



Universidad Andina del Cusco

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Psicología



**Apoyo social percibido y depresión en adultos mayores del
Centro del Adulto Mayor de ESSALUD del Hospital Nacional
Adolfo Guevara Velasco, Cusco - 2020.**

Tesis presentada por:

Bach. Muñoz Miranda, Karla

Tesis para optar el título profesional de

Psicóloga

Asesor:

Mtro. Fabio Anselmo Sánchez Flores

orcid.org/0000-0002-0144-9892

Cusco – 2022



Agradecimiento

Gracias a Dios por su inmensa bondad que me permitió terminar esta tesis y disfrutar de mi familia sana. Gracias a mi Familia por el amor recibido, la dedicación y la paciencia. Gracias a mi Increíble Madre por creer en mí y apostar por mis sueños e impulsarme para cumplirlos, Por estar siempre a mi lado en buenos y malos momentos. Gracias a mi novio, por la paciencia y por impulsarme cada día para lograr mis objetivos. Gracias a mis maestros y personas que fueron partícipes de este proceso de formación profesional. Gracias a mi ASESOR Fabio Anselmo Sánchez Flores por guiarme por la paciencia y apoyo, en el proceso de la elaboración de mi tesis. Gracias al profesor liney pesua y el profesor Manuel Ortega, por el tiempo y paciencia brindados para esta tesis. Gracias a la profesora Vanesa Rosas y Álvaro Aguilar por el tiempo y ayuda brinda. Gracias a la señora MARILUZ asistente del Centro del Adulto Mayor. Que nos permitió realizar la investigación y a todos los participantes para que colaboraron con la investigación, gracias a todas las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de esta tesis.

Karla Muñoz Miranda



Dedicatoria

La presente tesis está dedicada a DIOS, ya que gracias a el he logrado concluir mi Carrera.

A mi madre. Tus esfuerzos son impresionantes y tu amor para mi invaluable, eres una mujer que simplemente me hace llenar de orgullo, por estar siempre para mí, este logro es gracias a ti y tu dedicación día a día.

A mi mamá grande. Soy muy afortunada, por haber crecido junto a ti, te debo tanto, has sabido formarme, con buenos sentimientos, hábitos y valores todo ello, me ha ayudado a salir adelante en momentos difíciles, gracias por todo el esfuerzo.

A mis hermanas pilares importantes, mi soporte incondicional, por sus palabras, apoyo y consejos y por siempre estar ahí para mí.

A mi hija. Tu llegada a mi vida ha significado un nuevo comienzo, te has convertido en mi motor y motivo, sé que aún no lo comprendes, pero quiero que el día que puedas leer esto entiendas cuanto amor te tengo y lo importante que eres en mi vida te amo mucho mi pequeña princesa, que sepas también que no ha sido fácil, pero que eres la razón por la que todo valdrá la pena siempre.

A mi novio. Por ser una parte importante de que pudiera llevarla a cabo y concluirla, desde que te conocí siempre me alentaste, creíste en mí y en mis sueños, por no soltar mi mano en momentos difíciles gracias por acompañarme y compartir este logro juntos.

Karla Muñoz Miranda



Jurado de Tesis

Mgt. Ps. Juan Segismundo Durand Guzmán

Replicante

Dr. Ps. Juan Bautista Caller Luna

Replicante

Dra. Ps. Rocio Liney Pezúa Vásquez

Dictaminante - Presidente

Mgt. Ps. Manuel Jesús Ortega Zea

Dictaminante

Dr. Ps Fabio Anselmo Sánchez Flores

Asesor



Índice

Contenido	Pág.
Capítulo I: Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Formulación del Problema.....	1
1.2.1 Problema general	1
1.2.2 Problemas específicos.....	1
1.3 Justificación	2
1.3.1 Relevancia social	2
1.3.2 Implicancias prácticas.....	2
1.3.3 Valor teórico	2
1.4 Objetivos de la Investigación.....	3
1.4.1 Objetivo general.....	3
1.4.2 Objetivos específicos	3
1.5 Viabilidad del Estudio	4
1.6 Delimitación del Estudio	4
1.6.1 Delimitación espacial.....	4
1.6.2 Delimitación temporal	4
1.7 Aspectos Éticos.....	4
Capítulo II: Marco Teórico	5
2.1 Antecedentes de la investigación.....	5
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	5
2.1.2 Antecedentes nacionales	7
2.2 Bases Teóricas	9



2.2.1	Persona Adulta Mayor	9
2.2.2	Apoyo Social Percibido	14
2.2.3	Teorías del Apoyo Social Percibido	16
2.2.4	Evaluación del apoyo social percibido	18
2.2.5	Evaluación del apoyo social percibido mediante la Escala MSPSS	19
2.2.6	Apoyo social percibido en personas mayores.....	20
2.2.7	Depresión	21
2.2.8	Depresión en adultos mayores	22
2.2.9	Teoría de la depresión de Beck.....	26
2.3	Marco conceptual.....	28
2.4	Hipótesis	30
2.5	Variables e indicadores.....	32
2.5.1	Identificación de las variables.....	32
2.5.2	Operacionalización de la variable.....	33
Capítulo III: Método		34
3.1	Enfoque de Investigación	34
3.2	Alcance del Estudio	34
3.3	Diseño de Investigación.....	34
3.4	Población	35
3.4.1	Criterios de inclusión y exclusión.....	35
3.4.2	Centro del Adulto Mayor (CAM)	35
3.5	Muestra	36
3.6	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	37
3.6.1	Técnica.....	37
3.6.2	Instrumentos de recolección de datos	38



3.6.3	Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS)	38
3.6.4	El Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).....	39
3.7	Validez y Confiabilidad de los instrumentos.....	40
3.7.1	Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS)	40
3.7.2	Inventario de Depresión de Beck (BDI - II)	40
3.8	Plan de Análisis de Datos	41
Capítulo IV: Resultados de la investigación		42
4.1	Resultados descriptivos	42
4.2	Prueba de normalidad	44
4.3	Resultados correlacionales.....	44
4.4	Resultado respecto al objetivo general	51
Capítulo V: Discusión.....		53
5.1	Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos	53
5.2	Limitaciones del estudio	56
5.3	Comparación crítica con la literatura existente	56
5.4	Implicancias del estudio	59
CONCLUSIONES		61
SUGERENCIAS		63
Bibliografía.....		65
Apéndice		76



ÍNDICE DE TABLAS

Contenido	Pág.
Tabla 1. <i>Operacionalización del apoyo social percibido y depresión.</i>	33
Tabla 2. <i>Apoyo social percibido y dimensiones.</i>	42
Tabla 3. <i>Depresión y dimensiones.</i>	43
Tabla 4. <i>Prueba de normalidad.</i>	44
Tabla 5. <i>Apoyo social percibido de la familia-otros y depresión.</i>	45
Tabla 6. <i>Apoyo social percibido de amigos y depresión.</i>	46
Tabla 7. <i>Apoyo social percibido y alteración emocional.</i>	47
Tabla 8. <i>Apoyo social percibido y alteración cognoscitiva.</i>	48
Tabla 9. <i>Apoyo social percibido y alteración del comportamiento.</i>	49
Tabla 10. <i>Apoyo social percibido y alteración somática.</i>	50
Tabla 11. <i>Apoyo social percibido y depresión.</i>	52



ÍNDICE DE FIGURAS

Contenido	Pág.
<i>Figura 1.</i> Servicios que brindan los Centros del Adulto Mayor	36
<i>Figura 2.</i> Apoyo social percibido y dimensiones.....	42
<i>Figura 3.</i> Depresión y dimensiones.....	43
<i>Figura 4.</i> Familia-otros y depresión	45
<i>Figura 5.</i> Amigos y depresión.....	46
<i>Figura 6.</i> Apoyo social percibido y alteración emocional	47
<i>Figura 7.</i> Apoyo social percibido y alteración cognoscitiva.....	48
<i>Figura 8.</i> Apoyo social percibido y alteración del comportamiento.....	50
<i>Figura 9.</i> Apoyo social percibido y alteración somática.....	51
<i>Figura 10.</i> Apoyo social percibido y depresión	52



Resumen

El apoyo social percibido que recibe el adulto mayor puede influir en las alteraciones mentales de la vejez. La investigación determinó la relación entre el apoyo social percibido y la depresión en los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020. Se usó un enfoque cuantitativo, de alcance correlacional, y de diseño no experimental de tipo transversal. La técnica de obtención de información utilizada fue la encuesta, mediante la cual se evaluó a 132 personas como muestra de un total de 200 adultos mayores. Los instrumentos usados fueron: la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido y el Inventario de Depresión de Beck. Los resultados evidencian relación negativa baja entre el apoyo social percibido y la depresión (-.360). Al mismo tiempo se encontró relación entre la depresión y las dimensiones del apoyo social percibido, en la misma línea se encontró relación entre el apoyo social percibido y las dimensiones de la depresión, excepto para la dimensión alteraciones del comportamiento. En conclusión, se puede observar que a menor apoyo social percibido mayor es la depresión en la población de adultos mayores evaluados.

Palabras clave: Adulto mayor, vejez, apoyo social percibido, depresión, riesgo social.



Abstract

The perception of the perceived social support received by the older adult can influence the mental disorders of old age. The research determined the relationship between perceived social support and depression in the elderly of the ESSALUD Center for the Elderly of the Adolfo Guevara Velasco National Hospital, Cusco - 2020. A quantitative approach, correlational scope, and non-experimental design was used. transverse type. The technique of obtaining information used was the survey, through which 132 people were evaluated as a sample of a total of 200 older adults. The instruments used were: the Multidimensional Scale of Perceived Social Support and the Beck Depression Inventory. The results show a low negative relationship between perceived social support and depression (-.360). At the same time, a relationship was found between depression and the dimensions of perceived social support, in the same line a relationship was found between perceived social support and the dimensions of depression, except for the behavioral alterations dimension. In conclusion, it can be observed that the lower the perceived social support, the greater the depression in the population of older adults evaluated.

Keywords: Older adult, old age, perceived social support, depression, social risk.



Capítulo I: Introducción

1.1 Planteamiento del Problema

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Organización de los Estados Americanos, 2017) establece cómo persona mayor a aquellas de más de 60 años. En el Perú esta clasificación se define de igual forma, y además se encuentra respaldada por la Ley de la Persona Adulta Mayor N° 30490 (Congreso de la República, 2016). Esta categorización sobre las poblaciones etarias más avanzadas, es quizá una clasificación genérica, pues al ignorar aspectos como condición social, género, etc., se ignoran también aquellas necesidades particulares de cada persona (Blouin, Tirado, y Mamani, 2018). Sin embargo, es una clasificación necesaria con el objetivo de enfrentar los problemas que acompañan al mismo proceso de envejecimiento, sobre todo en la coyuntura en la que viven las personas adultas mayores.

Las personas que envejecen pueden experimentar sentimientos y emociones irracionales. Pues a menudo reaccionan con quejas físicas, negación, culpa y soledad. Experimentan una sensación de impotencia cuando se enfrentan a la jubilación, las limitaciones de ingresos y los nuevos arreglos de vida. Muchas personas de la tercera edad son demasiado críticas y muestran un comportamiento sospechoso a medida que se vuelven paranoicos. La depresión y la ansiedad generalmente se experimentan como resultado de reacciones a la pérdida y la incertidumbre en la vejez (Schaie y Willis, 2011). Estos sentimientos son normales y experimentados por muchas personas mayores; sin



embargo, cuando estos sentimientos comienzan a interferir con la vida diaria, es necesario acceder a ellos de forma profesional (Schaie y Willis, 2011).

En este sentido, el apoyo social percibido se alza como una de las variables más importantes al momento de enfrentar las diversas condiciones relacionadas a la vejez. Especialmente en una población de esta naturaleza, una de las más vulnerables frente a diversas enfermedades, siendo, por ejemplo, la de peor pronóstico por infecciones de SARS-CoV-2 (The Cochrane Collaboration, 2020), virus que ha afectado y desencadenado la crisis mundial de salud del 2020.

La variable apoyo social percibido es entendida como aquella disposición instrumental y/o expresiva percibida o real proporcionada por la comunidad, las redes sociales y los amigos de confianza (Lin et al., 1986). Diversas investigaciones han estudiado el efecto del apoyo social percibido como una estrategia de afrontamiento frente a una situación estresante, dando a entender que una buena percepción de apoyo social puede contribuir a reducir los niveles de estrés ante la exposición de ciertas enfermedades o intervenciones médicas, a su vez que ayudar a la recuperación de las mismas (Saltzman et al., 2020).

El concepto de envejecimiento está ligado al desprecio y aversión. Las personas mayores están marginadas, mientras que se considera ampliamente que no son fiables y no pueden aprender debido a la pérdida de la memoria. La angustia psicológica como la depresión o la ansiedad y el estrés se reducen eficazmente con la ayuda del apoyo social (Patra et al., 2017). Esto conduce a una variedad de beneficios para la salud física y adaptación en enfermedades como diabetes mellitus, enfermedades cardíacas, enfermedades pulmonares, artritis y cáncer (Kim et al., 2008). Incluso si el apoyo social no puede eliminar la situación estresante, permite que las personas mayores sean más optimistas. Por tanto, el apoyo social ayuda a las personas mayores a afrontar situaciones



difíciles, creando nuevas soluciones y reduciendo su desesperación, así como ciertos trastornos mentales (Erdem y Apay, 2014).

La depresión se establece como un trastorno emocional o del humor que perturba la vida de la persona, este trastorno puede ser transitorio o permanente, y en el predominan síntomas afectivos, cognitivos, conductuales y somáticos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983). En las personas mayores de 60 años, la depresión es el trastorno mental más común, que afecta a uno de cada siete ancianos (Borza et al., 2015). Sin embargo, la depresión geriátrica es una de las enfermedades más infra diagnosticadas y tratadas de forma inadecuada que tiene consecuencias físicas, sociales y psicológicas. La depresión roba la satisfacción con la vida y reduce la esperanza de vida, mientras que la pérdida de funciones ejecutivas incluye perturbaciones en la organización, la remoción y el diseño (Ferreira et al., 2016). Los ancianos con mayor riesgo de desarrollar depresión son las mujeres, solteras, las que viven solas y las que tienen alguna discapacidad física o enfermedad.

En el Perú, por ejemplo, la población adulta mayor representa un poco más de la décima parte de la población total del país, dentro de la cual un poco más de la mitad la conforman mujeres adultas mayores (Andina, 2020). Bajo la coyuntura actual una de las poblaciones más sensibles es la población adulta mayor, la cual se enfrenta a enfermedades asociadas, síndromes geriátricos, fragilidad física relacionada y por supuesto fenómenos sociales como el que se vive actualmente. Según datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2020) la capacidad inmunitaria de la población adulta mayor se ve claramente disminuida por las propias características de esta etapa de vida.

En este sentido, en el Perú existe una gran cantidad de mensajes sobre mortalidad por COVID-19, lo que se convierte también en un gran impacto sobre la salud mental de



la población adulta mayor, esta percepción de peligro podría estar contribuyendo a una súbita disminución de la calidad de vida, e incluso, a la propia mortalidad de esta población. Según estudios sobre el número de defunciones nacionales por causa natural, se observa un aumento de muertes de hasta el 250% en la población de adultos mayores en el presente año (Convoca.pe, 2020).

En general, la experiencia de vida ha cambiado radicalmente para las personas mayores de 60 años, y en especial para la población de adultos mayores que diariamente vivían sujetos a los programas del CAM, programas gracias a los cuales podían sobrellevar las condiciones y limitaciones propias de su edad (Schaie y Willis, 2011). La crisis ha causado que se adopten diversas medidas, cómo el cambio de actividades de los CAM, los cuales pasaron de ser presenciales a convertirse en complementos de apoyo a través de medios telefónicos o virtuales por lo cual el soporte social se ha visto reducido. Situación que posiblemente se mantendrá por dos o tres años, sobre todo para las poblaciones más vulnerables, como son los adultos mayores (El Tiempo, 2020). Esta situación, es el principal problema que se ha observado en la población, los adultos mayores han reducido drásticamente o perdido todo vínculo con aquellos grupos sociales con quienes interactuaban antes del inicio de pandemia, dicho cambio aparte de recluirlos físicamente los ha recluido emocionalmente, provocando talvez un mayor grado de depresión en medio de la crisis sanitaria.

Esta es la relación que se pudo observar entre la población, pues la reclusión y aislamiento al no poder asistir presencialmente a las actividades que brindaba el CAM, los cuales ya formaban parte de la cotidianeidad de esta población provocaron un decremento en sus relaciones sociales, siendo la variable apoyo social percibido la que mas se vio afectada. Por otra parte, la misma sensación de peligro inminente debido a la



vulnerabilidad de su grupo atareo con respecto al virus, promovió una sensación de carga y frustración alarmante entre sus familiares o encargados.

La características de la población evaluada son un nivel similar de personas adultas mayores tanto del sexo femenino como del sexo masculino. La mayor parte están compuestas por personas mayores de sesenta años hasta los setenta años, esta frecuencia se va decrementando habiendo pocos casos de personas que superan los noventa años. En cuanto a las condiciones socioeconómicas, muchos adultos mayores son de clase media contando con familia y contando con seguro de salud, así como una jubilación por vejez. Así mismo, muchos de los adultos mayores son viudos, encontrándose pocos casos solteros o divorciados.

Considerando esta realidad, la motivación principal que impulsó a la realización de este estudio, fue comprender la relación entre el apoyo social percibido y la depresión en las personas adultas mayores de la región. buscando tener una clara situación de la población de estudio en relación de estas dos variables, con el cual se puedan tomar medidas para una adecuada atención hacia una de las poblaciones más vulnerables de la sociedad.



1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema general

¿Existe relación entre el apoyo social percibido y depresión en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco - 2020?

1.2.2 Problemas específicos

- a. ¿Cuáles son los niveles de apoyo social percibido en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020?
- b. ¿Cuáles son los niveles de depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020?
- c. ¿Existe relación entre el apoyo social percibido de la familia-otros y la depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020?
- d. ¿Existe relación entre el apoyo social percibido de los amigos y la depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020?
- e. ¿Existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones emocionales en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020?
- f. ¿Existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones cognoscitivas en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020?
- g. ¿Existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones del comportamiento en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020?



- h. ¿Existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones somáticas en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020?

1.3 Justificación

1.3.1 Relevancia social

Esta investigación contribuye a la salud mental de la población de adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de la ciudad del Cusco, así como a la población geriátrica en general la cual en el tiempo en el que se realizó la investigación fueron considerados como población de riesgo.

1.3.2 Implicancias prácticas

Conociendo los resultados de dicha investigación se pudieron tomar medidas para mejorar y adaptar los programas del Centro del Adulto Mayor durante la coyuntura caracterizada por el distanciamiento con las poblaciones en riesgo como son los adultos mayores.

1.3.3 Valor teórico

Debido a la casi inexistente información sobre los efectos del distanciamiento social y exposición a información estresara sobre poblaciones vulnerables como son los adultos mayores. Esta investigación aportó enormemente a enriquecer el conocimiento sobre factores que afectan la salud mental de los adultos mayores en el presente año.

