Los diferentes autores están tendiendo definir ansiedad porque hay un triple sistema de respuestas para definir la ansiedad (fisiológica, motor y cognitivo). Los autores quieren incluir en su definición de ansiedad lo que provoca la ansiedad, se intenta crear definiciones que unan todo esto. Según esto hay una serie de elementos que deberíamos tener en cuenta para la definición de ansiedad:

- Situación potencialmente ansiógena
- Experiencia subjetiva del individuo (cognitivo)
- Cambios fisiológicos
- Cambios en el comportamiento expresivo

**Sistema cognitivo del estado de ansiedad:** Se refieren a pensamientos, ideas o imágenes de carácter subjetivo, así como a su influencia sobre las funciones superiores.

- ✚ Preocupación
- ✚ Miedo o temor
- ✚ Inseguridad: Persona con alta ansiedad, tiene pensamientos negativos.
- ✚ Aprensión: Respuestas de miedo pero en términos físicos
- ✚ Pensamientos negativos: Inferioridad, incapacidad
- ✚ Anticipación de peligro o Amenaza
- ✚ Dificultad para concentrarse
- ✚ Dificultad para tomar decisiones
- ✚ Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente, acompañada por dificultad para pensar con claridad.

**Sistema fisiológico del estado de ansiedad:** Son consecuencia de la actividad de los diferentes sistemas orgánicos del cuerpo humano:

- ✚ Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial elevada, accesos de calor.
- ✚ Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- ✚ Síntomas gastrointestinales: vómitos, náuseas, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- ✚ Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- ✚ Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblores hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- ✚ Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareo y lipotimia.

**Sistemas motores del estado de ansiedad:** Se refieren a comportamientos observables consecuencia de la actividad subjetiva y fisiológica:

- ✚ Hiperactividad
- ✚ Paralización motora
- ✚ Movimientos repetitivos
- ✚ Movimientos torpes y desorganizados
- ✚ Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal
- ✚ Conductas de evitación. (37)

### **Niveles de ansiedad**

El estado de ansiedad puede clasificarse por niveles o grados de intensidad leve, moderada, grave y de pánico. Cada una de ellas presenta manifestaciones diferentes que varían de intensidad y tienen una incidencia sobre las respuestas de la persona en sus diferentes dimensiones (fisiológicas, cognitivo y comportamental).

Según Martínez y Cerna clasifica la ansiedad en tres niveles:

**Ansiedad Leve:** La persona está alerta, ve, oye, domina la situación más que antes de producirse este estado; es decir, funcionan más las capacidades de percepción, observación debido a que existe más energía dedicada a la situación causante de ansiedad. Este nivel de ansiedad también se denomina ansiedad benigna o tipo ligero de ansiedad.

Reacción fisiológica: Puede presentar respiración entrecortada, ocasional frecuencia

cardíaca y tensión ligeramente elevada, síntomas gástricos leves, tic facial, temblor de labios.

**Ansiedad Moderada:** El campo perceptual de la persona que experimenta este nivel de ansiedad se ha limitado un poco. Ve, oye y domina la situación, menos que la ansiedad leve. Experimenta limitaciones para percibir lo que está sucediendo a su alrededor, pero puede observar si otra persona le dirige la atención hacia cualquier sitio periférico. Reacción fisiológica: Puede presentarse respiración entrecortada frecuente, aumento de la frecuencia cardíaca, tensión arterial elevada, boca seca, estómago revuelto, anorexia, diarrea o estreñimiento, temblor corporal, expresión facial de miedo, músculos tensos, inquietud, respuestas de sobresalto exageradas, incapacidad de relajarse, dificultad para dormir.

**Ansiedad Grave:** En este nivel de ansiedad, el campo perceptual se ha reducido notoriamente, por esta razón la persona no observa lo que ocurre a su alrededor, es incapaz de hacerlo, aunque otra persona dirija su atención hacia la situación. La atención se concentra en uno o en muchos detalles dispersos y se puede distorsionar lo observado. Además, hay gran dificultad para aprender, la visión periférica está disminuida y el individuo tiene problemas para establecer una secuencia lógica entre el grupo ideal. Reacción fisiológica: Puede presentar respiración entrecortada, sensación de ahogo o sofoco, hipotensión arterial, movimientos involuntarios, puede temblar todo el cuerpo, expresión facial de terror (38).

## **Autocuidado.**

### **Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem.**

Dorothea Orem define su modelo como una teoría general de Enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

**a) Teoría del autocuidado:** En esta teoría explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del adulto mayor a su propia existencia. El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, mejorar su salud y obtener el bienestar físico y mental. Por ello, Orem define además 3 requisitos que se quieren

alcanzar con el autocuidado: requisitos de autocuidado universal, de autocuidado del desarrollo y de autocuidado de desviación de salud.

**b) Teoría del déficit del autocuidado:** En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente; determina qué se necesita de la intervención del profesional de Enfermería.

**c) Teoría de los sistemas de Enfermería:** En la que se explican los modos en que el profesional de Enfermería puede atender a los adultos mayores, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de Enfermería totalmente compensadores: La enfermera suple al individuo.
- Sistemas de Enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona auto cuidado.
- Sistemas de Enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de auto cuidado.

En los adultos mayores el autocuidado puede describirse como la capacidad que tienen para realizar actividades para mantener la salud y promover un envejecimiento saludable, a través de la práctica de actividades físicas y de los roles sociales; constituyéndose el autocuidado una parte esencial en la valoración del adulto mayor, pues resume el impacto general de la condición de salud en su ambiente personal y redes de apoyo social; permitiendo monitorizar la respuesta a un tratamiento o proveer información o pronóstico para planear cuidados futuros para mantener una salud adecuada (39).

### **Importancia del autocuidado**

La práctica del autocuidado en los adultos mayores es importante porque contribuye a:

1. Mantener una buena salud, prevenir y reconocer tempranamente la enfermedad y participar activamente en la recuperación integral de la salud.
2. Asumir la responsabilidad en el cuidado de la salud y las consecuencias de las acciones que realizan, fortaleciendo su soberanía y autoestima.
3. Reconocer que las conductas y los estilos de vida son directamente.

4. responsables de la enfermedad y puede llevarlas a reorientar el rol que asumen en el cuidado de su salud (40).

### **Dimensiones del autocuidado en el adulto mayor**

Dentro de la capacidad de autocuidados en los adultos mayores se identifican las siguientes dimensiones:

#### **Actividad física**

Henderson, citado por García, menciona que el ejercicio y la actividad son importantes para el adulto mayor, como un medio para promover y preservar la salud. La actividad física mantenida a lo largo de la vida de forma continua, es un determinante del grado de funcionalidad física que observamos en esta etapa debido a que hay mayor tiempo libre y se puede aprovechar para leer, cultivar, coser, acudir a reuniones con amigos, vecinos o familiares.

Las actividades de autocuidado en el adulto mayor relacionadas al ejercicio y la actividad física forman parte importante en la prevención primaria, debido a que el adecuado uso de los sistemas musculo esqueléticos favorece a su vez el funcionamiento cardiovascular; la movilidad es un factor importante en la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria que, a su vez, serán reflejo de la calidad de vida que cada persona desea. Al respecto Donoso señala que un programa de acondicionamiento físico incluye actividades como aumento de la flexibilidad, fortalecimiento y resistencia cardiovascular; recomendando la natación, el baile y las caminatas; que deben durar por lo menos 30 minutos y practicarse tres veces a la semana, si es bien tolerado.

En el adulto mayor la movilidad y funcionalidad está determinada por los cambios propios de la edad, estilos de vida actividad física, sedentarismo, nutrición, enfermedades y estereotipos negativos. El ejercicio físico es importante para todas las edades, incluso para las personas con enfermedades crónicas, porque la vida sedentaria puede conducir a la muerte por anulación de la función, acelerando el envejecimiento, constituyéndose en un factor de riesgo de morbilidad y mortalidad por lo que es básico realizar ejercicios diariamente por los beneficios físicos como psicosociales sobre la salud.

En el proceso de envejecimiento normal se producen cambios tanto en los músculos, huesos y las superficies articulares las que no se adaptan a los cambios provocando alteraciones en los cartílagos que contribuye para que los adultos mayores empiecen a disminuir la actividad física y la marcha. Dentro de la actividad física se consideran las actividades como nadar, correr, hacer ciclismo, ir al gimnasio u otros, los que al practicarlos favorece para la conservación de la salud de las personas y para una mejor integración, autonomía e independencia del adulto mayor.

### **Alimentación**

La alimentación es un proceso fisiológico importante en todas las edades, es un proceso básico del que depende la nutrición del cuerpo por lo que es necesario ingerir una variedad de alimentos y bebidas con un adecuado contenido de nutrientes para promover y mantener la salud, retrasando algunos cambios del envejecimiento, y por ende disminuyendo la frecuencia de las enfermedades.

El adulto mayor en el cuidado de su alimentación debe tener una alimentación sana, balanceada, mantener un horario estable, consumir frecuentemente agua, evitar frituras, cambios bruscos y temperaturas extremas al ingerir los alimentos (muy caliente o muy frío), siendo importante que participen y disfruten de la alimentación y al mismo tiempo fomenten la comunicación familiar.

### **Eliminación**

La eliminación vesical e intestinal es otro de los aspectos importantes que el adulto mayor debe tener en cuenta en su autocuidado, para estar alerta a cualquier alteración de estas funciones que perjudican su salud, para ello debe organizar el horario de eliminación urinaria, por la mañana, después de las comidas, antes de acostarse y después del ejercicio.

Las percepciones del adulto mayor sobre una función intestinal normal pueden variar, pues algunos adultos mayores creen que si no tienen una defecación diaria están estreñidos; pues la eliminación intestinal normal puede variar desde tres movimientos por semana, algunos adultos mayores se automedican innecesariamente, por lo que es importante que valoren la frecuencia y características de las heces, el empleo de laxantes, la dieta, los líquidos ingeridos y la actividad física.



