



**FACULTAD DE HUMANIDADES**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE**  
**PSICOLOGÍA**

**Propiedades Psicométricas de la Escala de Depresión Geriátrica en  
los Programas Integrales del Adulto Mayor de Trujillo**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**AUTORA:**

Br. Fernández Tolentino, Cyntia Lizbet

**ASESORES:**

Dra. Aguilar Armas, Haydee Mercedes

Mg. Molina Alvarado, Janeth

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

PSICOMÈTRICA

**TRUJILLO - PERÚ**

**2016**

## **PÁGINA DEL JURADO**

---

Dra. Aguilar Armas, Haydee Mercedes  
**PRESIDENTA DE JURADO**

---

Mg. Molina Alvarado, Janeth  
**SECRETARIA DEL JURADO**

---

Mg. Caycho Rodríguez, Tomás Pedro Pablo

**TERCER DEL JURADO**

## DEDICATORIA

*A Dios por su inmenso amor, por la vida y bendiciones que me da cada día.*

*A mis padres, Tania Raquel Tolentino Alayo y Santos Villegas Imán por su cariño, apoyo y ejemplo de perseverancia y paciencia a lo largo de todos estos años.*

*A mis hermanos Maryori Lailen y Yoan Carlo, por su motivación para alcanzar cada uno de mis objetivos durante mi formación como persona y profesional.*

*A mi abuela Juana Alayo Sevillano y mi tío Eric Tolentino Alayo, quienes han sido parte de mi apoyo incondicional, para lograr la meta de tener una carrera profesional.*

**Fernández Tolentino, Cyntia Lizbet**

## **AGRADECIMIENTO**

A los directores de los Hospitales y jefes de los Programas Integrales del Adulto Mayor de los Distritos de Trujillo por su apoyo y comprensión para la investigación.

A la Dra. Aguilar Armas, Haydee Mercedes por sus enseñanzas, conocimientos y por ser una maestra y guía durante el proceso del desarrollo de la investigación. A las docentes; Dra. Azabache Alvarado, Karla Adriana y Mg. Molina Alvarado, Janeth, por sus orientaciones durante el proceso de la investigación.

A Patrick Peer por su amor y apoyo incondicional durante el proceso de la investigación. A mis amigas y hermanas del corazón; Danela Zuñiga García y Araceli Goicochea Salazar por su alegría y colaboración durante la recolección de datos de la investigación.

**Br. Fernández Tolentino, Cyntia Lizbet**

## DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo Fernández Tolentino, Cyntia Lizbet con DNI N° 47422372, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, 11 de Setiembre del 2016

---

Br. Fernández Tolentino, Cyntia Lizbet

## PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado, presento ante ustedes la Tesis titulada **Propiedades Psicométricas de la Escala de Depresión Geriátrica en Los Programa Integral del Adulto Mayor de Trujillo**, con la finalidad de Determinar las propiedades psicométricas de la escala de Depresión Geriátrica (GDS) en los Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Título Profesional de Licenciatura en Psicología. Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

La autora

## ÍNDICE

<b>PÁGINA DEL JURADO</b> .....	<b>ii</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>iii</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>ii</b>
<b>DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD</b> .....	<b>iii</b>
<b>PRESENTACIÓN</b> .....	<b>iv</b>
<b>ÍNDICE</b> .....	<b>v</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>ix</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>10</b>
<b>1.1. Realidad Problemática</b> .....	<b>10</b>
<b>1.2. Trabajos Previos</b> .....	<b>12</b>
<b>1.3. Teorías Relacionadas al Tema</b> .....	<b>13</b>
<b>1.4. Formulación del Problema</b> .....	<b>17</b>
<b>1.5. Justificación del Estudio</b> .....	<b>17</b>
<b>1.6. Objetivos</b> .....	<b>17</b>
Objetivo general.....	17
Objetivos específicos.....	17
<b>II. MÉTODO</b> .....	<b>18</b>
<b>2.1. Diseño de Investigación</b> .....	<b>18</b>
<b>2.2. Variables, operacionalización</b> .....	<b>19</b>
<b>2.3. Población y muestra</b> .....	<b>20</b>
<b>a) Población</b> .....	<b>20</b>
<b>b) Muestra</b> .....	<b>20</b>
<b>b.1. Criterios de inclusión</b> .....	<b>21</b>
<b>b.2. Criterios de exclusión</b> .....	<b>21</b>
<b>2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad</b> <b>22</b>	
<b>a. Técnica</b> .....	<b>22</b>
<b>b. Instrumento</b> .....	<b>22</b>
<b>b.1. Ficha técnica</b> .....	<b>22</b>