Por otra parte, se sabe que hasta la fecha la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Andina del Cusco no realizo investigaciones relacionadas con poblaciones de adultos mayores, de esta forma el presente estudio contribuyo con información pionera sobre esta población, y dará lugar a nuevos estudios sobre adultos mayores desde la perspectiva de la psicología.



1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivo general

Determinar la relación entre el apoyo social percibido y depresión en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco - 2020.

1.4.2 Objetivos específicos

- a. Conocer los niveles de apoyo social percibido en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020.
- b. Conocer los niveles de depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020.
- c. Identificar la relación entre el apoyo social percibido de la familia-otros y la depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020.
- d. Identificar la relación entre el apoyo social percibido de los amigos y la depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020.
- e. Identificar la relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones emocionales en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020.
- f. Identificar la relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones cognoscitivas en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020.
- g. Identificar la relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones del comportamiento en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020.



- h. Identificar la relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones somáticas en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020.

1.5 Viabilidad del Estudio

El estudio fue viable gracias al acceso brindado por el Seguro Social de Salud sobre la población de adultos mayores del Centro del Adulto Mayor en la ciudad del Cusco.

1.6 Delimitación del Estudio

1.6.1 Delimitación espacial

La presente investigación se realizó en la población de adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco.

1.6.2 Delimitación temporal

La presente investigación se realizó en el transcurso del año 2020.

1.7 Aspectos Éticos

La presente tesis tomó en cuenta el código de ética profesional del psicólogo peruano; que en los artículos 20, 22 y 25 del Título IV, sobre confidencialidad, los cuales refieren: “El psicólogo está obligado a proteger la información acerca de una persona o grupo de personas, que fue adquirida en el transcurso de su práctica, enseñanza o investigación” (Colegio de Psicólogos del Perú, 2017, p. 6). Por lo tanto, esta investigación fue realizada mediante consentimiento informado por parte de los evaluados. Así mismo y para salvaguardar la integridad de la población evaluada, el proceso de levantamiento de datos se realizó únicamente por medios electrónicos, teléfono o celular con el objetivo de mantener el distanciamiento social y evitar posibles contagios sobre la población de adultos mayores del CAM Cusco.



Capítulo II: Marco Teórico

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Mercedes et al. (2017), de la Universidad Pontificia Bolivariana, realizaron el estudio: “Apoyo social percibido y dependencia funcional en el adulto mayor con dolor”. El objetivo del estudio fue describir el nivel dependencia funcional y apoyo social percibido en el adulto mayor con dolor. En terminos metodologicos mantuvo un diseño no experimental transversal, de alcance descriptivo y con un muestreo no probabilistico sobre una muestra de 200 adultos mayores de Bucaramanga. Se utilizó una prueba de Apoyo Social Percibido, la prueba Barthel y el cuestionario Mcguill. Se encontró que existe mayor prevalencia en mujeres casadas, entre edades de 65 a 75 años, en estratos como escolaridad básica primaria sin concluir. Los evaluados describen dolor brusco (58.5%), cruel (71.5%) y molesto (61.0 %). La mayor parte de la población muestra niveles altos de apoyo social y un 86.5% son independientes. Esta investigación comparte población de tercera edad, y la variable apoyo social percibido por lo tanto es un antecedente importante para comprender el desenvolvimiento de esta población frente a una sotuación de angustia y aflicción como el dolor. Por los mismo contribuye con el estudio en marcha pues el objetivo es identificar el grado de apoyo social percibido frente a una situación estresante.

Pacheco y Alfaro (2018) del Instituto de investigaciones en Ciencias Humanas de la Educación de la Universidad La Salle, realizaron el estudio: “Influencia del apoyo social percibido, factores sociodemográficos y socioeconómicos sobre la depresión de personas adultas mayores del área urbana de la ciudad de La Paz”. Con el objetivo de



determinar la relación existente entre el apoyo social percibido y depresión en personas adultas mayores del área urbana de la ciudad de La Paz. El estudio muestra un alcance correlacional a través de un diseño no experimental de tipo transversal. La muestra se conformó por 240 personas, a las que se aplicaron la Escala de Zimet y la escala geriátrica de Yesavage, además de otros cuestionarios sociodemográficos. Los resultados indicaron que existe relación significativa de -0.438 entre el apoyo social percibido y los niveles de depresión entre las personas adultas mayores del área evaluada. De la misma forma, aquellos aspectos sociodemográficos como la condición de vivienda, ganancias mensuales, fuente de ingresos, frecuencia de interacción con visitas, estado civil, etc. muestran relación significativa con el apoyo social percibido y la depresión de las personas adultas mayores, todos estos influyen en los niveles de depresión o de apoyo social percibido, y para el caso correspondiente los niveles disminuyen o aumentan. La investigación es relevante ya que comparte las mismas variables y también la misma población con respecto al presente estudio, siendo un antecedente importante que ayudará a comprender mejor la relación entre estas dos variables.

Barrera-Herrera et al. (2019), realizaron el estudio: “Apoyo social percibido y factores sociodemográficos en relación con los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en universitarios chilenos”. Con el objetivo de determinar la influencia del apoyo social percibido y de los factores sociodemográficos de género y nivel socioeconómico en la sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés. La metodología fue de alcance correlacional, con un diseño no experimental transversal. El muestreo consideró 449 estudiantes universitarios sobre los cuales se aplicó la Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) y la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS). Se encontró que el apoyo social percibido está asociado de forma inversa a los síntomas psicopatológicos y, por otra parte, que el apoyo familiar predice de mejor forma la



aparición de sintomatología de salud mental. La investigación encontró que los jóvenes de Chile consideran importante el apoyo social familiar el cual contribuye a combatir la ansiedad, depresión, y estrés en etapas de vida anteriores a la adultez. Esta investigación constituye un antecedente importante ya que comparte las mismas variables, si bien es cierto que su población es distinta aun así se podrán sacar conclusiones importantes al momento de diferenciar poblaciones etarias distintas, pero de las cuales se ha estudiado las mismas variables.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Talledo (2020) realizó el estudio: “Depresión y calidad de vida en adultos mayores de un programa de salud en Lima Norte, 2018”. Con el objetivo de determinar la relación existente entre la depresión y la calidad de vida en personas mayores. La metodología usada fue de alcance correlacional, con un diseño no experimental transversal. Se consideró una muestra de 90 personas mayores de 60 años a las que se aplicó la Escala geriátrica de depresión de Martínez y el Índice de calidad de vida de Robles. Los resultados muestran que Los resultados indicaron que existe correlación inversa entre depresión y calidad de vida puesto que la autopercepción subjetiva o negativa de la calidad de vida que está compuesto por cuatro factores importantes que es la autorrealización alcanzada, las condiciones personales para el funcionamiento, el ámbito de relaciones interpersonales y ocupación y por último la satisfacción del apoyo social y de servicios aumentan significativamente los síntomas de depresión, es por ello que se observó que el 68.9% de personas no presentan depresión, el 16.7% presentan depresión leve, y el 14.4% presentan depresión grave. Esta investigación es importante pues comparte el estudio de la variable depresión además de una población parecida, estas condiciones posibilitarán una mejor comprensión del fenómeno psicológico de la depresión.



Quispe (2019), de la Universidad San Ignacio de Loyola, realizó el estudio: “Resiliencia, apoyo social percibido y satisfacción con la vida del adulto mayor del distrito de Santa Anita, Lima – Perú”. Con el objetivo de analizar la relación entre resiliencia, apoyo social percibido y satisfacción con la vida en adultos mayores. Se realizó una investigación correlacional. El muestreo consideró a 115 adultos mayores desde edades de 60 años, entre hombres y mujeres, los cuales viven en el distrito de Santa Anita de Lima. Los instrumentos de medición fueron La Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, El Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS), y La Escala de Satisfacción con la Vida de Diener. Se encontró que existe relación directa y significativa ($p < 0.01$) a través de una asociación positiva – moderada. Lo que significa que para que el adulto mayor se adapte a los cambios propios de su etapa de vida, es importante considerar al apoyo de su entorno social y familiar en cuanto a factor de apoyo mediante recursos informacionales, materiales y afectivos. De esta forma, el bienestar que se genera al satisfacer estas variables en la vida del adulto mayor contribuye en la percepción favorable que se tiene ante la vida. Esta es una investigación muy similar a la planteada, se comparte la misma población y se analiza la presencia de la misma variable, esto indica que se podrán realizar comparaciones entre regiones del mismo país, Lima por una parte y Cusco por otra.

Vives (2019), de la Pontificia Universidad Católica del Perú, realizó la investigación: “Apoyo social percibido y bienestar subjetivo en adultos mayores en Casas de Reposo”. Con el objetivo de analizar la relación entre el apoyo social percibido y el bienestar subjetivo en adultos mayores que viven en casas de reposo en Lima Metropolitana. Así mismo exploró los niveles de cada una de las variables mencionadas, y precisó sus diferencias según algunas variables sociodemográficas. La metodología planteada fue de alcance correlacional, para la cual fueron parte del estudio 71 adultos



mayores institucionalizadas entre 61 y 99 años. Los instrumentos utilizados fueron La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet, La Escala de Satisfacción con la Vida de Diener y la Escala de Experiencias Positivas y Negativas de Diener. Los resultados encontraron que existe relación directa positiva entre todas las variables estudiadas. Por otra parte, también existen diferencias entre variables por grado de instrucción de los evaluados, además de encontrar valores más altos con aquellos que tuvieron educación superior. Con respecto al bienestar subjetivo se observó mayores niveles entre los participantes casados. Este estudio es una de las investigaciones más recientes relacionadas a la variable apoyo social percibido en poblaciones geriátricas, lo que significa que se vincula directamente con la investigación planificada para estudiar el apoyo social percibido en adultos mayores de la ciudad del Cusco. Debido a esto se podrán realizar comparaciones importantes en cuanto a resultados y contenido teórico.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Persona Adulta Mayor

Generalidades. La modernidad ha permitido que las personas de lleguen a la vejez con mayor facilidad y por lo tanto su número sea cada vez más grande, de esta forma la atención a este grupo ha ido aumentando al pasar los años. De acuerdo con Ramos (2013). “es probable que la necesidad tangible de hacer frente al gran crecimiento de esta población haya llevado a las respuestas prácticas y no al desarrollo teórico” (p. 105), algo que se ha visto en muchos países. En este sentido es una característica normalizada que se conciba a la vejez simplemente como un problema, y así ignorar todo el trasfondo de este grupo tan complejo (Pérez, 1998).

Para comprender a que se refiere la designación de persona adulta mayor es necesario comprender conceptos básicos cómo vejez y envejecimiento, los cuales son indispensables para lograr un desarraigo de aquellos prejuicios vinculados a la noción de



envejecimiento. Y como menciona (Osorio, 2006) esta es un “proceso histórico-social también es dinámico y heterogéneo” (p. 3). En ese sentido es un proceso al cual toda persona está destinada a experimentar, y que no se desliga de sus condiciones sociales según cada uno. Por otra parte, la edad también comprende una característica común del envejecimiento, sin embargo “la edad es una categoría social con un fundamento biológico, pero la biología nos dice poco acerca de su sentido y significaciones sociales” (Ginn y Arber, 1996, p. 22). De esta forma el envejecimiento adquiere más connotaciones y no solamente aquellas relacionadas a proceso biológicos de los últimos años de vida o al aspecto puramente numérico.

Como indica Osorio (2006) “al envejecimiento se le debe entender como un proceso, pero no solo como un proceso lineal en el interior del ciclo vital” (p. 11), sino también con matices a nivel social y a nivel individual. Ciertamente, el envejecimiento “tiene un sentido social, es decir, se construye socialmente y está referido a las conductas y actitudes adecuadas para una determinada edad cronológica, a las percepciones subjetivas que tienen de sí mismas las personas que llegan a determinada edad, y a las que tienen las otras personas que no viven este momento (jóvenes y adultos), con quienes interactúan” (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2009, p. 17). Por todo ello, envejecer “es una experiencia heterogénea, ya que, existen múltiples factores que la determinan, entre ellos la clase social, nivel educativo, cultura, género o salud” (Ramos, 2013).

El concepto de vejez se relaciona a la denominación persona adulta mayor. Dicho termino es reciente y básicamente indica a aquellas personas que se encuentran en una etapa posterior a la etapa adulta. Por lo general estas etapas se dividen según criterios numéricos para el grupo etario de personas adultas mayores se establece la edad de entre 60 a 65 como el inicio de esta categoría. Aunque la determinación de este grupo a partir



de su edad no implica que las personas que lo conforman muestren características homogéneas para clase social, sexo, raza y área de residencia, etc. (Aranibar, 2001).

En el campo del derecho, la edad se muestra como el marcador sobre el cual se puede categorizar a la persona adulta mayor. De esta forma en el ámbito internacional, el artículo 2 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Organización de los Estados Americanos, 2017) indica que la persona adulta mayor es: “aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años”. En el caso peruano, el artículo 2 de la Ley de la Persona Adulta Mayor (Congreso de la República, 2016) establece que se debe entender por persona adulta mayor a aquella que tiene 60 o más años.

Ahora bien, es común pensar en las personas adultas mayores como un grupo en situación de vulnerabilidad. No obstante, definir a estas personas como vulnerables en sí no es del todo adecuado. Factores como enfermedades, pobreza y marginación social, que son determinantes de la vulnerabilidad, no son propios de la vejez y, por tanto, no son explicables por el simple dato cronológico.

La concepción común entre la sociedad es establecer que la vejez constituye una etapa de vulnerabilidad segura de la persona adulta mayor. Sin embargo, no es una afirmación correcta ya que la vulnerabilidad se hace más profunda mientras existan otros factores cómo las enfermedades, la pobreza, la marginación, y otros que no necesariamente son propios de esta etapa, y por lo cual la vejez a la que se refiere no es propiamente un factor para la vulnerabilidad de este grupo poblacional (Aranibar, 2001).

En ese sentido la crisis actual del COVID – 19 ha puesto en manifiesto la vulnerabilidad de este grupo, sin embargo, temas cómo el sexo, grado de instrucción, o estado civil, pueden ayudar a conceptualizar en problema de una forma más amplia. En



este estudio se considera como unidad de análisis al adulto mayor asegurado, sin embargo, adultos en marginalidad deberían ser también estudiados, a pesar de las limitantes tendrían que ser considerados en estudios posteriores. De esta forma, se advierte nuevamente que la población adulta mayor es un grupo diverso con problemas particulares y diferentes para cada individuo.

Población adulta mayor. Algunos adultos mayores tienen deficiencias sensoriales y presentan síntomas de demencia, otros necesitan ayuda con las tareas diarias (Liu, Chen, Lin y Han, 2020). En general son diversas las características de las personas mayores:

Deterioro sensorial: Con frecuencia, los adultos mayores sufren problemas de visión, audición y gusto. Puede deberse al proceso biológico del envejecimiento, a una enfermedad o a una lesión. Es bastante común que las personas mayores informen dificultades para reconocer rostros, distinguir colores y experimentar dolor; dichos síntomas pueden ser muy angustiantes para sus familiares y amigos. Estos síntomas se deben a que se están produciendo cambios en el cerebro a medida que una persona envejece (Niu, Tian y Lou, 2020).

Demencia: La demencia es la pérdida de la función cognitiva (es decir, el pensamiento) que es característica del envejecimiento, particularmente en adultos mayores de 65 años o más. En la mayoría de los casos, la demencia es causada por enfermedades (p. ej., la enfermedad de Alzheimer), pero también puede deberse a otras causas, como lesiones en la cabeza, accidentes cerebrovasculares o la enfermedad de Parkinson (Liu et al., 2020). La demencia generalmente se caracteriza por un deterioro significativo en las actividades de la vida diaria y la comunicación.

Accidente cerebrovascular: Aunque los accidentes cerebrovasculares no son tan comunes como la demencia y el deterioro cognitivo leve, pueden tener un impacto devastador en la vida de una persona mayor. Un bloqueo provoca un derrame cerebral en



una arteria, lo que hace que el cerebro deje de recibir oxígeno. Puede deberse a un coágulo de sangre o isquemia, lo que significa que los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro se han obstruido (Niu et al., 2020).

Enfermedad de Alzheimer: La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa debido a la pérdida de la memoria y la capacidad de aprender cosas nuevas, lo que provoca dificultad para hablar y pensar (Liu et al., 2020). Es la forma más común de demencia y afecta a alrededor de 8,5 millones de estadounidenses o una de cada cuatro personas mayores de 65 años. La incidencia del Alzheimer aumenta con la edad, y las personas afectadas se vuelven cada vez más discapacitadas mentalmente a medida que envejecen.

Impedimentos físicos: Los adultos mayores pueden quedar discapacitados físicamente cuando sufren un derrame cerebral. No pueden caminar de forma independiente o padecen una enfermedad como la enfermedad de Parkinson o la artritis que les impide realizar sus actividades de la vida cotidiana (Liu et al., 2020).

Dificultades de comunicación: Las dificultades de comunicación pueden ocurrir por una variedad de razones. Algunas personas con demencia hablan de manera diferente a lo que estaban acostumbrados, de modo que sus amigos y familiares enfrentan problemas para entenderlos (Liu et al., 2020). Otros tienen dificultades auditivas que les impiden comunicarse con los cuidadores u otras personas que no están en la misma habitación. También es posible que el paciente tenga afasia y no pueda formar palabras correctamente porque el cerebro ha perdido algo de su poder para controlar los músculos del habla.

Problemas sociales: Las personas mayores pueden experimentar problemas sociales como resultado de su enfermedad o accidente. Pueden volverse aislados y



temerosos, o pueden no reconocer a sus amigos y familiares. El aislamiento social puede provocar cambios en el comportamiento, como un aumento de la ira o la depresión. En consecuencia, se debe evitar en lo posible el aislamiento social para que el adulto mayor pueda tener contacto regular con otras personas (Niu et al., 2020).

Dolor: El dolor es un factor importante en la vida de la mayoría de los adultos mayores. Muchos tienen antecedentes de dolor crónico o accidentes significativos que les han causado un dolor constante. Algunas personas no reportan su dolor porque son tímidas o creen que no merecen reconocimiento. El dolor también es más común en pacientes mayores que en los más jóvenes y es probable que tenga varias causas, como artritis y cáncer (Liu et al., 2020).

Diversas necesidades de comunicación: Las necesidades de comunicación variarán dependiendo del paciente. Algunas personas necesitan hablar con otras para expresar sus pensamientos y sentimientos o hacer preguntas. Otros pueden tardar mucho en recopilar sus ideas y ser mejor comprendidos si se les da tiempo antes de expresarse verbalmente (Niu et al., 2020).

2.2.2 Apoyo Social Percibido

Definición. El apoyo social percibido se define como aquellas "disposiciones instrumentales y / o expresivas percibidas o reales proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y los socios de confianza" (Lin, Dean y Ensel, 1986, p. 18). Esta variable se encuentra relacionada a la salud psicosocial y mental pues reduce significativamente los efectos de morbilidad, mortalidad y bienestar de los adultos mayores. En ausencia de apoyo social y redes, los problemas psicosociales aumentan en la sensación de depresión y soledad, específicamente, en la edad de jubilación, separación de la familia, vecindarios y lejos de los hogares anteriores, así como lejos de los espacios de socialización frecuentados (Lutz, Butz y Samir, 2017).