## **Descanso y sueño**

Los cambios que ocurren en el organismo con el envejecimiento involucran el ritmo vigilia – sueño o “reloj biológico”; conforme las personas envejecen la estructura del sueño se modifica con una tendencia a tener un sueño más fragmentado con múltiples despertares y un aumento del tiempo del sueño liviano, como resultado de alteraciones o modificaciones hormonales que ocasionan cambios en las distintas etapas del sueño.

Por lo general, el adulto mayor suele demorar más tiempo en iniciar el sueño, siendo la conciliación del sueño más temprana y se despiertan más fácilmente; otra de las modificaciones que ocurren en la vejez es el sueño profundo o reparador que disminuye aumentando el número de siestas compensatorias.

## **Higiene y confort**

El aseo y confort de un adulto mayor, se define como el conjunto de actividades dirigidas a proporcionar al aseo personal y comodidad del paciente; incluye los procedimientos de higiene y limpieza corporal y de mucosas externas; favoreciendo la salud general del individuo. Al no poder realizarlo por sí sólo, disminuye su autoestima, su pudor, disminuyendo su comodidad y confort.

En su autocuidado el adulto mayor debe valorar y establecer horarios (diurno, nocturno) para realizar la higiene o el baño, en el cual debe utilizar jabones que no resequen su piel, así como el correcto uso de la toalla para el secado de las partes del cuerpo.

## **Medicación**

El adulto mayor en su autocuidado tiene la capacidad y responsabilidad de seguir con su tratamiento ya establecido, debe estar claro con respecto ya que tiene efectos negativos en el proceso de conservar la salud. Las personas mayores son, por lo general, más sensibles a los fármacos y necesitan dosis diferentes; una buena comunicación con una explicación clara resulta útil para asegurar que cumpla fielmente y no altere la dosis del fármaco por su cuenta para disminuir los efectos secundarios. Las personas de la tercera edad que asumen la posibilidad de vigilar los efectos positivos y negativos del tratamiento, y de discutirlos con su médico, farmacéutico o enfermero (a) antes de tomar la decisión de modificar o suspender el tratamiento por su cuenta tienen más probabilidades de obtener mejores resultados.

### **Control del estado de salud**

El adulto mayor participa en la planificación de su propia asistencia sanitaria; ya que el envejecimiento es un proceso fisiológico natural, que se inicia desde que se nace y se mantiene a lo largo del ciclo de la vida; la mala salud no es consecuencia del envejecimiento sino que está relacionada con factores de riesgo modificables como: nutrición inadecuada, poca actividad física, fumar y no hacerse exámenes médico y de tamizaje preventivos: autoexamen de mamas, control de peso, control de glucosa, inspección de la boca, medición de temperatura entre otros. La mayoría de las autoridades sanitarias recomiendan un examen periódico a las personas adultas mayores al menos una vez al año, aunque la frecuencia de esta se reajustará según el grado de vulnerabilidad y salud del adulto mayor.

### **Control de adicciones y hábitos nocivos**

El adulto mayor debe evitar el consumo de bebidas alcohólicas porque causan problemas en el organismo y en el comportamiento, cansancio e incapacidad para cuidarse a sí mismo, confusión, caídas, etc.; el adulto mayor bebedor corre el riesgo de tener problemas de salud por las reacciones que se presentan cuando se combinan alcohol y medicinas. Otro hábito es el tabaquismo, que constituye una forma de dependencia el mismo que conlleva a que desarrolle graves enfermedades en el adulto mayor como el cáncer de pulmón, laringe, vejiga y otros (41)

### **Adulto Mayor**

“La OMS define Adulto Mayor (AM), a la persona mayor de 60 años y a partir de 1982 introduce el concepto de funcionalidad en este grupo etario, definiendo el estado de salud entre los envejecidos, no en términos de déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional. Las políticas internacionales están orientadas a un cambio en la concepción de la vejez, considerándola como una etapa de vida activa, en la que se puede lograr el máximo de autonomía individual y la posibilidad de autorrealización. En algunos sujetos la adaptación a los cambios de la vejez no se produce, y se generan daños que pueden ser irreversibles” (42).

Daños que en determinados momentos se convierte en uno de los problemas sociales y de salud cuando suceden actos de maltrato y abandono que pone en peligro la integridad física

del anciano o también se pone en peligro su integridad psicológica y los principios de autonomía o los derechos fundamentales del individuo. Maltratos que se observan en todas las clases sociales y en cualquier nivel socioeconómico.

Por lo cual “en algún momento se clasificó a los Adultos Mayores en sano, enfermo, frágil o de alto riesgo, demente y terminal, de acuerdo a las situaciones de salud o enfermedad en que se encontraban. Actualmente se tiende a no utilizar estas clasificaciones rígidas, diferenciándose el adulto mayor sano que puede ser manejado por el médico de familia, del paciente geriátrico (43)

#### **1.4. Justificación**

La población adulta mayor está en ascenso a nivel mundial, La OMS, indica que entre el 2000 y 2050 la proporción de las personas mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22% y nuestro país no es ajeno a ello; teniendo en cuenta que esta situación se da en un contexto de pobreza, es de suma importancia la conservación de la salud de este grupo poblacional (44).

La población geriátrica constituye un grupo etario vulnerable y prioritario de atención, al considerar el rápido crecimiento poblacional, y la vulnerabilidad física, emocional y social, que les llevan a presentar enfermedades crónicas y degenerativas, asociadas a estilos de vida inadecuados y condiciones socio-económicas transitorias y ambientales nocivas (45).

En la vejez, con frecuencia se presentan simultáneamente padecimientos en los que no existe una causa única de morbilidad, sino que predomina la multicausalidad, los eventos a los que está expuesto un individuo a lo largo de su vida como la pérdida de seres queridos, rechazo familiar y social, jubilación, entre otros, generan miedo, preocupación y una fuente continua de estrés con la consiguiente asociación de diversas enfermedades mentales como la depresión, en coexistencia con otras patologías que inciden directamente en el bienestar integral del individuo. Por lo tanto, la depresión en esta etapa de la vida adquiere una manifestación clínica distinta, debido a su complejidad, latencia prolongada y a los daños irreversibles, implicando un factor agravante en el mantenimiento y desenlace futuro del estado de salud físico y mental, así como en el desenvolvimiento social y funcional del individuo, fenómeno significativamente menospreciado y con frecuencia pasado por alto (46).

La esperanza de vida está aumentado gracias a las políticas de salud, el tiempo de ocio de esta población es mayor; además la política de salud de nuestro país, adhiere a la propuesta de mantener la funcionalidad a través de la del programa de envejecimiento activo y saludable y concientizar sobre la importancia del autocuidado de la salud, fortaleciendo la atención primaria de en los adultos mayores, es decir aquellas acciones de promoción y prevención; ya que la disminución de sus funciones tanto básicas, instrumentales y operacionales promueve la dependencia (47).

El eje de acción en el primer nivel de atención es la promoción de la salud y prevención de enfermedades para lo cual se tendrá que brindar educación como herramienta esencial para la población que le permita mejorar su capacidad de autocuidado para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, teniendo las bases de acción como son los lineamientos, se pueden implementar actividades dirigidas a que el adulto mayor sea autosuficiente, logrando así un envejecimiento activo y saludable (45).

La motivación del presente estudio es debido a que el fenómeno del envejecimiento poblacional es mundial, la demanda de las necesidades de los adultos mayores está superando la posibilidad de respuesta de este grupo etario en nuestra sociedad. Situación que ha generado interés en este grupo poblacional, debido a que es una población vulnerable. Por ello se cree necesario y sustancial realizar esta investigación que nos brindaría información acerca de la realidad en cuanto a la planificación del cuidado emocional, además el estudio constituiría un aporte de investigación, porque presentamos una herramienta válida que permita medir los trastornos emocionales y en consecuencia elevar la confianza, seguridad y la calidad de atención que ofrecen los profesionales, a las personas adultas mayores.

Evaluar la salud en el adulto mayor resulta complejo, pues es medir la resultante de diversas variables de carácter biológico, psicológico y social. Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación de la capacidad de autocuidado (capacidad funcional) que hace referencia al conjunto de habilidades que permite llevar una vida independiente.

Por lo tanto, la finalidad del presente trabajo es Identificar la relación de los trastornos emocionales y el autocuidado en la etapa adulta mayor del Asentamiento Humano Satelite -

Distrito de la Banda de Shilcayo, con el propósito de promover el auto cuidado y contribuir con la construcción de una cultura de salud, así como favorecer el control de los trastornos emocionales desarrollando acciones de promoción y prevención; que los centros de salud tomen énfasis en el bienestar emocional e implementar programas que tomen en cuenta la parte emocional. Para enfermería es importante el monitoreo y control de todas las actividades para el correcto estudio del adulto mayor de una manera integral.

### **1.5. Problema**

¿Existe relación entre los trastornos emocionales y el autocuidado en el adulto mayor del AA.HH Satelite Banda de Shilcayo. Periodo julio - diciembre 2018?

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General**

Determinar los trastornos emocionales relacionados al autocuidado en el Adulto Mayor del AA.HH Satelite- Banda de Shilcayo, Periodo. Periodo julio - diciembre 2018.

### **2.2. Objetivos Específicos**

1. Identificar las características socio-demográficas de los adultos Mayores del AA. HH Satelite-Banda de Shilcayo. Periodo. julio - diciembre 2018.
2. Determinar el nivel de trastorno emocional según dimensiones: depresión y ansiedad en el adulto mayor del AA.HH Satelite-Banda de Shilcayo. Periodo julio - diciembre 2018.
3. Determinar el nivel de autocuidado del Adulto Mayor del AA.HH Satelite-Banda de Shilcayo. Periodo julio - diciembre 2018.

### **2.3. Hipótesis de Investigación**

Existe relación significativa entre los trastornos emocionales y el autocuidado en el adulto mayor en la AA.HH Satelite Banda de Shilcayo. julio - diciembre 2018.

