

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**Depresión y desesperanza en adultos mayores de un Club del  
Adulto Mayor en el distrito de Comas**

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

**AUTOR**

**Clara Jesús de la Cruz Ortega**

**ASESOR**

**Claudia Rebeca Cahui Ramirez**

**Lima, Perú**

**2023**

## METADATOS COMPLEMENTARIOS

### Datos del autor

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (opcional)	

### Datos del asesor

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	
Número de Orcid (obligatorio)	

### Datos del Jurado

#### Datos del presidente del jurado

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

#### Datos del segundo miembro

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

#### Datos del tercer miembro

Nombres	
Apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número del documento de identidad	

**Datos de la obra**

Materia*	
Campo del conocimiento OCDE Consultar el listado:	
Idioma (Normal ISO 639-3)	
Tipo de trabajo de investigación	
País de publicación	
Recurso del cual forma parte (opcional)	
Nombre del grado	
Grado académico o título profesional	
Nombre del programa	
Código del programa Consultar el listado:	

\*Ingresar las palabras clave o términos del lenguaje natural (no controladas por un vocabulario o tesoro).

## FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

### PROGRAMA DE ESTUDIOS DE PSICOLOGÍA SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LICENCIATURA

#### ACTA N° 124-2023

En la ciudad de Lima, a los veinte días del mes de diciembre del año dos mil veintitrés, siendo las 12:55 horas, la Bachiller De La Cruz Ortega Clara Jesús sustenta su tesis denominada "**Depresión y desesperanza en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas**" para obtener el Título Profesional de Licenciada en Psicología, del Programa de Estudios de Psicología.

El jurado calificó mediante votación secreta:

- |                                       |                     |
|---------------------------------------|---------------------|
| 1.- Prof. Rafael Del Busto Bretoneche | APROBADO: BUENO     |
| 2.- Prof. Victoria Sandoval Medina    | APROBADO: BUENO     |
| 3.- Prof. Joaquín Angulo Salas        | APROBADO: MUY BUENO |

Se contó con la participación del asesor:

- 4.- Prof. Rebeca Cahui Ramírez

Habiendo concluido lo dispuesto por el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Católica Sedes Sapientiae y siendo las 13:50 horas, el Jurado da como resultado final, la calificación de:

**APROBADO: BUENO**

Es todo cuanto se tiene que informar.



Prof. Rafael Martin Del Busto Bretoneche  
Presidente



Prof. Victoria Sandoval Medina



Prof. Joaquín Angulo Salas



Prof. Rebeca Cahui Ramírez

Lima, 20 de diciembre del 2023

**Anexo 2**

**CARTA DE CONFORMIDAD DEL ASESOR(A) DE TESIS / INFORME ACADÉMICO/ TRABAJO DE INVESTIGACIÓN/ TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL CON INFORME DE EVALUACIÓN DEL SOFTWARE ANTIPLAGIO**

Lima, 01 de marzo de 2024

Señor(a),

Yordanis Enriquez Canto  
Facultad de Ciencias de la Salud

Reciba un cordial saludo.

Sirva el presente para informar que la tesis, bajo mi asesoría, con título: Depresión y desesperanza en adultos mayores de un club del Adulto Mayor en el distrito de Comas, presentado por Clara Jesús de la Cruz Ortega (2016100520 y 72016759) para optar el título profesional de Psicólogo ha sido revisado en su totalidad por mi persona y **CONSIDERO** que el mismo se encuentra **APTO** para ser sustentado ante el Jurado Evaluador.

Asimismo, para garantizar la originalidad del documento en mención, se les ha sometido a los mecanismos de control y procedimientos antiplagio previstos en la normativa interna de la Universidad, **cuyo resultado alcanzó un porcentaje de similitud de 1 %**. Por tanto, en mi condición de asesora, firmo la presente carta en señal de conformidad y adjunto el informe de similitud del Sistema Antiplagio Turnitin, como evidencia de lo informado.

Sin otro particular, me despido de usted. Atentamente,



---

Firma del Asesor (a)

DNI N°: 75813812

ORCID: [0000-0001-6786-6966](https://orcid.org/0000-0001-6786-6966)

Facultad de Ciencias de la Salud/Unidad Académica de la Facultad XXX UCSS

\* De conformidad con el artículo 8°, del Capítulo 3 del Reglamento de Control Antiplagio e Integridad Académica para trabajos para optar grados y títulos, aplicación del software antiplagio en la UCSS, se establece lo siguiente:

Artículo 8°. Criterios de evaluación de originalidad de los trabajos y aplicación de filtros

El porcentaje de similitud aceptado en el informe del software antiplagio para trabajos para optar grados académicos y títulos profesionales, será máximo de veinte por ciento (20%) de su contenido, siempre y cuando no implique copia o indicio de copia.

Depresión y desesperanza en adultos mayores de un Club del Adulto  
Mayor en el distrito de Comas

## **DEDICATORIA**

A Dios, que siempre está conmigo; también a mi familia; principalmente a mis padres y hermanos, por haber aportado en mi vida y formación académica de manera especial.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar si existe relación entre depresión y desesperanza en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas. **Materiales y métodos:** Este estudio es de tipo correlacional y de corte transversal. Asimismo, se realizó un censo a 60 adultos mayores. Además, se administró la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y la Escala de Desesperanza de Beck. Para efectuar el análisis estadístico, se utilizó el paquete estadístico STATA 15, y se emplearon las pruebas de Chi-Cuadrado, Shapiro Wilk, Kruskal-Wallis y Análisis de la Varianza. **Resultados:** Se encontró relación entre depresión y desesperanza ( $p=0.000$ ); de igual forma, se halló asociación entre la depresión y religión ( $p=0.014$ ), así como entre la desesperanza y las variables: religión ( $p=0.026$ ), tiene hijos ( $p=0.004$ ) y pensión o jubilación ( $p=0.053$ ). **Conclusión:** La mayoría de los evaluados presentó un nivel normal de desesperanza y ausencia de depresión; sin embargo, hubo un grupo importante que reportó padecer depresión moderada y desesperanza leve. Los adultos mayores que carecen de expectativas mayoritariamente negativas sobre el futuro, con sentido de espiritualidad y apoyo de su entorno, afrontan con mayor éxito las circunstancias de la vida diaria y las condiciones desfavorables, lo cual repercute en su estado afectivo.

**Palabras clave:** Depresión, pesimismo, adulto mayor y religión (Fuente: DeCS).

## ABSTRACT

**Objective:** To determine if there is a relationship between depression and hopelessness in older adults of a Club del Adulto Mayor in the district of Comas. **Materials and Methods:** This is a cross-sectional correlational study. A census of 60 older adults was carried out. In addition, the Yesavage Geriatric Depression Scale and the Beck Hopelessness Scale were administered. The statistical analysis was performed using the STATA 15 statistical package, and the Chi-Square, Shapiro Wilk, Kruskal-Wallis and Analysis of Variance tests were used. **Results:** A relationship was found between depression and hopelessness ( $p=0.000$ ), as well as between depression and religion ( $p=0.014$ ), and also between hopelessness and the variables: religion ( $p=0.026$ ), has children ( $p=0.004$ ) and pension or retirement ( $p=0.053$ ). **Conclusion:** The majority of those evaluated presented a normal level of hopelessness and absence of depression, however, there was an important group that reported suffering from moderate depression and mild hopelessness. Older adults who lack mostly negative expectations about the future, with a sense of spirituality and support from their environment, cope more successfully with the circumstances of daily life and unfavorable conditions, and this has an impact on their affective state.

**Keywords:** Depression, pessimism, elderly and religion (Source: DeCS).

## ÍNDICE

RESUMEN.....	iv
ABSTRACT.....	v
ÍNDICE .....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	viii
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	3
1.1. Situación problemática.....	3
1.2. Formulación del problema.....	4
1.2.1 Problema general.....	4
1.2.2 Problemas específicos .....	4
1.3. Justificación de la investigación .....	4
1.4. Objetivos de la investigación.....	5
1.4.1 Objetivo general.....	5
1.4.2 Objetivos específicos .....	5
1.5 Hipótesis.....	5
1.5.1 Hipótesis general .....	5
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. Antecedentes de la investigación.....	7
2.1.1 Antecedentes internacionales .....	7
2.1.2 Antecedentes nacionales .....	8
2.2. Bases teóricas .....	10
2.2.1. Depresión .....	10
2.2.2. Desesperanza.....	14
2.2.3. Depresión y desesperanza.....	16
CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS .....	22
3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación .....	22
3.2. Población y muestra.....	22
3.2.1. Criterios de inclusión y exclusión .....	22
3.3. Variables.....	22
3.3.1. Definición conceptual y operacionalización de variables .....	22
3.4. Plan de recolección de datos e instrumentos .....	25
3.4.1 Plan de recolección de datos .....	25
3.4.2 Instrumentos .....	26
3.5. Plan de análisis e interpretación de la información.....	28
3.6. Ventajas y limitaciones.....	28
3.7. Aspectos éticos.....	29
CAPÍTULO IV. RESULTADOS.....	30
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN .....	34
5.1. Discusión .....	34
5.2. Conclusiones .....	37
5.3. Recomendaciones .....	38
REFERENCIAS .....	40
ANEXOS.....	47
Anexo 1. Ficha sociodemográfica .....	47
Anexo 2. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage .....	48
Anexo 3. Escala de Desesperanza de Beck.....	49
Anexo 4. Carta de consentimiento informado.....	50
Anexo 5. Matriz de consistencia.....	51
Anexo 6. Cuadro de operacionalización de variables principales .....	52
Anexo 7. Cuadro de operacionalización de las variables sociodemográficas .....	53

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de las variables sociodemográficas .....	30
Tabla 2. Descripción de las variables principales (depresión y desesperanza) .....	31
Tabla 3. Asociación entre las variables principales (depresión y desesperanza) .....	31
Tabla 4. Asociación entre depresión y las variables sociodemográficas .....	32
Tabla 5. Asociación entre desesperanza y las variables sociodemográficas .....	33

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo cognitivo de la depresión .....	11
Figura 2. Teoría de la desesperanza de la depresión .....	18

## INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), la cantidad de personas mayores se ha ido incrementando a nivel mundial. Asimismo, se calcula que, entre 2015 y 2050, dicha proporción pasará de 12% a 22%. Lo mismo ocurre en el Perú con la proporción y tasa de crecimiento de la población adulta mayor (Ramos, 2013): el 13% de la población corresponde a la tercera edad (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2021). Esta última etapa del ciclo vital trae consigo el desarrollo de diversas patologías. En ese sentido, la OMS (2017) refirió que la depresión unipolar es un trastorno que perjudica al 7% de la población de adultos mayores en general y representa el 5.7% de los años vividos con una discapacidad. De igual modo, a nivel nacional, el 3.8% de adultos mayores experimenta un estado depresivo de moderado a severo (Instituto Nacional de Salud Mental [INSM], 2012).

Asimismo, de acuerdo con Marcel (2005), algunos ancianos también pueden vivenciar desesperanza durante este periodo, la cual, según Stotland (como se citó en Bolio et al., 2015), corresponde a uno de los elementos característicos de la depresión. No obstante, la desesperanza también puede ocurrir independientemente o preceder a la depresión (Dunn, 2005). Ello puede explicarse a través de la teoría de la depresión por desesperanza, concebida por Abramson et al. (1989), quienes postularon que los sujetos que poseen estilos inferenciales negativos (vulnerabilidad cognitiva) sobre el futuro tienen una mayor probabilidad de desarrollar síntomas depresivos tras un acontecimiento vital de estrés.

En este sentido, se consideró formular la siguiente incógnita: ¿existe relación entre la depresión y la desesperanza en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas? El objetivo consiste en determinar si existe la relación antes mencionada. A su vez, se consideró relevante realizar esta investigación, porque puede servir para extender los conocimientos teóricos sobre la relación entre la depresión y la desesperanza, y, de la misma manera, sobre otras variables implicadas que acompañan al adulto mayor en el transcurso de esta etapa. Asimismo, con los resultados de este estudio, los adultos mayores podrían ser beneficiados, pues tendrán acceso a información referente a su salud, y, por su parte, el Club del Adulto Mayor podría ejecutar lineamientos de acción para mejorar el funcionamiento de los participantes. En cuanto a las limitaciones de la investigación, principalmente se encuentra que, al haber sido modesta la población, los resultados no pueden ser generalizados a otras poblaciones; asimismo, la significancia en los resultados es limitada. Por otra parte, las ventajas son que el estudio es de corte transversal; el instrumento utilizado para medir la desesperanza tiene una adaptación peruana; y el empleado para medir la depresión tiene propiedades psicométricas adecuadas.

El interés sobre estas variables ha impulsado a varios investigadores. Por ejemplo, en la ciudad de Cuenca, Silva y Vivar (2015) descubrieron que factores relacionados como la dependencia, la falta de redes de apoyo emocional y los esquemas disfuncionales impulsan el desarrollo de síntomas depresivos en adultos mayores. Por otra parte, Llanes et al. (2015), en la ciudad de La Habana, hallaron que factores psicológicos como sociales que rodean al adulto mayor pueden desencadenar un sentimiento de desesperanza que los podría conducir a una depresión severa. En relación con ello, Şahin et al. (2018), en Turquía, reportaron que las puntuaciones de desesperanza expresadas por personas mayores se asociaban positivamente con ser viudo/a y tener ingresos mensuales bajos. Por su parte, en un estudio efectuado por Sarin et al. (2016) en la India se descubrió una fuerte correlación positiva entre la depresión y la desesperanza en los ancianos.

Por lo tanto, la hipótesis principal de este estudio fue: sí existe relación entre la depresión y la desesperanza en los adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas. De acuerdo con lo anterior, la depresión en los sujetos de la tercera edad se conceptualiza como todos aquellos síntomas cognitivos, emocionales y somáticos, tales como sentimientos de tristeza, falta de energía, problemas de interacción social, sentimientos de inutilidad, desesperación, entre otros, de acuerdo con los criterios del DSM-IV-TR (Yesavage et al., 1982). Por su parte, la desesperanza se concibe como un sistema de esquemas cognitivos, que son patrones estables que transforman los datos en cogniciones y se activan por inputs ambientales, en el que se crean varias expectativas negativas sobre el futuro inmediato o distante, las cuales se expresan en las creencias de que la persona nunca podrá salir adelante por sí misma, jamás logrará tener éxito en lo que intente, no conseguirá sus metas y tampoco resolverá los problemas que afronte en la vida (Beck et al., 1974; Beck et al., 2010; Stotland, 1969).

Finalmente, a continuación, se señala de forma ordenada los cinco capítulos que componen este trabajo. El primer capítulo expone la situación problemática, la formulación del problema, la justificación de la investigación, los objetivos y las hipótesis. El segundo alberga el marco teórico, los antecedentes de la investigación y las bases conceptuales de las variables estudiadas. En el tercero, se describen los materiales y los métodos, que principalmente contiene los detalles de la población y los instrumentos aplicados. En el cuarto, se observan los resultados del estudio. Finalmente, el quinto capítulo está destinado a la discusión, que contiene la interpretación de los resultados, así como las conclusiones y las recomendaciones.

## CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Situación problemática

Según la OMS (2017), la proporción de individuos de la tercera edad se encuentra en incremento a nivel global. Por lo tanto, se estima que esta proporción crecerá del 12% al 22% entre 2015 y 2050. El envejecimiento de las personas, un problema demográfico propio del continente europeo, es ahora también una preocupación en Latinoamérica y el Caribe (Ramos, 2013). El Perú ha sido reconocido como un país de envejecimiento moderado avanzado; es decir, la proporción y la tasa de crecimiento de la población anciana ha aumentado significativamente (Ramos, 2013): en la actualidad, el 13% de la población está compuesta por sujetos mayores (INEI, 2021).

A nivel nacional, las estadísticas indican que los hogares con presencia de algún adulto mayor representan el 37.8% por cada departamento y, en el caso de Lima Metropolitana, se encuentra el 39.6%. Además, con respecto a las características de los adultos mayores en el país, se encontró que el 41.9% alcanzó a estudiar la primaria, el 58.4% era casado o conviviente, el 32.2% estaba afiliado a un sistema de pensión y el 78.0% reportó padecer algún problema de salud crónico (INEI, 2022). También, los datos estadísticos revelan que la adultez mayor inicia a partir de los 60 años de edad, periodo en el que atraviesan fisiológicamente un progresivo declive tanto de las funciones orgánicas como psicológicas (INEI, 2021).

En este sentido, una de las problemáticas psicológicas que afecta con mayor frecuencia al adulto mayor es la depresión (National Institute on Aging [NIH], 2022). De manera similar, la OMS (2017) informó que la depresión perjudica negativamente al 7% de la población general de personas mayores. Asimismo, este trastorno representa el 5.7% de los años con discapacidad. De manera semejante, en un estudio peruano, se sugirió que el 3.8% de los individuos de la tercera edad padece un estado depresivo que va de moderado a severo (INSM, 2012).

De acuerdo con González (como se citó en Acosta y García, 2007), la depresión es una enfermedad mental asociada con enfermedades crónicas debilitantes y algunos traumas que son más comunes en adultos mayores. De igual modo, según Ferreira y Sherman (como se citó en Acosta y García, 2007), esta patología suele relacionarse con la presencia de dolor, percepción de apoyo social y optimismo. Por ello, la depresión se considera uno de los mayores problemas de salud en este grupo de edad; sin embargo, la mayoría de ellos no recibe tratamiento y agrava su pronóstico (Mori y Caballero, 2010).

También, la depresión se ha asociado con la desesperanza; inclusive, se ha señalado que esta es una causa proximal suficiente de los síntomas de la depresión (Abramson et al., 1978). Asimismo, Dunn (2005) indicó que la desesperanza puede ser un precursor de la depresión o evidenciarse de forma independiente. Por su parte, Sarin et al. (2016) encontraron una fuerte correlación positiva entre la depresión y la desesperanza en sujetos mayores; de igual forma, Laurente (2017) detectó que la desesperanza guarda asociación con la depresión en ancianos que acudían a un puesto de salud. Estos resultados apoyan lo encontrado por Nekanda-Trepka et al. (1983), quienes señalaron que la desesperanza se relaciona con los pacientes deprimidos, aunque puede haber considerables diferencias individuales. Por otra parte, en lo que respecta a un estudio de alcance descriptivo, también se ha descubierto presencia simultánea de depresión y desesperanza en personas de la tercera edad que pertenecían a una comunidad (Luengo et al., 2021).

Según Stotland (1969), la desesperanza es un conjunto de esquemas cognitivos en los que el individuo mantiene expectativas negativas sobre el futuro a mediano y largo plazo. Por su parte, Beck (1974) se adhirió a este concepto y añadió que, a diferencia de la angustia, el sujeto que presenta desesperanza visualiza el futuro como irresoluble. Específicamente, para Marcel (2005), el adulto mayor experimenta desesperanza cuando desea escapar de un problema, el cual interpreta como insoluble y no posee la esperanza de que este pueda ser resuelto en un futuro. Estas expectativas negativas, según Abramson et al. (1997), podrían conducir a síntomas de depresión.