<b>b.2. Descripción del Instrumento</b> .....	23
<b>b.3. Normas de Aplicación</b> .....	23
<b>b.4. Normas de Calificación</b> .....	23
<b>b.5. Normas de Interpretación</b> .....	23
<b>b.6. Criterios</b> .....	24
<b>2.5. Métodos de análisis de datos</b> .....	24
<b>2.6. Aspectos éticos</b> .....	25
<b>III. RESULTADOS</b> .....	<b>26</b>
3.1 VALIDEZ .....	26
3.1.1. VALIDEZ DE CONSTRUCTO .....	26
3.1.2. ANÁLISIS FACTORIAL .....	27
3.2. CONFIABILIDAD .....	28
3.3. NORMAS .....	29
<b>IV. DISCUSIÓN</b> .....	<b>30</b>
<b>V. CONCLUSIONES</b> .....	<b>33</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES</b> .....	<b>34</b>
<b>VII. REFERENCIAS</b> .....	<b>35</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>38</b>
ANEXO A .....	43
Escala de ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE .....	43
ANEXO B .....	45
CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	45
ANEXO C .....	46
FICHA DE TAMIZAJE .....	46



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 01</b> Operacionalización de variable Depresión .....	<b>21</b>
<b>Tabla 02</b> Distribución de la población de los Programas Integrales del Adulto Mayor de Trujillo .....	<b>26</b>
<b>Tabla 03</b> Índices de discriminación ítem – test con el método $r$ corregido de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo. ....	<b>27</b>
<b>Tabla 04</b> Saturación de los reactivos según factores identificados en el análisis factorial exploratorio por medio del método Ortogonal, de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo. ....	<b>28</b>
<b>Tabla 05</b> Estadísticos de Confiabilidad de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo. ....	<b>29</b>
<b>Tabla 06</b> Baremos percentilares Específicos según grado de instrucción de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo. ....	<b>31</b>
<b>Tabla 07</b> Puntos de corte según percentiles para la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo. ....	<b>40</b>
<b>Tabla 08</b> Prueba no paramétrica Kolmogorov-Smirnov de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo .....	<b>41</b>
<b>Tabla 09</b> Estadísticos de contraste según grado de Instrucción mediante la Prueba de Kruskal-Wallis de muestras independientes, de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo. ....	<b>42</b>
<b>Tabla 10</b> Estadísticos de contraste según edades mediante la Prueba de Kruskal-Wallis de muestras independientes, de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo. ....	<b>43</b>

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como finalidad Determinar las propiedades psicométricas de la Escala de Depresión Geriátrica en los Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo, estudio tecnológico-psicométrico; con una muestra de 302. En el análisis de la validez de constructo, se observa que los índices de discriminación Ítem-test para los reactivos pertenecientes a la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) varían entre .206 a .622; sin embargo, en el reactivo número 29 se obtuvo un índice menor a .20, presentando este ítem un nivel de discriminación insuficiente. En el análisis factorial exploratorio, mediante el método ortogonal, donde se extrajeron 5 factores que explican el 80.364% de la varianza total, apreciándose saturaciones mayores a .20. Y con respecto al nivel de confiabilidad por consistencia interna; se realizó mediante el K-R20 de Kuder y Richardson el cual presento un índice de .85. Finalmente, se estableció los baremos percentilares por grado de instrucción; y se estableció los puntos de corte.

**Palabras clave:** Depresión, Escala de Depresión Geriátrica, Adultos Mayores y propiedades psicométricas.

## ABSTRACT

This research aimed to determine the psychometric properties of the Geriatric Depression Scale for the Elderly of the Province of Trujillo, Psychometric technological study; An air sample 302. In the analysis Construct validity was obser It indexes discrimination Article to test reagents belonging to the Geriatric Depression Scale (GDS) .206 .622 Varian Between one; however, in the reagent Number 29 UN lowest rate of 0.20 was obtained, presenting UN This item Insufficient level discrimination. In the exploratory factor analysis by Orthogonal Method, with 5 factors explaining 80.364% of the total variance were extracted, the higher saturations appreciating by 0.20. And with respect to the level of internal consistency reliability; By itself perform K-R20 Kuder and Richardson which is present UN index of 0.85. Finally, the percentile scales by level of education was established; And the cutoffs established.