## 2.4 Sistema de Variables:

- ✓ **Variable Independiente:** Trastornos Emocionales.
  
- ✓ **Variable Dependiente:** Autocuidado.

## 2.4.1. Operacionalización de las variables:

| VARIABLE  | DEFINICION CONCEPTUAL   | DEFINICIÓN OPERACIONAL   | DIMENSIONES | INDICADORES   | ÍTEMS                   | VALORACION          | ESCALA DE MEDICION |
|---|---|--|-------------|---|-------------------------|---------------------|--------------------|
| <b>Variable Independiente.</b><br><br>Trastornos emocionales. | Son enfermedades que afectan la manera en que uno piensa y se siente. Los síntomas pueden ser muy severos y en la mayoría de los casos no desaparecen por sí solos. | Identificación de la depresión y ansiedad en los adultos mayores utilizando la escala de depresión geriátrica (YESAVAGE) y el cuestionario de ansiedad de la escala de William Zung. | Depresión   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Satisfecho con su vida.</li> <li>▪ Perdida de interés.</li> <li>▪ Vida sin sentido.</li> <li>▪ Aburrido.</li> <li>▪ Buen animo</li> <li>▪ Preocupado</li> <li>▪ Feliz.</li> <li>▪ Desamparado</li> <li>▪ Problemas de memoria.</li> <li>▪ Despreciable.</li> <li>▪ Energía</li> <li>▪ Perdida de interés y esperanza.</li> </ul>   | Episodio normal         | Normal 0-5 puntos   | Ordinal            |
|   |   |  |             |   | Episodio depresivo leve |                     |                    |
|   | Episodio depresivo severo   | Leve 6-9 puntos.   |             |   |                         |                     |                    |
|   |   | Moderada 10-15 puntos.   |             |   |                         |                     |                    |
|   |   |  | Ansiedad    | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nervioso y ansioso.</li> <li>▪ Temeroso.</li> <li>▪ Irritado o sentimiento de Pánico.</li> <li>▪ Decaído.</li> <li>▪ Tembloroso.</li> <li>▪ Dolores.</li> <li>▪ Debilidad y cansancio.</li> <li>▪ Calmado.</li> <li>▪ Taquicardia.</li> <li>▪ Mareos.</li> <li>▪ Desmayos.</li> <li>▪ Respiración con facilidad.</li> <li>▪ Hormigueos.</li> <li>▪ Nauseas.</li> <li>▪ Poliuria.</li> <li>▪ Sudor.</li> <li>▪ Preocupación.</li> <li>▪ Pesadilla.</li> </ul> | Nivel de Ansiedad leve  | Normal 25-29 puntos | Ordinal            |
|   |   | Ligeramente ansioso 50-59 puntos.  |             |   |                         |                     |                    |
|   |   | Moderadamente ansioso 60-69 puntos.  |             |   |                         |                     |                    |
|   |   | Severamente ansioso 70 a 80 puntos.  |             |   |                         |                     |                    |

| VARIABLE                                       | DEFINICION CONCEPTUAL  | DEFINICIÓN OPERACIONAL   | DIMENSIONES   | INDICADORES  | ÍTEMS  | VALORACION               | ESCALA DE MEDICION |
|--|--|--|---|--|--|--------------------------|--------------------|
| <b>Variable Dependiente</b><br><br>Autocuidado | Es la compleja capacidad adquirida de satisfacer los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura y el funcionamiento y desarrollo humano y promueven el bienestar. | Identificación de la capacidad de autocuidado del adulto mayor con trastorno emocional utilizando el test de CYPAC-AM. | Actividad Física  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Movilizarse sin ayuda.</li> </ul>   | Si / No  | Adecuado 21 a 24 puntos. | Ordinal            |
|  |  |  |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participar en grupos de adultos mayores.</li> <li>▪ Practicar ejercicios físicos.</li> <li>▪ Caminar 10 cuadras diarias.</li> </ul> | Si<br>A veces<br>No  |                          |                    |
|  |  |  |   | Alimentación   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prepara sus alimentos y se alimenta sin ayuda.</li> </ul> |                          |                    |
|  |  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Horario fijo para comer.</li> <li>▪ Prefiere alimentos sancochados que frito.</li> <li>▪ Consumo de dieta adecuada.</li> </ul>               |  | Si<br>A veces<br>No  |                          |                    |
|  |  |  | Eliminación   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Controla sus esfínteres.</li> </ul>                       | Si / No                  |                    |
|  |  |  |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patrón intestinal diario regular.</li> <li>▪ Mira sus deposiciones.</li> <li>▪ Ingiere agua entre las comidas.</li> </ul>           | Si<br>A veces<br>No  |                          |                    |
|  |  |  |   | Descanso y sueño.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Controla su periodo de descanso y sueño.</li> </ul>       | Si / No                  |                    |
|  |  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Descansa sin dormir después.</li> <li>▪ Duerme en un horario fijo.</li> <li>▪ Duerme sus 8 horas fijas.</li> </ul>                           |  | Si<br>A veces<br>No  |                          |                    |
|  |  |  | Higiene y Confort   |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Higiene y confort.</li> </ul>                             | Si / No                  |                    |
|  |  |  |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bañarse diariamente.</li> <li>▪ Lavado de manos.</li> <li>▪ Toalla independiente para secarse los pies.</li> </ul>                  | Si<br>A veces<br>No  |                          |                    |
|  |  |  |   | Medicación   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Control de sus medicamentos.</li> </ul>                   | Si / No                  |                    |
|  |  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cumple con tratamiento indicado.</li> <li>▪ Medicamentos que indica el médico.</li> <li>▪ Consulta antes de tomar un medicamento.</li> </ul> |  | Si<br>A veces<br>No  |                          |                    |
|  |  |  | Control del estado de Salud.  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Control y responsabilidad de su salud.</li> </ul>         | Si / No                  |                    |
|  |  |  |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Control de su peso.</li> <li>▪ Frecuencia de consultas al centro de Salud.</li> <li>▪ Autochequeos de salud.</li> </ul>             | Si<br>A veces<br>No  |                          |                    |
| Control de adicciones y hábitos nocivos        | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mantenerse sin ningún habito toxico.</li> </ul>   | Si / No  |   |  |  |                          |                    |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cantidad de toxico.</li> <li>▪ Habito toxico.</li> <li>▪ Más de un habito toxico.</li> </ul>  | Si<br>A veces<br>No  |   |  |  |                          |                    |



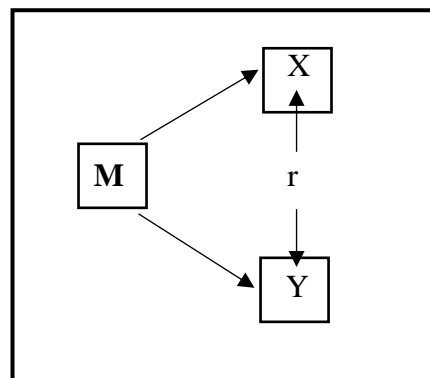
### III. MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1. Tipo de Estudio

El presente estudio fue cuantitativo de tipo descriptiva pues permite la medición y cuantificación de las variables de estudio. Además, fue un estudio de tipo Correlacional con el propósito de medir el grado de relación entre dos o más variables de manera positiva o negativa sin intención de determinar una relación causal, de diseño Transversal-No experimental, es decir la recolección de los datos se realizó una sola vez permitiendo presentar la información tal y como ocurrió en un determinado tiempo y espacio.

#### 3.2. Diseño de Investigación

El diseño utilizado en la presente investigación fue descriptivo - correlacional, tal como se presenta en el siguiente esquema:



**Donde:**

**M** = Representó la muestra que estuvo conformada por todos los adultos mayores del Asentamiento Humano Satélite.

**X** = Variable Independiente: Trastornos Emocionales.

**Y** = Variable Dependiente: Autocuidado.

**r** = Relación entre las dos variables de estudio.

### **3.3. Universo, Población y Muestra.**

#### **Universo:**

El universo estuvo constituido por todos los adultos mayores de 60 años del Asentamiento Humano Satélite.

#### **Poblacion:**

La población estuvo conformada por 45 adultos mayores, que habitan en el Asentamiento Humano Satelite, ubicado en el distrito de la Banda de Shilcayo. Durante el periodo Julio a Diciembre 2018. (Fuente: Presidente del AA.HH Satelite).

#### **Muestra:**

La muestra estuvo conformada por el 100% de la población en estudio, siendo de tipo aleatorio simple, es decir conocemos el total de la población del Asentamiento Humano Satelite, ubicado en el distrito de la Banda de Shilcayo. Durante el periodo Julio a Diciembre 2018. Que ascienden a 45 adultos mayores.

#### **3.3.1. Criterios de inclusión:**

Se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- ✓ Adultos mayores de 60 años pertenecientes al Asentamiento Humano Satélite.
- ✓ Adultos mayores, que acepten participar voluntariamente en el estudio.
- ✓ Adulto mayor orientado en tiempo, espacio y persona.

#### **3.3.2. Criterios de exclusión:**

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- ✓ Adultos mayores que se nieguen a participar en la investigación.
- ✓ Adultos mayores que no se encuentren el día de la recolección de la información.