En relación con lo mencionado, Şahin et al. (2018) hallaron que el 81% de los ancianos que encuestaron en su estudio dijeron sentirse desesperanzados. A nivel nacional, Laurente (2017) encontró que el 35.2% de adultos mayores que evaluó reportaron sentirse desesperanzados todo el tiempo.

Como se ha señalado anteriormente, las personas mayores están expuestas a muchos cambios y eventos que escapan de su control, escenarios que podrían suponer un riesgo para su salud mental y que, de no ser detectados y abordados a tiempo, pueden precipitar en el sujeto síntomas de desesperanza, la cual se relaciona con la depresión. Debido a esto, se planteó, en el presente estudio, el objetivo general de determinar si existe relación entre la depresión y la desesperanza en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

El problema general es el siguiente: ¿existe relación entre la depresión y la desesperanza en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas?

### **1.2.2 Problemas específicos**

Los problemas específicos son los siguientes:

- ¿Cuáles son los niveles de depresión en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas?
- ¿Cuáles son los niveles de desesperanza en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas?
- ¿Cuáles son las variables sociodemográficas en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas?
- ¿Cuál es la relación entre la depresión y las variables sociodemográficas en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas?
- ¿Cuál es la relación entre la desesperanza y las variables sociodemográficas en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas?

## **1.3. Justificación de la investigación**

De acuerdo con el criterio de conveniencia, la presente investigación puede servir para extender los conocimientos de la relación entre la depresión y la desesperanza, así como de otras variables implicadas que acompañan al adulto mayor, pues, en la actualidad, en el Perú, no existen muchas investigaciones sobre los factores asociados con la depresión y la desesperanza.

En relación con el criterio de relevancia social, pueden ser beneficiados con los resultados de este estudio, en primer lugar, los adultos mayores pertenecientes al club en mención, dado que, conociendo cierto nivel de información sobre su estado actual, pueden buscar ayuda para mejorarlo. En segundo lugar, se encuentra el Club del Adulto

Mayor del distrito de Comas, ya que serán provistos de datos para impulsar el desarrollo de programas de prevención y promoción relacionados con la salud mental para adultos mayores, sus familiares o cuidadores. En tercer lugar, los familiares también pueden ser beneficiados, ya que pueden participar en talleres familiares preventivos organizados por el club en cuestión para ser sensibilizados y concientizados sobre el proceso que atraviesan los adultos mayores en esta etapa.

Finalmente, en cuanto al criterio de articulación, es de amplio conocimiento que la depresión en el adulto mayor es un problema de salud pública. Por esta razón, el gobierno peruano ha desarrollado programas orientados a atender este problema, en los cuales resalta la importancia de que aquel sea apoyado por la familia. Además, en este entorno, se promueve el envejecimiento socialmente activo y la salud mental (Ministerio de Salud [MINSA], 2016).

#### **1.4. Objetivos de la investigación**

A continuación, se detalla el objetivo general y los objetivos específicos del presente estudio.

##### **1.4.1 Objetivo general**

El objetivo general es el siguiente: determinar si existe relación entre depresión y desesperanza en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas.

##### **1.4.2 Objetivos específicos**

Los objetivos específicos del estudio son los siguientes:

- Describir los niveles de depresión en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas.
- Identificar los niveles de desesperanza en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas.
- Describir las variables sociodemográficas en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas.
- Determinar la relación entre la depresión y las variables sociodemográficas en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas.
- Determinar la relación entre la desesperanza y las variables sociodemográficas en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas.

#### **1.5 Hipótesis**

##### **1.5.1 Hipótesis general**

H1: Existe relación entre depresión y desesperanza en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas.

H0: No existe relación entre depresión y desesperanza en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas.

### **1.5.2 Hipótesis específicas**

H1: Existe relación entre la depresión y las variables sociodemográficas en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas.

H0: No existe relación entre la depresión y las variables sociodemográficas en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas.

H1: Existe relación entre la desesperanza y las variables sociodemográficas en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas.

H0: No existe relación entre la desesperanza y las variables sociodemográficas en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas.

## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes de la investigación**

#### **2.1.1 Antecedentes internacionales**

En Colombia, Vinaccia et al. (2021) presentaron un estudio con el objetivo de determinar las relaciones entre la calidad de vida, la resiliencia y la depresión en sujetos mayores domiciliados en una ciudad. Para ello, participaron 100 adultos mayores, hombres y mujeres, alfabetizados y sin deterioro cognitivo. Se utilizó la Escala de Calidad de Vida (CASP-19), la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC 10) y la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CESD) para valorar los constructos. Por otra parte, el estudio tuvo un diseño no experimental de corte transversal y con un alcance descriptivo correlacional. Los resultados denotaron altos valores en las dimensiones de calidad de vida; de igual forma, se observaron puntajes altos en resiliencia y bajos en depresión. Por lo tanto, se concluyó que la resiliencia cumple un rol protector en el afrontamiento del estrés, la depresión, la ansiedad y el trauma en los ancianos, mientras que mayores niveles de depresión se asocian con una baja calidad de vida.

Dang et al. (2021), en China, se interesaron en realizar un estudio cuya finalidad fue explorar los factores asociados con la desesperanza y el papel moderador de las redes sociales entre los adultos mayores chinos. Para lograrlo, conformaron una muestra de 837 adultos mayores de nueve comunidades de Xi'an y Beijing. Además, para valorar la desesperanza, utilizaron la Escala de Desesperanza de Beck (BHS). De igual modo, el estudio fue cuantitativo y transversal. Sus hallazgos evidenciaron que el 61.9% de encuestados reportó diferentes niveles de síntomas de desesperanza; el 71.2% refirió dormir mal, y el 21.1%, bajos niveles de redes sociales. Asimismo, con un análisis de regresión múltiple jerárquica, los investigadores evidenciaron que el estado civil, los ingresos mensuales, la pensión alimenticia, la satisfacción vital y la calidad del sueño se asociaban significativamente con la desesperanza. Por tanto, concluyeron que los individuos de la tercera edad que no recibían apoyo económico de sus hijos presentaban mayores niveles de desesperanza. También, indicaron que cuanto peor es la calidad del sueño, mayor es el nivel de desesperanza en los adultos mayores. Sin embargo, los altos niveles de redes sociales podrían debilitar el efecto negativo de la calidad del sueño en la desesperanza.

Por otro lado, en la ciudad de Chillán, en Chile, Luengo et al. (2021) buscaron describir la depresión y la desesperanza en adultos mayores pertenecientes a una comunidad. Para ello, realizaron un censo a 78 personas de la tercera edad, a los cuales aplicaron la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) y la Escala de Desesperanza de Beck. El diseño de su estudio fue cuantitativo, de tipo descriptivo y transversal. Los resultados resaltan la existencia de un nivel de depresión leve en el 24.4%; y de depresión severa, en el 9.0%. También, se halló desesperanza leve en el 56.4%; moderada, en el 23.1%; y severa, en el 3.8% de los participantes. Concluyeron, de esta forma, que la mayoría de los adultos mayores encuestados sufren de depresión y de desesperanza; por lo tanto, la participación en grupos comunitarios es un factor protector que necesita ser fortalecido durante este periodo de vida.

Por su parte, en la India, Sarin et al. (2016) desarrollaron un estudio que tuvo como propósito examinar la presencia y la gravedad de la depresión, y el grado de actitudes negativas sobre el futuro en los ancianos institucionalizados. Asimismo, la muestra fue compuesta por residentes de diferentes residencias de ancianos de Delhi de edades que superaban los 60 años. La información fue recabada por medio de la administración del Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la (BHS). Además, este estudio fue de alcance correlacional con corte transversal. Los hallazgos revelaron la

presencia de depresión y desesperanza leve en los ancianos institucionalizados. También, se reportó una fuerte correlación positiva entre la depresión y la desesperanza. Entonces, se concluyó que, de aumentar la depresión, también se elevará la desesperanza; asimismo, existe la probabilidad de que tanto las pérdidas emocionales y sociales relacionadas con la institucionalización produzcan sintomatología depresiva en el adulto mayor.

Finalmente, en Cuba, Llanes et al. (2015) ejecutaron un estudio cuya finalidad fue describir los factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. La muestra estuvo conformada por 146 ancianos pertenecientes al Policlínico Docente Felipe Poey, que habían presentado, en consulta de salud mental, síntomas y signos depresivos. El instrumento utilizado para valorar la depresión fue la Escala de Depresión Geriátrica y, para las variables de edad, sexo, factores psicológicos y sociales, se usó un cuestionario. Asimismo, este estudio fue de corte transversal. Algunos resultados sugieren que predominó el sexo femenino, siendo el grupo de edad de 75-79 años el de mayor incidencia. Por otro lado, para los síntomas psicósomáticos, el 86.98% se sentía desesperanzado y la depresión establecida representó el 50.69%. Por tanto, se concluyó que tanto los factores psicológicos como los sociales que rodean al adulto mayor pueden desencadenar un sentimiento de desesperanza, lo que los podría llevar a una depresión mayor.

### **2.1.2 Antecedentes nacionales**

Por su parte, Escalante y Quispe (2020) decidieron determinar si existe relación entre el maltrato geriátrico y la depresión geriátrica en los adultos mayores pertenecientes a Centros Integrales de Lima Este. La muestra estuvo conformada por 88 adultos mayores y los instrumentos para la recolección de los datos fueron la Escala geriátrica de maltrato al adulto mayor y la GDS en versión reducida. Además, los investigadores utilizaron el tipo de investigación cuantitativa correlacional con corte transversal. Los resultados evidenciaron relaciones importantes entre diversas formas de abuso y depresión; no obstante, esta relación no se evidencia con el maltrato sexual. Concluyeron que el maltrato físico, psicológico, económico y negligente dirigido al anciano puede situarlo en desajustes emocionales que podrían conducirlo a la depresión.

Por su parte, en Lima, Caldas y Correa (2019) efectuaron una investigación cuya finalidad fue determinar la relación de la depresión y el deterioro cognitivo de las personas adultas mayores de una residencia geriátrica. Para ello, conformaron una muestra de 45 pacientes, a los cuales se les aplicó la GDS y también el Cuestionario Cognoscitivo Mini mental. Además, el tipo de estudio seleccionado fue cuantitativo correlacional. Los descubrimientos indicaron que no existía asociación entre el deterioro cognitivo y la depresión considerando la edad y el sexo; sin embargo, sí se halló relación entre la depresión y el deterioro cognitivo en participantes con nivel educativo hasta secundaria o incompleto. Los investigadores concluyeron que cuando las personas mayores poseen un nivel de instrucción de secundaria completa a menos, la relación entre la depresión y el deterioro cognitivo es significativa; en cambio, cuando reportan un grado superior incompleto a más, la relación no es significativa.

Asimismo, en Lima, Acuña (2019) elaboró una tesis cuyo objetivo fue identificar la relación entre los estilos de vida saludable, el apoyo social y la depresión en personas de la tercera edad. Su estudio contó con una muestra correspondiente a 80 personas mayores de 60 a 75 años que asistieron a los servicios gerontológicos de un centro integral. Para identificar la relación entre las variables, se utilizó el Test Fantástico y la GDS. Este estudio fue descriptivo básico y, en él, se empleó un diseño de correlación descriptivo. Entre los hallazgos se encuentran que el 27% estaba severamente

deprimido; el 34%, moderadamente deprimido; y el 39% no estaba deprimido. En cuanto a la depresión entre los ancianos por género, el 73% de las mujeres padecían una depresión más grave en comparación con el 27% de los hombres. Se concluyó, entonces, que existe relación entre las variables estilo de vida, ayuda social y depresión, ya que más apoyo social se asoció con menos depresión; de igual manera, a mejor estilo de vida, menor depresión.

Por su parte, Laurente (2017) realizó una investigación con el propósito de describir la asociación de los determinantes de riesgo con la depresión del adulto mayor en un puesto de salud. Para ello, conformó una muestra de 125 sujetos de la tercera edad, a los cuales se les aplicó una encuesta estructurada y un test para valorar la depresión. El estudio fue de tipo descriptivo, explicativo y transversal. Los resultados indicaron que los determinantes de riesgo para la depresión fueron los siguientes: en el 48%, la edad; en el 51.20%, ser de sexo femenino; en el 57.60%, siempre con tristeza; en el 54.40%, siempre con apatía; el 62.40% a veces con desesperanza; el 64%, a veces llanto; el 58.40%, siempre negligencia; el 80%, a veces ideación suicida; el 61.60%, con sentimiento de culpabilidad; el 58.40%, siempre con variación de energía, entre otros. Debido a esto, se concluyó que determinadas características personales y dimensiones (afectiva, cognoscitiva y somática) que reporta el adulto mayor pueden ser consideradas como determinantes de riesgo asociadas con la depresión.

Asimismo, Martina et al. (2017) elaboraron un artículo con el propósito de estimar la prevalencia y los factores relacionados con la depresión en la población peruana de la tercera edad según los hallazgos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2015. La muestra fue de 11 411 adultos mayores que respondieron a la ENDES 2014-2015. Asimismo, el diseño de esta investigación fue observacional, transversal y analítico. Con respecto a los resultados obtenidos, en cuanto a los factores de riesgo para la depresión, se encontró una prevalencia de 14.3%. Se identificó, además, los siguientes factores de riesgo: ser mayor de 75 años, falta de instrucción, ser mujer, el residir sin pareja, habitar en el área rural, así como tener bajos recursos económicos y padecer discapacidad. Se concluyó que la depresión se presenta entre las personas mayores del Perú de manera significativa. Además, se enfatizó que los factores que aumentan la posibilidad de padecer depresión en esta población es ser mujer, tener edad avanzada, la falta de educación, vivir sin pareja, presentar discapacidad, vivir en el campo y ser pobre.

Acosta y Sánchez (2017) realizaron una investigación para conocer la relación entre religiosidad y depresión en adultos mayores institucionalizados de Lima Metropolitana. En ese sentido, la muestra estuvo constituida por 150 personas mayores, incluyendo 88 mujeres y 62 hombres de 65 a 90 años. Los participantes fueron evaluados con la Age Universal (I-E 12) y la GDS-15. Los resultados pusieron de manifiesto que la orientación social de la variable religiosidad mostró una correlación débil pero significativa con la variable depresión. Por otra parte, el factor de orientación personal no presentó correlación con la depresión. De igual manera, se obtuvo que, en relación con el tiempo de residencia en los centros geriátricos, a mayor tiempo de residencia, existía una mayor orientación social. Asimismo, en torno al grado de instrucción, se halló una correlación negativa con la orientación social y el estado deprimido. Se concluyó que la religiosidad no estaría actuando como un factor protector frente a la depresión, puesto que, a mayor tendencia por obtener ganancias sociales, se observaría un mayor estado deprimido.

Finalmente, en Lambayeque, Montenegro y Santisteban (2016) realizaron una tesis con el objetivo de determinar los factores psicosociales asociados con la depresión en adultos mayores del centro poblado Los Coronados, Mochumí, en Lambayeque. Para esta investigación, participaron 36 adultos mayores a los cuales se les administró la

GDS, la Escala de Rosenberg y el Cuestionario de Factores Sociales. El diseño de este estudio fue descriptivo correlacional con corte trasversal. Se encontró, en los resultados, que el 45.8% de los adultos mayores presentaban un estado depresivo severo; y en relación con el factor social, se encontró que el 55.6% eran mayores de 65 años; el 41.7% eran casados; el 55.6% eran de sexo masculino; el 38.9% tenía instrucción secundaria; el 66.7% no participaban en actividades sociales; el 55.6% vivían solos y el 58.3% referían poseer apoyo. Debido a esto, se concluyó que dichos factores se asociaron con la presencia de un estado depresivo. Con esto, se demostró que los factores psicológicos y sociales están altamente vinculados.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Depresión**

#### **Modelo cognitivo de la depresión**

Existen varios modelos clínicos que, desde su enfoque, pretenden dar explicación al fenómeno que lleva más de 2000 años de estudio denominado depresión (Beck y Alford, 1967). El modelo que ha llamado mucho la atención y que surgió como respuesta a la necesidad de profundizar sobre el entendimiento y el tratamiento de este trastorno ha sido el modelo cognitivo de la depresión (Beck y Alford, 1967). De acuerdo con esto, al finalizar la década de 1970, Beck y Alford (1967) propusieron la siguiente definición para este problema: "patrón complejo de desviaciones en los sentimientos, la cognición y el comportamiento que no se representa como un trastorno psiquiátrico discreto, que está compuesto por complejos síntomas, cuya intensidad varía de leve a grave" (p. 9).

El presente modelo cognitivo de la depresión se fundamenta en estudios experimentales y contemplaciones clínicas principalmente (Beck et al., 2010), y proporciona un énfasis en el contenido cognitivo de los síntomas (Beck y Clark, 1988). De igual modo, Beck (1996), para construir un modelo cognitivo de la depresión, utilizó conceptos adelantados por otros teóricos de la época y se centró en resaltar el papel trascendental de los esquemas cognitivos en la etiología de los síntomas de la depresión, ya sea a nivel emocional, conductual y cognitivo.

Por lo tanto, en este modelo, se resaltan las manifestaciones cognitivas presentes en la sintomatología depresiva. Por una parte, se encuentran las ideas distorsionadas del paciente sobre su persona, sus vivencias y el futuro; aquellas interpretaciones tienden a mantener una connotación negativa (Beck y Alford, 1967). Por otra parte, se encuentra la expresión de autoculpa, puesto que la persona se atribuye deliberadamente la responsabilidad de los inconvenientes y problemas, tiende a reprocharse agudamente por tales cosas y, en los casos más graves, dirige a sí misma una serie de eventos en los que no está involucrada (Beck y Alford, 1967).