La teoría de la desconexión se refiere a un proceso en el que los adultos mayores voluntariamente se vuelven lentos al retirarse, lo que la sociedad espera de ellos, y quienes los apoyan creen que la retirada mutua es beneficiosa para los adultos mayores y para los miembros de la sociedad (Baltes y Carstensen, 1996). Para la vida diaria, las interacciones y los lazos sociales extensos reducen el riesgo de la actividad en desarrollo y el deterioro cognitivo (Barnes, Powell-Griner, McFann y Nahin, 2004). Para el apoyo funcional y la salud positiva, el apoyo social estructural es un antecedente esencial como lo sugiere la teoría del apoyo social, que evalúa las perspectivas sociales de bienestar tanto para el receptor como para el proveedor que pueden influir en la calidad de vida (Sarason, 2013). Hupcey (1998) y Shumaker y Brownell (2010) argumentaron que la teoría del apoyo social es una noción multifacética que vincula a los individuos que mejoran el apoyo social al bienestar de la vejez.

El funcionamiento emocional y positivo son dos teorías principales para el bienestar psicológico que se refieren a los enfoques de la salud mental para la satisfacción con la vida, la angustia, los desafíos de la vida y el desarrollo humano. Además, eudemónico y hedónico son dos tipos principales de bienestar psicológico para comprender. la satisfacción con la vida, la percepción de vivir, las emociones y los sentimientos de felicidad (Ryff, Singer y Love, 2004). Muchos de los investigadores encontraron que la densidad de los sistemas, el intercambio social y las redes sociales de apoyo social son elementos importantes durante la vejez para la interacción social (Queenan, Feldman-Stewart, Brundage y Groome, 2010).

Dykstra (2007) demostró que el apoyo de los amigos es una fuente importante porque brinda apoyo emocional a través del intercambio de ideas, experiencias, consejos, la frecuencia de contacto y relaciones, y puede tener un gran efecto en el bienestar de la vejez. Si las personas están en buen contacto con sus amigos y familiares, estarán menos



aisladas en la vejez. La familia es una fuente sólida para conectarse entre sí, en particular, ayuda y apoya la defensa de los adultos mayores. En la vida diaria, cuando las personas mayores consideran que están siendo asistidas y brindando cuidados por parte de su familia, especialmente durante situaciones de crisis, enfermedades crónicas, medicación y discapacidades (Morgan y Kunkel, 2007).

2.2.3 Teorías del Apoyo Social Percibido

Los paradigmas psicológicos proporcionan contextos para investigar los orígenes, la naturaleza y los efectos del apoyo percibido. Un examen de la literatura sugiere que las perspectivas cognitivas y de apego tienen un potencial particular en este sentido (Procidano y Smith, *Assessing Perceived Social Support*, 1997).

a. Teoría cognitiva. La relevancia de una perspectiva cognitiva se sugiere fácilmente por el consenso disponible sobre el significado del apoyo percibido. Muchos investigadores consideran a la percepción del apoyo social como aquella información que motiva a una persona a creer que es amada y cuidada, estimada y valorada, y pertenece a un sostén social de comunicación, interacción y responsabilidades mutuas. La percepción de apoyo generalmente se considera sinónimo de evaluación de apoyo (Barrera, 1986).

En este sentido, Beck (2000), define un esquema mental como aquella estructura (cognitiva) que procesa (detecta, codifica o evalúa) la realidad con la que se enfrenta en individuo. Es sobre esta estructura que la persona puede afrontar su realidad, su entorno y contexto y así reunir las mejores herramientas para tomar decisiones correctas a partir de percepciones racionales acordes a la realidad objetiva (Young et al., 1993).

Al igual que los esquemas del yo, las personas llevan simultáneamente esquemas de apoyo tanto positivos como negativos (por ejemplo, "Me aceptan y me consideran digno" frente a "Me consideran incompetente y me rechazan"). La prominencia de un esquema particular, en relación con la de otros esquemas, depende del historial de



aprendizaje del individuo; El comportamiento de las personas puede verse como esfuerzos para confirmar esquemas positivos o negativos (por ejemplo, esforzándose por lograr el éxito o por relaciones gratificantes frente a la procrastinación o involucrarse en relaciones abusivas). Un esquema particular puede ser provocado y fortalecido por eventos de la vida con los que es consistente (por ejemplo, experimentar el éxito versus ser devaluado). De manera similar, las personas hacen declaraciones de apoyo tanto positivas como negativas de manera espontánea. Por tanto, los esquemas de apoyo influyen en la aparición de enunciados de apoyo, que, a su vez, a medida que se acumulan con el tiempo, influyen tanto en los esquemas de apoyo como en los esquemas del yo (Procidano y Smith, *Assessing Perceived Social Support*, 1997).

b. Teoría del apego emocional. Varias investigaciones recientes han encontrado relaciones entre el apego a los padres y los modelos de uno mismo, por un lado, y el apoyo percibido por otro lado (Lakey y Dickinson, 1994). Este enfoque tiene potencial para explicar los orígenes del apoyo percibido. La teoría del apego puede agregar validez a la investigación del apoyo percibido al considerar la importancia de los vínculos emocionales.

De acuerdo a Coyne y DeLongis (1986) contra la cognitividad del apoyo social, el apoyo percibido es, sin duda, más que cognición. Los esquemas de apoyo más duraderos y las declaraciones de apoyo más espontáneas se entrelazan con emociones positivas como la satisfacción y la calidez, la felicidad y la alegría, en oposición a las emociones negativas como la ansiedad, la depresión y la ira. Esta concepción más amplia se refleja en la siguiente definición:

El apego adulto es la tendencia estable de un individuo a realizar esfuerzos sustanciales para buscar y mantener la proximidad y el contacto con uno o unos pocos individuos específicos que brindan el potencial subjetivo de seguridad física



y/o psicológica. Esta tendencia estable está regulada por modelos de trabajo interno de apego, que son esquemas cognitivo-afectivo-motivacionales contruidos a partir de la experiencia del individuo en su mundo interpersonal (Berman y Sperling, 1994, p. 8).

2.2.4 Evaluación del apoyo social percibido

La convocatoria de evaluaciones de apoyo social se produjo hace aproximadamente 20 años (Rabkin y Struening, 1976), debido en parte a la decepción de los investigadores con respecto a la baja magnitud de las relaciones empíricas entre los acontecimientos vitales estresantes y la sintomatología. Debido a que una época dirigida al medio ambiente y orientado a la prevención favoreció la búsqueda de preguntas empíricas relacionadas con el papel patógeno del estrés, se construyeron muchas evaluaciones nuevas en un esfuerzo por aumentar la validez predictiva de las medidas de eventos de la vida. Las numerosas evaluaciones de apoyo social construidas para probar la hipótesis de amortiguación se categorizaron posteriormente en medidas de arraigo social, apoyo promulgado y apoyo percibido (Barrera, 1986).

Un examen de la literatura sobre apoyo social ha sugerido algunas inferencias consistentes. Por ejemplo, que el apoyo social tiende a mejorar la autoestima, el estado de ánimo positivo y las visiones favorables de la vida, y a disminuir o adelantarse a los sentimientos de angustia, independientemente de los acontecimientos vitales estresantes. Además, algunas investigaciones se centran en grupos con estrés crónico, como las familias en situación de pobreza; o las personas con enfermedades crónicas, o sus cuidadores (Procidano, 1992), han proporcionado evidencia de que el apoyo social a veces media la relación estrés-angustia; es decir, el estrés crónico puede aislar a sus víctimas, alienarlas de personas con las que de otro modo podrían disfrutar de relaciones de apoyo mutuo y erosionar su percepción de ser aceptados y valorados por los demás.



Así, se han derivado diferentes modelos que relacionan el estrés, el apoyo social y el bienestar-angustia (Procidano y Smith, *Assessing Perceived Social Support*, 1997).

En general, el arraigo social, como se infiere de las características estructurales de las redes sociales de las personas (por ejemplo, número y tipo de relaciones) generalmente predice el bienestar, pero no la angustia, y no amortigua el estrés, mientras que el apoyo promulgado a veces se correlaciona con la incidencia de estrés, pero no predice bienestar o angustia. De los tres enfoques, el apoyo percibido contribuye de manera más consistente al bienestar y la angustia (en las direcciones previstas) y amortigua, o modera, el impacto del estrés vital (Procidano, 1992).

2.2.5 Evaluación del apoyo social percibido mediante la Escala MSPSS

Existe un interés en el uso de la Escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS) para medir el apoyo social percibido en todas las culturas (Canty-Mitchell y Zimet, 2000). El MSPSS se desarrolló originalmente en estudiantes universitarios (Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, 1988) y luego se validó en una amplia gama de muestras, incluidas mujeres embarazadas, adolescentes, adultos mayores, médicos en formación y pacientes psiquiátricos (Cheng y Chan, 2004).

a. Dimensiones del apoyo social percibido. El MSPSS proporciona una evaluación de tres fuentes de apoyo: familia, amigos y otros significativos. Zimet y sus colegas han argumentado bien las características únicas de esta escala (Canty-Mitchell y Zimet, 2000). Primero, es corto (12 ítems en total) y es ideal para (a) investigaciones que requieren la evaluación de múltiples variables y (b) poblaciones que, por una razón u otra, no pueden tolerar un cuestionario largo. En segundo lugar, un punto relacionado con (b) anterior, los elementos del MSPSS son fáciles de entender (solo requieren un nivel de lectura de cuarto grado). A pesar de ser un instrumento breve, el MSPSS mide el apoyo de tres fuentes y, en particular, la subescala de “otros significativos” es bastante única



entre las medidas en el campo, pues este lo define el propio encuestado (Canty-Mitchell y Zimet, 2000).

Apoyo social de la familia-otros significativos. Se refiere al apoyo social percibido desde el ámbito familiar, sea conyugue, padres, hermanos, hijos u otros directamente cercanos y con quienes se convive o se mantiene una estrecha relación filial. Se puede considerar a esta cómo el compañero o compañera sentimental, no necesariamente el esposo o la esposa, puede ser también el guía espiritual, el terapeuta, enfermera, psicólogo o algún profesional vinculado al mantenimiento de su salud, etc.

Apoyo social de amigos. Se refiere a aquellas amistades contemporáneas, de la misma edad y con quienes comparte actividades o confesiones de naturaleza amical.

2.2.6 Apoyo social percibido en personas mayores

Los estudios han documentado el efecto beneficioso del apoyo social sobre varios resultados de salud, incluida la supervivencia. Este efecto beneficioso se ha confirmado no solo en relación con la mortalidad por todas las causas, sino también en relación con varias causas de muerte, incluido el cáncer, la enfermedad coronaria y otras enfermedades cardiovasculares (Brummett, y otros, 2005). Aunque la evidencia de los efectos protectores del apoyo social en los resultados de salud está aumentando, la cuestión importante de los mecanismos y vías relevantes sigue sin estar clara. Además, ha resultado difícil determinar exactamente qué aspectos del apoyo social han sido responsables de los efectos beneficiosos sobre la mortalidad (Walter-Ginzburg, Blumstein, Chetrit y Modan, 2002).

Existen amplias variaciones en las definiciones y medidas existentes de apoyo social. Generalmente, se hace una distinción entre apoyo social estructural y funcional (Avlund, y otros, 2004): el primero se centra en la existencia de interconexión entre los vínculos sociales, mientras que el segundo se centra más en las funciones específicas que



cumplen las relaciones (Uchino, 2004). Barrera (1986) propuso tres tipos de apoyo social: integración social, apoyo recibido y apoyo percibido (que definió como evaluaciones subjetivas de intercambios de apoyo, como la satisfacción con el apoyo social). Como también afirmaron Norris y Kaniasty (1996), el apoyo percibido ejerce los efectos más fuertes sobre la salud y el bienestar en la vejez. También se encontró que el apoyo social es un predictor significativo de supervivencia tanto en hombres como en mujeres (Lyyra y Heikkinen, 2006).

Los teóricos de la identidad argumentan que estar integrado en una red social protege porque le da al individuo roles significativos; éstos, a su vez, generan autoestima y un sentido de propósito en la vida (Uchino, 2004). La ausencia de vínculos estrechos y el reconocimiento de la valía causa soledad emocional y depresión (Lyyra y Heikkinen, 2006). Se ha sugerido que también existe un vínculo entre la autoestima y la mortalidad. El sentimiento de ser necesitado y valorado es importante; le da a uno la fuerza para cuidar de sí mismo. Aquellos que están solos y olvidados, a pesar de contar con apoyo formal, tienen un mayor riesgo de muerte. Los hombres tienden a mantener relaciones estrechas e íntimas con pocas personas, principalmente con sus cónyuges. Se ha descubierto que estar casado protege más a los hombres que a las mujeres (Lyyra y Heikkinen, 2006).

Los estudios más recientes encuentran una fuerte asociación entre el apoyo social percibido no relacionado con la asistencia (que consiste en sentimientos de valía, cercanía emocional, pertenencia y una oportunidad de cariño) y la supervivencia en mujeres mayores. Los resultados de este estudio presentan un desafío para que la sociedad encuentre y desarrolle nuevas innovaciones e intervenciones sociales con el fin de promover un sentido de apoyo social emocional en las personas mayores, promoviendo así su salud y bienestar (Lyyra y Heikkinen, 2006).

2.2.7 Depresión



La depresión en los adultos mayores implica un importante problema para todo sistema de salud. Ya que este predispone a un riesgo de suicidio, poca calidad de vida, poca funcionalidad física, cognitiva, y social, y en general a una mayor mortalidad en este grupo poblacional (Blazer, 2003). Aun así, la evidencia indica que la presencia de depresión es menor entre las personas adultas mayores que entre los adultos jóvenes (Hasin et al., 2005). Se observa que la depresión en etapas tardías como la vejez se muestra distinta a como se muestra en etapas anteriores de vida. Desde sus factores desencadenantes, sus factores de riesgo, sus factores protectores, y sus posibles resultados; todos indicaron que la persona adulta mayor mantiene una posición distinta con respecto a sus etapas de vida anteriores. De esta forma, el conocer aquellos factores que desencadenan a la depresión en etapas específicas como la vejez contribuyen a un mejor tratamiento hacia esta población tan importante.

2.2.8 Depresión en adultos mayores

¿Por qué una persona podría deprimirse, especialmente por primera vez, en la vejez? Los factores biológicos cobran gran importancia en la vejez. Tanto los cambios cardiovasculares como los neurológicos que ocurren con el envejecimiento normal o con enfermedades asociadas a la edad parecen aumentar la vulnerabilidad a la depresión. Pero estas explicaciones no son suficientes a la luz del hecho de que los cambios neurobiológicos son omnipresentes con el envejecimiento y las enfermedades físicas no son infrecuentes; sin embargo, solo una pequeña fracción de los adultos mayores se deprime. También sería fácil señalar todas las pérdidas que caracterizan la vida posterior; sin embargo, la mayoría de los adultos mayores experimenta eventos estresantes en la vida y solo una pequeña proporción se deprime (Fiske, Loebach-Wetherell y Gatz, 2009).

Las explicaciones conductuales de la depresión que no son específicas del trastorno de la vejez se centran en una relativa falta de eventos con resultados positivos



(Lewinsohn, Munoz, Youngren y Zeiss, 2016). Debido a que la participación en las actividades no se refuerza, la frecuencia disminuye, lo que a su vez genera menos oportunidades de interacciones con el entorno que tienen resultados positivos. En comparación con los individuos no deprimidos, aquellos que están deprimidos exhiben déficits de habilidades sociales que probablemente conduzcan a una menor participación y más resultados negativos (Fiske, Loebach-Wetherell y Gatz, 2009).

Aunque no se enfatiza, Lewinsohn et al. (2016), indica que las cogniciones autocríticas también pueden desempeñar un papel en la reducción de la participación de una persona deprimida en las actividades. En la persona deprimida, las actividades suelen ir seguidas de cogniciones autocríticas, lo que tendría un efecto de castigo sobre los esfuerzos de la persona, lo que provocaría una disminución adicional en la participación en las actividades. Debido a que las verbalizaciones internas autocríticas también funcionan para proporcionar una justificación para no participar en conductas futuras que se considera probable que resulten en fallas, la cognición puede reforzarse negativamente y, por lo tanto, es más probable que ocurrir en el futuro (Fiske, Loebach-Wetherell y Gatz, 2009).

El envejecimiento está repleto de razones para reducir la actividad o incluso entablar conversaciones internas negativas ocasionales, pero ciertas personas pueden tener más probabilidades que otras de hacerlo cuando se enfrentan a los tipos particulares de eventos estresantes que son más comunes en la vejez. Por ejemplo, los eventos estresantes que involucran amenazas a la competencia (por ejemplo, limitaciones funcionales y cognitivas), que se vuelven predominantes en la edad avanzada, pueden presentar riesgos especiales para las personas que valoran más el éxito y el control personal (Fiske, Loebach-Wetherell y Gatz, 2009). Los cambios de roles asociados con el duelo conyugal, por ejemplo, asumir tareas como la gestión del hogar, la conducción y



la planificación social que antes realizaba el cónyuge, pueden llevar a una reducción de las actividades y un aumento de la autoevaluación negativa, especialmente entre los adultos mayores. que son menos flexibles o menos abiertos a la experiencia. Por último, los estereotipos negativos generalizados sobre el envejecimiento pueden aumentar la probabilidad de que los adultos mayores, especialmente aquellos con un estilo neurótico, se involucren en pensamientos autocríticos (Fiske, Loebach-Wetherell y Gatz, 2009).

En resumen, muchos de los cambios que acompañan al envejecimiento podrían conducir a una reducción del compromiso con el medio ambiente, particularmente entre las personas con vulnerabilidades existentes; Si este proceso no se interrumpe (por ejemplo, mediante el estímulo o apoyo para asumir nuevas actividades y roles significativos), es probable que el resultado sea un estado de ánimo depresivo, mantenido e intensificado por cogniciones autocríticas concomitantes.

a. Factores de riesgo sociales. Los riesgos sociales, como los acontecimientos vitales estresantes y el apoyo social o práctico inadecuado, no ocupan un lugar tan destacado en la vejez como en una etapa anterior de la vida, aunque pueden volver a aumentar de importancia en la vejez, cuando las personas se enfrentan a mayores pérdidas en el contexto de menos recursos. Las desventajas sociales en las primeras etapas de la vida también pueden tener efectos acumulativos que han renovado su importancia en la edad adulta.