### **3.4. Procedimiento:**

- ✓ Se realizó la revisión bibliográfica y se elaboró el proyecto.
- ✓ Se presentó el proyecto ante la Facultad Ciencias de la Salud de la UNSM-T para su revisión y aprobación correspondiente.
- ✓ Posteriormente se procedió con la validación del instrumento de recolección de datos para su posterior aplicación.
- ✓ Para la obtención de datos, se envió una solicitud dirigida al Presidente del AAHH Satélite –Banda de Shilcayo, a fin de obtener la autorización respectiva para la recolección de información.
- ✓ Luego de haber sido aceptada la petición se inició la aplicación del instrumento de la investigación, con respecto al “Trastornos emocionales y su relación con el autocuidado en el adulto mayor del AAHH Satélite del Distrito de la Banda de Shilcayo. Periodo Julio – Diciembre 2018”.
- ✓ Al inicio de la aplicación se solicitó a los adultos mayores que residen en el AAHH Satélite del Distrito de la Banda de Shilcayo, su consentimiento y su participación voluntaria, luego se procedió a la socialización del instrumento explicando previamente que los resultados serían confidenciales y anónimos, siendo utilizadas sólo para el propósito del estudio.
- ✓ Posteriormente, se realizó la organización, análisis e interpretación de nuestros resultados y su respectiva formulación de los cuadros estadísticos.
- ✓ Se realizó el informe final de tesis, de acuerdo a la estructura establecida por la Facultad Ciencias de la Salud de la UNSM-T.

### **3.5. Métodos de Instrumentos de recolección de datos:**

Para la realización del presente estudio se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento de recolección de datos para evaluar los Trastornos emocionales en el adulto

mayor se utilizará la escala de Depresión Geriátrica - Test de Yesavage y para valorar ansiedad la escala de Zung.

La Escala De Depresión Geriátrica – Test de Yesavage mide el nivel de depresión de los adultos mayores este instrumento fue validado en Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud 2002.

Consta de 15 ítems con respuestas dicotómicas (sí/no), 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 serán valoradas con la siguiente distribución. (**Ver Anexo A**)

Ítems (+) si = 0 No = 1

Ítems (-) si = 1 No = 0

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

| <b>Niveles de Depresión</b> | <b>Puntuación</b> |
|-----------------------------|-------------------|
| Normal                      | 0 – 5 puntos      |
| Depresión Leve              | 6 – 9 puntos      |
| Depresión Severa            | 10 – 15 puntos    |

La estructura física del instrumento está dividida en cuatro partes: La primera consta de la presentación, seguido de las instrucciones, luego los datos generales, y el último corresponde al contenido propiamente dicho constituido por 15 preguntas entre afirmativas y negativas.

La escala de Zung es un instrumento de autoevaluación, consta de veinte puntos que cuantifican síntomas ansiosos, 15 somáticos y 5 cognoscitivos, durante los últimos treinta días. Cuenta con preguntas elaboradas de forma positiva y otras diez de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1 – 4 (nunca, a veces, siempre y muchas veces). Escala validada en Colombia con alfa de Cronbach de 0,863. (**Ver Anexo B**)

El rango de calificación es de 20-80.

| <b>Niveles de Ansiedad</b> | <b>Puntuación</b> |
|----------------------------|-------------------|
| Normal                     | 25 – 49 puntos    |
| Ligeramente Ansioso        | 50 – 59 puntos    |
| Moderadamente Ansioso      | 60 – 69 puntos    |
| Severamente ansioso        | 70 a 80 puntos    |

Para identificar si el nivel de autocuidado es adecuado o inadecuado se utilizó el Test CYPAC- AM es un cuestionario integrado por 8 dimensiones ordenadas por números romanos del I al VIII las cuales son: actividad física, alimentación, eliminación, descanso y sueño, higiene, medicación, control de la salud y adicciones o hábito nocivos. Cada dimensión está conformada por 4 preguntas; la pregunta 1 de cada dimensión se forma por 2 incisos y las preguntas 2, 3 y 4 por 3 incisos, con un valor máximo de 24 puntos.

(Ver Anexo C)

La Norma de Evaluación del Instrumento es la primera pregunta de cada dimensión que determinara el nivel de independencia o no para realizar esa actividad; si la respuesta es negativa, la persona es dependiente y, por tanto, tiene déficit de autocuidado para esa dimensión, si la respuesta es positiva, la persona es independiente para esa actividad y entonces se miden los otros ítems.

- Si hay tres o más respuestas positivas y ninguna respuesta negativa, se considera el autocuidado para esa dimensión adecuado y se le da una puntuación de 3.
- Si hay dos o más respuestas intermedias (a veces), se considera el autocuidado para esa dimensión parcialmente adecuado y se le da una puntuación de 2.
- Si hay más de una respuesta negativa, se considera el autocuidado para esa dimensión inadecuado y se le da una puntuación de 1.

El rango de calificación es de:

| <b>Niveles de Autocuidado</b> | <b>Puntuación</b> |
|-------------------------------|-------------------|
| Adecuado                      | 21 – 24 puntos    |
| Parcialmente adecuado         | 16 - 20 puntos    |
| Inadecuado                    | 15 puntos         |
| Déficit de Autocuidado        | <15 puntos        |

### **3.6. Plan de Tabulación y análisis de datos.**

Para el procesamiento de datos se vaciaron los resultados de los instrumentos en una base de datos Excel 2016.

Luego de concluir con la recolección de los datos, la información recolectada se procesó de forma manual con el programa Excel, elaborando una tabla matriz, cuyos valores fueron procesados a través del paquete estadístico SPSS V24 utilizando la fórmula chi cuadrado. Donde se presentó los resultados.

#### IV. RESULTADOS

**Tabla 1.** Características socio - demográficas de los adultos mayores del AA.HH Satelite - Banda de Shilcayo. Periodo julio - diciembre 2018.

| <b>Factores sociodemográficas</b>    | <b>Frecuencia</b><br>(fi) (n=45) | <b>Porcentaje</b><br>(%) |
|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| <b>Edad</b>                          |                                  |                          |
| De 60 a 65 años                      | 25                               | 55,56                    |
| De 66 a 70 años                      | 12                               | 26,67                    |
| Mayor a 70 años                      | 8                                | 17,78                    |
| <b>TOTAL</b>                         | <b>45</b>                        | <b>100</b>               |
| <b>Sexo</b>                          |                                  |                          |
| Masculino                            | 29                               | 64,44                    |
| Femenina                             | 16                               | 35,56                    |
| <b>Grado de instrucción</b>          |                                  |                          |
| Sin instrucción                      | 22                               | 48,89                    |
| Primaria                             | 11                               | 24,44                    |
| Secundaria                           | 8                                | 17,78                    |
| Superior                             | 4                                | 8,89                     |
| <b>Estado civil</b>                  |                                  |                          |
| Soltera (o)                          | 6                                | 13,33                    |
| Casada (o)                           | 14                               | 31,11                    |
| Viuda (o)                            | 21                               | 46,67                    |
| Divorciada (o)                       | 2                                | 4,44                     |
| Conviviente                          | 2                                | 4,44                     |
| <b>¿Trabaja?</b>                     |                                  |                          |
| Si                                   | 24                               | 53,33                    |
| No                                   | 21                               | 46,67                    |
| <b>¿Vive con familia?</b>            |                                  |                          |
| Si                                   | 31                               | 68,89                    |
| No                                   | 14                               | 31,11                    |
| <b>¿Padece de alguna enfermedad?</b> |                                  |                          |
| Si                                   | 32                               | 71,11                    |
| No                                   | 13                               | 28,89                    |
| <b>¿Está en tratamiento?</b>         |                                  |                          |
| Si                                   | 18                               | 40,00                    |
| No                                   | 27                               | 60,00                    |

**Fuente:** Elaboración propia

En la presente tabla se puede evidenciar que; el 55.56% (25) adultos mayores se encuentran entre las edades de 60 a 65 años de edad, el 64.44% (29) son de sexo masculino, el 48.89% (22) no tienen grado de instrucción, 46.67% (21) son viudos, el 53.33% (24) trabajan, 68.89% (31) viven con familiares, el 71.11% (32) padecen de alguna enfermedad y el 60% (27) no reciben tratamiento.

**Tabla 2.** Nivel de trastorno emocional según la depresión y ansiedad en el Adulto Mayor del AA.HH Satelite-Banda de Shilcayo. Periodo julio - diciembre 2018

| Niveles de depresión                      | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
|   | (fi)       | (%)        |
| No depresión [De 0 a 5 puntos]            | 11         | 24,44      |
| Depresión leve [De 6 a 9 puntos]          | 10         | 22,22      |
| Depresión severa [De 10 a 15 puntos]      | 24         | 53,33      |
| <b>TOTAL</b>                              | 45         | 100        |
| Niveles de ansiedad                       |            |            |
| Normal [De 25 a 49 puntos]                | 9          | 20,00      |
| Ligeramente ansioso [De 50 a 59 puntos]   | 11         | 24,44      |
| Moderadamente ansioso [De 50 a 59 puntos] | 18         | 40,00      |
| Severamente ansioso [De 70 a 80 puntos]   | 7          | 15,56      |
| <b>TOTAL</b>                              | 45         | 100        |

**Fuente:** Elaboración propia

Al analizar los niveles de trastornos según la depresión y ansiedad que tienen los adultos mayores del AAHH Satélite, se observa que el 53.33% (24) de los adultos mayores del AAHH Satélite presentan depresión severa, un 24.44% (11) no presentan depresión y un 22.22% (10) presentan depresión leve. Así mismo; el 40% (18) padecen de ansiedad moderada, el 24.44% (11) se encuentran ligeramente ansiosos, el 20% (9) no padecen de ansiedad y un 15.56% (7) están severamente ansiosos.

**Tabla 3.** Nivel de autocuidado del adulto mayor del AA.HH Satelite-Banda de Shilcayo. Periodo julio - diciembre 2018.

| Nivel de autocuidado                       | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
|  | (fi)       | (%)        |
| Adecuado [De 21 a 24 puntos]               | 6          | 13,33      |
| Parcialmente adecuado [De 16 a 20 puntos]  | 8          | 17,78      |
| Inadecuado [15 puntos]                     | 18         | 40,00      |
| Déficit de autocuidado [menor a 15 puntos] | 13         | 28,89      |
| <b>TOTAL</b>                               | 45         | 100        |

**Fuente:** Elaboración propia



Los adultos mayores del AAHH Satélite tienen inadecuados autocuidados con un 40% (18), Así mismo; el 28.89% (13) presentan déficit en su autocuidado, el 17.78% (8) presentan autocuidado parcialmente adecuados y solo un 13.33% (6) tienen autocuidado adecuados.