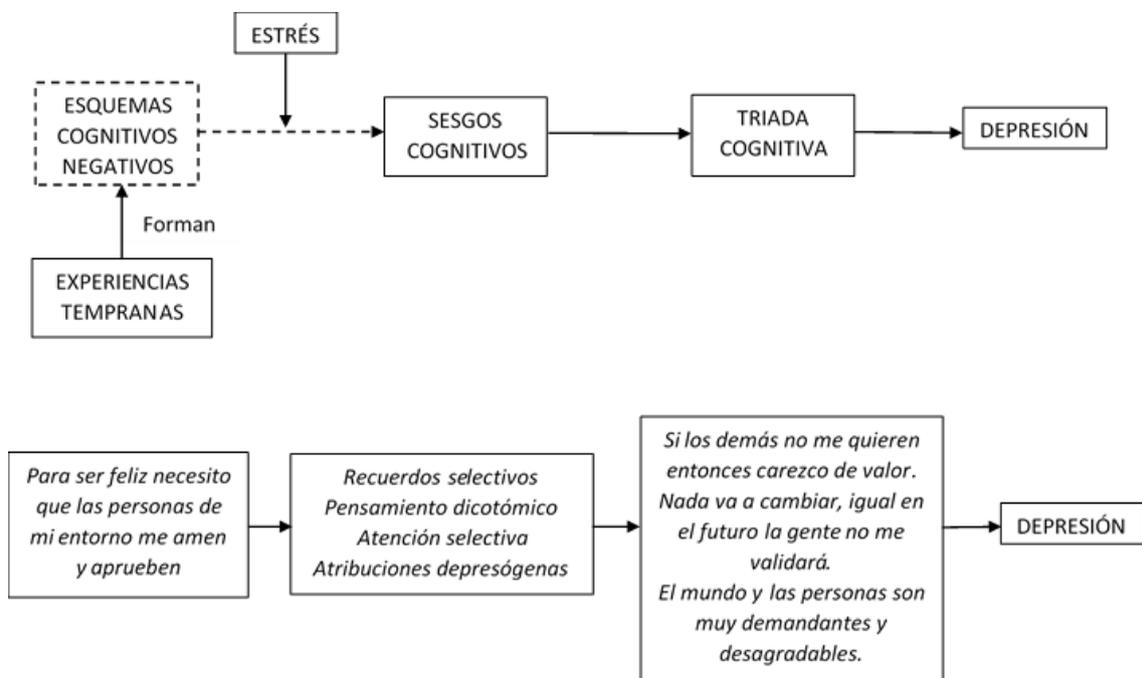
Cabe mencionar, además, que otro rasgo cognitivo de la depresión alude a la autovaloración negativa, la cual deriva en una baja autoestima y se evidencia en la inclinación del paciente a pensar que es defectuoso en áreas que son relevantes para él como podría ser la salud, el trabajo, la inteligencia, el rendimiento, etcétera, esferas que cambian de acuerdo con los intereses de la persona (Beck y Alford, 1967). También, es afectada la esfera de la toma de decisiones, que se expresa en la indecisión del individuo y que es predominantemente más notable en los cuadros más severos. El sujeto oscila permanentemente entre opciones y le cuesta decidirse por alguna. Asimismo, posterga su determinación o toma la decisión cuando ya es tarde (Beck y Alford, 1967). Este último hecho se explica desde un punto de vista cognitivo: los

pacientes creen que sean cuales sean sus elecciones, están equivocadas (Beck y Alford, 1967).

Siguiendo en esta línea, el modelo cognitivo de la depresión se basa en que existe una distorsión en el procesamiento de la información en los trastornos emocionales, incluida la depresión (Sanz, 1993). De acuerdo con Beck et al. (2010), los individuos depresivos valoran de forma excesiva los sucesos negativos que acontecen en su vida y evidencian lo que se conoce como la triada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. También, los postulados apuntan a que, en muchas casuísticas de depresión unipolar, la causa se relaciona con la interacción de tres componentes. El primero se relaciona con la presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el concepto de ciertos tipos de experiencias. El segundo hace mención a una alta valoración subjetiva de la importancia de aquellas experiencias (dicha percepción deriva de la estructura de la personalidad del sujeto). El tercer y último componente es un acontecimiento considerado relevante y que incide de forma directa sobre las actitudes disfuncionales de la persona (Sanz, 1993).

En estos términos, este modelo sostiene que el origen de la depresión inicia con la presencia de esquemas cognitivos disfuncionales formados durante las experiencias tempranas, que son activados por medio del estrés y producen sesgos cognitivos al procesar la información del entorno, lo cual se manifiesta en una triada cognitiva que consiste en una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro que expresaría la presencia de un cuadro de depresión (Beck y Alford, 1967). En este sentido, para efectos de una mayor comprensión, se presenta la Figura 1 a modo de ejemplo.

**Figura 1. Modelo cognitivo de la depresión**



*Nota:* La figura muestra el modelo cognitivo de la depresión propuesto por Aaron Beck.  
Fuente: Adaptado de Beck (como se citó en Vásquez et al., 2010).

Entonces, el modelo en cuestión se centra principalmente en tres elementos esenciales para explicar el trastorno depresivo: los esquemas disfuncionales, los errores

o sesgos en el procesamiento de la información y la triada cognitiva, los cuales son activados por el estrés (Beck et al., 2010).

El primer elemento corresponde a los esquemas disfuncionales propuestos por Beck et al. (2010), los cuales son utilizados para otorgar explicación al motivo por el cual la persona deprimida persiste con conductas y actitudes que le producen malestar, a pesar de la confrontación con datos reales de que en su vida se hallan aspectos positivos.

Para un mayor entendimiento de este concepto, es importante precisar que una persona, en el transcurso de su vida, experimenta acontecimientos que albergan múltiples estímulos. Por ello, el sujeto fija su atención en determinados estímulos en específico para conceptualizar la situación vivida. Ahora bien, esta interpretación variará según el sujeto, pero, en una persona en particular, se mantendrá estable al enfrentar eventos semejantes (Beck et al., 2010). Este fenómeno es entendido como patrones cognitivos duraderos y adquiere el nombre de esquemas (Beck et al., 2010).

De esta forma, en el individuo, al experimentar un evento importante, se activan ciertos esquemas con potencial suficiente para cambiar la información recibida en cogniciones (traducido como contenido ideacional verbal o gráfico). Asimismo, según la literatura, existen variedad de esquemas y su activación o permanente latencia dependerá de los estímulos recibidos (Beck et al., 2010).

Asimismo, según señala el modelo de esquemas disfuncionales, estos se caracterizan por ser duraderos e inaccesibles. Además, se remontan a las primeras experiencias del ser humano, predominantemente aversivas, como podría ser el rechazo y la crítica proveniente de figuras importantes para la persona (Vásquez et al., 2010), eventos que predisponen a los individuos a estas inclinaciones cognitivas negativas (Powles, 1974).

Entonces, considerando estas premisas, lo que ocurre cuando una persona sufre de depresión es que la conceptualización sobre sus experiencias las realiza de forma distorsionada por efecto de los esquemas negativos (Beck et al., 2010). Asimismo, cuando ya se encuentran activos dichos esquemas, trabajan sobre sí mismos para suprimir esquemas adaptativos; de esta forma, generan defectos en el procesamiento (Beck y Clark, 1988). Además, en este estado, también prolifera una activación de esquemas inadecuados que se manifiestan en situaciones que no mantienen una relación lógica, y en el caso de depresiones graves, el paciente llega a perder el control sobre sus propios pensamientos, no puede elaborar esquemas apropiados, a tal punto de que quedará totalmente sometido a merced de los esquemas idiosincráticos. Por tanto, inclusive, le resultará muy difícil tomar atención de otros estímulos de su ambiente. Esto le hace experimentar una constante de pensamientos nocivos (Beck et al., 2010).

Por lo tanto, dicho de otra manera, los esquemas idiosincráticos desadaptativos ejercen un gran dominio sobre el sistema del procesamiento de la información (Beck y Clark, 1988). Asimismo, estos esquemas constituyen una vulnerabilidad cognitiva para estados psicopatológicos como la depresión (Beck y Clark, 1988).

El segundo elemento del modelo cognitivo son los errores en el procesamiento de los datos. Estos sesgos cognitivos ratifican la creencia sesgada del sujeto y se organizan de la siguiente forma (Beck et al., 2010):

- Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): Hace referencia a la tendencia de la persona a realizar una conclusión anticipada, a pesar de la no existencia de un argumento sólido para demostrar o contradecir la conclusión.
- Abstracción selectiva (relativo al estímulo): Esto quiere decir descontextualizar la información recibida, dado que la persona focaliza su atención en una particularidad del estímulo. Con ello prescinde de otras piezas importantes de su experiencia y, por último, interpreta la totalidad de la situación en base al detalle extraído.
- Generalización excesiva (relativo a la respuesta): Consiste en utilizar sucesos apartados de una determinada situación para crear una norma general y aplicarla a circunstancias semejantes o desvinculadas.
- Maximización y minimización (relativo a la respuesta): Se pone de manifiesto cuando se efectúa una incorrecta valoración de un hecho, ya sea en su significado o importancia, que se puede expresar al engrandecer algo que no es necesario o empequeñecer algo que no lo merece, lo cual produce, entonces, una gran deformación del hecho en sí.
- Personalización (relativo a la respuesta): Inclinación a autoasignarse características ajenas, aunque no se cuente con pruebas que pongan en evidencia que existe un vínculo entre ambos.
- Pensamiento absolutista (relativo a la respuesta): Proceso por medio del cual el paciente clasifica sus vivencias en dos categorías contrarias, que van de un extremo a otro, excluyendo los puntos intermedios. Aquellos sujetos con depresión predominantemente sitúan sus experiencias en el extremo negativo.

El último elemento del modelo cognitivo es denominado triada cognitiva. Por este medio, se postula que el sujeto con depresión manifiesta una visión negativa sobre sí mismo, sus propias experiencias y su futuro. Así, el primer componente de esta tríada supone una subestimación del individuo, es decir, que trata de enfatizar sus cualidades negativas, y, en cambio, presta poca o nula atención a sus cualidades positivas. Por lo tanto, tiende a menospreciarse, considerarse inútil, fracasado, derrotado, y pensar que estos defectos son los que originan sus malas experiencias, su falta de éxito o infelicidad, lo cual acentúa aún más su autoconcepto negativo (Beck et al., 2010).

El siguiente componente de esta triada señala que la persona con esta condición denota una inclinación a interpretar de manera negativa los sucesos de su entorno. En otras palabras, percibe sus experiencias como sumamente difíciles de ser superadas. Dicha percepción la conduce a formar conclusiones adelantadas con connotación negativa y a tergiversar los hechos asociados con sus vivencias para que encajen con su conclusión sesgada (Beck et al., 2010).

En tercera instancia, el último componente subraya la visión negativa del paciente hacia el futuro. Esto significa que, cuando la persona con esta condición se plantea metas importantes, anticipará que las calamidades que observa en su presente persistirán también en su futuro; por ello, pensará que cualquier aspiración que desee lamentablemente tendrá un mal desenlace (Beck et al., 2010).

De acuerdo con Beck et al. (2010), el modelo cognitivo propone, además, explicaciones a otros aspectos que confiere el síndrome depresivo como es el caso de síntomas como la mengua en la motivación, la aparición de síntomas físicos, el interés en el suicidio e incluso el comportamiento dependiente del paciente. Según los autores, este conjunto de síntomas podría poseer una base cognitiva. En relación con ello, se postula que la expectativa negativa manifestada hacia el logro de una actividad conduciría al sujeto a desistir de realizarla, lo cual altera también la volición. Igualmente, en el caso del deseo de autoeliminación, estos podrían estar promovidos en gran parte por pensamientos de inutilidad. Por otra parte, la dependencia observada se explica por la idea de creerse incapaz, por lo que la persona decide trasladar su responsabilidad a otra persona que, a su juicio, es capaz (Beck, et al., 2010). Para terminar, las molestias físicas como la disminución en la energía o la apatía guardarán relación con la creencia negativa sobre el futuro, lo cual generaría una detención a nivel motor (Beck, et al., 2010).

Por otro lado, Beck y Alford (1967), a raíz de un estudio descriptivo que realizaron, encontraron que un gran porcentaje de pacientes depresivos manifestaba algo que él denominó "pensamientos automáticos", definidos por los autores como ideas repetitivas que son difíciles de controlar. A su vez, concluyeron que éstas podrían producir problemas importantes en la concentración. De igual forma, también se ha especulado que los pacientes depresivos expresan un "conjunto cognitivo negativo", que se evidencia cuando estos empiezan con el tiempo a desechar selectivamente componentes positivos reales de su experiencia. Por ejemplo, al recibir valoraciones positivas e incluso procesándolas razonablemente, será superior el enfascamiento en el concepto negativo previamente elaborado sobre sí mismos (Beck, 2002).

En resumen, es preciso destacar que el modelo de procesamiento de la información enfatiza que los sesgos negativos de este proceso traen como consecuencia un trastorno en el pensamiento típico de la depresión (Beck, 2002). No obstante, el creador del modelo no anula la función que desempeñan otros factores en su desarrollo. Esto establece relación con el hecho de que Beck (2002) no planteaba que las estructuras cognitivas negativas sean las causantes directas de un síndrome depresivo. Todo lo contrario, refiere que el modelo del proceso de la información, para un mayor entendimiento de este problema, tendría que considerar a otros modelos (ya sea de forma individual o integrados) como el transversal, el estructural, el de vulnerabilidad y el de interacción recíproca.

Sin embargo, de todas formas, Beck (2002) admitió que existe una primacía de las cogniciones negativas en la depresión. Esto quiere decir que, dentro de la constelación de síntomas identificados, se destacan las desviaciones cognitivas, las cuales, como ya se había indicado antes, influyen en la intensificación de síntomas afectivos y conductuales. A su vez, Beck (2002) argumentó que esto ocurre cuando la enfermedad ya está presente, pero no debe entenderse como su causa.

### **2.2.2. Desesperanza**

Durante un tiempo prolongado, la desesperanza ha sido concebida como un estado sensorial cuyas características eran difusas, ambiguas y sin forma (Córdova y Rosales, 2010). Según González y Hernández (2012), la desesperanza aprendida ha sido muy estudiada. Esto ha facilitado su comprensión y su definición como un estado en el cual la persona, ante la presentación de un estímulo negativo, no efectúa respuestas para evitarlo. Puede haber dos razones para esto: la primera sugiere que puede deberse a la falta de algún tipo de incentivo para reforzar el comportamiento de evitación; la segunda, que el sujeto cree que no tiene escapatoria ante el estímulo.

En relación con lo mencionado, en el caso de que se sobreexpone un estímulo aversivo, podría inducir al individuo a un estado de poca movilidad frente a los sucesos negativos. Esto podría crear un riesgo de lesión o muerte como el suicidio. Otros efectos que esto puede causar son la pérdida de la motivación, una disminución importante de la esperanza de alcanzar los objetivos y el abandono del deseo de que las cosas salgan bien, funcionen o mejoren (González y Hernández, 2012).

### **Teoría cognitiva de la desesperanza**

De acuerdo con Stotland (como se citó en Aliaga et al., 2006), la desesperanza es un sistema de esquemas cognitivos que comparten expectativas negativas sobre el futuro inmediato o remoto. Este autor refirió que el sujeto desesperanzado desarrolla las siguientes creencias: la primera es que nunca podrá salir adelante por cuenta propia; la segunda indica que nunca logrará tener éxito en los objetivos que se trace; la tercera informa que nunca podrá cumplir propósitos relevantes; y, finalmente, la creencia de que nunca podrá resolver las adversidades que se le presenten en la vida.

Nombrada también como expectativas negativas, la desesperanza en los estudios realizados por Beck y Alford (1967) mostró una correlación con la depresión, puesto que aquella se encontraba en la mayoría de los pacientes deprimidos. La teoría sugiere que el pesimismo observado en los pacientes se caracteriza por una constante de afirmaciones de que los acontecimientos futuros que llegarán serán indudablemente negativos; asimismo, el sujeto considera tajantemente que no existe posibilidad de que los eventos sean revertidos a su favor. Estas creencias mantenidas por el paciente afectan su relación social con su entorno cercano e incluso con el profesional que lo trate: considerando que el sujeto observa todo desde una perspectiva negativa, cree que sus propios esfuerzos, los esfuerzos de sus amigos e incluso el trabajo de los expertos no cambiarán su destino desfavorable (Beck y Alford, 1967).

Cabe mencionar una distinción terminológica propuesta por Beck y Alford (1967) con respecto al concepto de ansiedad, ya que, en esta última, está presente el pensamiento de que los sucesos indeseables pueden ser evitados y son transitorios. Sin embargo, en el caso de la desesperanza no es así. Es tal la idea del sujeto de que sus problemas son irresolubles que, en episodios graves, los pacientes contemplan el suicidio como el medio de escape para liberarse del sufrimiento que experimentan. En ese sentido, Herold et al. (como se citó en Beck, 2002) indicaron que un importante predictor del suicidio en pacientes deprimidos es la desesperanza.

Según Beck y Alford (1967), la desesperanza puede exponerse desde el nivel leve al severo:

- Leve: La persona espera consecuencias terribles e irreversibles de situaciones que realmente no lo suponen.
- Moderado: Tienden a pensar que su futuro no será conveniente y que no hay nada que pueda funcionar para modificarlo.
- Severo: El paciente se muestra convencido de que su devenir será desfavorable.

Posteriormente, Beck et al. (1974) conceptualizaron a la desesperanza como una estructura de esquemas cognitivos, los cuales poseen una característica en común: ser expectativas negativas sobre el futuro. Esta definición está ceñida al constructo teórico de desesperanza propuesto por Stotland (1969) y señalado anteriormente (Córdova y Rosales, 2010).

Luego, Beck et al. (2010) plantearon que el tercer elemento del modelo cognitivo que explica la depresión es la triada cognitiva. Esta establece relación con la desesperanza, a la cual subyacen tres patrones de pensamiento distorsionado: pensamientos sobre uno mismo, sobre las propias vivencias y sobre el futuro. El tercer componente es una visión negativa del sujeto sobre su futuro. Dicho elemento se asocia con la desesperanza, puesto que el sujeto, al imaginarse su futuro o planificarlo, de cierta manera suele esperar más frustraciones, dificultades y fracasos a comparación de las personas no deprimidas. En esencia, la persona anticipa que le irá mal y que fallará.

En ese sentido, de acuerdo con lo que sostienen García et al. (2009), la desesperanza operaría a modo de variable moduladora entre la depresión y la conducta suicida. De igual modo, recalcan la existencia de una relación entre la desesperanza y la ideación suicida, dado que las personas que han realizado múltiples intentos de suicidio evidencian elevados niveles de desesperanza. Cabe precisar que, según Neufeld y O'Rourke (2009), la desesperanza parece ser un predictor muy sensible, pero no muy específico de autolesión. Por tanto, el examinar la desesperanza junto con otros factores de riesgo de suicidio podría permitir mejorar la especificidad (Neufeld y O'Rourke, 2009).

Por último, es importante también considerar que la desesperanza no es decepción o desesperación. La decepción es la percepción de expectativas defraudadas. Por su parte, la desesperación es la pérdida de la tranquilidad y la estabilidad. En cambio, la desesperanza en sí misma es el sentimiento de que no se puede conseguir nada, el pensamiento de que nada se puede hacer ahora y nunca, lo que puede hacer que una persona renuncie a sus ambiciones y sueños. Esta perspectiva dicotómica puede tener un impacto significativo en la salud física y mental de quien la padece (González y Hernández, 2012).