El número de acontecimientos vitales estresantes que experimenta una persona se ha asociado con la depresión en la vejez, como en otras edades (Nolen-Hoeksema y Ahrens, 2012), aunque la frecuencia relativa de diferentes tipos de acontecimientos puede cambiar con la edad. Los eventos estresantes en la vejez incluyen factores tales como dificultades financieras, duelo, una nueva enfermedad física o discapacidad en uno mismo o en un miembro de la familia, cambios en la situación de vida y conflictos



interpersonales. La jubilación no está asociada con la depresión en la mayoría de los adultos mayores, aunque los hombres que se jubilan temprano pueden experimentar un riesgo elevado por razones que aún no se han explorado (Butterworth, y otros, 2006). Los estudios que examinan eventos recientes sugieren que el mayor impacto ocurre dentro de los seis meses posteriores a un evento estresante de la vida, lo que sugiere que la mayoría de las personas son bastante resistentes. No obstante, incluso los sucesos pasados contribuyen al riesgo.

Las vulnerabilidades de larga data parecen modificar los efectos de los eventos estresantes sobre la depresión en los adultos mayores. Por ejemplo, una variante de la región promotora del gen transportador de serotonina (alelo del 5-HTTLPR) se asocia con un mayor riesgo de depresión después de una fractura de cadera (Lenze, Minin, Ferrell, Pollock y Skidmore, 2015).

El estilo cognitivo también influye en la respuesta de una persona a los eventos estresantes, y la respuesta parece variar según la interacción entre el estilo cognitivo y el tipo de evento. Entre los adultos mayores con puntuaciones más altas en una medida de sociotropía (necesidad de relaciones cercanas, dependencia interpersonal y preocupación por la aprobación), los eventos estresantes de naturaleza interpersonal se asociaron más estrechamente con la depresión, mientras que entre los adultos mayores con puntuaciones altas en autonomía escala (énfasis en el control personal y el éxito), los eventos negativos asociados con el logro (por ejemplo, la pérdida de la residencia a largo plazo) se asociaron más fuertemente con la depresión (Mazure, Maciejewski, Jacobs y Bruce, 2012).

También se ha demostrado una relación recíproca entre los eventos estresantes de la vida y los síntomas depresivos en los adultos mayores (Fiske, Gatz y Pedersen, 2013), en consonancia con la noción de que las personas deprimidas se comportan de manera que aumentan la probabilidad de futuros eventos estresantes. Aunque aún no se ha



probado, es concebible que los adultos mayores deprimidos sean particularmente propensos a crear problemas futuros de naturaleza interpersonal para ellos mismos (p. Ej., Alienar a los cuidadores), como se ha observado entre los individuos deprimidos más jóvenes. La rumia, que se ha relacionado con la disminución del apoyo social, puede desempeñar un papel en este proceso (Fiske, Loebach-Wetherell y Gatz, 2009).

b. Apoyo social y depresión. Se han estudiado los déficits en el apoyo social, los aspectos negativos de la red social e incluso cantidades excesivas de apoyo como factores de riesgo para la depresión en la vejez, pero discernir si son la causa o el efecto de la depresión puede ser problemático. En particular, las relaciones conflictivas, incluidos los conflictos matrimoniales, las críticas familiares percibidas y la depresión del cónyuge, pueden ser un factor que explique la depresión en la vejez (Nolen-Hoeksema y Ahrens, 2012). Aunque los adultos mayores se sienten menos solos que sus contrapartes más jóvenes o de mediana edad, la soledad está asociada con la depresión en este grupo de edad (Nolen-Hoeksema y Ahrens, 2012). El apoyo social que se percibe como excesivo o inútil puede ser un factor de riesgo de depresión. Se han encontrado niveles aumentados de síntomas depresivos asociados con la recepción de apoyo social entre hombres mayores con limitaciones físicas que respaldaban un mayor deseo de independencia. Por lo tanto, parece que la calidad, no la cantidad, del apoyo social es importante en el desarrollo de la depresión, y los efectos de estas variables sociales pueden variar en función de factores asociados tanto con la persona como con la persona en el contexto (Fiske et al, 2009).

2.2.9 Teoría de la depresión de Beck

Aaron Beck fue uno de los promotores del enfoque cognitivo de la conducta. A raíz de su experiencia con pacientes depresivos descubrió que la forma en la que estos



interpretaban sus experiencias eran erróneas. Es así que Beck (1983) identifica tres mecanismos mediante los cuales surgía la depresión:

- La tríada cognitiva (pensamiento automático negativo)
- Auto esquemas negativos
- Fallos lógicos (es decir la información no era correctamente asimilada)

La triada cognitiva está compuesta por formas de pensamiento erróneo o negativo (crítico e indefenso) comunes entre aquellas personas que sufren de depresión. Son pensamiento que engloban percepciones sobre uno mismo, el futuro o el mundo. Beck (1983) estableció que para el caso de aquellas personas deprimidas estos pensamientos son espontáneos y automáticos.

A su vez, Beck estableció que ciertos esquemas (ya sean creencias o expectativas) en cada persona predisponían a desarrollar una percepción negativa de uno mismo en el caso de ser esquemas negativos. Dichos esquemas pueden ser producto de traumas en la infancia o experiencias profundas en cuanto a la muerte de un familiar, rechazo, sobreprotección, o abuso ya sea por parte de los padres o en entornos como la escuela o la comunidad cercana.

Por otra parte, estos esquemas autoimpuestos e inflexibles predisponen a la persona a interpretar de forma incorrecta la realidad, a tener fallos lógicos en la información que procesada. Todo esto genera ansiedad y depresión en el individuo, y una deficiente adaptabilidad en el entorno (Beck et al., 1983). Algunos ejemplos de fallos lógicos son:

- a. ***Inferencia arbitraria.*** Sacar una conclusión negativa en ausencia de datos de apoyo.
- b. ***Abstracción selectiva.*** Centrándose en los peores aspectos de cualquier situación.



- c. **Ampliación y Minimización.** Si tienen un problema, lo hacen parecer más grande de lo que es. Si tienen una solución, la hacen más pequeña.
- d. **Personalización.** Los eventos negativos se interpretan como su culpa.
- e. **Pensamiento dicotómico.** Todo se ve en blanco y negro. No hay término medio.

Tales pensamientos exacerbaban y son exacerbados por la tríada cognitiva. Beck creía que estos pensamientos o esta forma de pensar se volvían automáticos. Cuando el flujo de pensamientos automáticos de una persona es muy negativo, es de esperar que se deprima. Muy a menudo, estos pensamientos negativos persistirán incluso frente a pruebas contrarias (Beck et al., 1983).

2.3 Marco conceptual

a. **Apoyo social percibido.** Se define como aquellas "disposiciones instrumentales y / o expresivas percibidas o reales proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y los socios de confianza" (Lin, Dean y Ensel, 1986, p. 18).

b. **Depresión.** La depresión es un trastorno emocional o del humor que perturba la vida de la persona, este trastorno puede ser transitorio o permanente, y en el predominan síntomas afectivos, cognitivos, conductuales y somáticos (Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1983).

c. **Persona adulta mayor.** Se define a la persona mayor como "aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años" (Organización de los Estados Americanos, 2017, p. 1).

d. **Centro del Adulto Mayor.** Los Centros del Adulto Mayor (CAM) son lugares en donde se promueve el desarrollo de las personas adultas mayores en cuanto a su recreación, interacción social, integración a la familia, integración con personas más



jóvenes, de producción y mantenimiento de la capacidad de la persona, todos con el objetivo de lograr una vejez activa (EsSalud, 2015).

e. Apoyo social de la familia-otros significativos. Se refiere al apoyo social percibido desde el ámbito familiar, sea conyugue, padres, hermanos, hijos u otros directamente cercanos y con quienes se convive o se mantiene una estrecha relación filial. Se puede considerar a esta cómo el compañero o compañera sentimental, no necesariamente el esposo o la esposa, puede ser también el guía espiritual, el terapeuta, enfermera, psicólogo o algún profesional vinculado al mantenimiento de su salud, etc (Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, 1988).

f. Apoyo social de amigos. Se refiere a aquellas amistades contemporáneas, de la misma edad y con quienes comparte actividades o confesiones de naturaleza amical (Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, 1988).

g. Alteraciones emocionales. Se refiere a aquellos cambios en los sentimientos y en el estado de ánimo que evidencian depresión; también alude a modificaciones de la conducta que están relacionadas al estado emocional (Dahab, Rivadeneira y Minici, 2002).

h. Alteraciones cognoscitivas. Son aquellas alteraciones conocidas también como intelectuales, incluyen sensopercepción disminuida, dificultad para comprender, pérdida de interés, trastornos de memoria, desvalorización, caída en atención y estado de alerta (Dahab, Rivadeneira y Minici, 2002).

i. Alteraciones del comportamiento. Son alteraciones del comportamiento y de la motivación; es decir, las personas que padecen de estas alteraciones han perdido los motivos para actuar, deseos, ilusiones y objetivos que den sentido a su vida, es en donde, los individuos tienen la tendencia a abandonarse en la inactividad, esperando sentir alguna



motivación positiva, hecho que se convierte a su vez, en desesperación a medida que se agota la capacidad de espera (Dahab, Rivadeneira y Minici, 2002).

j. Alteraciones somáticas. Conocidas como alteraciones vegetativas, se relacionan con perturbaciones hipotalámicas y del sistema nervioso autónomo; para referirse a este tipo de alteraciones, el psiquiatra López I, utiliza el término “enmascarada”, debido a que este define la forma en que con mayor frecuencia se presenta el estado depresivo; siendo pocos los pacientes que acuden a ser tratados manifestando que, el sentirse mal físicamente sea por causas netamente psíquicas, es así, que se genera dificultades para el diagnóstico del estado depresivo (Dahab, Rivadeneira y Minici, 2002).

2.4 Hipótesis

2.4.1 Hipótesis general

Ha: Existe relación entre el apoyo social percibido y la depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD de la ciudad del Cusco, 2020.

Ho: No existe relación entre el apoyo social percibido y la depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD de la ciudad del Cusco, 2020.

2.4.2 Hipótesis específicas

a. Ha: Los niveles de apoyo social percibido en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020, son bajos.

Ho: Los niveles de apoyo social percibido en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020, son altos.

b. Ha: Los niveles de depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020, son mínimos.



Ho: Los niveles de depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020, son graves.

- c. Ha: Existe relación entre el apoyo social percibido de la familia-otros y la depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD de la ciudad del Cusco, 2020.

Ho: No existe relación entre el apoyo social percibido de la familia-otros y la depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD de la ciudad del Cusco, 2020.

- d. Ha: Existe relación entre el apoyo social percibido de los amigos y la depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD de la ciudad del Cusco, 2020.

Ho: No existe relación entre el apoyo social percibido de los amigos y la depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD de la ciudad del Cusco, 2020.

- e. Ha: Existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones emocionales en los adultos mayores del CAM de ESSALUD de la ciudad del Cusco, 2020.

Ho: No existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones emocionales en los adultos mayores del CAM de ESSALUD de la ciudad del Cusco, 2020.

- f. Ha: Existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones cognoscitivas en los adultos mayores del CAM de ESSALUD de la ciudad del Cusco, 2020.

Ho: No existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones cognoscitivas en los adultos mayores del CAM de ESSALUD de la ciudad del Cusco, 2020.

- g. Ha: Existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones del comportamiento en los adultos mayores del CAM de ESSALUD de la ciudad del Cusco, 2020.



Ho: No existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones del comportamiento en los adultos mayores del CAM de ESSALUD de la ciudad del Cusco, 2020.

- h. Ha: Existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones somáticas en los adultos mayores del CAM de ESSALUD de la ciudad del Cusco, 2020.

Ho: No existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones somáticas en los adultos mayores del CAM de ESSALUD de la ciudad del Cusco, 2020.

2.5 Variables e indicadores

2.5.1 Identificación de las variables

Variable 1

Apoyo social percibido

Dimensiones

1. Apoyo social de la familia-otros
2. Apoyo social de amigos

Variable 2

Depresión

Dimensiones

1. Alteraciones emocionales
2. Alteraciones cognoscitivas
3. Alteraciones del comportamiento
4. Alteraciones somáticas



2.5.2 Operacionalización de la variable

Tabla 1. Operacionalización del apoyo social percibido y depresión.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Medición	Calificación
Apoyo social percibido	El apoyo social percibido se define como la valoración cognitiva de estar conectado a una red social de manera fiable y de contar con esta en una situación en particular (Zimet et al., 1988).	El apoyo social percibido se mide a través de La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet – MSPSS.	Apoyo social de la familia-otros significativos	<ul style="list-style-type: none"> - Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme - Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero - Puedo conversar sobre mis problemas con mi familia - Mi familia me ayuda a tomar decisiones - Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar - Cuando tengo penas o alegrías hay alguien que me puede ayudar - Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito - Hay una persona que se interesa por mis sentimientos 	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 & 8	Ordinal politómica mediante Escala Likert	Variable Alto (37 – 48) Medio (25 – 36) Bajo (12 – 24)
			Apoyo social de amigos	<ul style="list-style-type: none"> - Mis amigos realmente tratan de ayudarme - Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas - Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos - Puedo conversar de mis problemas con mis amigos 	9, 10, 11 & 12		
Depresión	La depresión es un trastorno emocional o del humor que perturba la vida de la persona, este trastorno puede ser transitorio o permanente, y en el predominan síntomas afectivos, cognitivos, conductuales y somáticos (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1983).	La depresión se mide a través de El Inventario de Depresión de Beck, segunda edición BDI-II.	Alteraciones emocionales	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza. - Pesimismo. - Fracaso. - Sentimiento de culpa. - Sentimiento de castigo. - Irritabilidad. 	1, 2, 3, 5, 6 & 17	Ordinal politómica mediante categorización de frases	Variable Depresión grave (31 – 63) Depresión moderada (21 – 30) Depresión leve (11 – 20) Depresión mínima (0 – 10)
			Alteraciones cognoscitivas	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de placer. - Disconformidad con uno mismo. - Autocrítica. - Pérdida de interés. - Indecisión. - Desvalorización - Dificultad de concentración. 	4, 7, 8, 12, 13, 14, 19		
			Alteraciones del comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Pensamiento suicida. - Llanto - Agitación. 	9, 10 & 11		
			Alteraciones somáticas	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de energía. - Cambios en los hábitos del sueño. - Cambios en el apetito. - Cansancio o fatiga. - Pérdida de interés en el sexo. 	15, 16, 18, 20 & 21		



Capítulo III: Método

3.1 Enfoque de Investigación

La presente investigación se enmarcó dentro del enfoque cuantitativo, pues observó el fenómeno mencionado a través de la cuantificación de dos variables, las mismas que fueron medidas a través de instrumentos psicométricos, cuyo resultado fue factible de analizarse y visualizarse mediante técnicas y gráficos estadísticos (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

3.2 Alcance del Estudio

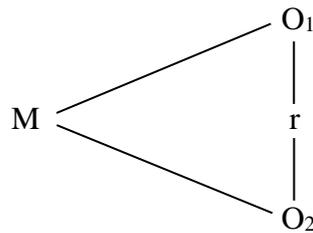
La siguiente investigación fue de alcance correlacional, ya que se realizaron asociaciones entre variables para comprender su influencia, relación, etc. (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018), la presente investigación no se limitó a brindar información de una única variable, sino que buscó comprender si el apoyo social percibido se encontraba asociado a la depresión en los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de la ciudad del Cusco, en el transcurso del 2020.

3.3 Diseño de Investigación

La investigación pertenece al diseño de investigación no experimental transversal, porque no se buscó manipular alguna variable para verificar el cambio en otra; y porque su objetivo fue recolectar datos en un solo espacio, momento y tiempo, para que de esta forma se puedan estudiar las variables y analizar su incidencia dentro de la misma población de estudio (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).



Esquema:



Donde:

M: (Muestra) Adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020.

O₁: (Variable 1) Apoyo Social Percibido.

O₂: (Variable 2) Depresión.

r: (relación) Asociación entre las variables.

3.4 Población

La población de esta investigación estuvo conformada por todos los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco - 2020. Siendo un total de 200 personas.

3.4.1 Criterios de inclusión y exclusión

La población incluyó a todos los adultos mayores que asisten al CAM de ESSALUD.

La población excluyó a todos los adultos mayores que no asisten al CAM de ESSALUD.

3.4.2 Centro del Adulto Mayor (CAM)

Los Centros del Adulto Mayor (CAM) son lugares en donde se promueve el desarrollo de las personas adultas mayores en cuanto a su recreación, interacción social, integración a la familia, integración con personas más jóvenes, de producción y mantenimiento de la capacidad de la persona, todos con el objetivo de lograr una vejez activa (EsSalud, 2015).

Entre las finalidades del CAM (EsSalud, 2015), están:

- Promover la dignidad, actividad, salud y seguridad de las personas adultas mayores.
- Promover medios mediante los cuales las personas adultas mayores logren participar en sociedad, en la economía y en la cultura de su comunidad.
- Restaurar la dignidad del adulto mayor mediante la promoción de su inclusión social.

Los CAM ofrecen diversos talleres de esparcimiento y recreación que ayudan a mejorar la calidad de vida y la salud mental de la población de adultos mayores.

Taller de Educación Emocional	Mejorarás el manejo de tus emociones y tus relaciones interpersonales familiares y sociales.
Taller de Memoria	Te ayudará en el refuerzo y mejora de tus capacidades cognitivas.
Taller de Auto cuidado	Te proporcionará conocimientos sobre aspectos de tu vida física – orgánica, social, mental y espiritual.
Talleres Artísticos:	Podrás descubrir y desarrollar tus habilidades y potencialidades artísticas.
Talleres de Cultura Física	Practicarás disciplinas como el Tai- chí, bio – danza, gimnasia y otros.
Turismo Social	Tendrás la oportunidad de conocer las diferentes regiones del Perú, sus culturas, costumbres, en circuitos turísticos amicales y accesibles.
Huertos y Crianza de Animales Menores	Estarás en contacto con la naturaleza, desarrollando actividades en el cultivo de plantas y jardinería, así como también crianza de animales menores (cuyes, patos conejos, etc.)
Comedor Social	Encontrarás alimentación balanceada, en un ambiente amigable de socialización.
Eventos Deportivos y Recreativos	Practicarás tu deporte preferido y participarás en juegos recreativos que contribuyen al mantenimiento y mejora de tus capacidades psico-físicas y sociales.

Figura 1. Servicios que brindan los Centros del Adulto Mayor

Fuente: EsSalud (2015)

3.5 Muestra

La muestra se obtuvo mediante un muestreo probabilístico simple, el cual ascendió a 132. A continuación, se describe en detalle el procedimiento para obtener la cantidad de sujetos de estudio necesaria para representar a la población general (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).



Formula estadística:

$$n = \frac{N \times (Z_{1-\alpha})^2 \times p \times q}{(N - 1) \times e^2 + (Z_{1-\alpha})^2 \times p \times q}$$

$$n = \frac{200 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{199 * 0.05^2 + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 132$$

Donde:

$Z_{1-\alpha}$: 1.96 (Nivel de Confianza = 95%)

p : 0.5 (50% área bajo la curva)

q : 0.5 (50% comp. bajo la curva)

e : 0.05 (5% de error muestral)

N : 200 (Población absoluta)

n : 132 (muestra)

3.6 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

3.6.1 Técnica

La técnica utilizada para la obtención de la información en el presente estudio, fue la encuesta. Esta técnica se caracteriza por recopilar datos a través de un cuestionario, escala, test psicométrico o instrumento de medición, el cual fue adecuado para los propósitos de la investigación y para obtener datos desde una muestra representativa (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018). Para el presente caso se realizaron encuestas sin contacto con las personas a evaluar, de esta forma se realizaron encuestas mediante vía telefónica, por la web, o mediante dispositivos móviles, según sea el caso y la necesidad para cada situación en la que se evaluó a las unidades de análisis.