**Tabla 4.** Trastornos emocionales relacionados al autocuidado en el adulto mayor del AA.HH Satelite- Banda de Shilcayo, Periodo julio - diciembre 2018.

| Trastornos emocionales | Autocuidado |      |                       |      |            |      |                        |      |       |      | X <sup>2</sup><br>p < 0,05 |
|------------------------|-------------|------|-----------------------|------|------------|------|------------------------|------|-------|------|----------------------------|
|                        | Adecuado    |      | Parcialmente adecuado |      | Inadecuado |      | Déficit de autocuidado |      | Total |      |                            |
|                        | (fi)        | (%)  | (fi)                  | (%)  | (fi)       | (%)  | (fi)                   | (%)  | (fi)  | (%)  |                            |
| <b>Depresión</b>       | 4           | 8,9  | 5                     | 11,1 | 7          | 15,6 | 8                      | 17,8 | 24    | 53,3 | X <sup>2</sup> = 8,209     |
| <b>Ansiedad</b>        | 2           | 4,4  | 3                     | 6,7  | 11         | 24,4 | 5                      | 11,1 | 21    | 46,7 | p = 0,016                  |
| <b>Total</b>           | 6           | 13,3 | 8                     | 17,8 | 18         | 40,0 | 13                     | 28,9 | 45    | 100  |                            |

**Fuente:** Elaboración propia

En la presente tabla se puede evidenciar que la depresión está relacionado al déficit de autocuidado con un 17.8% que corresponde a 8 adultos mayores, así mismo la ansiedad está relacionado al autocuidado inadecuado con un 24.4% que corresponde a 11 adultos mayores de la población estudiada. Por lo tanto, se corrobora la hipótesis de estudio, donde se evidencia que existe relación significativa entre los trastornos emocionales y el autocuidado que tienen los adultos mayores del AAHH Satélite, aplicándose la prueba no paramétrica chi cuadrado leída con un nivel de significancia  $p < 0,05$ , evidenciándose que si existe relación entre ambas variables.

## V. DISCUSIÓN

La tasa de envejecimiento de la población en el Perú se ha incrementado de forma sustancial en el país, por lo que hay la necesidad de servicios especializados que atiendan de forma oportuna y eficaz los problemas de los adultos mayores, que en muchos casos se asocian a problemas familiares, económicos y sociales. La OMS afirma que actualmente cinco de las 10 causas más importantes de discapacidad son de origen psiquiátrico y se sostiene que para el 2020 la depresión y la ansiedad serán las causas de discapacidad a nivel mundial (44).

El Ministerio de Salud, dentro de sus Lineamientos de Política refiere que es muy importante atender de manera integral las necesidades de salud de la población adulta mayor, a fin de lograr el bienestar físico, funcional, mental y social, de esta población, promoviendo el envejecimiento activo y saludable (47).

En la tabla N<sup>o</sup> 01; se evidencio que el 55.56% adultos mayores se encuentran entre las edades de 60 a 65 años de edad, el 64.44% son de sexo masculino, el 48.89% no tienen grado de instrucción, 46.67% son viudos, el 53.33% trabajan, 68.89% viven con familiares, el 71.11% padecen de alguna enfermedad y el 60% no reciben tratamiento.

Nuestros resultados obtenidos guardan similitud con los de Montenegro J, Santiesteban Y. quienes en su trabajo de investigación encontraron que el 55.6% de su población son del sexo masculino; el 38.9% de la población tiene grado de instrucción secundaria; el 41.7% de la población adulta mayor tiene como estado civil casado y el 55.6% son mayores de 65 años (15).

Difiriendo con los de Alvear R, quien revela que el 42.5% son de 70 a 79 años de edad, el 65% son del sexo femenino, el 32.5% tienen grado de instrucción primario, el 55% de adultos mayores son casados y 64.2% reciben tratamiento (13).

Según la Organización mundial de la salud señala que los factores sociales están constituidos por las interacciones que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación social. Estos factores, también afectan la salud de las personas; están comprendidas por el nivel sociocultural, la edad, sexo, ocupación, estado civil y tipo de familia del que procede el individuo (48).

En la tabla N° 02; se evidencio que el 53.33% de los adultos mayores presentan depresión severa, un 24.44% no presentan depresión y un 22.22% presentan depresión leve.

Los resultados obtenidos guardan relación con los de Torrejón R; que del 100% de los adultos mayores, el 65 % presentan depresión severa ya que los adultos mayores presentan mal humor, realizan movimientos lentos, presentan sensación de cansancio, siempre se sienten con falta de afecto y con intenciones de acabar con su vida, el 25% presentan depresión moderada, ya que en los adultos mayores se encuentran características como son humor bajo, la carencia del disfrute, el pensamiento de la negativa y la energía reducida, que conducen al funcionamiento social y ocupacional disminuido y el 10% presentan depresión leve pues la sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y la perdida de interés en las cosas que antes uno disfrutaba está presente en su vida diaria (49).

Similares resultados obtuvieron Montenegro J, Santiesteban Y. encontrando que el 45.8% de la población adulta mayor presenta un estado depresivo severo, seguido de un 37.5% de estado depresivo moderado y sólo un 16.7% no presenta estado depresivo (15).

Licas M. en su trabajo de investigación difiere el nivel de depresión de los adultos mayores el 100% de los encuestados el 58% tienen un nivel de depresión leve, seguido de un 23 % sin depresión y finalmente el 19% con un nivel de depresión severo (18).

Comparando estos resultados con el estudio realizado se evidencia estadísticamente equivalencias en estos resultados de personas adultas mayores que participaron del estudio, presentaron depresión severa con mayor porcentaje.

Por otro lado, se establece que el 40% (18) padecen de ansiedad moderada, el 24.44% (11) se encuentran ligeramente ansiosos, el 20% (9) no padecen de ansiedad y un 15.56% (7) están severamente ansiosos.

Guille J; Ordoñez R; manifiestan en su trabajo de investigación que el 55% de los adultos mayores , presentan ausencia de ansiedad, el 43% del grupo presentan ansiedad modera y solo el 2% de los evaluados muestran ansiedad severa (50).

Estos resultados en la presente investigación se evidencia claramente las diferencias ya que en los resultados se encontró con mayor porcentaje del 40 % a aquellos adultos mayores con ansiedad moderada.

La depresión y la ansiedad, muestran correlaciones significativas, lo que significa que la depresión y la ansiedad son dos respuestas emocionales que se complementan con mayor énfasis en esta población, ya que predominan los aspectos cognitivos, afectivos y físicos de las personas que reciben el tratamiento. Por lo tanto, es importante tomar en cuenta que los pensamientos y la forma como interpretan su realidad, influyen en sus respuestas emocionales.

Para el profesional de enfermería y para la mayoría de la población la vejez es un periodo crítico donde existen una serie de situaciones conflictivas como es la falta y pérdida de seres queridos, soledad, enfermedades crónicas todos estos son eventos negativos que ocurren inevitablemente en el adulto mayor lo hacen más frágil a padecer de depresión y ansiedad; otros recurren al aislamiento, lo que puede acentuar las problemáticas de tipo emocional, social y familiar que han tenido durante toda la vida, pudiendo provocar que perciban la soledad de tal forma que incluso estando en compañía de otras personas, llegan a sentirse solitarios y vacíos.

En la tabla N°03; se evidencia que el 40% (18) tienen inadecuados autocuidados; el 28.89% (13) presentan déficit en su autocuidado, el 17.78% (8) presentan autocuidado parcialmente adecuados y solo un 13.33% (6) tienen autocuidado adecuados.

Los resultados obtenidos se asemejan a los de Pardave F; quien encontró que el 38,9% de adultos mayores presentó un autocuidado parcialmente adecuado, el 29,2% tuvo un autocuidado inadecuado, el 16,7% presentó déficit de autocuidado y el 15,3% tuvo autocuidado adecuado (16).

Simultáneamente también guardan similitud con los de Millán I; quien en su trabajo titulado: “Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad”, encontraron que el 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuidan adecuadamente, existe un déficit de autocuidado cognoscitivo perceptivo en el 46,7%, un 9,8% tienen déficit parcial y 5,6% déficit total. De los 121 pacientes cuyo nivel de autocuidado es inadecuado el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben su estado de salud aparentemente sano (51).

Por otro lado difieren de Dale B. quien en su trabajo titulado: “Capacidad de autocuidado

entre el hogar-vivienda de las personas mayores en las zonas rurales en el sur de Noruega” quienes al estudiar 1,020 adultos mayores encontraron que 76.4% de ellos mostraban autocuidado adecuado mientras que el resto 23.6% autocuidado inadecuado (52).

Los resultados encontrados en esta investigación reflejan un porcentaje considerable de adultos mayores con autocuidado inadecuado, lo cual posiblemente estaría relacionado a su mismo deterioro fisiológico natural del organismo, factores sociales y/o enfermedades entre otros.

Se debe mencionar que el autocuidado inadecuado encontrado entre los adultos en estudio puede estar relacionado al desconocimiento que presentan estas personas sobre los estilos de vida saludable o a algún tipo de trastorno emocional; por lo que se hace necesario que el personal de enfermería como parte de su labor, brinde educación sanitaria a este grupo poblacional.

La educación sanitaria persigue además que el adulto mayor sepa cómo contribuir a mantener su nivel de salud, ocupar su tiempo, preocuparse, o mejor, ocuparse de algo (su propio cuidado); en definitiva, se trata de dotarle de un rol de responsabilidad en el mantenimiento de su salud. Asimismo, no debe considerarse únicamente al adulto mayor como receptor de la educación sanitaria, pues también puede intervenir como sujeto activo de la misma, potenciando de esta manera su propia autoestima, identidad y el sentimiento de utilidad social, al dotarle de una verdadera responsabilidad (53).