### **2.2.3. Depresión y desesperanza**

#### **La teoría de la depresión por desesperanza**

Para comprender mejor el alcance de esta teoría, es importante detallar las propuestas teóricas anteriores que se encuentran en el mismo marco. Una de ellas es el modelo cognitivo de la depresión (Beck y Alford, 1967) ya comentado previamente, y, por otro lado, se encuentra el modelo de la indefensión aprendida (Abramson et al., 1978). Ambos concuerdan en que la desesperanza sobre el futuro desempeña un rol sustancial en el inicio, la estabilidad y la modificación de la sintomatología depresiva. También, proponen que los esquemas depresógenos latentes de Beck o los estilos atribucionales negativos son activados en circunstancias difíciles (Beck y Alford, 1967; Alloy et al., 1988).

En consonancia con lo dicho en una primera instancia, fue Seligman (1975) quien propuso la teoría de la indefensión humana. Tiempo después, Abramson et al. (1978) reformularon la propuesta mencionada previamente. De este modo, se originó la teoría de la desesperanza en la depresión (Alloy et al., 1988), la cual fue ampliada posteriormente por Abramson et al. (1997). Por lo tanto, varios investigadores de la depresión se han interesado en probar esta teoría a través de diversas metodologías científicas (Alloy et al., 1988).

En relación con lo antes mencionado, el significado de la indefensión advierte de la existencia de una idea desencadenadora de síntomas depresivos, la cual está referida a la conclusión de que es muy improbable que el futuro sea satisfactorio; por lo tanto, el sujeto considera sostener expectativas negativas de que todo resultará fatal y no hay

nada que pueda hacer para cambiarlo (Abramson et al., 1978). Entonces, Alloy y Ahrens (1987) comunicaron que existen dos tipos de indefensión, la personal y la universal, y que existen diferencias conceptuales entre ambas. En concreto, el primer enunciado se refiere a la autopercepción de incapacidad manifestada por una persona para lograr un propósito en el futuro; y el segundo se centra en la idea de que son otras las personas incapaces de obtener el resultado que desean.

De acuerdo con la revisión efectuada por Alloy et al. (1988) sobre la teoría de la desesperanza, para una mayor comprensión, es preciso, primero, conocer la clasificación de las causas según sus relaciones lógicas o sus relaciones secuenciales con respecto a la aparición de los síntomas. Por lo tanto, a continuación, se detallan las causas de acuerdo con sus relaciones lógicas. En primer lugar, se encuentra la causa suficiente, que se refiere al factor que una vez presente asegura la manifestación de síntomas. En segundo lugar, la causa necesaria hace mención a factores cuya presencia es indispensable para la manifestación de un conjunto de síntomas. Por último, la causa contribuyente es aquella que genera altas probabilidades de que aparezcan los síntomas, pero no son ni necesarias ni suficientes.

Por otra parte, con respecto a la división de las causas según sus relaciones secuenciales, primero, se encuentran las causas distales, las cuales se muestran bastante pronto dentro de una cadena etiológica que deriva en la expresión de una sintomatología. Por lo tanto, en este punto es donde inicia la cadena causal. También existen las causas proximales, las cuales son aquellas que aparecen inmediatamente antes o durante la exteriorización de los síntomas, y, por lo tanto, al final de la vía causal (Alloy et al., 1988).

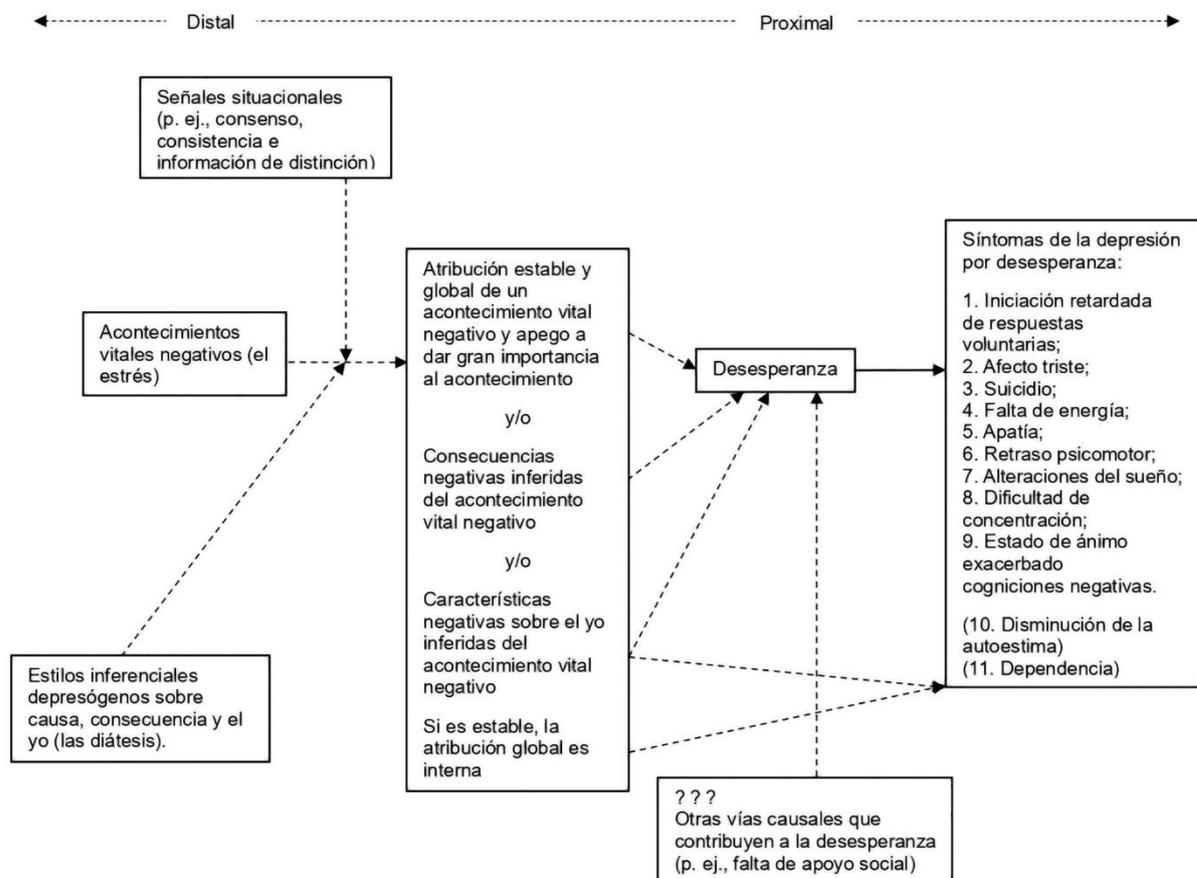
En ese sentido, en una primera instancia, la teoría de la desesperanza postula la presencia de una secuencia causal contribuyente donde figuran causas tanto distales como proximales que acaban en depresión (subtipo depresión desesperanzada) por una causa suficiente, esta última de índole proximal, la cual, según los autores, es la desesperanza (Alloy et al., 1988). Otro rasgo de la vía etiológica que cabe resaltar es que, en esta secuencia, están presentes también las causas contribuyentes, las cuales serán la secuencia de acontecimientos en la cadena causal que ocurren antes de finalizar en la desesperanza, ya que aumentan la posibilidad de que se disparen los síntomas depresivos (Abramson et al., 1989).

Asimismo, los autores concibieron a la depresión como un trastorno heterogéneo, debido a que estas expectativas negativas (desesperanza) son comprendidas como la causa proximal suficiente de la depresión, mas no una causa necesaria, ya que se infiere que otros factores también son suficientes para producir depresión y no únicamente lo es la desesperanza (Alloy et al., 1988).

La teoría de la desesperanza de la depresión, tal como se muestra más adelante en la Figura 2, indica la existencia de una vía causal considerando una relación tanto lógica como secuencial que daría lugar al trastorno. Este inicia con la percepción de la ocurrencia de un acontecimiento vital negativo que actúa como desencadenante de tres tipos de inferencias que serían causas contribuyentes próximas. Con respecto a ello, se ubican en primer lugar, las inferencias sobre el por qué ha ocurrido el suceso. En este caso, los eventos negativos de la vida se atribuyen a causas estables o duraderas, es decir, que es probable que no cambien; y globales, es decir, que tienen la probabilidad de producir varios resultados en relevantes áreas de la vida, y, también, se encuentra el considerar estos sucesos como muy importantes. En segundo lugar, se encuentran las inferencias sobre las consecuencias que se derivarán de la ocurrencia del suceso; y, en tercer lugar, las inferencias sobre el yo que se refieren a las que concluye una persona sobre su propia valía a partir de un acontecimiento vital negativo.

Estas inferencias causales se producen cuando el sujeto enfrenta señales situacionales que son percibidas y sugieren para él que el suceso ocurrido tiene poco consenso; es decir, a otros o a la gran mayoría no les ocurre. Otra señal sería que el suceso posee alta consistencia, o sea, suele darse habitualmente. La última señal sería la poca distintividad. A su vez, como causas contribuyentes distales, se hallan los estilos inferenciales que poseería el sujeto, los cuales también favorecen que él mismo atribuya los sucesos a factores estables y globales e importantes. En consecuencia, después de la aparición de las inferencias mencionadas, en un primer lugar, derivaría la desesperanza, la cual, una vez registrada, sería la causa contribuyente suficiente del surgimiento de los síntomas de la depresión, y este sería el final de la cadena etiológica. Cabe señalar que sobre la desesperanza se propone también que incidiría otra vía causal como la ausencia de apoyo social.

**Figura 2. Teoría de la desesperanza de la depresión**



*Nota:* La presente figura ilustra la cadena causal especificada en la teoría de la desesperanza de la depresión. La flecha con línea continua indica causa suficiente; y las flechas con líneas discontinuas, causas coadyuvantes. Asimismo, cada factor causal descrito en la figura contribuye al siguiente factor causal en dirección proximal.

Fuente: Traducida de Abramson et al. (1989); Alloy et al. (1988).

En torno a ello, Abramson et al. (1978) postularon que la vía etiológica antes mencionada comenzaba por la presencia de acontecimientos incontrolables. Tiempo después, Alloy et al. (1988) propusieron que empieza con la ocurrencia de eventos

vitales negativos percibidos. Hicieron hincapié en que estos hacen referencia tanto a la presencia de acontecimientos vitales negativos como a la no ocurrencia de sucesos vitales positivos. Continuando con la idea, una vez instaurada cualquiera de aquellas ocurrencias, algunas personas tenderán a realizar atribuciones causales desadaptativas sobre aquellos acontecimientos percibidos. Al respecto, según Metalsky y Abramson (como se citó en Alloy, 1988), el estilo atribucional es definido como una tendencia o sesgo a realizar determinados tipos de inferencias causales en lugar de otras, en diferentes circunstancias y a lo largo del tiempo.

De igual manera, de acuerdo con Alloy et al. (1988), hay dos dimensiones atribucionales, las cuales son (a) estable-inestable y (b) global-específica. Estos investigadores teorizaron sobre las atribuciones estables, que se mantienen prolongadamente; y las globales, que afectan en varios resultados. Además, informaron que también puede haber atribuciones internas; que existe la tendencia a inclinarse por el extremo de una dimensión u otra, y que ello se halla en las diferencias individuales (Abramson et al., 1978). Asimismo, si el sujeto, al experimentar eventos vitales negativos, se orienta principalmente hacia las atribuciones causales que son de tipo estables, globales e internas y les otorga a su vez una gran importancia, ello supondría un agente importante que predisponga la evolución y la expresión de la desesperanza y de la depresión por desesperanza. Lo contrario sucedería si la persona se orientara por atribuciones causales inestables y específicas (Alloy et al., 1988).

En otras palabras, de acuerdo con Alloy et al. (1988), aquellas personas que denotan un estilo atribucional depresógeno se inclinan, en comparación con otras que no lo poseen, a asignar ciertos eventos vitales adversos a factores internos, estables y globales. Esta situación los tornaría propensos a tener previsiones negativas sobre el futuro; y, por lo tanto, a desarrollar depresión por desesperanza (Alloy et al., 1988).

Siguiendo con la teoría de la desesperanza, también propone que existe el fenómeno de la desesperanza generalizada, que se refiere a una expectativa negativa que se expresa en varios ámbitos de la vida del paciente. Los autores aclararon que dicha entidad difiere del pesimismo circunscrito en que este último se produce cuando la expectativa aversiva se evidencia de forma restringida, es decir, únicamente en determinadas situaciones (Abramson et al., 1989). Por lo tanto, la desesperanza generalizada generaría síntomas más graves de depresión por desesperanza en comparación con el pesimismo limitado (Abramson et al., 1989).

Abramson et al. (1989) insistieron en que si bien es cierto que los sucesos vitales negativos actúan como desencadenante del problema estudiado, existen personas que, a pesar de experimentar estos acontecimientos, no desarrollan síntomas. Según los autores, esto ocurre porque las personas infieren de forma diferente.

Debido a ello, los autores agregan que existen tres tipos de inferencias que realizan las personas y que las vuelven proclives a padecer desesperanza. El primero corresponde al cuestionamiento que ejecuta la persona sobre la razón de los hechos vivenciados adversos, por ejemplo, cuando el sujeto entrega demasiada relevancia y estabilidad al origen de un acontecimiento negativo, se dice que es más probable que exprese síntomas de depresión por desesperanza en comparación con ciertas personas que no prestan tanta atención a estos hechos. El segundo es la tendencia a inferir negativamente sobre las consecuencias de los eventos negativos experimentados. Esta tendencia es potencialmente moderadora entre los sucesos vitales negativos y los síntomas de depresión por desesperanza, dado que pueden afectar la probabilidad de expresar desesperanza. Se revela cuando el individuo piensa que las consecuencias que trae consigo su experiencia vivida no son modificables y que tendrán considerables repercusiones en varias áreas de su vida. Si, por lo contrario, el sujeto pensara que

estas consecuencias solo afectarán un área limitada de su vida, desarrollaría pesimismo y no desesperanza (Abramson et al.,1989). El tercero corresponde a las inferencias negativas que elabora la persona sobre sí misma después de suscitado el acontecimiento vital estresante. Estas se refieren a la conclusión nociva que llega el paciente sobre su valía personal, inteligencia y habilidades a partir de lo ocurrido (Abramson et al.,1989).

Es importante comentar que sobre las primeras inferencias descritas anteriormente, las cuales son de carácter causal, Abramson et al. (1989) sostuvieron que en gran parte influyen las señales situacionales que rodean al sujeto. Estas pueden sugerir que el suceso vital estresante (por ejemplo, reprobado un examen importante de matemáticas) tiene poco consenso, es decir, que a otros o a la gran mayoría no les ocurre (otros aprobaron). Otra señal sería que el acontecimiento tiene alta consistencia, es decir, suele darse habitualmente (normalmente reprobado esa materia), y la última señal sería la poca distintividad, por ejemplo, haber reprobado exámenes de otras materias también.

Conviene precisar que Abramson et al. (1997) enfatizaron la hipótesis de la diátesis cognitiva para explicar el inicio de la depresión. En correspondencia con esto, los desarrolladores de la teoría de la desesperanza suscribieron que los sujetos que presentan cierta vulnerabilidad cognitiva, como lo sería el poseer hábitos o estilos cognitivos negativos, cuando experimentan acontecimientos vitales de estrés, tienen un riesgo considerablemente mayor de desarrollar síntomas depresivos en comparación con aquellas personas que no poseen dichos estilos. No obstante, en su publicación, subrayan que esta vulnerabilidad cognitiva no es suficiente ni necesaria para producir sintomatología depresiva. Dicho esto, Abramson et al. (1997) apuntaron a fomentar, para un mayor entendimiento de este fenómeno, el estudio conjunto de la vulnerabilidad cognitiva y la biológica. Consiguientemente, sugirieron la hipótesis de que el maltrato infantil podría estar implicado en el desarrollo de esta vulnerabilidad.

Por lo tanto, en síntesis, la diátesis cognitiva en coexistencia con un evento negativo podría desencadenar la depresión por desesperanza. A su vez, cuando ya se encuentra instalado el trastorno, se tiende a caracterizar por un conjunto de síntomas detallados también por Abramson et al. (1989). Dos de los síntomas más visibles son la merma en el accionar voluntario y la tristeza, ambas producidas por la desesperanza, en vista de que al poseer el sujeto una expectativa negativa sobre una tarea determinada, según la lógica del paciente, ¿para qué realizarla? De forma similar, el síntoma emocional se produce por la inferencia de que el devenir es tétrico. Habría que decir nuevamente que la ideación suicida es un síntoma bastante notificado en la depresión por desesperanza (Abramson et al.,1989). Se ha comentado que las personas que expresan visiones negativas sobre el futuro resultan más propensas a tener ideas suicidas (Nekanda-Trepka et al., 1983).

En torno a otros síntomas del cuadro, los pacientes reportan serias dificultades para concentrarse y alteraciones en el sueño. Estas señales patológicas podrían estar ocasionadas por las constantes rumiaciones sobre los resultados adversos. Otra manifestación esencial del cuadro de depresión por desesperanza sería una baja autoestima (Abramson et al.,1989). De igual manera, es vital recalcar que estos síntomas que se muestran específicamente son aquellos del hipotetizado subtipo de depresión por desesperanza (Abramson et al., 1997).

Tal y como se había señalado antes, se han planteado nuevas direcciones de indagación en lo que respecta a esta teoría. Por ello, Panzarella et al. (2006) decidieron seguir esta orientación, para lo cual introdujeron las variables apoyo social y la retroalimentación inferencial adaptativa en la estructura teórica. Ellos propusieron que

la segunda variable acentuaba los estilos inferenciales negativos de los pacientes y también podía menguar y cambiar las inferencias disfuncionales con respecto a acontecimientos estresantes. Este último resultado podría producirse si constantemente la retroalimentación recibida por la persona se opone a las inferencias desadaptativas mantenidas. Asimismo, Panzarella et al. (2006) concibieron que el impacto del apoyo social influye en los recursos de afrontamiento variando la valoración que realiza el individuo del suceso estresante.

Por otro lado, apoyando de forma parcial las ideas expuestas, de acuerdo con Stotland (como se citó en Greene, 1989), si el sujeto manifiesta expectativas negativas sobre los objetivos trascendentales para él, en un comienzo podría experimentar ansiedad; no obstante, si esta sensación lo detiene, sería notable una reducción en su energía y síntomas de depresión. Por su parte, otros autores como Hollon y Garber (como se citó en Greene, 1989) opinaron también que la desesperanza genera comúnmente síntomas depresivos. Sin embargo, por ejemplo, Nekanda-Trepka et al. (1983) realizaron dos estudios, cuyos resultados arrojaron que varias de las personas con depresión no reportaron estar desesperanzados, pero otro porcentaje de pacientes depresivos sí indicó estarlo. Por ello, Greene (1989) defendió que las personas con depresión se podrían clasificar en aquellas que son desesperanzas y en otras que no lo son. A su vez, enfatizó que la desesperanza no sea entendida como un elemento necesario para desencadenar síntomas depresivos, ya que, si es así, se estaría cayendo en una tergiversación (Greene, 1989).