**Keywords:** Depression, Geriatric Depression Scale, Aging and psychometric properties.

## I. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Realidad Problemática

Los adultos mayores, son parte de la población más vulnerable a la depresión, esto se ve relacionado con los cambios que comienzan a experimentar en esta nueva etapa del desarrollo humano, como por ejemplo: la muerte de los esposos o familiares, la muerte de sus amistades, la disminución de sus capacidades físicas entre otros; estos acontecimientos provocan un cambio en el estado de ánimo, por lo que se evidencia en el transcurso del tiempo signos relacionados con el llanto, irritabilidad, preocupaciones exageradas, miedos irracionales, abandono de actividades cotidianas y pensamientos de muerte.(Elfenbein, s.f).

Jonis y Llacta en su estudio realizado para la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma acerca de la depresión, que es el trastorno mental más frecuente y es la segunda causa de discapacidad mental en el mundo afectando a trescientos cincuenta millones de personas. Asimismo en América Latina el 5% de la población adulta la padece (Jonis y Llacta, 2013). El estudio de Sotelo, Rojas, Sánchez y Irigoyen (2012) realizado para la ciudad de México en adultos mayores de 59 años, reveló que la depresión en personas de este rango de edad tendría prevalencia por ser grupo de riesgo, y se concluyó que este es un grupo de riesgo presentado que el 57.8% tiene depresión en grado leve, el 46.7% tiene depresión en un grado leve y un 11.1% en un nivel moderado severo. Así mismo, la depresión también ha sido estudiada por Aaron Beck, como la teoría de la indefensión aprendida de Martin Selligmann (1989), la cual se sustenta en la manera de cómo realizamos las interpretaciones de las experiencias de la vida, considerando como a la depresión en un trastorno básico de pensamiento; el cual exagera los fallos, interpreta mal las afirmaciones, viendo lo negativo de las experiencias y tomando una actitud pesimista para el futuro; esto se explicaría por una disfunción a nivel cognitivo y emocional (Sotelo et al., 2012). Por otro lado, en el Perú, según los reportes de la OMS (citado por Sausa para Perú 21, 2014) en su informe por el día Mundial Internacional de la Prevención del Suicidio, reveló que cada año se quitan la vida 800 mil personas en el mundo. Por tal motivo es la

depresión una preocupación de los especialistas en la salud mental y psicológica de la población. En el Departamento de la Libertad, en el Distrito de Trujillo, existen pocos estudios representativos que permitan observar la prevalencia de una sintomatología depresiva en la población del adulto mayor, siendo uno de los factores que coloca a los adultos mayores como una población vulnerable pero poco estudiada.

Por lo mencionado anteriormente; en la actualidad, se cuenta con varios instrumentos psicológicos para poder diagnosticar la depresión, los cuales han sido validados y utilizados en diversas poblaciones, entre estos instrumentos se encuentran: La Escala de Goldberg, La Escala de Hamilton y La Escala de Depresión de Zung, todas estas miden y tienen una valoración subjetiva para pacientes adultos. Pero para este estudio por su escala de medición y propiedades psicométricas se ha elegido la Escala de Depresión Geriátrica, el cual se fundamenta en su teoría cognitiva y los criterios del CI-10, teniendo como resultado adecuadas propiedades psicométricas, la prueba consta de 30 ítems, con una alternativa de respuesta de tipo dicotómica.

Finalmente, la importancia de la presente investigación radica en poder validar las propiedades psicométricas de la Escala de Depresión Geriátrica a nuestra provincia, mediante la muestra representativa de los Distritos de los Programas Integrales del Adulto Mayor, teniendo en cuenta que la prueba mide la depresión, la sintomatología es de importancia clínica, por las áreas que estas pueden llegar afectar al paciente, para lo cual es necesario del uso de instrumentos de forma sencilla y práctica pero con adecuadas propiedades psicométricas para la confiabilidad de un diagnóstico adecuado en la atención primaria, por consiguiente se podrá generar una intervención más efectiva con relación al diagnóstico en pacientes adultos mayores depresivos, usando el inventario como una herramienta para el diagnóstico.