El estudio sobre la relación entre los trastornos emocionales(depresión y ansiedad) y el autocuidado de los adultos mayores realizado en el AA. HH Satélite, distrito de la Banda de Shilcayo, provincia y departamento de San Martín evidenció a través de la prueba no paramétrica chi cuadrado leída con un nivel de significancia  $p < 0,05$ ) que existe significancia estadística respecto a la relación entre los trastornos emocionales(depresión y ansiedad) y el autocuidado de los adultos mayores; permitiendo aceptar la hipótesis de investigación, concluyendo que existe relación entre estas dos variables en la población en estudio.

## VI. CONCLUSIONES

Las conclusiones que se muestran en este trabajo de investigación se pueden sintetizar de la siguiente forma:

1. Las características sociodemográficas de los adultos mayores de AA.HH Satélite – Banda de Shilcayo, se puede evidenciar que el 55.56% adultos mayores se encuentran entre las edades de 60 a 65 años de edad, el 64.44% son de sexo masculino, el 48.89% no tienen grado de instrucción, 46.67% son viudos, el 53.33% trabajan, 68.89% viven con familiares, el 71.11% padecen de alguna enfermedad y el 60% (27) no reciben tratamiento.
2. Dentro de los niveles de trastornos según dimensiones: depresión y ansiedad, se observa que el 53.33% de los adultos mayores tienen depresión severa, un 24.44% no presentan depresión y un 22.22% presentan depresión leve. Así mismo; el 40% padecen de ansiedad moderada, el 24.44% se encuentran ligeramente ansiosos, el 20% no padecen de ansiedad y un 15.56% están severamente ansiosos.
3. Dentro del nivel de autocuidado del adulto mayor AA. HH Satelite- Banda de Shilcayo, tenemos; el 40% con inadecuado autocuidado, el 28.89% presentan déficit en su autocuidado, el 17.78% presentan autocuidado parcialmente adecuados y solo un 13.33% tienen autocuidado adecuados.
4. Dentro de los trastornos emocionales relacionados al autocuidado en el Adulto Mayor del AA.HH Satélite- Banda de Shilcayo, encontramos mediante la aplicación de la prueba no paramétrica chi cuadrado leída con un nivel de significancia  $p < 0,05$ , evidenciándose que si existe relación entre ambas variables.

## VII. RECOMENDACIONES:

1. Se sugiere, al personal de los establecimientos de salud del primer nivel de atención que sea prioritario y frecuente las visitas domiciliarias a los adultos mayores y de esa manera permita la identificación oportuna de enfermedades o complicaciones propias de la edad, y se puede brindar el tratamiento respectivo, que le permitirá el mantener un buen estado de salud, crear un plan de actividades físico deportivas y recreativas en beneficio de los adultos mayores y además de promover su participación en las actividades para conservar, recuperar la salud y bienestar físico y psicológico de los adultos mayores.
2. Al personal que labora en los establecimientos de salud del primer nivel de atención en el fortalecer sus estrategias que permita tener un impacto y pueda influir a un cambio para mejorar el autocuidado del adulto mayor, considerando que un buen porcentaje oscila con resultados sobre el inadecuado autocuidado que posee el adulto mayor. Además, se recomienda que a los familiares puedan involucrarse en el cuidado de los adultos mayores preocupándose por sus necesidades físicas y emocionales; y por las diversas medidas orientadas a que estos puedan tener una buena percepción de su estado de salud.
3. Se sugiere la creación de actividades preventivas promocionales en los establecimientos de salud desde el primer el nivel e incluso que sea parte de un programa de la municipalidad, dirigidas a sensibilizar a la población sobre la importancia de la capacidad de autocuidado en el adulto mayor y de esa manera prevenir y brindar el tratamiento de los trastornos emocionales (ansiedad y depresión) de la población adulto mayor y les permitan una buena percepción de su estado de salud.
4. A las autoridades de la Facultad Ciencias de la Salud, Escuela profesional de Enfermería, se recomienda sensibilizar y empoderar en los estudiantes las actividades promocionales, preventivas sobre el autocuidado del adulto mayor, en los cursos de cuidado integral de la Familia, educación en salud, salud comunitaria I, salud comunitaria II, por ser una etapa susceptible e inmunodeprimido a contraer diversas enfermedades.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión. In Centro de Prensa; 2017 Febrero; Ginebra. p. 25-27. Disponible en: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
2. Araya A. Autocuidado en las personas mayores de la Ciudad de San Francisco de Campeche. Rev.Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo (Mexico). 2015 Diciembre; Vol.6.Num11. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5364683.pdf>
3. López A. Envejecimiento exitoso en función de la percepción del nivel de salud en personas adultas mayores que participan en programas de envejecimiento activo. Rev.TOG (España - Coruña ) [Revista en Internet] . 2013 Mayo; Vol.10.Num.17. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num17/pdfs/revision.pdf>
4. Monroy P. Trastornos Emocionales.(España) [online]; 2009 Septiembre; [cited 2017 Junio 30] Disponible en: <https://pamemonroy.wordpress.com/>.
5. Peña D, Herazo M, Calvo J. Depresión en ancianos. Rev. de la Facultad de Medicina (Colombia) [Revista en Internet]. 2009 Julio; Vol.57. Num. 4. Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/14375>.
6. Navas W. Depresión: El trastorno Psiquiátrico más frecuente en la vejez. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXX. [Revista en Internet] 2015 Agosto; Vol.607 pag. 427 - 429. Disponible en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133t.pdf>
7. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y Opciones de Política. 2015 Octubre; Ginebra pàg. 10. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/78545>
8. Paucar M. Deterioro Cognitivo y su correlación en el apareamiento de niveles de depresión en adultos mayores, Hogar de ancianos Sagrado Corazón de Jesús. [Tesis de Pregrado]. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato, Ambato; 2014. Disponible en:<http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24676/2/Tesis%20Deterioro%20cognitivo%20y%20Calidad%20de%20vida-Carolina%20Barrera.docx.pdf>



9. Lopez I. Ansiedad y Depresion: Reacciones emocionales frente a la enfermedad. Rev.Medica interna (Madrid-España) [Revista en Internet]. 2010 Mayo; Vol.24(5). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604002.pdf>
10. Espinoza L, Ordoñez C. Atocuidado de la salud para el adulto mayor: Manual de informacion para profesionales.[Online]; Lima: San Marcos, Lima; 2011 Febrero. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5364683.pdf>
11. Torres V, Chavez A. Ansiedad. Revista de Actualización Clínica Investiga (Bolivia) [Revista en Internet]. 2013 Septiembre; Vol.35(15). Disponible en: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-37682013000800001&lng=es](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682013000800001&lng=es)
12. Medina M, Yuquilema M. Conocimientos Y prácticas de autocuidado en pacientes que asisten al club de Adulto Mayor Francisco Jacome. [Tesis de Pregrado]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Guayaquil; 2015. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/9117>
13. Alevar R. Percepcion de la capacidad del autocuidado del adulto mayor del Centro de Promocion Activa IESS-CUENCA 2014. [Tesis de Pregrado]. Retalhuleu: Universidad de Cuenca, Quito; 2015. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/21683/1/Tesis.pdf>
14. Nuñez V. El impacto de la depresion en el bienestar del adulto mayor en el centro de salud de Juan Benigno Vela. [Tesis de Pregrado]. Ecuador: Universidad Tecnica de Ambato; 2014. Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/7496>
15. Montenegro J, Santisteban M. Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del centro poblado los Coronados Mochumí. [Tesis de Pregrado]. Peru: Universidad Señor de Sipan, Lambayeque; 2016.Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/760/1/montenegro%20valdivia%20jessica%20del%20milagro%20y%20santisteban%20baldera%20yessica%20medaly.pdf>

16. Pardave F. Capacidad de autocuidado y percepción del estado de salud del adulto mayor de la localidad de Santa María del Valle. [Tesis de Pregrado]. Peru: Universidad de Huanuco; 2016. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/130>
17. Ellen K, Padilla K. Autocuidado del adulto mayor y su relación con el apoyo familiar.[Tesis de Pregado]. Peru: Universidad Privada Antenor Orrego, La Libertad-Trujillo; 2015. Disponible en: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1687/1/re\\_enfer\\_autocui.adulto.mayor-apoyo.familiar\\_tesis.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1687/1/re_enfer_autocui.adulto.mayor-apoyo.familiar_tesis.pdf)
18. Licas M. Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral Tayta Wuasi. [ Tesis de Pregado]. Peru: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2015. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas\\_tm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas_tm.pdf)
19. Garcilazo M. Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria en un centro de salud de San Juan de Miraflores. [ Tesis de Pregado] . Peru : Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2014. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4131>
20. Hernandez A, Meliton I. Vivencias del autocuidado del adulto mayor de la asociación comunitaria de la urbanización. [ Tesis de Pregado]. Carabayllo: Universidad de Ciencias y Humanidades, Lima; 2014. Disponible en: [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UUCH\\_698d9973154466046fdc9d08c21e4857/Details](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UUCH_698d9973154466046fdc9d08c21e4857/Details)
21. Goncalves F, Gonzales V, Vásquez J. Buena Práctica clínica en depresión y ansiedad. 2da ed. Alcocer A, editor. Madrid: Interamericana Marketing and communication; 2010. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/208385271/Depresion-Ansiedad-2-Edicion>
22. Juárez J, León A, Alata V. Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años. Rev.Medica Horizonte (Lima-Peru) [Revista en Internet]. 2012 Abril; Vol.12(2). Disponible en : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=371637125005>