## **CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **3.1. Tipo de estudio y diseño de la investigación**

El estudio realizado es de tipo correlacional, dado que pretende determinar la relación entre las variables depresión y desesperanza. Asimismo, también es de corte transversal, porque reúne los datos en un momento específico del tiempo (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

### **3.2. Población y muestra**

La totalidad está conformada por adultos mayores de género masculino y femenino que pertenecen a un club del adulto mayor de un centro de salud ubicado en el distrito de Comas, cuya población asciende a 83 personas y sus edades están comprendidas entre 66 y 79 años. Asimismo, se realizó un censo en este estudio considerando los criterios de inclusión y exclusión.

#### **3.2.1. Criterios de inclusión y exclusión**

Los criterios de inclusión son los que se mencionan a continuación:

- Adultos mayores que pertenecen al Club del Adulto Mayor de un Centro de Salud del distrito de Comas.
- Adultos mayores de ambos sexos
- Adultos mayores de 65 años a más
- Participantes que firmen el consentimiento informado.

Asimismo, los criterios de exclusión son los que siguen:

- Adultos mayores con problemas para hablar.
- Adultos mayores que presentan dificultades para comprender.
- Adultos mayores que informan problema sensorial auditivo y visual.

### **3.3. Variables**

#### **3.3.1. Definición conceptual y operacionalización de variables**

##### **3.3.1.1 Variables principales**

##### **V1: Depresión**

##### **Definición conceptual**

Es un trastorno emocional que implica la activación de esquemas de pensamiento distorsionado que contribuyen a la forma negativa en que el individuo percibe, codifica e interpreta la información sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, lo cual inicia y mantiene los síntomas depresivos (Beck, 1967).

### **Definición operacional**

Es una variable cualitativa politómica ordinal. Será medida por medio de la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, la cual es unidimensional. Será categorizada de la siguiente manera: no depresión (0-9); depresión moderada (10-19); y depresión severa (20-30).

### **V2: Desesperanza**

#### **Definición conceptual**

La desesperanza se define como un sistema de esquemas cognitivos (patrones estables que transforman los datos en cogniciones y se activan por inputs ambientales), en el que se crean varias expectativas negativas sobre el futuro inmediato o distante, que se expresan en las creencias de que la persona nunca podrá salir adelante por sí misma, jamás logrará tener éxito en lo que intente, no conseguirá sus metas y tampoco resolverá los problemas que afronte en la vida (Beck et al., 1974; Beck et al., 2010; Stotland, 1969).

#### **Definición operacional**

Es una variable cualitativa politómica ordinal. Es el puntaje obtenido como resultado de la aplicación de la Escala de Desesperanza de Beck, adaptada para la población de Lima Metropolitana por Aliaga et al. (2006). Los resultados se categorizan como normal o asintomática (0-3); leve (4-8); moderada (9-14); y severa (15-20).

### **3.3.1.2 Variables sociodemográficas**

#### **V1: Edad**

##### **Definición conceptual**

Se refiere al periodo de tiempo que ha vivido una persona (Real Academia Española [RAE], 2019)

##### **Definición operacional**

Se trata de una variable cuantitativa discreta de razón, que, en este caso, corresponde a las edades comprendidas entre 65 a más. Esta información será expresada en la ficha sociodemográfica.

#### **V2: Sexo**

##### **Definición conceptual**

Estado orgánico, masculino o femenino (RAE, 2019).

##### **Definición operacional**

Es una variable cualitativa dicotómica nominal, que es expresada como sexo masculino (M) o femenino (F) en la ficha de datos.

### **V3: Nivel educativo**

#### **Definición conceptual**

El nivel educativo es el nivel de educación más alto que una persona ha alcanzado (Oficina de Evaluación de Riesgos para la Salud Ambiental [OEHHA], s.f.). A nivel nacional, de acuerdo con la Ley General de Educación (Ley 28044, 2003), los niveles educativos corresponden a educación básica regular, educación profesional técnica y educación universitaria.

#### **Definición operacional**

Es una variable cualitativa politómica ordinal. Se categoriza en educación básica regular (inicial, primaria y secundaria), educación profesional técnica y educación universitaria (Ley 28044, 2003). Esta información es llenada en la ficha de recolección de datos.

### **V4: Estado civil**

#### **Definición conceptual**

El estado civil corresponde al estado de nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio de un sujeto, que se inscribe en el Registro Civil e indica el alcance real de las facultades y responsabilidades que la ley confiere a una persona (RAE, 2009). De acuerdo con ello, puede clasificarse de la siguiente forma: soltero, casado, viudo y divorciado.

#### **Definición operacional**

Es una variable cualitativa politómica nominal. Se caracteriza a partir de cuatro elementos: soltero, casado, viudo y divorciado. Es la respuesta proporcionada a través de la ficha sociodemográfica.

### **V5: Religión**

#### **Definición conceptual**

La religión es el conjunto de creencias o doctrinas sobre la divinidad, sentimientos de reverencia y temor por la divinidad, códigos morales de comportamiento personal y social, y prácticas rituales (principalmente oración y sacrificio) para adorar a las deidades (RAE, 2019). Se puede clasificar del siguiente modo: católica, no católica, sin religión.

#### **Definición operacional**

Es una variable cualitativa politómica nominal. Está caracterizada en católica, no católica, sin religión. Es la respuesta expresada en la ficha sociodemográfica.

### **V6: Frecuencia de visitas**

#### **Definición conceptual**

Se puede entender por frecuencia a la repetición mayor o menor de un acto o de un suceso; y visita refiere a la acción de presentarse (RAE, 2019). La frecuencia de visitas será dividida de la siguiente manera: semanal, quincenal, mensual, cada dos o tres meses y sin visitas.

### **Definición operacional**

Es una variable cualitativa politómica ordinal. Se categoriza en semanal, quincenal, mensual, cada dos o tres meses y sin visitas. Es la opción seleccionada por el participante en el cuestionario sociodemográfico.

### **V7: Actividades recreativas**

#### **Definición conceptual**

Se refiere a aquello que ofrece entretenimiento, diversión o distracción, los pasatiempos también pueden considerarse como actividades recreativas.

#### **Definición operacional**

Es una variable cualitativa politómica nominal, caracterizada en leer, cantar, bailar, tejer, dibujar u otras. Se trata de la información seleccionada en la ficha de recolección de datos.

### **V8: Tiene hijos**

#### **Definición conceptual**

Identifica si el adulto mayor posee hijos vivos o no.

#### **Definición operacional**

Es una variable cualitativa dicotómica nominal. Es la respuesta registrada en la ficha sociodemográfica proporcionada.

### **V9: Pensión o jubilación**

#### **Definición conceptual**

Identifica si el adulto mayor recibe ayuda económica.

#### **Definición operacional**

Es una variable cualitativa dicotómica nominal. Será la opción seleccionada en la ficha de datos.

## **3.4. Plan de recolección de datos e instrumentos**

### **3.4.1 Plan de recolección de datos**

En primer lugar, el proyecto de investigación fue enviado al Departamento de Investigación para su registro correspondiente. Asimismo, se consideró gestionar la obtención de la carta de aprobación del Comité de Ética a fin de obtener estimaciones correctas para la posterior aprobación del proyecto.

Después de recibir la aprobación necesaria por parte de la universidad, se elaboró una petición de acceso solicitando permiso a los coordinadores del club del adulto mayor seleccionado para la aplicación de los instrumentos psicológicos, en la cual se comunicó también la cantidad de sesiones que tomaría ello. Seguidamente, para avalar el proyecto, se otorgó a los encargados del club los documentos que acreditaban la autorización entregada por la Universidad Católica Sedes Sapientiae para que el estudio sea realizado.

Luego, para seleccionar a los participantes de la investigación, se empleó un censo. De igual forma, con anticipación, se consideraron los criterios de inclusión y exclusión para determinar los adultos mayores que podían ser evaluados.

Por otro lado, de manera interna, se informó al Club del Adulto Mayor que era necesaria la prestación de un ambiente espacioso para que los participantes escogidos realicen el llenado de la ficha sociodemográfica y de las siguientes pruebas psicológicas: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Escala de Desesperanza de Beck.

Posteriormente, se explicó de forma personalizada a cada uno de los adultos mayores cómo deberían ser desarrollados los cuestionarios. Inmediatamente después de recibirlos, se revisó detenidamente en busca de preguntas sin responder.

También, fueron calificadas las pruebas y revisadas las fichas sociodemográficas. Asimismo, la información recopilada fue guardada en una base de datos para posteriormente ser procesada. Luego de esto, se realizó un análisis estadístico tanto descriptivo como inferencial. Finalmente, el trabajo se completó con un informe final en el que se consideraron la interpretación, la discusión y las conclusiones de los resultados.

### **3.4.2 Instrumentos**

#### **Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage**

Para realizar la medición de la variable depresión, se hizo uso de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, elaborada por Yesavage et al. (1982) en Estados Unidos. Para construirlo, se distribuyó un cuestionario de 100 ítems a sujetos normales y severamente deprimidos que poseían contenidos relacionados con malestar físico, malestar cognitivo, motivación, orientación sobre el futuro o el pasado, pérdida, agitación, autoimagen, el estado de ánimo y rasgos obsesivos. Posteriormente, de aquel grupo de ítems se seleccionaron solamente unas 30 preguntas que presentaron mayor correlación con las puntuaciones totales y se volvieron a administrar a nuevos grupos de sujetos. Después de ello, en el nuevo listado, la posibilidad de respuesta era de sí/no para evitar confusión en los ancianos (Yesavage et al., 1982).

Para validar la prueba, los autores utilizaron dos grupos de sujetos geriátricos. El primero de ellos estuvo compuesto por ancianos normales; y el segundo, por una población de personas mayores con tratamiento de depresión. Los índices calculados de consistencia interna arrojaron una correlación mediana con la puntuación de 0.56, lo que sugirió que todos los ítems del instrumento valoraban una variable común; también se halló una correlación media entre elementos de 0.36, un coeficiente alfa de 0.94 y una fiabilidad por mitades de 0.94. Asimismo, con respecto a la validez, los autores concluyeron que la prueba es válida para la población adulta mayor (Yesavage et al., 1982).

Este instrumento se fundamenta en la teoría cognitiva conductual. De acuerdo con esto, intenta estudiar en cada uno de los ítems dichos aspectos en relación con la depresión en los adultos mayores. Este test también se divide en las siguientes secciones: presentación, instrucciones, datos generales y contenido (Yesavage et al., 1982). En ese sentido, sobre las instrucciones, el nivel de evaluación es individual; en función de ello, puede ser autoaplicada o heteroaplicada. Además, su administración implica un tiempo de 10 a 15 minutos aproximadamente.

En relación con las normas de calificación e interpretación, cabe mencionar que el test abarca 30 ítems de preguntas. De estas mismas, 20 se encuentran ubicadas en

los siguientes ítems: 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 y 28. Cuando la persona contesta las preguntas de estos ítems de forma afirmativa, se puntúa con 1. Ello señalaría que existe presencia de depresión. Por otro lado, el resto de los ítems: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 y 30, que ascienden a 10, indican depresión cuando la persona los ha respondido de manera negativa. De igual forma, se puntúa con 1 cada ítem.

La puntuación máxima es de 30 puntos; y la mínima, de 0 puntos. Los resultados pueden caracterizarse de la siguiente manera: no depresión (0-9); depresión moderada (10-19); y depresión severa (20-30) (Acuña, 2019).

A nivel nacional, Fernández (2016) revisó las propiedades psicométricas de la GDS y los resultados fueron satisfactorios, dado que, en relación con la validez de constructo, se detectó que el índice de discriminación ítem-test varía entre .206 a .622, lo cual es favorable. Por otro lado, la confiabilidad de la escala fue hallada por consistencia interna y tuvo un índice de .8581, lo cual es positivo por ser una categoría alta.

### **Escala de Desesperanza de Beck**

Para llevar a cabo la medición de la variable desesperanza, se hizo uso de la Escala de Desesperanza de Beck, elaborada por Beck et al. (1974) en Estados Unidos. Este test valora la severidad de la desesperanza únicamente, la cual se relaciona con uno de los elementos de la triada cognitiva de Beck (visión negativa sobre el futuro) que forma parte del modelo cognitivo de la depresión. Además, en este instrumento, los ítems se asocian a los factores afectivo, motivacional y cognitivo (Beck et al., 1974).

El test posee 20 afirmaciones, las cuales presentan dos alternativas de respuestas, es decir, verdaderas y falsas. No posee un tiempo estimado de aplicación, pero suele darse entre 5 a 10 minutos aproximadamente. La administración se desarrolla de forma individual o colectiva. A su vez, el test puede ser aplicado en individuos con edades desde 15 años (Beck et al., 1974).

En cuanto a la calificación e interpretación del instrumento, las descripciones de los elementos que muestran desesperanza se califican con 1 punto. Por lo contrario, las descripciones de los elementos que no indican desesperanza se califican con 0 puntos. Esto da como resultado una puntuación máxima de 20 puntos y una puntuación mínima de 0 puntos. Por lo tanto, se otorga 1 punto por cada respuesta "correcta" a las siguientes preguntas: 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20. Por otra parte, se considera 1 punto cuando se ha contestado "falso" a los enunciados siguientes: 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 y 19; y cero en todos los demás casos (Beck et al., 1974). Después de calificada la escala, los resultados pueden ser categorizados de la siguiente forma: normal o asintomática (0-3); leve (4-8); moderada (9-14), y severa (15-20) (Aliaga et al., 2006).

A nivel nacional, la Escala de Desesperanza de Beck ha sido adaptada para la población de Lima Metropolitana por Aliaga et al. (2006). La validez fue estimada mediante tres modalidades distintas: validez concurrente, validez factorial y validez diferencial. Los resultados fueron positivos. Se consiguió una adaptación bastante confiable, con una consistencia interna favorable al obtenerse un alto coeficiente de fiabilidad ( $KR_{20} = 0.80$ ) y un valor del test-retest de 0.68, lo cual es indicativo de un grado de confiabilidad apreciable.

### **3.5. Plan de análisis e interpretación de la información**

Se aplicó el paquete de software estadístico STATA v15. Para efectuar el análisis descriptivo de las variables cualitativas categóricas (depresión, desesperanza, sexo, estado civil, religión, nivel educativo, tiene hijos, frecuencia de visitas, actividades recreativas y pensión o jubilación), se calcularon las frecuencias y porcentajes. Asimismo, para la variable numérica (edad), se calculó la media y la desviación estándar. Además, con respecto al proceso estadístico inferencial, para las variables (depresión, desesperanza, sexo, nivel educativo, religión, estado civil, frecuencia de visitas, actividades recreativas, tiene hijos y pensión o jubilación), se utilizó la prueba de Chi cuadrado.

En relación con lo mencionado, también se pretendió determinar la relación entre las variables cualitativas principales y la variable cuantitativa edad. Por ello, primero, se valoró la normalidad de la variable numérica, para lo cual se utilizó la prueba de Shapiro Wilk. Los resultados indicaron que la variable edad no presentaba distribución normal. Para confirmar esta información, se utilizó la prueba de Histograma, con lo cual se corroboró lo hallado previamente. Posteriormente, se empleó la prueba Análisis de la Varianza (ANOVA) para obtener el promedio y la desviación estándar, y, finalmente, la prueba de Kruskal Wallis para encontrar el valor p.

Finalmente, con respecto a la interpretación de los resultados, se utilizó el nivel de significancia menor o igual a 0.05. Por ello, cuando se presentó, se entendió que existía asociación entre las variables. Por lo contrario, para aquellos resultados que presentaron nivel de significancia mayor a 0.05, se concluyó que no existía asociación entre las variables.

### **3.6. Ventajas y limitaciones**

La investigación presenta las siguientes ventajas:

- La investigación, al poseer un corte transversal, no requirió un presupuesto elevado para su elaboración. Asimismo, el tiempo que se le dedicó a esta fue corto, pues no se necesitó realizar un seguimiento constante de los participantes del estudio.
- De igual forma, el instrumento utilizado para la recolección de datos, que fue la Escala de Desesperanza de Beck, ha sido adaptado para la población peruana y posee altos niveles de confiabilidad y validez. Asimismo, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, también usada en este estudio, cuenta con adecuadas propiedades psicométricas validadas en la población peruana, lo cual significa una ventaja muy importante, ya que ello permitió una mayor comprensión de la población estudiada.

Asimismo, la investigación experimenta las siguientes limitaciones:

- En la actualidad, existe una considerable limitación con respecto a investigaciones a nivel nacional e internacional de las variables del presente estudio en relación con la población del adulto mayor.
- Dado que la población fue modesta, los resultados no pueden ser generalizados a otras poblaciones; asimismo, la significancia en los resultados es limitada.

### **3.7. Aspectos éticos**

En primer lugar, se consideró el respeto a la confidencialidad y a las políticas de protección de datos, que se manifestó al explicar a los participantes la finalidad del uso de los datos obtenidos para que confíen en que se protegería su información personal. En segundo lugar, se mantuvo el respeto a la privacidad, para lo cual se atendió el derecho del sujeto a elegir el momento, las circunstancias y la cantidad de información compartida, así como el derecho a retener alguna información. En tercer lugar, se consideraron la no discriminación y la libre participación. En este sentido, se cumplieron los criterios de exclusión e inclusión del estudio y no hubo discriminación por sexo, raza o condición social. En cuarto lugar, en torno al consentimiento informado, los sujetos estaban bien enterados sobre el propósito y las características del estudio y se les brindó información clara sobre los beneficios de participar en él. Finalmente, en relación con la calidad de la investigación, la autoría y la utilización de los resultados, se consideró una metodología de investigación adecuada que permitiera encontrar resultados relevantes y útiles para el grupo de participantes estudiados.

## CAPÍTULO IV. RESULTADOS

En lo que respecta a la Tabla 1, de las 60 personas evaluadas, la edad promedio fue de 70 años; el 51.67% fue del sexo femenino; el 60% reportó el grado de primaria; el 51.67% eran casados; el 88.33% refirió ser de religión católica; el 65% indicó que era visitado de forma mensual; el 35% informó tener como actividad recreativa el baile; el 95% comentó tener hijos vivos; y el 73.33% mencionó recibir jubilación o pensión.