3.6.2 Instrumentos de recolección de datos

3.6.3 Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS)

Para observar y cuantificar la variable apoyo social percibido se utilizó la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido - MSPSS (Zimet et al., 1988). Este instrumento mide la percepción o evaluación personal acerca de dos fuentes: familia-otros significativos y amigos, en cuanto a su apoyo social. La prueba está compuesta por 12 preguntas divididas en dos dimensiones. La medición es de escala de intensidad ordinal con 4 alternativas: desde 1 que representa “casi nunca” y cuatro 4 que representa “siempre o casi siempre”. Se establece que a mayor puntaje mayor es el apoyo social percibido (Zimet et al., 1988).

Ficha técnica

Nombre de la prueba: The Multidimensional Scale of Perceived Social Support – MSPSS

Autor: Zimet, Dahlem, Zimet, y Farley (1988)

Año: 1988

Adaptación peruana en la población: Yupanqui (2016)

Forma de aplicación: Individual y colectiva

Unidades de análisis: Personas adultas mayores de entre 55 – 79 años

Finalidad: Evaluar el grado de apoyo social percibido en adultos mayores

Numero de ítems: 12 ítems

Dimensiones: Consta de 2 dimensiones: a) Familia- otros significativos; y b) Amigos.

Medición: Escala Likert

Tipos de respuesta: Puntuaciones del 1 al 4

Calificación: Baremación a través de percentiles tanto para individuos masculinos como femeninos.



3.6.4 El Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Para observar y cuantificar la variable depresión se utilizó El Inventario de Depresión de Beck, segunda edición BDI-II, elaborado por Beck, Steer y Brown (2006). Este es un inventario de despistaje, que evalúa la intensidad de los síntomas de depresión de las últimas dos semanas. El inventario está compuesto de 21 afirmaciones, cada afirmación se compone de cuatro frases, cada frase tiene una puntuación del 0 al 3; se debe elegir la frase que mejor represente su estado de ánimo durante las últimas semanas, incluyendo el día de la evaluación.

Ficha técnica

Nombre de la prueba: The Beck Depression Inventory (BDI-II)

Autor: Beck, Steer y Brown (2006)

Año: 2006

Adaptación peruana en la población: Barreda (2019)

Forma de aplicación: Individual y colectiva

Unidades de análisis: Personas de entre 17 y 81 años

Finalidad: Evaluar síntomas de depresión en adultos mayores

Numero de ítems: 12 ítems

Dimensiones: Presenta 4 dimensiones: a) Alteraciones emocionales; b) Alteraciones cognoscitivas; c) Alteraciones del comportamiento; d) Alteraciones somáticas.

Medición: Ordinal desde 0 a 3

Tipos de respuesta: Cuatro frases con valores del 0 al 3

Calificación: El manual 4 niveles de depresión según la puntuación obtenida: depresión mínima (0-13), depresión leve (14 – 19), depresión moderada (20 – 28), depresión grave (29 – 63).



3.7 Validez y Confiabilidad de los instrumentos

3.7.1 Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS)

La adaptación peruana para determinar la validez y confiabilidad de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido para poblaciones geriátricas, fue realizada por Yupanqui (2016) mediante un estudio sobre 291 adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor de Trujillo.

Validez. En cuanto a la validez del instrumento, esta se realizó mediante un análisis ítem-test corregido, el cual mostró valores entre 0.63 a 0.77 para la escala total, así mismo mostró valores entre 0.73 a 0.85 para la dimensión Familia – otros significativos; y para la dimensión Amigos mostro valores entre 0.85 a 0.90. Los valores anteriormente descritos indicaron que la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido adaptada para adultos mayores cuenta con validez de constructo aceptable (Yupanqui, 2016).

Confiabilidad. Con respecto a la confiabilidad del instrumento, esta se determinó mediante el método de consistencia interna a través del estadístico Alfa de Cronbach. El cuál reportó un valor de 0.92, para la escala total de apoyo social percibido; para la dimensión “Familia - Otros Significativos” mostró un valor 0.91 y para la dimensión “Amigos” se observó un valor de 0.90 todos estos valores indicaron una alta consistencia interna y por lo tanto una buena confiabilidad del instrumento (Yupanqui, 2016).

3.7.2 Inventario de Depresión de Beck (BDI - II)

La adaptación peruana para determinar la validez y confiabilidad del Inventario de Depresión de Beck, fue realizada por Barreda (2019) mediante un estudio sobre 400 personas en consulta externa de un hospital especializado en salud mental de la ciudad de Lima.



Validez. Con respecto a la validez del instrumento, primero se realizó una validez de contenido mediante juicio de expertos, participaron cinco psicólogos especialistas en depresión. Se obtuvo un coeficiente mediante la prueba V de Aiken con un valor de 0.99 (*Barreda, 2019*).

También se verificó la validez de constructo del instrumento, aplicándose la prueba de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin que arrojó un valor de 0.954 y la prueba de esfericidad de Bartlett que mostró un valor de .000. Estos resultados indicaron una cantidad alta de aceptación y por lo tanto aceptándose el modelo factorial (*Barreda, 2019*).

Confiabilidad. Con respecto a la confiabilidad de instrumento, esta se determinó mediante el método de consistencia interna a través del estadístico Alfa de Cronbach. El cuál reportó un valor de 0.93, para la totalidad del Inventario de Depresión de Beck. En general se pudo verificar una muy buena consistencia interna de todos los ítems, de esta forma ningún ítem fue retirado quedando todos para el inventario final (*Barreda, 2019*).

3.8 Plan de Análisis de Datos

El plan de análisis de datos se realizó después de recoger la información en la población de estudio, la cual se vació en un archivo de hojas de cálculo de Microsoft Excel 2019 (v19.0), posteriormente estos datos fueron volcados para su análisis en un archivo del Paquete Estadístico para Ciencias Sociales - IBM SPSS Statistics (25.0). Para la descripción de los resultados se utilizó la estadística descriptiva a través de tablas de frecuencias y porcentajes. A su vez, también se utilizó estadística correlacional para determinar la asociación entre las variables de estudio y sus respectivas dimensiones. Con respecto a los estadísticos específicos a utilizar, se utilizó en Rho de Spearman luego de realizar la respectiva prueba de normalidad que sirvió para conocer la aplicación de estadísticos paramétricos o no paramétricos.



Capítulo IV: Resultados de la investigación

4.1 Resultados descriptivos

Se muestra la Tabla 2 con los resultados del primer objetivo específico: Conocer los niveles de apoyo social percibido en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020.

Tabla 2. *Apoyo social percibido y dimensiones.*

Variable/dimensión	Bajo		Medio		Alto		Total	
	f_i	%	f_i	%	f_i	%	f_i	%
Apoyo Social Percibido	7	5.3	109	82.6	16	12.1	132	100
Familia-otros significativos	17	12.9	97	73.5	18	13.6	132	100
Amigos	36	27.3	78	59.1	18	13.6	132	100
Total	60	45.5	284	215.2	52	39.3	-	-

Fuente: Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics

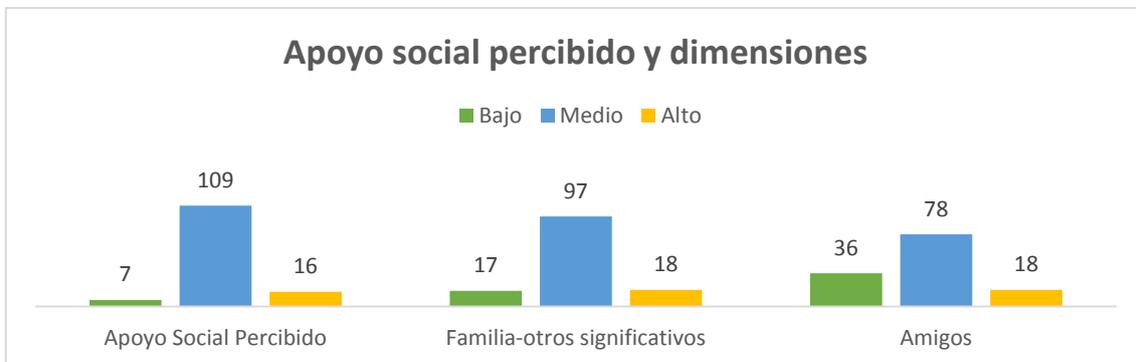


Figura 2. Apoyo social percibido y dimensiones

Fuente: Elaboración propia

Los resultados descriptivos para la variable apoyo social percibido y sus dimensiones, indicaron que la mayor parte de la población muestra niveles de apoyo social percibido en un nivel medio (82.6%). Así mismo, la mayor parte de la población muestra niveles medios en la dimensión familia y otros significativos (73.5%) y niveles medios en la dimensión amigos (59.1%).

Se muestra la Tabla 3 con los resultados del segundo objetivo específico: Conocer los niveles de depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020.

Tabla 3. *Depresión y dimensiones.*

Variable/dimensión	Mínima		Leve		Moderada		Grave		Total	
	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%
Depresión	24	18.2	59	44.7	47	35.6	2	1.5	132	100
Alteraciones emocionales	18	13.6	73	55.3	41	31.1	0	0	132	100
Alteraciones cognitivas	28	21.2	67	50.8	35	26.5	2	1.5	132	100
Alteraciones del comportamiento	10	7.6	58	43.9	58	43.9	6	4.6	132	100
Alteraciones somáticas	24	18.2	59	44.7	47	35.6	2	1.5	132	100
Total	104	78.8	316	239.4	228	172.7	12	9.1	-	-

Fuente: Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics

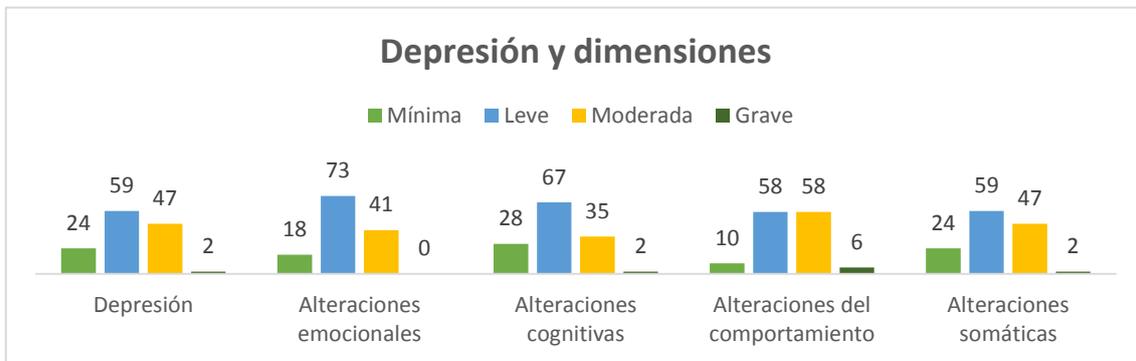


Figura 3. *Depresión y dimensiones*

Fuente: Elaboración propia

Los resultados descriptivos para la variable depresión y sus dimensiones, indicaron que la mayor parte de la población muestra niveles de depresión en un nivel leve (44.7%), seguido de nivel moderado (35.6%). Así mismo, la mayor parte de la población muestra nivel leve (55.3%) y niveles moderados (31.1%) en la dimensión alteraciones emocionales. Por otro lado, la mayor parte de la población muestra niveles leves (50.8%) y niveles moderados (26.5%) en la dimensión alteraciones cognitivas. En la misma línea, la mayor parte de la población muestra niveles leves (43.9%) y niveles moderados (43.9%) en la dimensión alteraciones del comportamiento. Por último, la mayor parte de la población muestra niveles leves (44.7%) y niveles moderados (35.6%) en la dimensión alteraciones somáticas.



4.2 Prueba de normalidad

La Tabla 4 muestra los resultados de la aplicación de la prueba de normalidad.

Tabla 4. Prueba de normalidad.

Kolmogorov-Smirnov		Apoyo social percibido	Familia-otros	Amigos	Depresión	A. emocional	A. cognitiva	A. del comp	A. somática
N		132	132	132	132	132	132	132	132
Parametros normales	Media	31.1970	21.1212	10.0758	28.9394	8.1439	9.4167	4.2121	7.1667
	Desv	4.56746	3.85625	2.20209	8.24691	3.39989	3.60881	2.07136	2.52065
Maximas diferencias extremas	Abs	0.085	0.091	0.105	0.149	0.127	0.106	0.122	0.114
	Posit	0.085	0.091	0.105	0.066	0.079	0.055	0.122	0.083
	Negat	-0.059	-0.046	-0.089	-0.149	-0.127	-0.106	-0.086	-0.114
Estadístico de prueba		0.085	0.091	0.105	0.149	0.127	0.106	0.122	0.114
p-valor		,020 ^c	,009 ^c	,001 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,001 ^c	,000 ^c	,000 ^c

Fuente: Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics

Debido a que la cantidad de la población, y por consiguiente el grado de libertad, es mayor a 30, se procedió a utilizar la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para todos los casos. Los resultados del p-valor arrojan valores menores al alfa establecido ($\alpha = 0.05$). Lo que indica que existe evidencia suficiente para afirmar que la población no muestra una distribución normal para las variables y dimensiones establecidas para el presente estudio.

Por lo tanto, se utilizaron pruebas no paramétricas para el análisis estadístico correspondiente a la muestra de adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020. Ya que el objetivo es verificar relación entre las variables, se utilizó el Coeficiente de correlación de Spearman (prueba no paramétrica) para los objetivos de correlación.

4.3 Resultados correlacionales

A continuación, se muestra la Tabla 5 con los resultados del tercer objetivo específico: Identificar la relación entre el apoyo social percibido de la familia-otros y la

depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020.

Tabla 5. *Apoyo social percibido de la familia-otros y depresión.*

Familia-otros	Depresión								Total	
	Mínima		Leve		Moderada		Grave		f_i	%
	f_i	%	f_i	%	f_i	%	f_i	%		
Bajo	0	0.0	1	0.8	8	6.1	8	6.1	17	12.9
Medio	3	2.3	5	3.8	39	29.5	50	37.9	97	73.5
Alto	4	3.0	5	3.8	4	3.0	5	3.8	18	13.6
Total	7	5.3	11	8.3	51	38.6	63	47.7	132	100

Fuente: Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics

Tabla 6. *Relación entre apoyo social percibido de la familia-otros y depresión.*

Estadístico	Valor/Coeficiente	p - valor
Rho de Spearman	-0.324*	0.000

Fuente: Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics

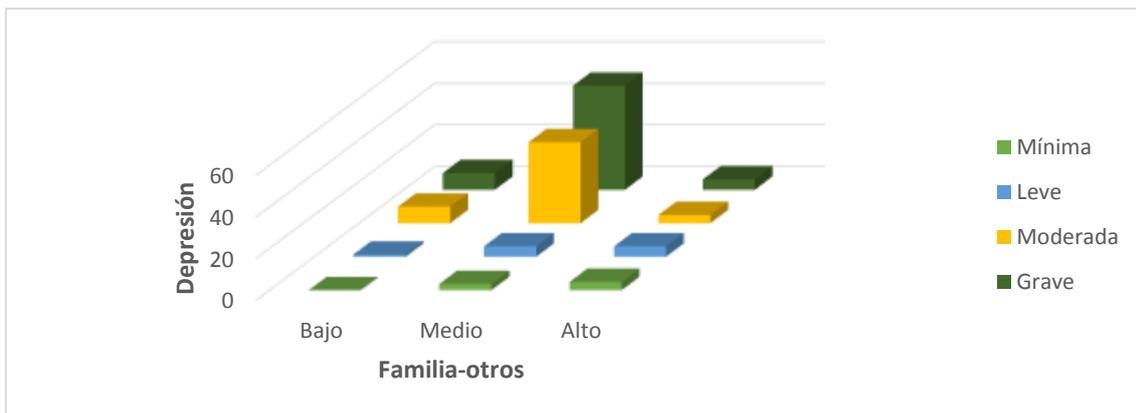


Figura 4. *Familia-otros y depresión*

Fuente: Elaboración propia

Para verificar la relación entre el apoyo social percibido de la familia-otros y la depresión, se aplicó el estadístico no paramétrico Rho de Spearman para la prueba de hipótesis, estableciendo un valor de significancia de $\alpha = 0.05$ y una hipótesis nula (H_0): No existe relación entre el apoyo social percibido de la familia-otros y la depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020. El p-valor resultante fue de 0.000. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se afirma que sí existe relación significativa entre el apoyo social percibido de la familia-otros y la depresión en la población. El estadístico Rho de Spearman muestra un grado de relación, que para el caso es una relación negativa baja (-0.324).

A continuación, se muestra la Tabla 6 con los resultados del cuarto objetivo específico: Identificar la relación entre el apoyo social percibido de los amigos y la depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020.

Tabla 7. *Apoyo social percibido de amigos y depresión.*

Amigos	Depresión								Total	
	Mínima		Leve		Moderada		Grave		f_i	%
	f_i	%	f_i	%	f_i	%	f_i	%		
Bajo	0	0.0	5	3.8	14	10.6	17	12.9	36	27.3
Medio	2	1.5	4	3.0	32	24.2	40	30.3	78	59.1
Alto	5	3.8	2	1.5	5	3.8	6	4.5	18	13.6
Total	7	5.3	11	8.3	51	38.6	63	47.7	132	100

Fuente: Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics

Tabla 8. Relación entre *apoyo social percibido de amigos y depresión.*

Estadístico	Valor/Coeficiente	p - valor
Rho de Spearman	-0.179*	0.040

Fuente: Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics

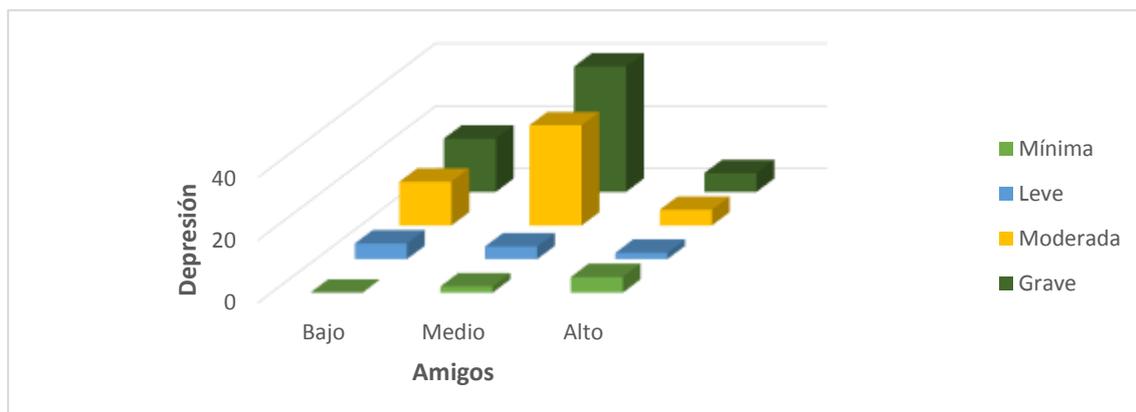


Figura 5. Amigos y depresión

Fuente: Elaboración propia

Para verificar la relación entre el apoyo social percibido de los amigos y la depresión, se aplicó el estadístico no paramétrico Rho de Spearman para la prueba de hipótesis, estableciendo un valor de significancia de $\alpha = 0.05$ y una hipótesis nula (H_0): No existe relación entre el apoyo social percibido de los amigos y la depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020. El p-valor resultante fue de 0.040. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula

(Ho) y se afirma que si existe relación entre el apoyo social percibido de los amigos y la depresión en la población. El estadístico Rho de Spearman muestra un valor de relación, que para el caso es una relación negativa muy baja (-0.179).