## 1.2. Trabajos Previos

Gomez y Campo(2008) realizaron una investigación de la escala de Yesavage para depresión Geriátrica (GDS- 15 Y GDS- 5) con una población colombiana en adultos mayores de 60 años, para determinar la consistencia interna y la estructura factorial, sin embargo, no se ha estudiado el comportamiento psicométrico de la versión de GDS5. La validez se realizó a través del análisis de constructo factorial bidimensional, explica el 37.1% de la varianza total; la confiabilidad fue de 0,78 usándose la fórmula de 20 Kuder- Richardson. Se encontraron en el GDS5 una validez de constructo fue de 0.83 con un 49% de la varianza explicada con una estructura unidimensional, la confiabilidad de 0.73%. Finalmente, concluyeron que la GDS-5 obtiene mejor comportamiento psicométrico en comparación con la GDS-15; sin embargo, se sugiere desarrollar el diseño de una escala más confiable en la población estudiada.

Rodríguez, Valdés y Benítez (2003) realizaron una investigación, cuyo objetivo, fue encontrar propiedades psicométricas y la estructura factorial de la escala GDS, se trabajó con una población de 516 adultos mayores de 60 años, el 41,7% eran varones y el 58,3% mujeres, sin deterioro cognitivo. La consistencia interna fue de 0,8; el análisis factorial exploratorio presenta una estructura de 6 componentes con 44,3% de la varianza explicada; por otra parte, la confiabilidad es de 0.85 con la fórmula de Kuder y Richardson. Las conclusiones, fueron que la escala GDS proporciona una información válida y fiable acerca de la sintomatología de la depresión en el adulto mayor. Por último, algunos resultados sugieren la reducción de la longitud del instrumento.

Martínez et al. (2002) realizaron la investigación de adaptación y validez a la versión española de la escala de Yesavage (GDS), la muestra fue de 249 personas mayores de 65 años, con una media de edad de 74,3 años; el 67,5% mujeres y un 65% analfabetos o sin estudios. Cuyos resultados en la confiabilidad por consistencia interna fue de 0,94 por el método de las dos mitades y 0.85 en la fiabilidad test- retest. En la validez de constructo se ha encontrado valores de 0.84 y 0.83. Por otra parte; la validez convergente alcanzó

un coeficiente de correlación de Spearman de 0,618 ( $p < 0,001$ ) al comparar el GDS- VE con los resultados del cuestionario de Montgomery- Asberg; Obteniendo como conclusiones: los parámetros de fiabilidad y validez para la versión adaptada resultaron aceptables y similares a los del cuestionario original; pero, recomendaron utilizar un punto de corte de 5 o más para considerar la posible existencia de depresión.

### **1.3. Teorías Relacionadas al Tema**

Friedman y Thase (citado en Vásquez, Muñoz y Becoña, 2000) quienes refieren que el estado de ánimo es una percepción en relación al estado emocional subjetivo de la persona y por consiguiente, el afecto es lo objetivo o lo que se puede observar o describir del estado de ánimo.

La Depresión es una variación anormal del ánimo, la cual presenta una serie de síntomas, de los cuales prevalecen la tristeza a nivel patológico, irritación a nivel intrapersonal e interpersonal, una percepción negativa al futuro, apatía, anhedonia, asimismo, síntomas como insomnio, disminución de la concentración y la atención y falta de apetito(OMS, 1992).

Existen diferentes teorías sobre la Depresión como la Teoría cognitiva; la cual a lo largo de los años se ha desarrollado diferentes teorías que explican la depresión, por ejemplo: la Teoría Cognitiva de Beck refiere que los trastornos emocionales, estaría relacionado con la percepción, presentando una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Beck menciona que si el individuo experimenta una pérdida o un fracaso, las personas depresivas valoran de manera excesiva esos sucesos negativos, en la mayoría de los casos como una situación frecuente y definitiva, dando origen a una tríada cognitiva distorsionada; caracterizada por una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Esto implica, una retirada constante del entorno, una persistencia que resta todo valor adaptativo a la conducta de retirada. Por consiguiente, aparecen los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan al diagnóstico de la depresión. Sin embargo, ese tipo de procesamiento, al igual que

los demás síntomas, puede ser el producto de muchos factores, teniendo una etiología la cual puede estar relacionada con factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos.