**Tabla 1. Descripción de las variables sociodemográficas**

	n	(%)
<b>Edad</b>	70.15 ± 4.6462	
<b>Sexo</b>		
Masculino	31	48.33
Femenino	29	51.67
<b>Nivel educativo</b>		
Primaria	36	60.00
Secundaria	19	31.67
Profesional técnica	4	6.67
Educación universitaria	1	1.67
<b>Estado civil</b>		
Soltero	10	16.67
Casado	31	51.67
Viudo	11	18.33
Divorciado	16	13.33
<b>Religión</b>		
Católica	53	88.33
No católica	3	8.33
Sin religión	2	3.33
<b>Frecuencia de visitas</b>		
Quincenal	2	3.33
Mensual	39	65.00
Cada dos o tres meses	3	5.00
Sin visitas	16	26.67
<b>Actividades recreativas</b>		
Leer	7	11.67
Bailar	21	35.00
Cantar	10	16.67
Tejer	3	5.00
Ninguna	5	8.33
Otra	14	23.33
<b>Tiene Hijos</b>		
Sí	57	95.00
No	3	5.00
<b>Pensión o jubilación</b>		
Sí	44	73.33
No	16	26.67

En la Tabla 2, se aprecia que de las 60 personas encuestadas, el 70% reportó no tener depresión; sin embargo, el 28.33% señaló presentar una depresión moderada. Por otra parte, el 73.33% anunció presentar desesperanza normal; no obstante, el 15% señaló padecer un nivel de desesperanza leve, y el 10%, uno moderado.

**Tabla 2. Descripción de las variables principales (depresión y desesperanza)**

	n	%
<b>Depresión</b>		
No depresión	42	70.00
Depresión moderada	17	28.33
Depresión severa	1	1.67
<b>Desesperanza</b>		
Normal o asintomática	44	73.33
Leve	9	15.00
Moderada	6	10.00
Severa	1	1.67

Asimismo, en la Tabla 3, se ilustra que existe una relación muy significativa entre la depresión y la desesperanza ( $p=0.00$ ). Se obtuvo que gran parte de los participantes que puntuó desesperanza normal presentó ausencia de depresión.

**Tabla 3. Asociación entre las variables principales (depresión y desesperanza)**

	Depresión						P
	No depresión		Depresión moderada		Depresión severa		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Desesperanza</b>							0.000
Normal o asintomática	37	84.09	7	15.91	-	-	
Leve	5	55.56	4	44.44	-	-	
Moderada	-	-	6	100.00	-	-	
Severa	-	-	-	-	1	100.00	

Por otro lado, en la Tabla 4, se evidencia que se encontró asociación entre las variables depresión y religión ( $p=0.014$ ). Esto se debió a que la mayoría de las personas que notificó ser de la religión católica no presentó indicadores de depresión. Por último, el resto de los resultados no mostró significancia.

Finalmente, en cuanto a la Tabla 5, se halló una asociación significativa entre la variable principal, desesperanza; y la variable secundaria, religión ( $p=0.026$ ), debido a que el 73.58% de los adultos mayores que indicó ser de religión católica presentó un nivel normal de desesperanza. Asimismo, la variable “tiene hijos” mostró relación con la desesperanza ( $p=0.004$ ), dado que la mayoría de los encuestados que informó tener hijos vivos manifestó un nivel normal de desesperanza. Esta última también evidenció una relación con la variable pensión o jubilación ( $p=0.053$ ), ya que el 72.73% de los participantes que confirmó recibir una ayuda económica no presentó desesperanza.

**Tabla 4. Asociación entre depresión y las variables sociodemográficas**

	No depresión		Depresión Depresión moderada		Depresión severa		P
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
<b>Edad</b>	70.238 ± 4.878		69.588 ± 4.016		76 ± 0		0.425
<b>Sexo</b>							0.580
Masculino	22	70.97	8	25.81	1	3.23	
Femenino	20	68.97	9	31.03	-	-	
<b>Nivel educativo</b>							0.901
Primaria	23	63.89	12	33.33	1	2.78	
Secundaria	15	78.95	4	21.05	-	-	
Profesional técnica	3	75.00	1	25.00	-	-	
Educación universitaria	1	100.00	-	-	-	-	
<b>Estado civil</b>							0.097
Soltero	7	70.00	3	30.00	-	-	
Casado	25	80.65	6	19.35	-	-	
Viudo	7	63.64	4	36.36	-	-	
Divorciado	3	37.50	4	50.00	1	12.50	
<b>Religión</b>							0.014
Católica	39	73.58	14	26.42	-	-	
No católica	2	40.00	2	40.00	1	20.00	
Sin religión	1	50.00	1	50.00	-	-	
<b>Frecuencia de visitas</b>							0.598
Quincenal	2	100.00	-	-	-	-	
Mensual	26	66.67	13	33.33	-	-	
Cada dos o tres meses	2	66.67	1	33.33	-	-	
Sin visitas	12	75.00	3	18.75	1	6.25	
<b>Actividades recreativas</b>							0.782
Leer	5	71.43	2	28.57	-	-	
Bailar	15	71.43	5	23.81	1	4.76	
Cantar	8	80.00	2	20.00	-	-	
Tejer	3	100.00	-	-	-	-	
Ninguna	2	40.00	3	60.00	-	-	
Otra	9	64.29	5	35.71	-	-	
<b>Tiene hijos</b>							0.317
Sí	41	71.93	15	26.32	1	1.75	
No	1	33.33	2	66.67	-	-	
<b>Pensión o jubilación</b>							0.136
Sí	33	75.00	11	25.00	-	-	
No	9	56.25	6	37.50	1	6.25	

**Tabla 5. Asociación entre desesperanza y las variables sociodemográficas**

	Desesperanza								P
	Normal		Leve		Moderada		Severa		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
<b>Edad</b>	70.06 ± 4.84		69.77 ± 3.52		70.3 ± 5.04		76 ± 0		0.685
<b>Sexo</b>	0.614								
Masculino	21	67.74	5	16.13	4	12.90	1	3.23	
Femenino	23	79.31	4	13.79	2	6.90	-	-	
<b>Nivel educativo</b>	0.995								
Primaria	26	72.22	5	13.89	4	11.11	1	2.78	
Secundaria	14	73.68	3	15.79	2	10.53	-	-	
Profesional técnica	3	75.00	1	25.00	-	-	-	-	
Educación universitaria	1	100.00	-	-	-	-	-	-	
<b>Estado civil</b>	0.439								
Soltero	6	60.00	2	20.00	2	20.00	-	-	
Casado	24	77.42	5	16.13	2	6.45	-	-	
Viudo	9	81.82	1	9.09	1	9.09	-	-	
Divorciado	5	62.50	1	12.50	1	12.50	1	12.50	
<b>Religión</b>	0.026								
Católica	39	73.58	8	15.09	6	11.32	-	-	
No católica	4	80.00	-	-	-	-	1	20.00	
Sin religión	1	50.00	1	50.00	-	-	-	-	
<b>Frecuencia de visitas</b>	0.797								
Quincenal	2	100.00	-	-	-	-	-	-	
Mensual	27	69.23	7	17.95	5	12.82	-	-	
Cada dos o tres meses	3	100.00	-	-	-	-	-	-	
Sin visitas	12	75.00	2	12.50	1	6.25	1	6.25	
<b>Actividades recreativas</b>	0.823								
Leer	5	71.43	1	14.29	1	14.29	-	-	
Bailar	15	71.43	4	19.05	1	4.76	1	4.76	
Cantar	8	80.00	1	10.00	1	10.00	-	-	
Tejer	3	100.00	-	-	-	-	-	-	
Ninguna	3	60.00	-	-	2	40.00	-	-	
Otra	10	71.43	3	21.43	1	7.14	-	-	
<b>Tiene hijos</b>	0.004								
Sí	44	77.19	8	14.04	4	7.02	1	1.75	
No	-	-	1	33.33	2	66.67	-	-	
<b>Pensión o jubilación</b>	0.053								
Sí	32	72.73	9	20.45	3	6.82	-	-	
No	12	75.00	-	-	3	18.75	1	6.25	

## CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

### 5.1. Discusión

Los resultados de este estudio sugieren que sí existe una relación entre la depresión y la desesperanza. De igual manera, se halló que la variable principal de depresión mostró una asociación con la religión de los evaluados. Asimismo, la variable desesperanza se asoció con las variables jubilación o pensión, tener hijos y religión. Se encontró, además, que un grupo importante de adultos mayores reportó depresión; de igual forma, una proporción considerable señaló experimentar desesperanza.

En esta investigación, se detectó que aquellos adultos mayores que puntuaron un nivel normal de desesperanza presentaron ausencia de depresión. Un resultado semejante fue el obtenido por Luengo et al. (2021), quienes encontraron que la mayoría de sujetos mayores pertenecientes a agrupaciones comunitarias de la ciudad de Chillán (Chile) informaron no padecer depresión. De igual forma, en una investigación nacional, un elevado porcentaje de ancianos de una comunidad notificaron no sufrir depresión (Noa, 2020). Asimismo, Escalante y Quispe (2020) obtuvieron un resultado parecido, puesto que la mayoría de los evaluados en su estudio no comunicaron depresión. De manera similar, De Oliveira et al. (2006) hallaron que personas mayores de un centro reportaron niveles mínimos de desesperanza.

Una posible explicación para los resultados expuestos proviene de Brandtstädter y Renner (1990), quienes sostienen que, ante alguna situación difícil, los adultos mayores tienden a modificar el significado de este problema con la finalidad de percibirlo, reinterpretarlo de una forma positiva y adaptarse mejor al cambio (Zamarrón, 2006). Además, ello se vincula con el supuesto de que los individuos de la tercera edad tienen un mejor desempeño correctivo emocional, lo que resulta en una mayor “madurez” emocional. Por tanto, si bien es cierto que en esta etapa se produce una serie de cambios relacionados con el deterioro cognitivo, la regulación emocional podría ser adecuada en gran parte de los ancianos, debido al aprendizaje derivado de la experiencia, lo cual los lleva a una mejor integración y preparación emocional (Fernández-Ballesteros, 2004).

Otra posible explicación es la propuesta por el modelo de selección, optimización y compensación de P. Baltes y M. Baltes (1990). Este rescata los procesos implicados en la acción durante el envejecimiento, puesto que se centra en el supuesto de que, a pesar de las múltiples pérdidas propias de esta etapa, gran parte de los sujetos mayores mantienen un bienestar subjetivo (Petretto et al., 2006) por medio de procesos como la selección (elegir intereses realistas que proporcionen satisfacción), la optimización (actividad estable en beneficio de otros y propio) y la compensación (compensar un déficit por medio de accesorios funcionales) (Zamarrón, 2006).

De otra forma, los datos encontrados pueden atribuirse al hecho de que las personas evaluadas no viven en una institución asilar, lo cual, según Iacub (2013), podría producir efectos depresivos. En cambio, viven con hijos o solos y asisten regularmente a un club del adulto mayor donde se realizan con frecuencia talleres, charlas y eventos dirigidos al cuidado de la salud psicológica, así como actividades recreativas y paseos de socialización regulares. Además, en dicho club, se presta especial atención a la salud física de los mayores, lo cual promueve su tranquilidad mental.

En este estudio, se encontró también que la mayoría de las personas que comunicó ser de la religión católica no reportó indicadores de depresión. Estos resultados se asemejan a los encontrados en el estudio de Ocampo et al. (2006), quienes descubrieron que una elevada proporción de adultos mayores que expresaron ser católicos no sufrían de depresión. De manera similar, gran parte de los que oraban no estaban deprimidos. Asimismo, Gallardo y Sánchez (2014) encontraron en la población de interés que solo la combinación de creencias y prácticas religiosas se asociaban con una menor incidencia de síntomas depresivos; luego, resaltaron que solo las experiencias espirituales se relacionan con una menor tasa (Gallardo y Sánchez, 2020). Por otra parte, Cruz et al. (2009) revelaron que la oración/meditación se asociaba con una reducción en las puntuaciones de gravedad de la depresión en ancianos deprimidos.

Una explicación tentativa a esto es que la religión se asocia con los acontecimientos difíciles, pero también con las mayores satisfacciones, dado que las religiones propugnan que las vicisitudes son parte de la vida, por lo cual proveen ciertas prácticas y directrices para responder y aceptar esta condición (Pargament, 2001). Entonces, los individuos que declaran filiación a una religión suelen tener en su haber medios religiosos para poder enfrentar los eventos de estrés que se pueden presentar en la vida cotidiana y así poder responder adecuadamente a las demandas (Pargament, 2001). Por consiguiente, estas creencias religiosas podrían estar relacionadas con el proceso de envejecimiento óptimo y generar beneficios asociados con la salud mental y el bienestar de las personas mayores (Pargament et al., 2000; San Martín, 2007).

En contraste con el último hallazgo mencionado, en una investigación nacional, se detectó que la mayoría de adultos mayores que presentó depresión aseguró profesar la religión católica (Acuña, 2019). A diferencia de la presente investigación, en el estudio señalado, se encontró que la totalidad de los evaluados reportó padecer alguna enfermedad ya sea esta hipertensión arterial, neumonía, diabetes mellitus, gastritis crónica u otros; de igual forma, un porcentaje importante de personas mayores que comentó tener depresión notificó hipertensión arterial. Esto puede explicarse considerando que las implicaciones para la salud y las funciones individuales y sociales de las personas con enfermedades crónicas son muy grandes. Aquellas pueden exceder sus recursos disponibles y su contexto hasta precipitar síntomas depresivos (Bastidas-Bilbao, 2014).

Por otro lado, los resultados indican que la mayoría de los examinados que refirió profesar la religión católica presentó un nivel normal de desesperanza. En otro trabajo similar realizado con población de adultos mayores de raza negra, los niveles más altos de religiosidad moderaron la relación entre discriminación y desesperanza (Mitchell et al., 2020).

Estos resultados obtenidos probablemente se deban a que existen creencias religiosas que proporcionan al adulto mayor un marco cognitivo que se relaciona con el bienestar emocional de los sujetos (Murphy et al., 2000). En ese sentido, De Berardis et al. (2020) argumentaron que la relevancia de la fuerza religiosa contra ideas relacionadas con la desesperanza da como resultado interacciones positivas entre las personas afiliadas al catolicismo. Por su parte, Sullivan (2003) comentó que, a pesar de la inevitabilidad de la muerte, la religión ofrece otras formas de esperanza como una vida después de la muerte y la salvación, lo cual alivia los posibles malestares asociados con esta etapa. Asimismo, estas esperanzas son reportadas por la mayoría de los evaluados de la presente investigación, quienes han enfatizado que asisten a misa de manera frecuente y oran en casa varias veces a la semana, con lo cual fortalecen su fe.

Otro hallazgo obtenido fue que un gran porcentaje de los evaluados que indicó tener hijos puntuó un nivel normal de desesperanza. Al no haberse encontrado investigaciones con resultados similares, se sugiere que este resultado podría deberse a la idea manifiesta por parte de los participantes de que el tener hijos es visto como apoyo y contención en escenarios difíciles presentes o futuros, hecho que se relaciona positivamente con la esperanza de las personas mayores. Asimismo, varios adultos mayores de la población estudiada refirieron no solo tener, sino también vivir junto con sus hijos, nietos o demás familiares, de quienes recibían ciertos cuidados y apoyo tanto financiero como afectivo, situación que contribuiría favorablemente en su sensación de bienestar.

En esta investigación, además, se evidenció que gran parte de los sujetos estudiados que indicó recibir jubilación o pensión expresó también desesperanza normal. En ese sentido, De Oliveira et al. (2006), en su estudio, descubrieron un resultado similar, puesto que el 74% de una muestra de adultos mayores provenientes de centros comentó que vivía de una jubilación. De igual forma, en un estudio coreano, la gran mayoría de ancianos que recibía ayuda económica presentaba buena salud psicológica (Lee et al., 2014).

En torno a lo mencionado, en otra investigación, los ingresos mensuales se asociaron con la desesperanza, ya que se demostró que los adultos mayores que no recibían ayuda económica de sus hijos presentaban mayores niveles de desesperanza (Dang et al., 2021). En consecuencia, se infiere que la información encontrada se debe a que el apoyo económico que reciben los adultos mayores les facilita la satisfacción de sus necesidades básicas como alimentación, salud y vestido; al mismo tiempo también ello les permite promover sus actividades recreativas y de autocuidado (Nué, 2000), lo cual influiría en su bienestar. En concordancia, la gran mayoría de los evaluados en este estudio informó escasas preocupaciones relativas al aspecto económico, ya que la ayuda que recibían en este sentido era de larga data y frecuente; por ende, sus expectativas futuras en torno a dicho tema eran positivas.

En el presente trabajo, también se halló que un grupo de individuos puntuó con depresión en un nivel moderado. Otras Investigaciones encontraron resultados similares (Estrada et al., 2013; Castillo et al., 2017; Morales y Alcívar, 2021). El hallazgo mencionado se puede explicar a partir de la teoría cognitiva de la depresión, la cual refiere que, en presencia de un acontecimiento estresante, se activan ciertos esquemas que de ser disfuncionales afectan el correcto procesamiento de la información del sujeto y producen sesgos cognitivos que precipitan la concebida triada cognitiva negativa (visión negativa sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro) tan notable en pacientes depresivos (Beck et al., 2010), así como los demás síntomas. Sumado a ello, también se encuentran las frecuentes creencias sociales actuales sobre la vejez como la idea de subestimar las capacidades de los mayores, que se manifiesta al delegarles un rol menos activo en el hogar o la comunidad. Estas ideas y las acciones a las que conducen pueden relacionarse con una mayor presencia del estrés y de la activación de esquemas mentales disfuncionales junto con distorsiones cognitivas que podrían resultar en la expresión de síntomas depresivos (Beck et al., 2010).

Siguiendo esta línea teórica, además, es importante comentar que algunos individuos de la tercera edad mantienen un sesgo cognitivo con respecto al proceso de envejecimiento, puesto que ellos concluyen que inevitablemente esta etapa exclusivamente se asocia con el declive y el deterioro (Fernández-Ballesteros, 2004), ya que la perciben de manera negativa. También, se encuentran los eventos estresantes de la vida diaria, los cuales la persona mayor no puede eludir.

En concordancia con esto, de acuerdo con Cicarelli (como se citó en Iacub, 2013), los factores sociales que inciden en el estrés de los adultos mayores y que escapan de su control son las críticas y los conflictos interpersonales, derivados de las inadecuadas relaciones familiares. De igual manera, se presenta la necesidad de comunicación social no satisfecha, que, según Torres et al. (2015), se relacionaría con indicadores de depresión en la vejez. Además, se puede advertir que los factores psicológicos como la pérdida de roles sociales importantes, los sentimientos de soledad, el temor a la muerte y la violencia psicológica serían los más acentuados durante la vejez (Torres et al., 2015).

Finalmente, se encontró que un grupo menor de encuestados manifestó padecer un nivel leve de desesperanza. Al respecto tres investigaciones coinciden con este resultado (Dang et al., 2021; Durmuş y Öztürk, 2022; Luengo et al., 2021). Los datos obtenidos se pueden explicar, dado que algunas personas mayores a menudo experimentan situaciones difíciles como la pérdida de familiares o amigos, la salida de los hijos del hogar, una patología crónica o grupo de pluripatologías, la disminución de la función, el deterioro cognitivo, a veces discapacidad con dependencia y una mayor proximidad a la muerte (Fernández-Ballesteros, 2004). Por lo tanto, es probable inferir que si el adulto mayor, además de experimentar consecutivamente situaciones como las señaladas, las cuales podrían ser consideradas potencialmente estresantes, también posee ciertos estilos inferenciales negativos como el atribuir frecuentemente demasiada importancia a los eventos negativos y a las consecuencias de estos, y/o la tendencia a expresar conclusiones nocivas sobre sí mismo, cabría la posibilidad del surgimiento del fenómeno desesperanza (Abramson et al., 1997).