A continuación, se muestra la Tabla 7 con los resultados del quinto objetivo específico: Identificar la relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones emocionales en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020.

Tabla 9. *Apoyo social percibido y alteración emocional.*

Apoyo Social Percibido	Alteración emocional								Total	
	Mínima		Leve		Moderada		Grave		f_i	%
	f_i	%	f_i	%	f_i	%	f_i	%		
Bajo	1	0.8	2	1.5	4	3.0	0	0.0	7	5.3
Medio	14	10.6	53	40.2	40	30.3	2	1.5	109	82.6
Alto	9	6.8	4	3.0	3	2.3	0	0.0	16	12.1
Total	24	18.2	59	44.7	47	35.6	2	1.5	132	100

Fuente: Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics

Tabla 10. *Relación entre apoyo social percibido y alteración emocional.*

Estadístico	Valor/Coeficiente	p - valor
Rho de Spearman	-0.221*	0.011

Fuente: Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics

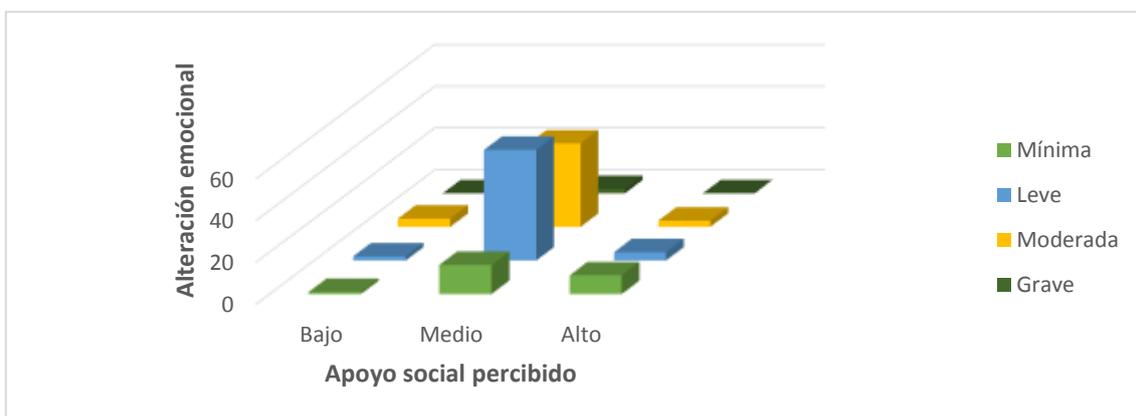


Figura 6. *Apoyo social percibido y alteración emocional*

Fuente: Elaboración propia

Para verificar la relación entre el apoyo social percibido de los amigos y las alteraciones emocionales, se aplicó el estadístico no paramétrico Rho de Spearman para la prueba de hipótesis, estableciendo un valor de significancia de $\alpha = 0.05$ y una hipótesis



nula (H_0): No existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones emocionales en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020. El p-valor resultante fue de 0.011. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se afirma que si existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones emocionales en la población. El estadístico Rho de Spearman muestra un valor de relación, que para el caso es una relación negativa baja (-0.221).

A continuación, se muestra la Tabla 8 con los resultados del sexto objetivo específico: Identificar la relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones cognitivas en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020.

Tabla 11. *Apoyo social percibido y alteración cognoscitiva.*

Apoyo Social Percibido	Alteración cognoscitiva								Total	
	Mínima		Leve		Moderada		Grave		f_i	%
	f_i	%	f_i	%	f_i	%	f_i	%		
Bajo	0	0.0	6	4.5	1	0.8	0	0	7	5.3
Medio	8	6.1	62	47.0	39	29.5	0	0	109	82.6
Alto	10	7.6	5	3.8	1	0.8	0	0	16	12.1
Total	18	13.6	73	55.3	41	31.1	0	0	132	100.0

Fuente: Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics

Tabla 12. Relación entre *apoyo social percibido y alteración cognoscitiva.*

Estadístico	Valor/Coeficiente	p - valor
Rho de Spearman	-0.382*	0.000

Fuente: Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics

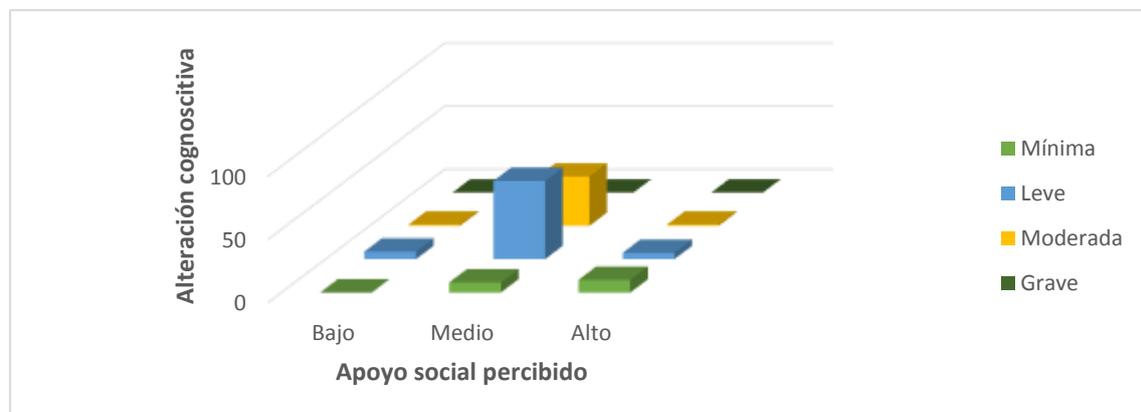


Figura 7. Apoyo social percibido y alteración cognoscitiva

Fuente: Elaboración propia



Para verificar la relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones cognitivas, se aplicó el estadístico no paramétrico Rho de Spearman para la prueba de hipótesis, estableciendo un valor de significancia de $\alpha = 0.05$ y una hipótesis nula (H_0): No existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones cognitivas en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020. El p-valor resultante fue de 0.000. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se afirma que si existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones cognitivas. El estadístico Rho de Spearman muestra un valor de relación, que para el caso es una relación negativa baja (-0.382).

A continuación, se muestra la Tabla 9 con los resultados del séptimo objetivo específico: Identificar la relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones del comportamiento en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020.

Tabla 13. *Apoyo social percibido y alteración del comportamiento.*

Apoyo Social Percibido	Alteración del comportamiento								Total	
	Mínima		Leve		Moderada		Grave		f_i	%
	f_i	%	f_i	%	f_i	%	f_i	%		
Bajo	0	0.0	7	5.3	0	0.0	0	0.0	7	5.3
Medio	20	15.2	54	40.9	33	25.0	2	1.5	109	82.6
Alto	8	6.1	6	4.5	2	1.5	0	0.0	16	12.1
Total	28	21.2	67	50.8	35	26.5	2	1.5	132	100

Fuente: Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics

Tabla 14. *Relación entre apoyo social percibido y alteración del comportamiento.*

Estadístico	Valor/Coeficiente	p - valor
Rho de Spearman	-0.080	0.360

Fuente: Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics

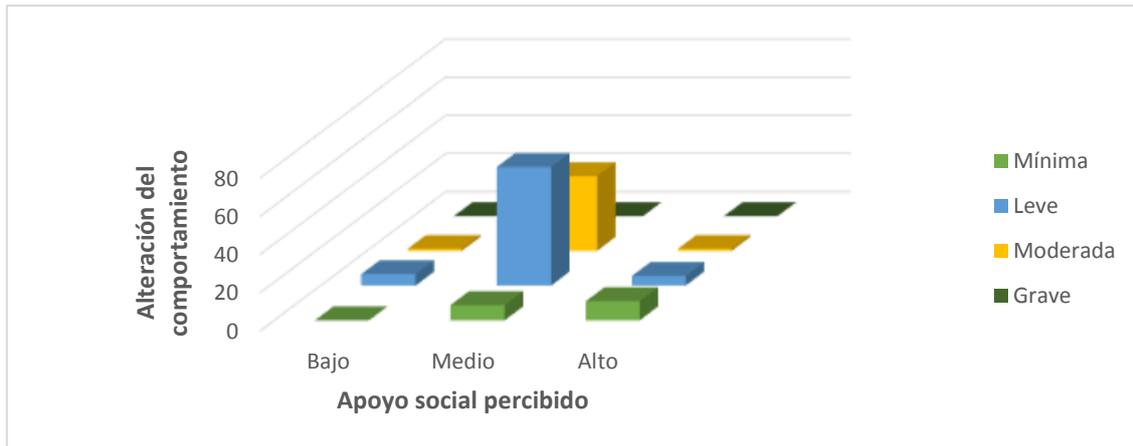


Figura 8. Apoyo social percibido y alteración del comportamiento

Fuente: Elaboración propia

Para verificar la relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones del comportamiento, se aplicó el estadístico no paramétrico Rho de Spearman para la prueba de hipótesis, estableciendo un valor de significancia de $\alpha = 0.05$ y una hipótesis nula (H_0): No existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones del comportamiento en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020. El p-valor resultante fue de 0.360. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula (H_0) y se afirma que no existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones del comportamiento.

A continuación, se muestra la Tabla 10 con los resultados del octavo objetivo específico: Identificar la relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones somáticas en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020.

Tabla 15. Apoyo social percibido y alteración somática.

Apoyo Social Percibido	Alteración somática								Total	
	Mínima		Leve		Moderada		Grave		f_i	%
	f_i	%	f_i	%	f_i	%	f_i	%		
Bajo	0	0.0	4	3.0	2	1.5	1	0.8	7	5.3
Medio	8	6.1	42	31.8	54	40.9	5	3.8	109	82.6
Alto	2	1.5	12	9.1	2	1.5	0	0.0	16	12.1
Total	10	7.6	58	43.9	58	43.9	6	4.5	132	100

Fuente: Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics

Tabla 16. *Relación entre apoyo social percibido y alteración somática.*

Estadístico	Valor/Coeficiente	p - valor
Rho de Spearman	-0.266*	0.002

Fuente: Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics

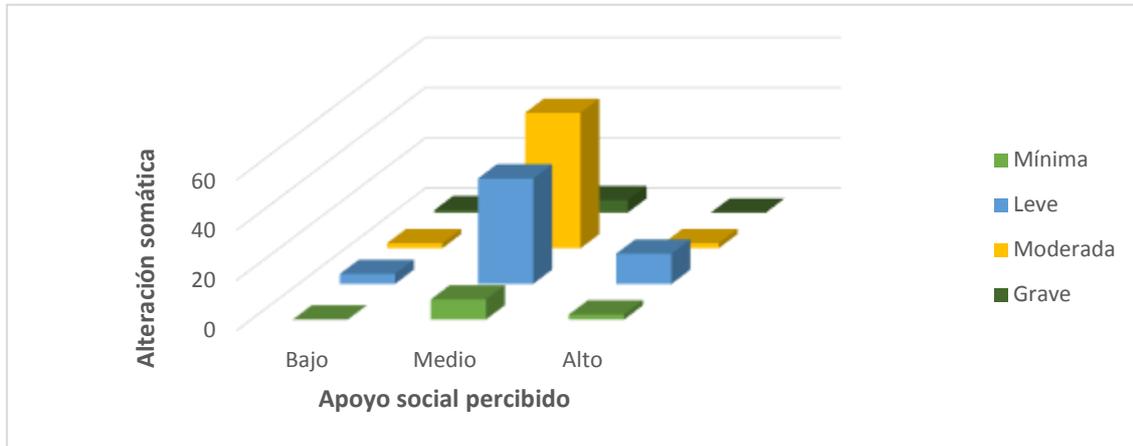


Figura 9. Apoyo social percibido y alteración somática

Fuente: Elaboración propia

Para verificar la relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones somáticas, se aplicó el estadístico no paramétrico Rho de Spearman para la prueba de hipótesis, estableciendo un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$ y una hipótesis nula (H_0): No existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones somáticas en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020. El p-valor resultante fue de 0.002. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se afirma que si existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones somáticas. El estadístico Rho de Spearman muestra un valor de relación, que para el caso es una relación negativa baja (-0.266).

4.4 Resultado respecto al objetivo general

Se muestra la Tabla 11 con los resultados del objetivo general: Determinar la relación entre el apoyo social percibido y la depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020.

Tabla 17. *Apoyo social percibido y depresión.*

Apoyo Social Percibido	Depresión								Total	
	Mínima		Leve		Moderada		Grave		<i>f_i</i>	%
	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%		
Bajo	0	0.0	1	0.8	2	1.5	4	3.0	7	5.3
Medio	1	0.8	5	3.8	46	34.8	57	43.2	109	82.6
Alto	6	4.5	5	3.8	3	2.3	2	1.5	16	12.1
Total	7	5.3	11	8.4	51	38.6	63	47.7	132	100

Fuente: Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics

Tabla 18. Relación entre *apoyo social percibido y depresión.*

Estadístico	Valor/Coeficiente	p - valor
Rho de Spearman	-0.360	0.000

Fuente: Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics

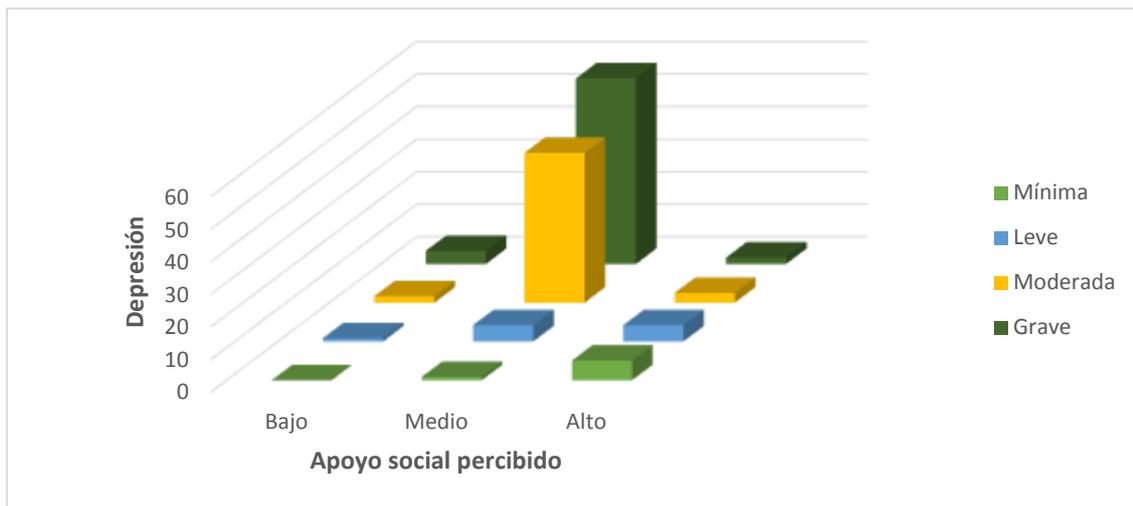


Figura 10. Apoyo social percibido y depresión

Fuente: Elaboración propia

Para verificar la relación entre el apoyo social percibido y la depresión, se aplicó el estadístico no paramétrico Rho de Spearman para la prueba de hipótesis, estableciendo un valor de significancia de $\alpha = 0.05$ y una hipótesis nula (H_0): No existe relación entre el apoyo social percibido y la depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020. El p-valor resultante fue de 0.000. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se afirma que sí existe relación entre el apoyo social percibido y la depresión en la población. El estadístico Rho de Spearman muestra un valor de relación, que para el caso es una relación baja (-0.360).



Capítulo V: Discusión

5.1 Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos

Con respecto a la relación de las variables de estudio, se encontró que sí existe relación entre el apoyo social percibido y la depresión en los adultos mayores evaluados. Esto se podría deber a que la calidad del apoyo social en la población es en cierta medida deficitaria, y como menciona Fiske et al. (2009), los efectos de estas variables sociales pueden afectar en la persona adulta mayor.

Por otra parte, se encontró un valor de relación entre las variables negativo, lo que indica que a menor apoyo social percibido mayor depresión en la población de estudio. Aunque por otro lado esta relación también es baja, por lo que cabría pensar que los niveles de depresión podrían verse afectados por variables extrañas relacionadas al efecto de la pandemia por COVID-19, y por lo tanto, el grado de relación entre el apoyo social percibido y la depresión sería diferente bajo otras circunstancias. Aun así, se presume que el apoyo social percibido constituye un factor importante para establecer el grado de depresión en una población adulta mayor (Nolen-Hoeksema y Ahrens, 2012).

Con respecto a la relación entre las dimensiones del apoyo social percibido y la variable depresión. Por una parte, se encontró que sí existe relación entre el apoyo social percibido de la familia-otros y la depresión en la población de adultos mayores evaluados; siendo el grado de relación de estas variables negativo bajo, lo que indica que a menor apoyo social percibido de la familia-otros, existe mayor depresión en la población. Esta dependencia entre los conflictos familiares como factores estresantes que influyen sobre



la depresión entre poblaciones adultas mayores ya la comentó Nolen-Hoeksema y Ahrens (2012), por lo que se especula que los adultos mayores evaluados experimentan ciertos conflictos familiares.

Por otra parte, se encontró que sí existe relación entre el apoyo social percibido de los amigos y la depresión en los adultos mayores evaluados; mostrando un grado de relación negativo bajo, lo que indica que a menor apoyo social percibido de los amigos mayor es la depresión en la población. Una razón sobre este hecho podría explicar el por qué aquellas personas jubiladas muestran más probabilidades de sufrir de depresión (Butterworth et al., 2006), pues al abandonar las actividades laborales también se estaría abandonando al círculo de amistad relacionado con el trabajo.

Con respecto a la relación entre la variable apoyo social percibido y las dimensiones de la depresión.

Se encontró que sí existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones emocionales en los adultos mayores evaluados; mostrando las variables un grado de relación negativo bajo. Dicho resultado podría indicar que la población con poco apoyo social percibido experimental alteraciones emocionales que desembocarían en sufrimiento y angustia a causa de una adecuada interpretación de su entorno (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).