Beck, (citado en Sanz, 1993) nos explica que sin importar la etiología, el tipo de procesamiento distorsionado o sesgado es una parte intrínseca del síndrome emocional y funciona como factor de mantenimiento de los estados psicopatológicos. Concluyendo, que la teoría es como un factor próximo (no único) de desencadenamiento y mantenimiento de los restantes síntomas depresivos o ansiosos.

Y la Teoría Conductual, se fundamenta en los hallazgos empíricos de la psicología experimental, el modelo conductual sugiere que la depresión unipolar es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno, por ejemplo las relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo del ambiente. Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas, para las estrategias conductuales en la depresión se utilizan para cambiar los patrones poco adaptativos teniendo un esquema el siguiente orden conducta, cognición y emoción, como lo menciona Antonuccio et al., (1989), (citado en Vásquez, Muñoz y Becoña, 2000).

Asimismo, para dar una explicación en relación a las causas de la depresión en la actualidad, no existe una causa única conocida de la depresión. Esta parece ser el resultado de la interrelación entre factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos. Asimismo, existen investigaciones que señalan como causante a los trastornos del cerebro en relación a las enfermedades depresivas. En la sintomatología esta difiere en varios síntomas, según varios autores, por ejemplo, la tristeza es unos síntomas menos común a diferencia de la somatización, irritabilidad, insomnio, las alteraciones cognoscitivas son las más frecuentes (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2011).



Las tecnologías han aportado en poder obtener imágenes del cerebro, por ejemplo, las imágenes por resonancia magnética, han demostrado que el cerebro de las personas con depresión luce de manera diferente de quienes no la padecen; por ejemplo, las áreas comprometidas con la regulación del estado del ánimo, el pensamiento, el apetito y el comportamiento; no presenta una función esperada a lo normal. Y en relación a algunos de los neurotransmisores, las sustancias químicas que utilizan las células del cerebro para comunicarse se evidencian un desequilibrio; pero estos resultados obtenidos de las imágenes no son suficientes para demostrar la causa de la depresión (Instituto Nacional de la salud Mental, 2009).

Por otra parte, según el CIE- 10 y el DSM-IV existen criterios diagnósticos para la Depresión. En el Trastorno Depresivo Mayor, Episodio Único (López & Valdés, 2002) Refieren que la depresión mayor, tiene que presentar como mínimo cinco síntomas durante un periodo mínimo de dos meses el cual implicaría un cambio en el desempeño, de los cuales se mencionan a continuación; pérdida del interés o placer por las actividades que se realizaban anteriormente; durante el día presenta con continuidad un estado de ánimo depresivo, durante la semana este estado suele permanecer el cual puede ser referido por el paciente o los familiares del mismo; se observara un reducción por el interés en su totalidad durante la mayor parte del día o casi toda la semana; se evidencia un pérdida o aumento significativo de peso; asimismo, se puede existir un aumento o pérdida del apetito en la mayoría de los días; en relación al sueño puede presentar Insomnio o hipersomnia; con respecto a la psicomotricidad puede ver una agitación o retraso; en relación a la energía existe una fatiga. Además, con respecto a su auto concepto se presenta sentimientos de desvalorización. En relación, a sus áreas cognitivas, se presenta una disminución para pensar y concentrarse, o inseguridad en la mayoría de días el cual puede ser a una atribución subjetiva; pensamientos recurrentes de muerte los cuales pueden estar relacionados en a existencia un temor de morir, pensamiento recurrente en relación a ideas suicidas o tentativas de suicidio o planificación para suicidarse.

Los síntomas mencionados anteriormente no se incluyen cuando son debidos a una enfermedad médica.

Los síntomas no satisfacen en su totalidad para ser considerado como un episodio mixto. Además, estos síntomas interfieren con la vida cotidiana del paciente en los diferentes ámbitos de su vida como el laboral, social entre otros relacionados con sus actividades antes realizadas con normalidad. Por otro lado, la sintomatología no es atribuida a efectos fisiológicos debido al consumo de alguna sustancia, como el abuso o consumo de alguna droga o medicación, entre otros; tampoco a alguna enfermedad médica el hipotiroidismo entre otros.