23. Lucero R, Casali G. Trastornos emocionales en el adulto mayor. *Revista Psiquiátrica (Uruguay)* [Revista en Internet]. 2012 Septiembre; Vol.70(2). Disponible en: [http://www.spu.org.uy/revista/dic2006/06\\_emc\\_01.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/dic2006/06_emc_01.pdf)
24. Robles G. Estrategias Psicomotivadoras para disminuir la depresión en el adulto mayor. [Tesis Pregrado]. Perú: Universidad César Vallejo, Trujillo; 2014. Disponible en: <https://es.slideshare.net/Gianmarco01/depresin-en-el-adulto-mayor-31274699>
25. Organización Panamericana de la salud/ OMS. La depresión es el trastorno mental más frecuente: Epidemiología de los trastornos mentales. [online]; 2011 Mayo; Washinton; DC.pag. 25. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf>
26. Ministerio de Salud. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. MINSAL. [online]; 2013 Noviembre; Chile. Pag.12. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
27. Bravo J. Clasificación estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. *Rev.Psicomedic (Madrid- España)*. 2012 Enero; Vol.32(12). Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6282/Volume1.pdf>
28. Gómez V. La Depresión: Factores Psicosociales. *Rev. Cubana de Medicina Militar; La Habana*. [Internet]. 2012 Octubre; Vol.9(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S013865572006000300009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S013865572006000300009&lng=es&nrm=iso)
29. Casanova C, Delgado S, Steves S. La depresion del adulto mayor. *Revista Biomedicina.(España)* [Revista en Internet]. 2010 Febrero; Vol.15(7). Disponible en:[http://www.um.edu.uy/docs/revistabiomedicina\\_nov\\_dic%202009/bio\\_elmedicodefamilia.pdf](http://www.um.edu.uy/docs/revistabiomedicina_nov_dic%202009/bio_elmedicodefamilia.pdf)
30. Aguilar S, Ávila J. La Depresión: Particularidades clínicas y consecuencia en el adulto mayor. *Revista Medica de Mexico (Medigraphic)*. 2011 Octubre; Vol.22(13).

Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>

31. Rozados L. El Diagnóstico de la Depresión. Rev. de Psiquiatría y Salud Mental (Barcelona-España) [Revista en Internet] 2010 Junio; 3(1). Disponible en: <http://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdfsimple&pii=X1888989111358563&r=286>
32. Boggio J. Ansiedad en el adulto mayor. [Tesis Maestral]. Venezuela: Escuela de Enfermería Universidad de Carabobo; 2013. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/46763/1/T39658.pdf>
33. Tortella M. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. Revista Iberoamericana de Psicopatología Clínica (España) [Revista en Internet]. 2014 Marzo; Vol.110(48). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803018.pdf>
34. Blanco H, Serrana , Serrano B. Problemas de Ansiedad en la Etapa adulta mayor. [Tesis Doctoral]. México: Universidad Autónoma Del Estado de Hidalgo, Pachuca; 2012. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/507/50730962002.pdf>
35. Baeza J, Balaguer G, Belchi I. Higiene y prevención de la ansiedad. Edición Via de Santos-España. 2010 Octubre; Vol.88(62). Disponible en: <http://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788479788506.pdf>
36. Patilla C. Ansiedad, Depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes adultos. [Tesis de grado]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2011. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/582/Patilla\\_vc.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/582/Patilla_vc.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
37. Casado I. Ansiedad, Stress y trastornos Psicofisiológicos. [Tesis de grado]. España: Universidad Complutense, Madrid; 2004. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/2997/1/T18977.pdf>
38. Martínez G, Cerna J. Valoración del estado de Salud. In. Washington EEUU: OPS-OMS; 2000. p. 15 - 18. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/23094/20188>

39. Orem D. Modelo de Orem. In Conceptos de Enfermería en la práctica. México: Mosby; 2011. p. 24-26. Disponible en: <https://www.casadellibro.com/libro-modelo-de-orem-conceptos-de-enfermeria-en-la-practica/9788445800928/123763>
40. Alvarado C, Sánchez C. Autocuidado de pacientes diabeticos del Club Dulce vida-Hospital Naval. [Tesis de especialidad]. Ecuador: Universidad Estatal de Milagros; Guayaquil; 2010. Disponible en: <http://repositorio.unemi.edu.ec/xmlui/handle/123456789/2095>
41. Solano C, Gonzales L. Cuadernos de Enfermería familiar y Comunitaria 2: El autocuidado en las personas con enfermedad crónica. Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria-España. 2015 Abril; 2. Disponible en: [http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/cuaderno\\_2\\_semmap.pdf](http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/cuaderno_2_semmap.pdf)
42. Organización Mundial de la Salud. Psiquiatría Geriátrica. Biomedicina Medicina Familiar y Comunitaria [Online]. Noviembre 2009; Ginebra. Pág. 14. Disponible en: [http://www.um.edu.uy/docs/revistabiomedicina\\_nov\\_dic%202009/bio\\_elmedicodefamilia.pdf](http://www.um.edu.uy/docs/revistabiomedicina_nov_dic%202009/bio_elmedicodefamilia.pdf)
43. Alarcon T, Montalvo J. Fragilidad y vejez compañeros inevitables de camino. Revista Biomedicina (España) [Revista en Internet]. 2009 Noviembre; Vol. 32(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000100010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010)
44. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Ciclo de la Vida. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2016 Octubre; Ginebra pag. 32 . Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>.
45. Carmona S. Envejecimiento activo: La clave para vivir más y mejor. Universidad Autónoma NL, editor. México: Espacio de Formación Multimodal; 2011. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/49344/1/Cultura-Cuidados\\_42.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/49344/1/Cultura-Cuidados_42.pdf)

46. Velasco V, Contreras R, Amezcua J. Depresión en el adulto mayor y factores relacionados. Tesis Doctoral. México: Universidad Autónoma, Coahuila; 2014. Disponible en: <http://convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/download/1828/1061>
47. Valera P, Luis F. Salud y Calidad de vida en el adulto mayor. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. (Lima-Peru) 2016 Junio; Vol. 33(2). Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2196/2219>
48. (OMS. Salud mental: un estado de bienestar. Lima, Perú 2013. [ nota descriptiva] Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/))
49. Torrejon R. Nivel de Depresión en Adultos Mayores, Asentamiento Humano. Señor de los Milagros. [ Tesis de Pregado]. Peru ; Chachapoyas 2015. Disponible en: <http://repositorio.untrm.edu.pe/handle/UNTRM/143>
50. Guille J, Ordoñez R. Depresión y Ansiedad en Pacientes Adultos en Hemodiálisis de un Hospital Nacional de la Policía Nacional Del Perú. [ Tesis de Pregado]. Peru; 2017. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1199>
51. Millán I. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Rev. Cuba. Enferm 2010; Vol. 26(4):202234. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192010000400007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400007)
52. Dale B. Capacidad de autocuidado entre personas mayores que viven en hogares en zonas rurales del sur de Norega. Scand J Caring Sci. 2012; Vol. 26 (1): 113–22. Disponible en: <http://revista.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/download/202/223/>
53. Pérez A. Enfermería Geriátrica. Madrid - España: Editorial Síntesis, S.A. de C.V; 2005. Disponible en: <https://enfermeria.ucm.es/data/cont/docs/11-2018-01-31-2001-enfermeria-geriatrica.pdf>

## IX. ANEXO

Nro. 01

### Solicitud de Permiso



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN-  
TARAPOTO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



Tarapoto, 15 de octubre de 2018

**Oficio S/N-2018-EPE/GSA-MBV.**

**Sr. Presidente del AA.HH satélite:**

**SOLICITO: Permiso para recopilación de información y aplicar el instrumento de investigación.**

Tenemos el agrado de dirigirnos hacia su persona con el debido respeto que se merece y exponemos lo siguiente:

Las que suscribimos, somos Bachilleres de Enfermería de la UNSM T. Gloria Estefani Chujandama Mego y Yashmin Muñoz Marichin; nos encontramos desarrollando la Tesis Para obtener el Título Profesional de: LICENCIADOS EN ENFERMERIA con el título: **“TRASTORNOS EMOCIONALES Y SU RELACIÓN CON AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR DEL AA. HH SATÉLITE BANDA DE SHILCAYO. JULIO - DICIEMBRE 2018.”**, para lo cual solicitamos el permiso y/o autorización para poder recolectar información y aplicar el instrumento de investigación (Encuesta) a los adultos mayores del AA.HH satélite – Banda de Shilcayo.

Seguro de contar con su atención y aprobación a la presente, nos suscribimos de usted.

Atentamente;

.....  
**Gloria Estefani Chujandama Mego**  
**Bachiller de Enfermería.**

.....  
**Yashmin Muñoz Marichin**  
**Bachiller de Enfermería**

Nro. 02

**Consentimiento Informado**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN-  
TARAPOTO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“TRASTORNOS EMOCIONALES Y SU RELACIÓN CON AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR DEL AA. HH SATÉLITE BANDA DE SHILCAYO. JULIO - DICIEMBRE 2018.”**

**Investigadores:**

- Gloria Estefani Chujandama Mego
- Yashmin Muñoz Marichin-

**Descripción**

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre los trastornos emocionales y su relación con el autocuidado. Si acepta participar en esta investigación, se le realizará una entrevista-encuesta. El participar en este estudio le tomara aproximadamente 10 minutos de tiempo, sin embargo, si usted desea retirarse lo puede hacer en cualquier momento.

**Confidencialidad**

La entrevista y el consentimiento informado no se solicitará su nombre, por lo que sus respuestas serán utilizadas solo para la investigación a realizarse. Siendo totalmente confidencial.

**Derechos**

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna sanción.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, sobre sus derechos o queja relacionada con su participación por favor comuníquese con Gloria Estefani Chujandama Mego (cel.971991218) y Yashmin Muñoz Marichin (cel. 957723224). Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído la información presentada en esta hoja de consentimiento

.....  
**Firma de la Participante**

.....  
**Firma del Investigadora**

.....  
**Firma de la Investigadora**



Nº3.

### ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA – TEST DE YESAVAGE

**Instrucciones:** Estimado Sr(a). El presente cuestionario forma parte de un estudio orientado a conocer a fin de obtener información sobre el nivel de depresión del adulto mayor para lo cual le solicito su colaboración a través de su respuesta. La información será de carácter anónimo para lo cual se le solicita responder de la manera más real posible.