Así mismo, se encontró que sí existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones cognoscitivas en los adultos mayores evaluados; mostrando las variables un grado de relación negativo bajo. Este resultado se vincula con el anterior, ya que se espera que las interpretaciones cognitivas inadecuadas, ya sean esquemas mentales pesimistas catastrofistas e irracionales, ocasionan problemas emocionales (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).



Por último, se encontró que sí existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones somáticas de los adultos mayores evaluados; mostrando las variables un grado de relación negativo bajo. Dicho resultado se explica de igual forma que en los otros dos resultados descritos anteriormente, pues según el modelo de Beck (1983) una interpretación incorrecta de la realidad ocasiona conductas desadaptativas, lo que podría indicar que la población experimenta sensaciones somáticas desadaptativas, como problemas en el sueño, pérdida de apetito degradación de sus sentidos y por lo tanto una reducción en su calidad de vida.

Por último, se encontró que no existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones del comportamiento entre los adultos mayores evaluados. Este resultado puede deberse a que la motivación en este grupo de edad es de por sí reducido, por lo que quizá las alteraciones comportamentales en el adulto mayor puedan ser menores debido a la mayor aceptación de sus condiciones físicas propias de la edad, o quizás, a las actividades desarrolladas por el propio Centro del Adulto Mayor.

En cuanto a los resultados descriptivos por cada variable y dimensión, se observa que la mayoría de adultos mayores perciben apoyo social en un nivel medio. Así mismo, la mayoría muestra niveles de depresión grave y moderada. La mayoría de adultos mayores perciben un apoyo social de la familia-otros en un nivel medio y a su vez perciben un apoyo social de los amigos en un nivel medio y bajo. Por otra parte, la mayoría muestra alteraciones emocionales graves y alteraciones emocionales moderadas. También muestran niveles de alteraciones cognoscitivas leves y alteraciones cognoscitivas moderadas. Muestran también niveles de alteraciones del comportamiento leves y alteraciones del comportamiento moderadas. Por último, la mayoría de adultos mayores muestran niveles de alteraciones somáticas leves y moderadas.



5.2 Limitaciones del estudio

La principal dificultad estuvo relacionada con las condiciones establecidas por el CAM a responder los cuestionarios en cuanto a la toma de los datos de filiación, además de que la aplicación sea de manera concisa. Puesto que la población estuvo conformada por adultos mayores los cuales aceptaron participar en la investigación, pero no quisieron dar mayor información sobre sus datos personales. Aunque esta situación fue prevista desde un inicio, y por lo cual las medidas que se tomaron fueron con respecto a los instrumentos de medición. Se requirieron tomar ciertas medidas para superar estas limitaciones. Por ejemplo, el grueso de evaluaciones tuvieron que realizarse en un horario de mañana, momento en el que la población mantiene mejor disposición para realizar estas actividades. Así mismo, y como la evaluación fue hecha por teléfono, se sugirió al evaluado conversar en un entorno silencioso y calmado para no tener problemas con algún ruido o interrupción. De esta forma se pudieron completar las evaluaciones necesarias para llegar a la muestra definida en el estudio.

5.3 Comparación crítica con la literatura existente

Con respecto a la investigación de Mercedes et al. (2017), quien describió el nivel de dependencia funcional y apoyo social percibido en el adulto mayor con dolor. Encontrando que existe una mayor prevalencia de mujeres casadas sin finalización de básica primaria. Los participantes describen su dolor en mayor medida como brusco, cruel y molesto. La mayoría manifiesta altos niveles de apoyo social siendo totalmente independientes. Comparando lo encontrado en el presente estudio, el cual encontró que la mayoría de adultos mayores perciben apoyo social en un nivel medio, y que existe relación entre el apoyo social percibido y la depresión en adultos mayores. Se puede afirmar que existe diferencia en los niveles de apoyo social percibido, siendo más altos los niveles encontrados en la investigación de Mercedes et al. (2017). De la misma forma



esto calza con lo encontrado por Lyyra y Heikkinen (2006) quienes afirman que el apoyo social percibido influye en la calidad de vida de los adultos mayores, así como en su sentido de vida, de esta forma se puede plantear que a menor percepción de apoyo social percibido mayores serán los problemas relacionados a la salud mental en la población adulta mayor.

Con respecto a la investigación de Pacheco y Alfaro (2018), quienes determinaron la relación existente entre el apoyo social percibido y depresión en personas adultas mayores del área urbana de la ciudad de La Paz. Encontrando que existe relación significativa entre el apoyo social percibido y los niveles de depresión en las personas adultas mayores del área urbana de la ciudad de La Paz. Así mismo, encontraron que ciertos factores socio económicos y socio demográficos tienen una relación significativa con el apoyo social percibido y la depresión de las personas adultas mayores. Comparando lo encontrado en el presente estudio, el cuál encontró que existe relación entre el apoyo social percibido y la depresión en adultos mayores. Se puede afirmar que los resultados muestran resultados similares. Respaldando nuevamente lo afirmado por Lyyra y Heikkinen (2006) quienes mencionan que la percepción de apoyo social percibido contribuye a la salud mental en la población adulta mayor.

Con respecto a la investigación de Barrera-Herrera et al. (2019), quienes determinaron la influencia del apoyo social percibido y de los factores sociodemográficos de género y nivel socioeconómico en la sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés. Encontrando que el apoyo social percibido está asociado de forma inversa a los síntomas psicopatológicos y, por otra parte, que el apoyo familiar predice de mejor forma la aparición de sintomatología de salud mental. Comparando lo encontrado en el presente estudio, el cuál encontró que también existe relación entre el apoyo social percibido y la depresión en adultos mayores. Si bien es cierto que la población en ambos estudios fue



diferente se puede concluir que el apoyo social percibido constituye una variable importante y protector de alteraciones mentales en distintas etapas de vida. Así mismo y como mencionan Coyne y DeLongis (1986) el apoyo social no es sólo un aspecto cognitivo de esta forma su percepción trasciende aspectos demográficos, etarios, o incluso de género.

En cuanto a la investigación de Talledo (2020), quien determinó la relación existente entre la depresión y la calidad de vida en personas mayores. Encontrando que existe correlación inversa entre depresión y calidad de vida. Comparando lo encontrado en el presente estudio, el cuál encontró que entre el apoyo social percibido y la depresión en adultos mayores existe relación. Se puede entender que buenos niveles de calidad de vida y apoyo social percibido decremantan de forma significativa los niveles de depresión en los adultos mayores. En este sentido la calidad de vida es una variable que se diferencia al apoyo social en cuanto a la percepción subjetiva del individuo, pero que ambas se encontrarían bastante relacionadas. Y cómo mencionan Mazure et al., (2012) los eventos estresantes expresados en la calidad de vida y el apoyo social percibido influyen enormemente en la depresión de los adultos mayores.

Con respecto a la investigación de Quispe (2019), quien analizó la relación entre resiliencia, apoyo social percibido y satisfacción con la vida en adultos mayores. Encontrando que existe relación directa y significativa ($p < 0.01$) a través de una asociación positiva – moderada. Lo que significa que para que el adulto mayor se adapte a los cambios propios de su etapa de vida, es importante considerar al apoyo de su entorno social y familiar en cuanto a factor de apoyo mediante recursos informacionales, materiales y afectivos. Comparando lo encontrado en el presente estudio, el cuál encontró que entre el apoyo social percibido y la depresión en adultos mayores existe relación. Se puede constatar una similitud en los resultados de ambas investigaciones. Lo que



nuevamente reafirma que el apoyo social percibido es un protector de la salud mental de este grupo etario. Y cómo mencionan Lyyra y Heikkinen (2006) la percepción de apoyo social percibido influye en la salud mental en la población adulta mayor.

En cuanto a la investigación de Vives (2019), quien analizó la relación entre el apoyo social percibido y el bienestar subjetivo en adultos mayores que viven en casas de reposo en Lima Metropolitana. Encontrando que existe correlación positiva y directa entre las variables estudiadas. Igualmente, se comprobó un elevado nivel de apoyo social percibido y bienestar subjetivo. Comparando lo encontrado en el presente estudio, el cuál encontró niveles medios de apoyo social percibido y que entre el apoyo social percibido y la depresión en adultos mayores existe relación. Se puede especular que la población estudiada por Vives (2019) manifestaría niveles mínimos de depresión. Algo que afirmarían Lyyra y Heikkinen (2006), pues para estos autores la percepción de apoyo social percibido influye en la salud mental en la población adulta mayor.

5.4 Implicancias del estudio

Lo encontrado en la presente investigación comprueba que a mayor percepción de apoyo social menos probabilidad de que existan síntomas de depresión en la población adulta mayor. Por lo cual este estudio sirve cómo evidencia para poder prevenir y tratar los trastornos mentales en poblaciones adultas mayores. Los resultados del presente estudio indicaron que es necesario fortalecer las redes familiares, amicales, y sociales en general; poniendo así énfasis en la calidad de vida que experimentan los adultos mayores.

De esta forma, los resultados encontrados sugieren que las intervenciones en forma de charlas, talleres, o programas con incidencia en lo recreativo, así como el refuerzo de la vida social de los adultos mayores son necesarios para prevenir las alteraciones mentales relacionadas a la depresión. De esta forma, estos resultados posibilitan nuevas formas de acción en torno a aquellos profesionales de la salud



especializados en poblaciones adultas mayores. Ya sean psicólogos, psiquiatras, enfermeros, asistentes sociales, entre otros.

Por otra parte, los resultados encontrados en el presente trabajo implican la realización de estudios relacionados con la influencia del apoyo social percibido sobre otras variables psicológicas en poblaciones vulnerables. De esta forma se podrá verificar su influencia sobre el estrés, la atención, o incluso sobre ciertas competencias relacionadas con poblaciones dentro de la psicología organizacional.



CONCLUSIONES

PRIMERA: Se ha demostrado que a menor apoyo social percibido la depresión aumenta en los adultos mayores evaluados. Verificando que el grado de esta relación es baja. Esto quiere decir que los adultos mayores identificados con depresión no observan que sus familiares o amigos los ayudan o están dispuestos a apoyarlos.

SEGUNDA: La mayoría de adultos mayores evaluados muestran niveles medios de apoyo social percibido en general. De la misma forma perciben moderado apoyo social por parte de su familia y otros, y también perciben moderado apoyo social por parte de sus amigos. Esto significa que la población evaluada no observa un completo abandono por parte de sus familiares o amigos, pero tampoco una disposición clara de apoyarlos.

TERCERA: La mayor parte de adultos mayores evaluados muestran niveles leves a moderados de depresión en general. De la misma forma, en su mayoría muestran niveles leves de alteraciones emocionales, cognitivas y somáticas; así como niveles leves y moderados de alteraciones del comportamiento. Es así que los adultos mayores evaluados no experimentan problemas depresivos en grado clínico, aunque sí existe el riesgo de sufrirlo en caso de no tomar medidas preventivas.

CUARTA: Se comprobó que, a menor apoyo social percibido por parte de la familia y otros, la depresión es mayor en los adultos mayores evaluados. Verificando que el grado de esta relación es baja. Esto da a entender que aquellos adultos mayores con depresión experimentan alejamiento por parte de sus familiares.



QUINTA: Se demostró que a menor apoyo social percibido por parte de los amigos la depresión es mayor en los adultos mayores evaluados. Observando que el grado de esta relación es muy baja. Lo que quiere decir que aquellos adultos mayores con depresión se sienten aislados y con lazos amicales debilitados.

SEXTA: Se demostró que a menor apoyo social percibido mayores son las alteraciones emocionales en los adultos mayores evaluados. Verificando que el grado de esta relación es baja. Esto indica que la población con poco apoyo social percibido experimenta alteraciones emocionales que desembocarían en sufrimiento y angustia.

SÉPTIMA: Se pudo constatar que a menor apoyo social percibido mayores son las alteraciones cognitivas en los adultos mayores evaluados; observando que el grado de esta relación es baja. Lo que muestra que las interpretaciones cognitivas inadecuadas en la población ocasionan problemas emocionales.

OCTAVA: Se encontró que no existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones del comportamiento en los adultos mayores evaluados. Lo que muestra que el apoyo social percibido en este grupo de edad no influye sobre las alteraciones comportamentales en el adulto mayor.

NOVENA: Se comprobó que a menor apoyo social percibido las alteraciones somáticas son mayores en los adultos mayores evaluados. Verificando que el grado de esta relación es negativa baja. Esto da a entender que existen sensaciones somáticas desadaptativas en la población, lo que generaría problemas de sueño y problemas alimenticios afectando así a la calidad de vida, posiblemente producidos por un bajo apoyo social percibido.



SUGERENCIAS

PRIMERA: Se sugiere a los directores del Centro del Adulto Mayor supervisar y promover el apoyo social de los adultos mayores a su cargo, esto debido a que mientras mayor percepción de apoyo social perciba esta población, probablemente sus niveles de depresión se vean reducidos.

SEGUNDA: Se sugiere a las autoridades del Centro del Adulto Mayor, así como a los familiares de la población, incrementar sus vínculos fraternales y afianzar sus lazos de apoyo, con el fin de prevenir el incremento de síntomas depresivos entre la población.

TERCERA: Se sugiere a los directores del Centro del Adulto Mayor, desarrollar talleres y programas destinados a modificar la percepción de la población con respecto a las condiciones de su entorno, esto con el fin de disminuir los síntomas depresivos que se observan entre la población, así mismo y de forma complementaria se recomienda trabajar paralelamente en la mejora de sus vínculos sociales, ya sea por parte de su familia, o por parte de su entorno cercano y amistades.

CUARTA: Se sugiere a las autoridades del Centro del Adulto Mayor verificar y promover el apoyo y sostén que reciben sus adultos mayores a cargo por parte de sus familiares, esto debido a que una mayor percepción de apoyo social de la familia-otros por parte de los adultos mayores, probablemente contribuirá a que los niveles de depresión se reduzcan.

QUINTA: Se sugiere a las autoridades del Centro del Adulto Mayor verificar y promover la interacción de los adultos mayores a su cargo, ya que mientras más apoyo social de sus



amigos perciban los adultos mayores, probablemente sus niveles de depresión se reduzcan.

SEXTA: Se sugiere a los directores del Centro del Adulto Mayor y a los familiares de la población de adultos mayores evaluados, realizar talleres que contribuyan a desarrollar una mejor capacidad emocional en los adultos mayores con menor percepción de apoyo social, esto para evitar las alteraciones emocionales debido a la poca percepción de apoyo social.

SÉPTIMA: Se sugiere a las autoridades del Centro del Adulto Mayor y a los familiares de la población de adultos mayores evaluados, realizar talleres o charlas que contribuyan a desarrollar una mejor capacidad cognoscitiva en los adultos mayores con menor percepción de apoyo social, esto para evitar las alteraciones cognoscitiva debido a la poca percepción de apoyo social.

OCTAVA: Se sugiere a las autoridades del Centro del Adulto Mayor y a los familiares de la población de adultos mayores evaluados, realizar talleres o charlas que contribuyan a desarrollar una mejor capacidad conductual en los adultos mayores con menor percepción de apoyo social, esto para evitar las alteraciones conductuales o comportamentales debido a la poca percepción de apoyo social.

NOVENA: Se sugiere a los directores del Centro del Adulto Mayor y a los familiares de la población de adultos mayores evaluados, realizar charlas para prevenir las posibles alteraciones somáticas de la población evaluada.



Bibliografía

- Andina. (26 de Agosto de 2020). *INEI: Perú tiene más de cuatro millones de adultos mayores*. Obtenido de Andina Agencia Peruana de noticias: <https://andina.pe/agencia/noticia-inei-peru-tiene-mas-cuatro-millones-adultos-mayores-811396.aspx>
- Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Naciones Unidas. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7157/1/S01121061_es.pdf
- Avlund, K., Lund, R., Holstein, B. E., Due, P., Sakari-Rantala, R., & Heikkinen, R. L. (2004). The impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, S44-S51. doi:<https://doi.org/10.1093/geronb/59.1.S44>
- Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing & Society*, 16(4), 397-422. doi:<https://doi.org/10.1017/S0144686X00003603>
- Barnes, P. M., Powell-Griner, E., McFann, K., & Nahin, R. L. (2004). Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. *Seminars in integrative*, 2(2), 54-71. doi:<https://doi.org/10.1016/j.sigm.2004.07.003>
- Barreda, D. V. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck- II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de Investigación en Psicología*, 22(1), 39-52. doi:<http://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16580>
- Barrera, M. (1986). Distinctions between support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-446. doi:<https://doi.org/10.1007/BF00922627>
- Barrera-Herrera, A., Neira-Cofré, M., Raipán-Gómez, P., Riquelme-Lobos, P., & Escobar, B. (2019). Apoyo social percibido y factores sociodemográficos en relación con los



- síntomas de ansiedad, depresión y estrés en universitarios chilenos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24, 105-115. doi:10.5944/rppc.23676
- Beck, A. T. (2000). *Prisoners of Hate: The Cognitive Basis of Anger, Hostility, and Violence*. Harper Perennial Olive Editions.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Brouwer.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2006). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck: Manual* (Segunda ed.). Paidós.
- Berman, W. H., & Sperling, M. B. (1994). La estructura y función del apego adulto. En M. B. Sperling, & W. H. Berman, *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (págs. 1-30). Guilford.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: review and commentary. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.*, 58(3), 249–65. doi:<https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.M249>
- Blouin, C., Tirado, E., & Mamani, F. (2018). *La situación de la población adulta mayor en el Perú: Camino a una nueva política*. Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Obtenido de <http://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/133591>
- Borza, T., Engedal, K., & Bergh, S. (2015). El curso de la depresión en la vejez según lo medido por la Escala de Calificación de Depresión de Montgomery y Asberg en un estudio observacional de pacientes hospitalizados. *BMC Psychiatry*, 15(191), 191. doi:<https://doi.org/10.1186/s12888-015-0577-8>
- Brigitte de los Ángeles, Q. (2019). *Resiliencia, apoyo social percibido y satisfacción con la vida del adulto mayor del distrito de Santa Anita, Lima - Perú (Tesis de pregrado)*. Universidad San Ignacio de Loyola. Obtenido de <http://repositorio.usil.edu.pe/handle/USIL/9614>



- Brummett, B. H., Mark, D. B., Siegler, I. C., Williams, R. B., Babyak, M. A., & Clapp-Channing, N. E. (2005). Perceived social support as a predictor of mortality in coronary patients: Effects of smoking, sedentary behavior, and depressive symptoms. *Psychosomatic Medicine*, *67*(1), 40-45. doi:10.1097/01.psy.0000149257.74854.b7
- Butterworth, P., Gill, S. C., Rodgers, B., Anstey, K. J., Villamil, E., & Melzer, D. (2006). Retirement and mental health: analysis of the Australian national survey of mental health and well-being. *Soc. Sci. Med.*, *62*(11), 79–91. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.07.013>
- Canty-Mitchell, J., & Zimet, G. D. (2000). Psychometric properties of the multidimensional scale of perceived social support in urban adolescents. *American Journal of Community Psychology*, *28*(3), 391–400. doi:<https://doi.org/10.1023/A:1005109522457>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (11 de Septiembre de 2020). *Adultos mayores*. Obtenido de Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades: <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/older-adults.html>
- Cheng, S.-T., & Chan, A. (2004). The multidimensional scale of perceived social support: dimensionality and age and gender differences in adolescents. *Personality and Individual Differences*, *37*(7), 1359–1369. doi:<https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.01.006>
- Choi, N., Ransom, S., & Wyllie, R. (2008). Depression in Older Nursing Home Residents: The Influence of Nursing Home Environmental Stressors, Coping, and Acceptance of Group and Individual Therapy. *Aging & Mental Health*, *12*(5), 536–547. doi:<https://doi.org/10.1080/13607860802343001>



Colegio de Psicólogos del Perú. (2017). *Código de Ética y Deontología*. Colegio de Psicólogos del Perú.