Por último, los síntomas pueden entenderse mejor por la presencia de algún suceso trascendental en la vida del paciente como la pérdida de un ser querido (duelo) persistiendo la sintomatología por más de dos meses o se pueden caracterizar por la presencia de un deterioro funcional, con una preocupación mórbida acompañada de una desvalorización, con ideas suicidas o delirantes y con síntomas de tipo psicóticos o un retraso psicomotor.

Criterios para el Diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, Recidivante. Hay la presencia de dos o más episodios depresivos mayores. Es necesario tomar en cuenta para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos dos meses seguidos los cuales no cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado. Asimismo, es importante, que en el paciente no presentara en su historia algún episodio maníaco, mixto o un hipomaníaco.

Finalmente, la depresión en los adultos mayores, pueden explicarse a la experimentación individual de una serie de cambios en el sistema endocrino, neurológico y en la fisiología, a la falta de adaptación al incremento de pérdidas sociales y sensoriales, y a un conjunto de sucesos estresantes como: el no contar con un sueldo fijo, teniendo una reducción a nivel monetario, disminución de las relaciones sociales, la aceptación de la jubilación y cambios en los roles a nivel familiar y social, por la nueva etapa a la cual se experimenta. El tener la posibilidad de realizar una adecuada intervención psicológica, dependerá de la identificación de los factores que provocan la depresión (Carbajo, 2009, p. 221).

#### **1.4. Formulación del Problema**

¿Cuáles son las Propiedades Psicométricas de la Escala de Depresión Geriátrica en los Programas Integrales del Adulto Mayor de Trujillo?

#### **1.5. Justificación del Estudio**

La importancia del presente estudio radica en determinar las propiedades psicométricas del cuestionario de Depresión Geriátrica en los Adultos Mayores. En este sentido es una contribución al estudio científico, en esta etapa del desarrollo humano.

Asimismo, la relevancia social o utilidad social de la presente investigación, es que en sus resultados va a permitir tener un instrumento psicológico para el diagnóstico de la depresión en pacientes geriátricos de la Provincia de Trujillo, para una adecuada atención e intervención para avanzar en el proceso de recuperación del paciente adulto mayor depresivo.

#### **1.6. Objetivos**

##### **Objetivo general**

- Determinar las propiedades psicométricas de la escala de Depresión Geriátrica en los Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo.

##### **Objetivos específicos**

- Establecer la validez de constructo mediante el análisis ítem test corregido en la escala de Depresión Geriátrica de en los Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo.
- Establecer la validez de constructo mediante el análisis factorial exploratorio en la escala de Depresión Geriátrica de en los Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo.

- Establecer la confiabilidad por consistencia interna mediante el K-R20 DE Kuder y Richardson en la escala de Depresión Geriátrica de en los Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo.
- Establecer los baremos y los puntos de corte para determinar los niveles de depresión en la escala de Depresión Geriátrica en los Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo.

## **II. MÉTODO**

### **2.1. Diseño de Investigación**

Alarcón (2008) define el diseño de investigación psicométrico, como a la construcción y adaptación que se realiza de test psicológicos los cuales cumplan con los siguientes requisitos como validez, confiabilidad y normas, para ser predictores de la conducta.

## 2.2. Variables, operacionalización

**Tabla 01**

*Operacionalización de variable Depresión*

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual de la variable</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Escala de medición</b>
<b>Depresión</b>	La Depresión es una variación anormal del ánimo, la cual presenta una serie de síntomas, de los cuales prevalecen la tristeza a nivel patológico, irritación a nivel intrapersonal e interpersonal, una percepción negativa al futuro, apatía, anhedonia, asimismo, síntomas como insomnio, disminución de la concentración y la atención y falta de apetito. (OMS, 1992).	Se asumen los conceptos teóricos y métodos y medidas obtenidas por la escala de depresión de Yesavage.	La variable es Unidimensional.	Escala de Intervalo; esta escala de medición establece la distancia entre una medida y otra; asimismo, las variables de intervalo carecen de un cero Absoluto (Hernández & Fernández, 2010).