Lea cuidadosamente y responda las siguientes preguntas.

#### I. Datos Generales:

1. Edad :..... Sexo: (M) (F)
  
2. Grado de instrucción:  
Sin instrucción ( )      Primaria ( )      Secundaria ( )      Superior ( )
  
3. Estado civil:  
Soltero ( )      Casado ( )      Viudo ( )      Divorciado ( )      Conviviente ( )
  
4. ¿Trabaja?  
Si ( )                      No ( )
  
5. ¿Vive con familia?  
Si ( )                      No ( )
  
6. ¿Padece de alguna enfermedad?  
Si ( )                      No ( )
  
7. ¿Está en tratamiento?  
Si ( )                      No ( )

3. **Instrucciones:** Marque con una X en el espacio correspondiente según como usted se haya sentido durante la última semana.

| Nº. | PREGUNTA  | RESPUESTA                      |                                |
|-----|---|--------------------------------|--------------------------------|
| 1   | ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?                                   | Si<br><input type="checkbox"/> | No<br><input type="checkbox"/> |
| 2   | ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?        | Si<br><input type="checkbox"/> | No<br><input type="checkbox"/> |
| 3   | ¿Siente que su vida está vacía?   | Si<br><input type="checkbox"/> | No<br><input type="checkbox"/> |
| 4   | ¿Se siente aburrido frecuentemente?   | Si<br><input type="checkbox"/> | No<br><input type="checkbox"/> |
| 5   | ¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del Tiempo?                                    | Si<br><input type="checkbox"/> | No<br><input type="checkbox"/> |
| 6   | ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?                              | Si<br><input type="checkbox"/> | No<br><input type="checkbox"/> |
| 7   | ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?                                       | Si<br><input type="checkbox"/> | No<br><input type="checkbox"/> |
| 8   | ¿Se siente con frecuencia desamparado?  | Si<br><input type="checkbox"/> | No<br><input type="checkbox"/> |
| 9   | ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?                      | Si<br><input type="checkbox"/> | No<br><input type="checkbox"/> |
| 10  | ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad? | Si<br><input type="checkbox"/> | No<br><input type="checkbox"/> |
| 11  | ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?  | Si<br><input type="checkbox"/> | No<br><input type="checkbox"/> |
| 12  | ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?                       | Si<br><input type="checkbox"/> | No<br><input type="checkbox"/> |
| 13  | ¿Se siente lleno de energía?  | Si<br><input type="checkbox"/> | No<br><input type="checkbox"/> |
| 14  | ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?                             | Si<br><input type="checkbox"/> | No<br><input type="checkbox"/> |
| 15  | ¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?                | Si<br><input type="checkbox"/> | No<br><input type="checkbox"/> |

Nº 4.

**CUESTIONARIO DE ANSIEDAD DE LA ESCALA WILLIAM ZUNG**

Instrucciones: Marque con una X en el espacio correspondiente según como usted se haya sentido durante la última semana.

| <b>Preguntas</b>   | <b>Nunca</b> | <b>A veces</b> | <b>Siempre</b> | <b>Muchas veces</b> |
|--|--------------|----------------|----------------|---------------------|
| 1. Se ha sentido últimamente más nervioso y ansioso.         |              |                |                |                     |
| 2. Se ha sentido temeroso sin razón                          |              |                |                |                     |
| 3. Se ha irritado fácilmente o ha sentido pánico             |              |                |                |                     |
| 4. Se siente decaído.  |              |                |                |                     |
| 5. Ha sentido que nada malo va a pasar/ que todo va bien     |              |                |                |                     |
| 6. Se ha sentido tembloroso                                  |              |                |                |                     |
| 7. Le ha dolido el cuello, la espalda o la cabeza            |              |                |                |                     |
| 8. Se ha sentido débil y se cansa fácilmente                 |              |                |                |                     |
| 9. Se ha sentido calmado y puede mantenerse quieto.          |              |                |                |                     |
| 10. Ha sentido palpitaciones, taquicardia, últimamente.      |              |                |                |                     |
| 11. Se ha sentido últimamente mareado.                       |              |                |                |                     |
| 12. Se ha desmayado o sentido síntomas de desmayo.           |              |                |                |                     |
| 13. Ha podido respirar con facilidad.                        |              |                |                |                     |
| 14. Ha sentido hormigueo/falta de sensibilidad en los dedos. |              |                |                |                     |
| 15. Ha sentido náuseas y malestar en el estómago.            |              |                |                |                     |
| 16. Ha orinado con mayor frecuencia de lo normal.            |              |                |                |                     |
| 17. Ha sentido sus manos secas y calientes.                  |              |                |                |                     |
| 18. Se ha ruborizado con frecuencia.                         |              |                |                |                     |
| 19. Ha dormido bien y descansado toda la noche.              |              |                |                |                     |
| 20. Ha tenido pesadillas.                                    |              |                |                |                     |

Nº 5.

**TEST DE CYPAC – AM: CAPACIDAD Y PERCEPCIÓN DEL AUTOCUIDADO  
DEL ADULTO MAYOR**

**INSTRUCCIONES.** Estimado Sr(a). El presente test se realiza con el objetivo de realizar un estudio de investigación para medir la capacidad de autocuidado en los adultos mayores, en aras de realizar intervenciones futuras para modificar y mejorar su estado de salud, por lo que se necesita su cooperación y sinceridad en las respuestas, para tal efecto sírvase marcar con un aspa (x) dentro de los paréntesis las respuestas que usted considere pertinente.

**I. ACTIVIDAD FÍSICA:**

1. ¿Puede Ud. moverse sin ayuda?

- a) Si puedo                    ( )
- b) No puedo                    ( )

2. ¿Participa en grupos de adultos mayores?

- a) Si participo                    ( )
- b) A veces participo            ( )
- c) No participo                    ( )

3. ¿Practica ejercicios físicos sistemáticamente (nadar, caminar, correr, montar bicicleta, ir al gimnasio u otros)?

- a) Si lo hago                    ( )
- b) A veces lo hago              ( )
- c) No lo hago                    ( )

4. ¿Camina 10 cuadras diarias (1 km.) o sube escaleras?

- a) Si                                ( )
- b) A veces                        ( )
- c) No                                ( )

**II. ALIMENTACIÓN:**

1. ¿Prepara sus alimentos y se alimenta sin ayuda?

- a) Si                                ( )
- b) No                                ( )

2. ¿Tiene establecido un horario fijo para comer?

- a) Si
- b) A veces
- c) No

3. ¿Prefiere los alimentos sancochados que fritos?

- a) Si
- b) A veces
- c) No

4. ¿Consume la dieta adecuada aunque no le guste?

- a) Si
- b) A veces
- c) No

### **III. ELIMINACIÓN:**

1. ¿Puede controlar sus esfínteres y realizar sus deposiciones sin ayuda (orina, heces)?

- c) Si puedo
- d) No puedo

2. ¿Tiene un patrón intestinal diario regular (realiza sus deposiciones todos los días en un horario establecido)?

- a) Si
- b) A veces
- c) No

3. ¿Tiene como hábito mirar sus deposiciones?

- a) Si
- b) A veces
- c) No

4. ¿Tiene como hábito ingerir agua entre las comidas (Más de 6 vasos al día comenzando por la mañana al levantarse)?

- a) Si

b) A veces

c) No

#### **IV. DESCANSO Y SUEÑO:**

1. ¿Puede controlar su periodo de descanso y sueño?

a) Si puedo

b) No puedo

2. ¿Tiene el hábito de descansar sin dormir después?

a) Si

b) A veces

c) No

3. ¿Tiene el hábito de irse a la cama en un horario fijo?

a) Si

b) A veces

c) No

4. ¿Procura dormir las horas necesarias diarias (8 horas diarias)?

a) Si

b) A veces

c) No

#### **V. HIGIENE Y CONFORT:**

1. ¿Puede realizar su higiene y mantener su confort sin ayuda?

c) Si puedo

d) No puedo

2. ¿Se baña diariamente y a un horario establecido

a) Si

b) A veces

c) No

3. ¿Se lava las manos antes de comer y después de ir al baño?

a) Si

b) A veces

c) No

4. ¿Usa una toalla independiente para secarse los pies?

a) Si

b) A veces

c) No

## **VI. MEDICACIÓN**

1. ¿Se responsabiliza Ud. del consumo de sus medicamentos y puede Controlarlo?

a) Si puedo

b) No puedo

2. ¿Cumple estrictamente con el tratamiento indicado?

a) Si

b) A veces

c) No

3. ¿Solo tomas medicamentos que te indica el médico?

a) Si

b) A veces

c) No

4. ¿Si necesita algún medicamento, consulta primero antes de tomarlo?

a) Si

b) A veces

c) No

## **VII. CONTROL DE LA SALUD**

1. ¿Tiene control y puede responsabilizarse de su salud?

a) Si puedo

b) No puedo

2. ¿Controla su peso o sabe cuánto debe pesar?

a) Si

b) A veces

c) No

3. ¿Conoce la frecuencia de sus consultas al centro de salud y acude a ellas?

a) Si

b) A veces

c) No

4. ¿Se realiza autochequeos periódicos en casa (examen de mamas, control de glucosa, inspección de la piel y de la boca, medición de la temperatura, etc.)?

a) Si

b) A veces

c) No

### **VIII. ADICCIONES O HÁBITOS TÓXICOS**

1. ¿Puede mantenerse sin ningún hábito tóxico (consumo de alcohol, fumar cigarro, mascar coca, etc.)?

a) Si puedo

b) No puedo

2. ¿Puede controlar la cantidad del tóxico que consume (alcohol, cigarro, coca)?

a) Si

b) A veces

c) No

3. ¿Tiene un hábito tóxico pero intenta deshacerse de él?

a) Si

b) A veces

c) No

4. ¿Tiene más de un hábito tóxico pero intenta dejarlos?

a) Si

b) A veces

c) No