## **5.2. Conclusiones**

En esta tesis, se determinó que sí existe relación entre la depresión y la desesperanza en adultos mayores. En ese sentido, los bajos niveles de desesperanza se asociaron con la nula depresión. Por lo tanto, se entiende, entonces, que la población estudiada presenta expectativas menos negativas sobre el futuro, con una baja exposición a eventos negativos en su vida junto con recursos de afrontamiento, lo cual les permite no verse asociados con signos de depresión y mantener una forma realista e incluso positiva de imaginar el futuro en torno a cuestiones relacionadas con la salud y la vida cotidiana. Esto favorece a la no presencia de problemas afectivos.

Por otro lado, se estableció que los adultos mayores de religión católica no mostraron depresión, puesto que las creencias y prácticas ligadas con esta religión favorecen a un mejor afrontamiento y aceptación de los problemas vinculados con la vida diaria y en especial a los relacionados con esta etapa del ciclo vital en la que predomina el deterioro funcional. De igual forma, promueve en ellos seguir estando activos y desempeñar un rol en su comunidad, lo cual implica fortalecer para bien sus interpretaciones de sí mismos y de su entorno.

Asimismo, se concluyó que los adultos mayores que pertenecen a la religión católica tienen un nivel normal de desesperanza, debido a que, desde esta religión, se promueven visiones del futuro que direccionan a las personas hacia la esperanza, la fe y la adaptación ante circunstancias eventuales o permanentes que lo requieran.

Además, en este estudio, se determinó que el tener hijos se asocia con un nivel normal de desesperanza, ya que el poseerlos es de gran ayuda para las personas mayores. Para ellos, significa la idea de que no están solos ante cualquier dificultad presente y futura.

También, se concluyó que las personas mayores que reciben una pensión o jubilación poseen un nivel normal de desesperanza. A partir de ello, se entiende que el ingreso financiero percibido todos los meses les generaría alivio, ya que, con este, pueden satisfacer sus necesidades básicas y mantenerse seguros de poder afrontar gastos fortuitos.

Por último, cierto grupo de personas mayores de este estudio presentaron depresión moderada y desesperanza leve. El primero se relacionaría con la activación de esquemas cognitivos disfuncionales, los cuales se manifiestan en la tendencia de presentar con alta frecuencia sesgos cognitivos y brindar un significado mayoritariamente negativo a las demandas e incomodidades de la vida diaria que suele transitar el adulto mayor. De igual manera, la segunda se asocia con la mantención de expectativas negativas sobre el futuro, producto de la presencia de eventos cotidianos adversos que son muy comunes en la población estudiada.

### **5.3. Recomendaciones**

A raíz de lo encontrado en el estudio, se sugiere elaborar y aplicar, en el Club del Adulto Mayor, programas que promuevan adecuados estilos de afrontamiento, expectativas realistas y positivas del futuro, estilos de vida saludables y pensamientos objetivos sobre la etapa que transitan los adultos mayores para favorecer en ellos el desarrollo de recursos que les permitan seguir manteniendo niveles bajos o nulos de depresión.

De igual forma, de acuerdo con los hallazgos, es particularmente útil considerar un enfoque que tenga en cuenta la espiritualidad al momento de realizar planes, programas, talleres y otro tipo de actividades dirigidas a los adultos mayores. En relación con ello, también se recomienda que la familia acompañe y se involucre, junto con el adulto mayor, en la realización de ciertas prácticas religiosas.

De igual manera, en las intervenciones recomendadas, se debe promocionar el apoyo frecuente, afectivo, social y económico, por parte de las familias de las personas mayores para que los resultados encontrados en gran parte de ellos se mantengan.

Por otra parte, se recomienda que el Área de Psicología del club realice una evaluación clínica a aquellos adultos mayores que reportaron un nivel moderado y severo de depresión, así como un nivel leve y moderado de desesperanza. El objetivo es que se establezca un diagnóstico y se valore la posibilidad de que los adultos mayores reciban un tratamiento psicológico y psiquiátrico.

Se sugiere, también, la aplicación de intervenciones de prevención primaria de la depresión y desesperanza dirigidos a personas mayores, ya que la detección precoz de ciertos signos prodrómicos que anteceden al trastorno depresivo, como podrían serlo las expectativas negativas sobre el futuro, permite a los profesionales de la salud actuar en consecuencia antes del desarrollo de un problema más grave e incapacitante como la depresión mayor.

Asimismo, la depresión y la desesperanza en los adultos mayores implica una demanda fundamental de cuidados adecuados y basados en la ciencia por parte de los profesionales de la salud psicológica. Por lo tanto, se recomienda el fortalecimiento de las redes de soporte social y comunitario con el propósito de garantizar los cuidados y apoyos que necesitan las personas mayores para que puedan afrontar los desafíos propios de su edad.

Finalmente, se sugiere contemplar, para investigaciones futuras, el uso del alcance explicativo y la utilización de muestras de estudio que posean el diagnóstico de depresión. El objetivo es obtener un mayor entendimiento de la influencia de la desesperanza en el desarrollo de aquella.

## REFERENCIAS

- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Metalsky, G. I., Joiner, T. E. y Sandín, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(3), 211-222. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.2.num.3.1997.3845>
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. y Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358-372. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.358>
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. y Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49>
- Acosta, C. y García, R. (2007). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y Salud*, 17(002), 291-300. <https://www.redalyc.org/pdf/291/29117214.pdf>
- Acosta, R. y Sánchez, J. (2017). Religiosidad y Depresión en adultos mayores institucionalizados de Lima Metropolitana [tesis de pregrado, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. Repositorio Institucional. <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/622459>
- Acuña, J. M. (2019). Estilos de vida saludable y el apoyo social asociado a la depresión en adultos mayores que asisten al club del adulto mayor en el distrito de Surco [tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional. [http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/7213/Estilos\\_AcunaSamaritano\\_Jocelyn.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/7213/Estilos_AcunaSamaritano_Jocelyn.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Aliaga, J., Rodríguez, L., Ponce, C., Frisancho, A. y Enríquez, J. (2006). Escala de desesperanza de Beck (BHS): Adaptación y características psicométricas. *Revista de Investigación en Psicología*, 9(1), 69-79. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2238209>
- Alloy, L. B. y Ahrens, A. H. (1987). Depression and pessimism for the future: Biased use of statistically relevant information in predictions for self versus others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(2), 366-378. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.2.366>
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. y Hartlage, S. (1988). The hopelessness theory of depression: Attributional aspects. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 5-21. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1988.tb00749.x>
- Baltes, P. B. y Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Bastidas-Bilbao, H. (2014). Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. *Revista de Psicología*, 32(2), 191-218. <https://doi.org/10.18800/psico.201402.001>

- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. Harper and Row.
- Beck, A. T. (1996). Beyond Belief: A theory of Modes, Personality, and Psychopathology. In P. M. Salkovskis. (ed.). *Frontiers of Cognitive therapy* (pp. 1-25). The Guilford Press.
- Beck, A. T. (2002). Cognitive Models of Depression. In R. L. Leahy y E.T. Dowd. (eds.). *Clinical Advances in Cognitive Psychotherapy: Theory and Application* (pp. 29-61). Springer Publishing Company.
- Beck, A. T. y Alford, B. A. (1967). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. y Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research: An International Journal*, 1, 23-36. <https://dx.doi.org/10.1080/10615808808248218>
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865. <https://doi.org/10.1037/h0037562>
- Beck, A.T., Rush,J., Shaw,B. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (A. Del Viso Pabón, Trad.; 19.ª ed.). Desclée De Brouwer. (Trabajo original publicado en 1979).
- Bolio, D., Canché, V., Maranca, M., Plata, N. y Russi, I. (2015). La depresión en estudiantes de doctorado del CECIP. *Praxis Investigativa ReDIE: Revista Electrónica de la Red Durango de Investigadores Educativos*, 7(12), 72-84. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6554734>
- Brandtstädter, J. y Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5(1), 58. <https://psycnet.apa.org/search?doi=10.1037%2F0882-7974.5.1.58>
- Caldas, S. J. y Correa, M, Y. (2019). Depresión y Deterioro Cognitivo en Personas Adultas Mayores de una Residencia Geriátrica [tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/2084>
- Castillo, M. A., Barría, Á. y Silva, C. M. (2017). Depresión en adultos mayores, según escala Geriátrica-Yesavage. *Revista Horizonte*, 2(15), 3-4. <https://www.revistahorizontecaf.com/index.php/revhorizonte/article/view/94>
- Córdova, M. y Rosales, J. C. (2010). La desesperanza de riesgo en jóvenes mexicanos y aspectos sociodemográficos asociados: diferencias por sexo. *Psicología y Salud*, 20(2), 195-201. <https://doi.org/10.25009/pys.v20i2.602>
- Cruz, M., Schulz, R., Pincus, H. A., Houck, P. R., Bensasi, S. y Reynolds, C. F. (2009). The association of public and private religious involvement with severity of depression and hopelessness in older adults treated for major depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(6), 503-507. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1064748112607593>

- Dang, Q., Zhang, B. y Nunez, A. (2021). Factors Associated with Hopelessness and the Role of Social Networks Among Chinese Older Adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 92. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104261>
- De Berardis, D., Olivieri, L., Rapini, G., Serroni, N., Fornaro, M., Valchera, A., ... y Di Giannantonio, M. (2020). Religious coping, hopelessness, and suicide ideation in subjects with first-episode major depression: An exploratory study in the real world clinical practice. *Brain Sciences*, 10(12), 912. <https://doi.org/10.3390/brainsci10120912>
- De Oliveira, K. L., Dos Santos, A. A. A., Cruvinel, M. y Néri, A. L. (2006). Relação entre Ansiedade, Depressão e Desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 11(2), 351-359. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000200014>
- Dunn, S. L. (2005). Hopelessness as a Response to Physical Illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 37, 148-154. <http://dx.doi.org/10.1111/j.15475069.2005.00027.x>
- Durmuş, M. y Öztürk, Z. (2022). The effect of COVID-19 outbreak on older Adults' hopelessness, loneliness and spiritual well-being in Turkey. *Journal of religion and health*, 61(1), 851-865. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-021-01494-1>
- Escalante, X. L. y Quispe, E. O. (2020). Relación entre violencia familiar y depresión en el adulto mayor participantes del Centro Integral de Atención del Adulto Mayor de Lima Este-Zona 06 [tesis de pregrado, Universidad Peruana Unión]. Repositorio Institucional. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/3477>
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, Á. M., Ordóñez, J., Osorio, J. J. y Chavarriaga, L. M. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas psychologica*, 12(1), 81-94. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672013000100009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672013000100009)
- Fernández, C. (2016). Propiedades Psicométricas de la Escala de Depresión Geriátrica en los Programas Integrales del Adulto Mayor de Trujillo [tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/262>
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *La psicología de la vejez*. Encuentros multidisciplinares.
- Gallardo, L. y Sánchez, E. (2014). Participación religiosa y depresión en personas mayores de la región de Arica y Parinacota, Chile. *Interciencia*, 39(7), 495-501. <https://www.redalyc.org/pdf/339/33931446007.pdf>
- Gallardo, L. y Sánchez, E. (2020). Espiritualidad, religiosidad y síntomas depresivos en personas mayores del norte de Chile. *Terapia psicológica*, 38(2), 169-187. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000200169>
- García, J., Gallego, J. y Pérez, E. (2009). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychologica*, 8(2), 447-454. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64712165013>

- González, J. y Hernández, A. (2012). La desesperanza aprendida y sus predictores en jóvenes: análisis desde el modelo de Beck. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17(2), 313-327. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29224159015>
- Greene, S. (1989). The Relationship Between Depression and Hopelessness: Implications for Current Theories of Depression. *The British Journal of Psychiatry*, 154(5), 650-659. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2597858/>
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-hill.
- Iacub, R. (2013). Dolor psíquico en el envejecimiento. En R. Iacub y B. Sabatini (eds.), *Psicología de la Mediana Edad y Vejez* (pp. 203-238). <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/05/Gerontolog--a-Comunitaria-Modulo-31.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2021). *Situación de la población adulta mayor Octubre-Noviembre-Diciembre 2021*. <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/04-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-iii-trim-2021.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2022). *Situación de la población adulta mayor: Enero - Febrero - Marzo 2022*. <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/04-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-iii-trim-2021.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Mental. [INSM]. (2012). *Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao. Replicación 2012*. <https://openjournal.insm.gob.pe/index.php/EESM/article/view/14>
- Laurente, M. (2017). Determinantes de riesgo y su relación con la depresión del adulto mayor en el Puesto de Salud Conduriri-llave en los períodos de diciembre del 2016 a febrero del 2017 [tesis de pregrado, Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez]. Repositorio Institucional. <http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/1439>
- Lee, H. J., Lyu, J., Lee, C. M. y Burr, J. A. (2014). Intergenerational financial exchange and the psychological well-being of older adults in the Republic of Korea. *Aging & Mental Health*, 18(1), 30-39. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.784955>
- Ley 28044. Ley General de Educación. Congreso de la República del Perú (2003). <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/118378-28044>
- Llanes, H. M., López, Y., Vázquez, J. y Hernández, R. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Medimay*, 21(1), 65-74. <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article%20view/707/1158>
- Luengo, C., Ocares, J., Sandoval, P., Santana, T., Vázquez, K. y Morales, I. (2021). Depresión y desesperanza en adultos mayores pertenecientes a agrupaciones comunitarias en Chillán, Chile. *Gerokomos*, 32(4), 216-220. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2021000500216&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2021000500216&script=sci_arttext&tlng=en)

- Marcel, G. (2005). *Homo Viator* (M. De Torres, trad.). Sígueme. (Trabajo original publicado en 1998).
- Martina, M., Ara, M. A., Gutiérrez, C., Nolberto, V. y Piscocoya, J. (2017). Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(4), 393-397. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14259>
- Ministerio de Salud [Minsa]. (2016). *Minsa promueve estilos de vida saludable en adultos mayores*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/14758-minsa-promueve-estilos-de-vida-saludable-en-adultos-mayores>
- Mitchell, U. A., Gutierrez-Kapheim, M., Nguyen, A. W. y Al-Amin, N. (2020). Hopelessness among middle-aged and older Blacks: The negative impact of discrimination and protecting power of social and religious resources. *Innovation in Aging*, 4(5). <https://doi.org/10.1093/geroni/igaa044>
- Montenegro, J. y Santisteban, Y. (2016). Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores del centro poblado de Mochumí- Lambayaque-2016 [tesis de pregrado, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio Institucional. <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/760>
- Morales, C. G. y Alcívar, S. A. (2021). Depresión en adultos mayores de la Fundación una Vida con Propósito. *Polo del Conocimiento*, 6(12), 509-520. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/3382>
- Mori, N. y Caballero, J. (2010). Historia natural de la depresión. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(2), 1-5. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3987256>
- Murphy, P. E., Ciarrocchi, J. W., Piedmont, R. L., Cheston, S., Peyrot, M. y Fitchett, G. (2000). The relation of religious belief and practices, depression, and hopelessness in persons with clinical depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1102–1106. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.6.1102>
- National Institute on Aging [NIH]. (2022, 20 de enero). *Las personas mayores y la depresión*. <https://www.nia.nih.gov/espanol/personas-mayores-depresion>
- Nekanda-Trepka, C. J. S., Bishop, S. y Blackburn, I. M. (1983) Hopelessness and depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 49-60. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1983.tb00578.x>
- Neufeld, E. y O'Rourke, N. (2009). Impulsivity and hopelessness as predictors of suicide-related ideation among older adults. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(10), 684-92. [10.1177/070674370905401005](https://doi.org/10.1177/070674370905401005)
- Noa, I. A. (2020). Nivel de depresión del adulto mayor en la comunidad terrazas del valle, Lurigancho-Chosica 2020 [tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/3593>

- Nué, A. (2000). Percepciones y autopercepciones de ancianos en la comunidad de Santa Cruz de Andamarca. *Anthropologica*, 18(18), 153-173. [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=Percepciones+y+autopercepciones+de+ancianos+en+la+comunidad+de+Santa+Cruz+de+Andamarca.+Anthropologica&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Percepciones+y+autopercepciones+de+ancianos+en+la+comunidad+de+Santa+Cruz+de+Andamarca.+Anthropologica&btnG=)
- Ocampo, J. M., Romero, N., Saa, H. A., Herrera, J. A. y Reyes-Ortiz, C. A. (2006). Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores. Cali, Colombia 2001. *Colombia Médica*, 37(2), 26-30. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-95342006000500005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342006000500005)
- Oficina de Evaluación de Riesgos para la Salud Ambiental [OEHA]. (s.f.). *Nivel Educativo*. <https://oeha.ca.gov/calenviroscreen/indicator/nivel-educativo#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20el%20nivel%20educativo,la%20personas%20con%20menos%20educaci%C3%B3n>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017, 12 de diciembre). *La salud mental y los adultos mayores*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Panzarella, C., Alloy, L. B. y Whitehouse, W. G. (2006). Expanded hopelessness theory of depression: On the mechanisms by which social support protects against depression. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 307-333. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9048-3>
- Pargament, K. I. (2001). The psychology of religion and coping: Theory, research, practice. *Guilford press*.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G. y Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of clinical psychology*, 56(4), 519-543. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200004\)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1)
- Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., López, C. M. y Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51(4), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>
- Powles, W. E. (1974). Beck, Aaron T. Depression: Causes and Treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1972. pp. 370. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 16(4), 281-282. <http://dx.doi.org/10.1080/00029157.1974.10403697>
- Ramos, G. (2013). Antropología de la vejez en el Perú: Un vacío etnográfico. *Anthropía*, (11), 104-112. <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/anthropia/article/view/11274>
- Real Academia Española [RAE]. (2009). *Diccionario de español jurídico* (22.<sup>a</sup> ed.). <https://dej.rae.es/lema/estado-civil>
- Real Academia Española [RAE]. (2019). *Diccionario de la lengua española* (23.<sup>a</sup> ed.). Espasa.