## 2.3. Población y muestra

### a) Población

Está conformada por 421 Adultos Mayores de 60 años a más que pertenecen a los Programas Integrales del Adulto Mayor de la Provincia de Trujillo, en el periodo del 2016.

**Tabla 02**

*Distribución de la población de los Programas Integrales del Adulto Mayor de Trujillo.*

DISTRITOS	SEXO		TOTAL
	F	M	
1. La Esperanza	145	21	166
2. Huanchaco	29	1	30
4. El Porvenir	14	3	17
5. Trujillo	67	2	69
7. Poroto	45	24	69
8. Laredo	29	3	32
10. Moche	38	0	38
TOTAL	367	54	421

*Fuente:* Datos obtenidos por los presidentes (as) o jefes de los Programas Integrales del Adulto Mayor.

### b) Muestra

Está conformada por 302 (con el 0.95% nivel de confianza y un 0.3 % en el error de muestreo) Adultos Mayores de 60 años a más que pertenecen a los Programas Integrales del Adulto Mayor de la Provincia de Trujillo, en el periodo electivo 2016.

La unidad de análisis fue un adulto mayor del Programa Integral del Adulto Mayor y serán elegidas mediante el Muestreo Probabilístico por Racimos, Clusters o conglomerados.

Hernández y Fernández (2010) refieren que el Muestreo Probabilístico por Racimos, Clusters o conglomerados; las unidades de análisis se encuentran

encapsuladas en diferentes lugares físicos e incluye un proceso en dos o más etapas con procedimientos probabilísticos.

Se utilizó la fórmula de muestra para población finita, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error de 3%, constituyendo una cantidad de 302 adultos mayores; cuya fórmula es:

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{(N-1) \cdot e^2 + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

- Z: Valor Normal Estándar
- p: Proporción de éxito
- q: Proporción de fracaso
- n: Muestra ajustada a la Población
- e: Error de muestreo
- N: Población Objetivo

#### **b.1. Criterios de inclusión**

- Adultos mayores a partir desde los 60 años a más de ambos sexos.
- Adultos mayores que pertenecen y asisten al programa integral del adulto mayor.
- Adultos mayores que acepten participar en la evaluación.

#### **b.2. Criterios de exclusión**

- Adultos mayores de 60 años que presenten deterioro cognitivo grave (observación o evaluación).
- Adulto mayor que no deseen participar en la investigación.
- Adultos mayores que presenten alguna discapacidad (visual, auditivo o motor) que no les permita realizar el test.
- Adultos mayores que no marquen en su totalidad los ítems de la prueba.

## **2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

### **a. Técnica**

La evaluación psicológica se define como "disciplina de la Psicología que se ocupa del estudio científico del comportamiento (a los niveles de complejidad necesarios) de un sujeto (o un grupo especificado de sujetos) con el fin de describir, clasificar, predecir y, en su caso, explicar y controlar tal conducta" (Gonzales, 2007 p.22).

### **b. Instrumento**

El cuestionario Escala De Depresión Geriátrica:

El cuestionario de Escala De Depresión Geriátrica de Yesavage; que mide el nivel de depresión en los adultos mayores, este instrumento es guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores. Esta escala de 30 ítems es altamente confiable y es pertinente para evaluar rasgos depresivos.

#### **b.1. Ficha técnica**

El nombre en español es la Escala de Depresión Geriátrica, pero en su versión original es Geriatric Depression Scale (GDS), teniendo como creadores de la prueba a los siguientes autores Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey, M y Rose en el año de 1982; por otra parte, se ha realizado distintas adaptaciones al castellano, tanto de la versión original de 30 ítems como de versiones más abreviadas, para la presente investigación se utilizó la adaptación española.



## **b.2. Descripción del Instrumento**

La estructura física del instrumento está dividido en cuatro partes: La primera consta de la presentación, seguido de las instrucciones, luego los datos generales, y el último corresponde al contenido propiamente dicho constituido por 30 ítems con respuestas dicotómicas (sí/no) cuyo contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características especiales de la depresión en ancianos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular en lo posible tendencias a responder en un solo sentido.

El tipo de instrumento es cuestionario; su objetivo es detectar la depresión en la población anciana de una forma rápida, sencilla y eficaz y está dirigida su aplicación adultos mayores de 60 años hacia adelante.