Congreso de la República. (21 de Julio de 2016). LEY DE LA PERSONA ADULTA MAYOR. *El Peruano*, págs. 593718 - 593723. Obtenido de <https://diariooficial.elperuano.pe/pdf/0037/ley-reglamento-persona-adulta.pdf>

Convoca.pe. (29 de Mayo de 2020). *MUERTE EN ADULTOS MAYORES POR "CAUSA NATURAL" AUMENTARON HASTA EN 250% EN REGIONES CON MÁS CASOS DE COVID-19*. Obtenido de Convoca.pe: <https://convoca.pe/agenda-propia/muertes-en-adultos-mayores-por-causa-natural-aumentaron-hasta-en-250-en-regiones-con>

Coyne, J. C., & DeLongis, A. (1986). Going beyond social support: The role of social relationships in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 454-460. doi:<https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.4.454>

Dahab, J., Rivadeneira, C., & Minici, A. (2002). La depresión desde la perspectiva cognitivo conductual. *Revista de terapia cognitivo conductual*, 1-5. Obtenido de <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-depresion-desde-la-perspectiva-cognitivo-conductual.pdf>

Dykstra, P. A. (2007). Aging and social support. *The Blackwell encyclopedia of sociology*, 88-93. doi:<https://doi.org/10.1002/9781405165518.wbeosa033.pub2>

El Tiempo. (2020 de Agosto de 2020). *Cultura*. Obtenido de Bill Gates dijo cuánto tiempo cree que durará crisis por el covid-19: <https://www.eltiempo.com/cultura/gente/bill-gates-coronavirus-gates-revela-cuanto-tiempo-durara-pandemia-conferencia-tec-de-monterrey-529046>

Erdem, K., & Apay, S. (2014). A Sectional Study: The Relationship Between Perceived Social Support and Depression in Turkish Infertile Women. *International Journal of*



- Fertility & Sterility*, 8(3), 303–314. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4221518/>
- EsSalud. (2015). *Centros del Adulto Mayor*. Obtenido de EsSalud: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/observatorio_de_poblaciones_vulnerables/cam.html
- Ferreira, A., Dias, C., & Fernandes, L. (2016). Needs in Nursing Homes and Their Relation with Cognitive and Functional Decline, Behavioral and Psychological Symptoms. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 8(72), 72. doi:<https://doi.org/10.3389/fnagi.2016.00072>
- Fiske, A., Gatz, M., & Pedersen, N. L. (2013). Depressive symptoms and aging: the effects of illness and non-health related events. *J. Gerontol. B Psychol. Sci. Soc. Sci.*, 58(6), 20–28. doi:<https://doi.org/10.1093/geronb/58.6.P320>
- Fiske, A., Loebach-Wetherell, J., & Gatz, M. (2009). Depression in Older Adults. *e Annual Review of Clinical Psychology*, 5(3), 63-89. doi:[10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621](https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621)
- Ginn, J., & Arber, S. (1996). Mera conexión: Relaciones de género y envejecimiento. *Enfoque sociológico*, 4(4), 17-34. doi:<https://doi.org/10.1017/S0959259800002483>
- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch. Gen. Psychiatry*, 62(10), 97–106. doi:[10.1001/archpsyc.62.10.1097](https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.10.1097)
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGRAW-HILL.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la Investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGRAW-HILL.



- Hupcey, J. E. (1998). Clarifying the social support theory-research linkage. *Journal of Advanced Nursing*, 27(6), 1231-1241. doi:<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.01231.x>
- Kim, H., Sherman, D., & Taylor, S. (2008). Culture and Social Support. *American Psychological Association*, 63(3), : 518–526. doi:<https://doi.org/10.1037/0003-066X>
- Lakey, B., & Dickinson, L. G. (1994). Antecedents of perceived support: Is perceived family environment generalized to new social relationships? *Cognitive Therapy and Research*(18), 39-53. doi:<https://doi.org/10.1007/BF02359394>
- Lenze, E., Minin, J. C., Ferrell, R. E., Pollock, B. G., & Skidmore, E. (2015). Association of the serotonin transporter gene-linked polymorphic region (5-HTTLPR) genotype with depression in elderly persons after hip fracture. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*, 13(4), 28–32. doi:<https://doi.org/10.1097/00019442-200505000-00014>
- Lewinsohn, P. M., Munoz, R. F., Youngren, M. A., & Zeiss, A. M. (2016). *Control Your Depression*. Prentice Hall.
- Lin, N., Dean, A., & Ensel, W. (1986). *Social support, life events, and depression* (Primera ed.). ACADEMIC PRESS, INC. Obtenido de [https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=X0a0BQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Link,+EN.+\(1986\).+Conceptualizing+social+support&ots=IqTpE6hByW&sig=R9Kvg0PlovCg8yUbQ0c9tgj9C9E#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=X0a0BQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Link,+EN.+(1986).+Conceptualizing+social+support&ots=IqTpE6hByW&sig=R9Kvg0PlovCg8yUbQ0c9tgj9C9E#v=onepage&q&f=false)
- Liu, K., Chen, Y., Lin, R., & Han, K. (2020). Clinical features of COVID-19 in elderly patients: A comparison with young and middle-aged patients. *Journal of Infection*, e14-e18. doi:[10.1016/j.jinf.2020.03.005](https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.005)
- Lutz, W., Butz, W. P., & Samir, K. E. (2017). *World population & human capital in the twenty-first century: an overview*. Oxford University Press.



- Lyyra, T.-M., & Heikkinen, R.-L. (2006). Perceived Social Support and Mortality in Older People. *The Journals of Gerontology*, 61(31), S147–S152. doi:10.1093/geronb/61.3.s147
- Mazure, C. M., Maciejewski, P. K., Jacobs, S. C., & Bruce, M. L. (2012). Stressful life events interacting with cognitive/personality styles to predict late-onset major depression. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*, 10(2), 297–304. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11994217/>
- Mercedes, A., Uribe, A., Matajira, Y., & Delgado, M. (2017). Apoyo social percibido y dependencia funcional en el adulto mayor con dolor. *Perspectivas en Psicología*, 13(2), 215-227. doi:10.15332/s1794-9998.2017.0002.06
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2009). *Las personas adultas mayores y su contribución a la lucha contra la pobreza*. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.
- Morgan, L. A., & Kunkel, S. R. (2007). *Aging, society, and the life course*. Springer Publishing.
- Niu, S., Tian, S., & Lou, J. K. (2020). Clinical characteristics of older patients infected with COVID-19: A descriptive study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. doi:10.1016/j.archger.2020.104058
- Nolen-Hoeksema, S., & Ahrens, C. (2012). Age differences and similarities in the correlates of depressive symptoms. *Psychol. Aging*, 17(1), 16–24. doi:10.1037//0882-7974.17.1.116
- Norris, F. H., & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 498-511. doi:10.1037//0022-3514.71.3.498



- Organización de los Estados Americanos. (2017). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. *Cuadragésimo Quinto Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General* (pág. 1). Secretaría General OEA. Obtenido de http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp
- Osorio, P. (2006). La longevidad: más allá de la biología. Aspectos socioculturales. *Papeles del CEIC*, 22, 1-28. Obtenido de http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/121804/Osorio_RI_003_2006.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pacheco Halas, M. N., & Alfaro Urquiola, A. L. (2018). Influencia del apoyo social percibido, factores sociodemográficos y socioeconómicos sobre la depresión de personas adultas mayores del área urbana de la ciudad de La Paz. *Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*, 15(15), 15-28. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2071-081X2018000100003&script=sci_abstract
- Patra, P., Alikari, V., Fradelos, E., Sachlas, A., Kourakos, M., Rojas Gil, A., . . . Zyga, S. (2017). Assessment of Depression in Elderly. Is Perceived Social Support Related? A Nursing Home Study : Depression and Social Support in Elderly. *Adv Exp Med Biol*, 987, 139-150. doi:10.1007/978-3-319-57379-3_13. PMID: 28971454
- Pérez, L. (1998). *Las necesidades de las personas mayores: Vejez, economía y sociedad*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Procidano, M. (1992). Families and schools: Social resources for students. En M. E. Procidano, & C. B. Fisher, *Contemporary families: A handbook for school professionals* (págs. 292-306). Teachers College Press.



- Procidano, M., & Smith, W. (1997). Assessing Perceived Social Support. En M. Procidano, *Sourcebook of Social Support and Personality* (págs. 96-106). Plenum Press.
- Queenan, J., Feldman-Stewart, D., Brundage, M., & Groome, P. (2010). Social support and quality of life of prostate cancer patients after radiotherapy treatment. *European journal of cancer care*, 19(2), 251–259. doi:10.1111/j.1365-2354.2008.01029.x
- Rabkin, J. G., & Struening, E. L. (1976). Life events, stress, and illness. *Science*, 194(4269), 1013-1020. doi:10.1126/science.790570
- Ramos, G. (2013). *Antropología de la vejez en el Perú: un vacío etnográfico*. Anthropía.
- Rodríguez-Hernández, G. (2019). El rol eudemónico y hedónico de la felicidad en una población con altos niveles de satisfacción con la vida. *Revista de Psicología Social*, 34(2), 242-255. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7046873>
- Ryff, C. D., Singer, B. H., & Love, G. D. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 359(1449), 1383–1394. doi:10.1098/rstb.2004.1521
- Saltzman, L., Hansel, T. C., & Bordnick, P. S. (2020). Loneliness, Isolation, and Social Support Factors in Post-COVID-19 Mental Health. *Trauma Psychological*, 12(1), 55–57. doi:10.1037/tra0000703
- Sarason, I. G. (2013). *Social support: Theory, research and applications*. Springer.
- Schaie, K., & Willis, S. (2011). *Handbook of the Psychology of Aging*. Academic Press.
- Shumaker, S. A., & Brownell, A. (2010). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of social issues*, 40(4), 11–36. doi:10.1111/j.1540-4560.1984.tb01105.x
- Talledo Tello, L. M. (2020). *Depresión y calidad de vida en adultos mayores de un programa de salud en Lima Norte, 2018 (Tesis de pregrado)*. Universidad Privada



- del Norte. Obtenido de
<https://3.210.144.179/bitstream/handle/11537/24383/Talledo%20Tello%2c%20Lisbeth%20Milagros.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- The Cochrane Collaboration. (21 de abril de 2020). *Efectos colaterales del confinamiento en mayores*. Obtenido de Cochrane Iberoamérica:
<https://es.cochrane.org/es/news/efectos-colaterales-del-confinamiento-en-mayores>
- Uchino, B. N. (2004). *Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationships*. Yale University Press.
- Uchino, B. N. (2004). *Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationships*. Yale University Press.
- Vázquez, C., Hernangómez, L., Hervás, G., & Nieto M., M. (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Directrices prácticas e instrumentos de evaluación para niños, adolescentes y adultos*. Pirámide.
- Vives, J. (2019). *Apoyo social percibido y bienestar subjetivo en adultos mayores en Casas de Reposo (Tesis de pregrado)*. Pontificia Universidad Católica del Perú. Obtenido de <http://hdl.handle.net/20.500.12404/16653>
- Walter-Ginzburg, A., Blumstein, T., Chetrit, A., & Modan, B. (2002). Social factors and mortality in the old-old in Israel: The CALAS study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 57(5), S308-S318. Obtenido de <https://doi.org/10.1093/geronb/57.5.S308>
- Young, J. E., Beck, A. T., & Weinberger, A. (1993). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual (2d ed.)*. Guilford.
- Yupanqui, M. (2016). *Propiedades Psicométricas de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet en una Población Geriátrica de un Centro de Adulto Mayor en Trujillo (Tesis de pregrado)*. Universidad Privada del Norte. Obtenido de <http://hdl.handle.net/11537/13168>



Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 30-41.

Obtenido de https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2



Apéndice



A. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	MÉTODO
<p>General ¿Existe relación entre el apoyo social percibido y la depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020?</p>	<p>General Determinar la relación entre el apoyo social percibido y la depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020.</p>	<p>General Ha: Existe relación entre el apoyo social percibido y la depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020.</p>		<p>Enfoque de Investigación Cuantitativo Alcance de Investigación Correlacional Diseño de Investigación No experimental de tipo transversal Población Adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco (200) Muestreo Probabilístico simple (132 personas) Instrumentos de recolección de datos - La Escala Multidimensional de Soporte Social Percibido (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988). - El Inventario de Depresión de Beck, segunda edición BDI-II, elaborado por Beck, Steer & Brown (Beck, Steer, & Brown, BDI-II. Inventario de Depresión de Beck: Manual, 2006). Instrumentos de Procesamiento y Análisis de Datos - Microsoft Excel 2019 (v19.0). - Paquete Estadístico para Ciencias Sociales - IBM SPSS Statistics (25.0).</p>
<p>Específicos ¿Cuáles son los niveles de apoyo social percibido en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020? ¿Cuáles son los niveles de depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020? ¿Existe relación entre el apoyo social percibido de la familia-otros y la depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020? ¿Existe relación entre el apoyo social percibido de los amigos y la depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020? ¿Existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones emocionales en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020? ¿Existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones cognoscitivas en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020? ¿Existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones del comportamiento en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020? ¿Existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones somáticas en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020?</p>	<p>Específicos Conocer los niveles de apoyo social percibido en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020. Conocer los niveles de depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020. Identificar la relación entre el apoyo social percibido de la familia-otros y la depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020. Identificar la relación entre el apoyo social percibido de los amigos y la depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020. Identificar la relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones emocionales en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020. Identificar la relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones cognoscitivas en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020. Identificar la relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones del comportamiento en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020. Identificar la relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones somáticas en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020.</p>	<p>Específicos Ha: Los niveles de apoyo social percibido en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020, son bajos. Ha: Los niveles de depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020, son graves. Ha: Existe relación entre el apoyo social percibido de la familia-otros y la depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020. Ha: Existe relación entre el apoyo social percibido de los amigos y la depresión en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020. Ha: Existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones emocionales en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020. Ha: Existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones cognoscitivas en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020. Ha: Existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones del comportamiento en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020. Ha: Existe relación entre el apoyo social percibido y las alteraciones somáticas en los adultos mayores del CAM de ESSALUD del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco – 2020.</p>	<p>Apoyo Social Percibido - Apoyo social de la familia-otros significativos - Apoyo social de amigos</p> <p>Depresión - Alteraciones emocionales - Alteraciones cognoscitivas - Alteraciones del comportamiento - Alteraciones somáticas</p>	



B. Instrumentos de recolección de datos

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO

INSTRUCCIONES: Lea cada una de las siguientes frases cuidadosamente e indique su acuerdo con cada una de ellas empleando esta escala:

1	2	3	4
Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre o casi siempre

ÍTEMS	1	2	3	4
1. Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme				
2. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero				
3. Puedo conversar sobre mis problemas con mi familia				
4. Mi familia me ayuda a tomar decisiones				
5. Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar				
6. Cuando tengo penas o alegrías hay alguien que me puede ayudar				
7. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito				
8. Hay una persona que se interesa por mis sentimientos				
9. Mis amigos realmente tratan de ayudarme				
10. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas				
11. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos				
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos				



INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK - II (VID - II)

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consta de 21 preguntas las que permitirán evaluar el nivel de depresión que usted puede presentar.

Lea atentamente cada pregunta, luego elija y encierre en un círculo el número que represente a la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido en las últimas dos semanas incluido el día de hoy; verifique que no haya elegido más de una respuesta por grupo.

Los datos obtenidos de dicha encuesta serán solo conocidos por la investigadora y contará con la confidencialidad pertinente.

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mí.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.



6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.



13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a Duermo la mayor parte del día
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a No tengo apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el día.



19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. |
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo



C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación tiene como objetivo: Identificar la relación entre el apoyo social percibido y depresión en adultos mayores del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de la ciudad del Cusco, 2020. Este estudio permitirá comprender ampliamente este aspecto importante para la salud mental de la población evaluada. Por tal motivo solicitamos su participación, la misma que será voluntaria.

Consentimiento:

Yo: _____ (iniciales nombres y apellidos)

He leído la hoja de información que se me ha entregado,
He podido hacer preguntas sobre el estudio,
He recibido suficiente información sobre el estudio,
He hablado con la señorita Karla Muñoz Miranda, (cel. _____)

Comprendo que mi participación es voluntaria,
Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mis labores

Por esto, manifiesto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Cusco, ____ de _____ del 2020

Firma del participante: _____

DNI: _____



D. Validez de los instrumentos

DENNYS BARREDA

Validez

En la presente investigación, se evaluó la validez de contenido y de constructo.

Respecto a la validez de contenido, se realizó mediante la evaluación de jueces expertos, para tal fin se solicitó la opinión de cinco psicólogos especialistas en el tema de depresión. Se obtuvo el coeficiente de validez de contenido de Aiken, (Penfield y Giacobbi (2004), en Merino y Livia 2009), con un valor V de Aiken de .99, obteniéndose el 100% de ítems válidos.

Tomado de Barreda (2019) *Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck- II (IDB-II) en una muestra clínica.*

Análisis Item – test corregido de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en una muestra de adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor en Trujillo.

Nº	Items	ritc
1	Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme	0.76
2	Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero	0.77
3	Puedo conversar sobre mis problemas con mi familia	0.77
4	Mi familia me ayuda a tomar decisiones	0.69
5	Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar	0.70
6	Cuando tengo penas o alegrías hay alguien que me puede ayudar	0.73
7	Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito	0.74
8	Hay una persona que se interesa por mis sentimientos	0.73
9	Mis amigos realmente tratan de ayudarme	0.70
10	Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas	0.68
11	Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos	0.69
12	Puedo conversar de mis problemas con mis amigos	0.63

En esta tabla 1 se puede observar que luego de realizar el análisis ítem test corregido de la escala multidimensional de apoyo social percibido, se evidencian valores fluctuantes entre 0.63 a 0.77 lo que demuestra un nivel de validez elevado.

Tomado de Yupanqui (2016) *Propiedades psicométricas de la escala multidimensional de apoyo social percibido de Zimet en una población geriátrica de un Centro de Adulto Mayor en Trujillo.*