- Şahin, E., Topkaya, N., Gençoğlu, C. y Ersanlı, E. (2018). Prevalence and Correlates of Hopelessness among Turkish Elderly People Living with Family or in Nursing Homes. *Societies*, 8(39). <https://doi.org/10.3390/soc8020039>
- San Martín, C. (2007). *Espiritualidad en la tercera edad*. <https://dspace.palermo.edu/dspace/handle/10226/441>
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo Ansiedad y Depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de psicología*, 9(2), 133-170. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/29211>
- Sarin, K., P. P., Sethi, S. y Nagar, I. (2016) Depresión y desesperanza en ancianos institucionalizados: una preocupación social. *Revista Abierta de Depresión*, 5, 21-27. <https://dx.doi.org/10.4236/ojd.2016.53003>
- Stotland, E. (1969). *The psychology of hope*. Jossey Bass.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.
- Silva, M. M. y Vivar, V. P. (2015). Factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado [tesis de pregrado, Universidad de Cuenca]. Repositorio Institucional. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/21620>
- Sullivan, M. D. (2003). Hope and hopelessness at the end of life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(4), 393-405. <https://doi.org/10.1097/00019442-200307000-00002>
- Torres, H. M. L., Sepúlveda, Y. L., Aguilar, J. L. V. y Pérez, R. H. (2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Medimay*, 21(1), 65-74. <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article%20view/707/1158>
- Vázquez, C., Hervás, G. y Hernangómez, L. (2010). Modelos Cognitivos de la Depresión: Una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Behavioral Psychology: Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 18(1), 139-165. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=328925>
- Vinaccia, S., Gutierrez, K. V. y Escobar, M. A. (2021). Calidad de vida, resiliencia y depresión en adultos mayores de Montería, Colombia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 17(2), 51-61. <https://doi.org/10.15332/22563067.7079>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. y Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Zamarrón, M. D. (2006). *El bienestar subjetivo en la vejez*. Informes Portal Mayores, (56). <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/zamarron-bienestar-01.pdf>

## ANEXOS

### Anexo 1. Ficha sociodemográfica

Estimado participante, a continuación se les presentan algunas preguntas sobre su persona. Se le solicita marcar con una aspa o cruz la respuesta que corresponde a su situación actual. Las respuestas son anónimas y serán usadas para el estudio en el que usted está participando. Asegúrese, por favor, de no omitir alguna pregunta.

1. EDAD: \_\_\_\_\_

2. SEXO:

M	F
---	---

3. NIVEL EDUCATIVO: (Marque solo una opción)

Primaria	Secundaria	Profesional técnica	Educación universitaria
----------	------------	---------------------	-------------------------

4. ESTADO CIVIL: (Marque solo una opción)

Soltero	Casado	Divorciado	Viudo
---------	--------	------------	-------

5. RELIGIÓN: (Marque solo una opción)

Católica	No católica	Sin religión
----------	-------------	--------------

6. ¿CON QUÉ FRECUENCIA LO VISITAN? (Marque solo una opción)

Semanal	Quincenal	Mensual	Cada dos o 3 meses	Sin visitas
---------	-----------	---------	--------------------	-------------

7. ¿PRACTICA ALGUNA ACTIVIDAD RECREATIVA?

Sí	No
----	----

¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES PRACTICA? (Marque solo una opción, la que realice con mayor frecuencia)

Leer	Bailar	Cantar	Tejer	Dibujar	Otra
------	--------	--------	-------	---------	------

8. ¿TIENE USTED HIJOS VIVOS?

Sí	No
----	----

9. ¿RECIBE USTED UNA JUBILACIÓN, PENSIÓN O ALGUNA OTRA AYUDA ECONÓMICA? (Marque solo una opción)

Sí	No
----	----

## Anexo 2. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

### Instrucciones

A continuación, se le presentan treinta ítems, de los cuales tendrá que marcar (x) en el casillero de Sí o No, dependiendo de su opinión.

ÍTEMS	PREGUNTAS	SÍ	NO
1.	¿Está básicamente satisfecho con su vida?		
2.	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?		
3.	¿Siente que su vida está vacía?		
4.	¿Se encuentra a menudo aburrido?		
5.	¿Tiene esperanza en el futuro?		
6.	¿Tiene pensamientos que le molestan?		
7.	¿Suele estar de buen humor?		
8.	¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?		
9.	¿En general, se siente usted feliz?		
10.	¿Se siente a menudo abandonado?		
11.	¿Está muchas veces intranquilo e inquieto?		
12.	¿Prefiere quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?		
13.	¿Se suele preocupar por el futuro?		
14.	¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás?		
15.	¿Piensa que es maravilloso vivir?		
16.	¿Se siente a menudo triste?		
17.	¿Se siente inútil?		
18.	¿Se preocupa mucho por el pasado?		
19.	¿Cree que la vida es muy interesante?		
20.	¿Le resulta difícil poner en marcha nuevos proyectos?		
21.	¿Se siente lleno de energía?		
22.	¿Se siente sin esperanza?		
23.	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		
24.	¿Suele estar preocupado por pequeñas cosas?		
25.	¿Siente a menudo ganas de llorar?		
26.	¿Tiene problemas para concentrarse?		
27.	¿Está contento de levantarse por la mañana?		
28.	¿Prefiere evitar reuniones sociales?		
29.	¿Le resulta fácil tomar decisiones?		
30.	¿Su mente está tan clara como antes?		

### Anexo 3. Escala de desesperanza de Beck. Adaptación de Aliaga et al. (2006)

#### Instrucciones

Señale por favor si las siguientes afirmaciones corresponden o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son "verdadero" o "falso".

1.	Espero el futuro con esperanza y entusiasmo.	V	F
2.	Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo.	V	F
3.	Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer siempre así.	V	F
4.	No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años	V	F
5.	Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer.	V	F
6.	En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar.	V	F
7.	Mi futuro me parece oscuro.	V	F
8.	Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio.	V	F
9.	No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro.	V	F
10.	Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro.	V	F
11.	Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable.	V	F
12.	No espero conseguir lo que realmente deseo.	V	F
13.	Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora.	V	F
14.	Las cosas no marchan como yo quisiera.	V	F
15.	Tengo una gran confianza en el futuro.	V	F
16.	Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa.	V	F
17.	Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	V	F
18.	El futuro me parece vago e incierto.	V	F
19.	Espero más épocas buenas que malas.	V	F
20.	No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré.	V	F

## **Anexo 4. Carta de consentimiento informado**

### **UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDE SAPIENTIAE CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Título de proyecto de investigación:** “Depresión y desesperanza en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas”

**Estudiante:** Clara Jesús De la cruz Ortega

**Objetivo:**

Determinar si existe relación entre depresión y desesperanza en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas.

**Procedimientos:**

Si usted acepta participar en el estudio le invitaremos a responder junto con otras personas como usted, los siguientes instrumentos: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, Escala de Desesperanza de Beck y una Ficha Sociodemográfica. Comentarle que no existen respuestas correctas ni incorrectas, solo deseo que responda con la mayor sinceridad posible, ya que ello permitirá hacer de este estudio confiable. Asimismo, el tiempo de duración será flexible, siendo este de aproximadamente treinta minutos.

**Riesgos:**

No existen riesgos a nivel físico ni psicológico por participar en la investigación.

**Beneficios:**

Los resultados de este estudio motivarán el uso de tácticas que promuevan su atención psicológica, salud mental y calidad de vida adecuada. Además, cualquier información que proporcione para el análisis se tratará de manera estrictamente confidencial.

**Participación Voluntaria/Retiro:**

La participación en este estudio es totalmente voluntaria. Puede retirarse en cualquier momento, si así usted lo desea.

---

Firma

Anexo 5. Matriz de consistencia

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables e Indicadores	Población y muestra	Alcance y diseño	Instrum.	Análisis estadístico
<p><b>Tema:</b> Depresión y desesperanza en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas</p> <p><b>Problema General:</b> ¿Existe relación entre depresión y desesperanza en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas?</p>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar si existe relación entre depresión y desesperanza en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas.</p> <p><b>Objetivos específicos</b> Describir los niveles de depresión en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas.</p> <p>Identificar los niveles de desesperanza en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas.</p> <p>Describir las variables sociodemográficas en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas.</p> <p>Determinar la relación entre la depresión y las variables sociodemográficas en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas.</p> <p>Determinar la relación entre la desesperanza y las variables sociodemográficas en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas.</p>	<p><b>Hipótesis general</b> <b>H1:</b> Existe relación entre depresión y desesperanza en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas.</p> <p><b>H0:</b> No existe relación entre depresión y desesperanza en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas.</p> <p><b>Hipótesis específicas</b> <b>H1:</b> Existe relación entre la depresión y las variables sociodemográficas en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas.</p> <p><b>H0:</b> No existe relación entre la depresión y las variables sociodemográficas en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas.</p> <p><b>H1:</b> Existe relación entre la desesperanza y las variables sociodemográficas en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas.</p> <p><b>H0:</b> No existe relación entre la desesperanza y las variables sociodemográficas en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en el distrito de Comas.</p>	<p><b>Variables principales</b> <b>V1: Depresión</b> <b>Definición conceptual:</b> Es un trastorno emocional que implica la activación de esquemas de pensamiento distorsionado que contribuyen a la forma negativa en que el individuo percibe, codifica e interpreta la información sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, lo cual inicia y mantiene los síntomas depresivos (Beck, 1967). <b>Definición operacional:</b> Variable cualitativa politómica ordinal. Será medida por medio de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, la cual es unidimensional. Siendo categorizada de la siguiente manera: No depresión (0-9); depresión moderada (10-19); depresión severa (20-30).</p> <p><b>V2: Desesperanza</b> <b>Definición conceptual:</b> La desesperanza se define como un sistema de esquemas cognitivos, que son patrones estables que transforman los datos en cogniciones y se activan por inputs ambientales, en el que se crean varias expectativas negativas sobre el futuro inmediato o distante, que se expresan en las creencias de que la persona nunca podrá salir adelante por sí misma, jamás logrará tener éxito en lo que intente, no conseguirá sus metas, y tampoco resolverá los problemas que afronte en la vida (Beck et al., 1974; Beck et al., 2010; Stotland, 1969). <b>Definición operacional:</b> Variable cualitativa politómica ordinal. Es el puntaje obtenido como resultado de la aplicación de la Escala de desesperanza de Beck, adaptada para la población de Lima Metropolitana por Aliaga en el 2006. Los resultados se categorizan como asintomático (0-3), leve (4-8), moderada (9-14) y severa (15-20).</p> <p><b>Variables sociodemográficas</b> <b>V2: Edad</b> <b>Definición conceptual:</b> Se refiere al periodo de tiempo que ha vivido una persona (Real Academia Española [RAE], 2019) <b>Definición operacional:</b> Se trata de una variable cuantitativa discreta de razón, que en este caso corresponde a las edades comprendidas entre 65 a más, esta información será expresada en la ficha sociodemográfica.</p> <p><b>V2: Sexo</b> <b>Definición conceptual:</b> Estado orgánico, masculino o femenino (RAE, 2019). <b>Definición operacional:</b> Es una variable cualitativa dicotómica nominal, que es expresada como sexo (M) masculino o (F) femenino en la ficha de datos.</p> <p><b>V3: Nivel educativo</b> <b>Definición conceptual:</b> El nivel educativo es el nivel de educación más alto que una persona ha alcanzado (Oficina de Evaluación de Riesgos para la Salud Ambiental [OEHA], s.f.). A nivel nacional, de acuerdo con la Ley General de Educación (2003), se divide en educación básica regular, educación profesional técnica y educación universitaria. <b>Definición operacional:</b> Variable cualitativa politómica nominal. Categorizada en educación básica regular (inicial, primaria y secundaria), educación profesional técnica y educación universitaria. (Ley General de Educación, 2003). Información que es llenada en la ficha de recolección de datos</p> <p><b>V4: Estado civil</b> <b>Definición conceptual:</b> El estado de nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio de un sujeto, que se inscribe en el registro civil e indica el alcance real de las facultades y responsabilidades que la ley confiere a una persona (RAE, 2009). Puede ser de la siguiente forma: soltero, casado, viudo, y divorciado. <b>Definición operacional:</b> Variable cualitativa politómica nominal. Será la respuesta proporcionada a través de la ficha sociodemográfica.</p> <p><b>V5: Religión</b> <b>Definición conceptual:</b> Conjunto de creencias o doctrinas sobre la divinidad, sentimientos de reverencia y temor por la divinidad, códigos morales de comportamiento personal y social, y prácticas rituales (principalmente oración y sacrificio) para adorar a las deidades (RAE, 2019). Siendo clasificado en católica, no católica, sin religión. <b>Definición operacional:</b> Variable cualitativa politómica nominal. Respuesta que sea expresada en la ficha sociodemográfica.</p> <p><b>V6: Frecuencia de visitas</b> <b>Definición conceptual:</b> Se puede entender por frecuencia, a la repetición mayor o menor de un acto o de un suceso, y visita se refiere a la acción de presentarse (RAE, 2019). La frecuencia de visitas, será dividida de la siguiente manera: (semanal, quincenal, mensual, cada dos o tres meses y sin visitas). <b>Definición operacional:</b> Es una variable cualitativa politómica ordinal, y será la opción seleccionada por el participante en el cuestionario sociodemográfico.</p> <p><b>V7: Actividades recreativas</b> <b>Definición conceptual:</b> Se refiere a aquello que ofrece entretenimiento, diversión o distracción. Los pasatiempos también pueden considerarse como actividades recreativas. <b>Definición operacional:</b> Es una variable cualitativa politómica nominal, y se tratará de la información seleccionada en la ficha de recolección de datos.</p> <p><b>V8: Tiene hijos</b> <b>Definición conceptual:</b> Si es que el adulto mayor posee hijos o no. <b>Definición operacional:</b> Es una variable cualitativa dicotómica nominal. Es la respuesta registrada en la ficha sociodemográfica proporcionada.</p> <p><b>V9: Pensión o jubilación</b> <b>Definición conceptual:</b> Si es que recibe ayuda económica el adulto mayor. <b>Definición operacional:</b> Es una variable cualitativa dicotómica nominal. Será la opción seleccionada en la ficha de datos.</p>	<p><b>Población y muestra</b> Totalidad de adultos mayores de género masculino y femenino que pertenecen a un Club del Adulto Mayor de un Centro de Salud, ubicado en el distrito de Comas, cuya población asciende a 83 personas. Se realizó un censo en este estudio.</p> <p><b>Criterios de inclusión</b> Adultos mayores que pertenecen al Club del Adulto Mayor de un Centro de Salud del distrito de Comas.</p> <p>Adultos mayores de ambos sexos.</p> <p>Adultos mayores de 65 años a más.</p> <p>Participantes que firmen el consentimiento informado.</p> <p><b>Criterios de Exclusión</b> Adultos mayores con problemas para hablar.</p> <p>Adultos mayores que presentan dificultades para comprender.</p> <p>Adultos mayores que infoman problema sensorial auditivo y visual.</p>	<p><b>Tipo:</b> Correlacional</p> <p><b>Diseño:</b> Transversal</p>	<p><b>Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage</b> Es un instrumento psicológico creado para poder detectar indicadores de depresión en personas mayores de 65 años por medio de treinta ítems (Yesavage et al., 1982).</p> <p><b>La Escala de Desesperanza de Beck</b> Esta prueba fue desarrollada por Beck et al. (1974), con el objetivo de poder descubrir un sistema de expectativas negativas en una persona respecto de sí misma y de su vida futura.</p> <p>Asimismo, posteriormente fue adaptada por Aliaga et al. (2006), para la población de Lima Metropolitana.</p>	<p><b>Estadística descriptiva:</b> Se aplicó el paquete de software estadístico Stata v15. Para efectuar el análisis descriptivo de las variables cualitativas categóricas (depresión, desesperanza, sexo, estado civil, religión, nivel educativo, tiene hijos, frecuencia de visitas, actividades recreativas y pensión o jubilación) de estas mismas se calcularon las frecuencias y porcentajes. De igual modo, para la variable numérica (edad) se calculó la media y la desviación estándar.</p> <p><b>Estadística inferencial:</b> En relación con lo mencionado también se pretendió a determinar la relación entre las variables cualitativas principales y la variable cuantitativa edad, para lograr ello en primer lugar se utilizaron las siguientes pruebas: Shapiro Wilk e Histograma (para detectar distribución normal o no normal de la variable), debido a que, el resultado indicó distribución no normal, se aplicaron las pruebas de ANOVA y Kruskal Wallis.</p>

## Anexo 6. Cuadro de operacionalización de variables principales

Variables	Tipo de variable	Definición conceptual	Instrument.	Indicad.	Categorización
V1: Depresión	V1: Depresión •Cualitativa •Politómica •Ordinal	V1: Depresión  Es un trastorno emocional que implica la activación de esquemas de pensamiento distorsionado que contribuyen a la forma negativa en que el individuo percibe, codifica e interpreta la información sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, lo cual inicia y mantiene los síntomas depresivos (Beck, 1967).	Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage	0-9  10-19  20-30	No depresión  Depresión moderada  Depresión severa
V2: Desesperanza	V2: Desesperanza •Cualitativa •Politómica •Ordinal	V2: Desesperanza  La desesperanza se define como un sistema de esquemas cognitivos, que son patrones estables que transforman los datos en cogniciones y se activan por inputs ambientales, en el que se crean varias expectativas negativas sobre el futuro inmediato o distante, que se expresan en las creencias de que la persona nunca podrá salir adelante por sí misma, jamás logrará tener éxito en lo que intente, no conseguirá sus metas, y tampoco resolverá los problemas que afronte en la vida (Beck et al., 1974; Beck et al., 2010; Stotland, 1969).	Escala de Desesperanza de Beck	0-3  4-8  9-14  15-20	Normal o Asintomática  Leve  Moderada  Severa

## Anexo 7. Cuadro de operacionalización de las variables sociodemográficas

Variables	Tipo de variable	Escala de medición	Categorías
V2: Edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuantitativa</li> <li>• Discreta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De razón</li> </ul>	-
V1: Sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualitativa</li> <li>• Dicotómica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> </ul>
V3: Nivel Educativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualitativa</li> <li>• Politémica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordinal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Educación profesional técnica</li> <li>• Educación universitaria</li> </ul>
V4: Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualitativa</li> <li>• Politémica</li> <li>• Nominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltero</li> <li>• Casado</li> <li>• Divorciado</li> <li>• Separado</li> <li>• Viudo</li> </ul>
V5: Religión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualitativa</li> <li>• Politémica</li> <li>• Nominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Católica</li> <li>• No católica</li> <li>• Sin religión</li> </ul>
V6: Frecuencia de visitas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualitativa</li> <li>• Politémica</li> <li>• Ordinal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordinal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semanal</li> <li>• Quincenal</li> <li>• Mensual</li> <li>• Cada 2 o 3 meses</li> <li>• Sin visitas</li> </ul>
V7: Actividades recreativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualitativa</li> <li>• Politémica</li> <li>• Nominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leer</li> <li>• Cantar</li> <li>• Bailar</li> <li>• Tejer</li> <li>• Dibujar</li> <li>• Otra</li> </ul>
V8: Tiene hijos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualitativa</li> <li>• Dicotómica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No</li> </ul>
V9: Pensión o jubilación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualitativa</li> <li>• Dicotómica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No</li> </ul>