## **b.3. Normas de Aplicación**

El tiempo de administración es de 10 a 15 minutos; puede ser auto administrada o hetero aplicada (en este caso el evaluador lee las preguntas al paciente sin realizar interpretaciones de los ítems y dejando claro al paciente que la respuesta no debe ser muy meditada). La respuesta debe ser “sí” o “no” y debe referirse a cómo se ha sentido el paciente la semana anterior.

## **b.4. Normas de Calificación**

La Escala De Depresión Geriátrica consta de 30 ítems en total, 20 ítems (2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 36 y 28) los cuales indican la presencia de depresión al ser respondidos afirmativamente, colocándole un 1 punto por ítem, mientras que los 10 restantes (1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 y 30) señalan depresión cuando son contestados de forma negativa, los cuales se podrían un puntaje de 1 por ítem.

## **b.5. Normas de Interpretación**

La puntuación máxima es de 30 puntos y la mínima, de 0 puntos.

Los puntos de corte son los siguientes; de 0 a 9 puntos indicaría Depresión Moderada, de 10 a 19 puntos indicaría Depresión Moderada y de 20 a 30 puntos indicaría Depresión Severa.

#### **b.6. Criterios**

La confiabilidad ha sido obtenida por varios métodos y los valores encontrados, en general, son muy altos, llegando hasta valores de 0.94 (consistencia interna), 0.94 (por el método de las dos mitades) y 0.85 (fiabilidad test-retest). La validez de constructo y de Criterio; en el estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo de GDS para la auto calificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ( $r = 0.84$ ,  $p < 0.001$ ). Índice de kappa ponderado de 0,83. Y los baremos, tienen un punto de corte; en ambos casos el punto de corte con mayor área bajo la curva se sitúa en 5.

En relación a la validez, se evaluó la validez de constructo y de criterio. Para analizar la validez de constructo se analizó la validez convergente mediante la fórmula de correlación de Spearman, correlacionando la prueba GDS-VE con la escala de Montgomery-Ansberg de detección de depresión. Luego la validez discriminante se analizó mediante la correlación de las pruebas GDS-VE y SPMSQ-VE para despistaje de alteraciones cognitivas.

#### **2.5. Métodos de análisis de datos**

El análisis de los datos se realizó con la ayuda de los Softwares MS Excel 2010 Y SPSS V. 23, utilizándose la estadística descriptiva e inferencial. De la estadística descriptiva, se utilizó las distribuciones de frecuencias absolutas simples y relativas porcentuales para la caracterización de la muestra, medidas de tendencia central (media, moda), medidas de dispersión (desviación estándar y error estándar de medición), valores mínimo y máximo.

De la estadística inferencial, se utilizó el Análisis Factorial Exploratorio para el análisis de la estructura factorial del instrumento, también, el coeficiente corregida

de Pearson para obtener los índices de homogeneidad ítem- test y el coeficiente K-R<sub>20</sub> de Kuder y Richardson para determinar la confiabilidad por consistencia interna.

Luego se usó la prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov, la cual determinó la distribución de la escala como asimétrica, por lo cual se utilizó las pruebas estadísticas No Paramétricas (H de Kruskal Wallis) para analizar las diferencias por grado de instrucción en relación a la construcción de normas específicas y a su vez se realizó los puntos de corte para Escala de Depresión Geriátrica.

## **2.6. Aspectos éticos**

En la presente investigación, se tuvo en cuenta el anonimato de la población con el sujeto de estudio. Por otra parte, la aceptación de su participación es voluntaria siendo esto un requisito fundamental. Finalmente, se les explicará a todos los participantes el tipo de investigación y se garantizará la confidencialidad de la información proporcionada durante y después de la investigación.

Para la recolección de datos se hará firmar un consentimiento informado a los sujetos de estudio, se les explicará que la investigación es de carácter anónimo y confidencial.

### III. RESULTADOS

#### 3.1 VALIDEZ

##### 3.1.1. VALIDEZ DE CONSTRUCTO

Tabla 03

*Índices de discriminación ítem – test con el método  $r$  corregido de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo.*

Escala	Ítems	Ítem – Test	Nivel de Discriminación
		R corregido	
Depresión Geriátrica (GDS)	1	.308	Bueno
	2	.267	Aceptable
	3	.462	Muy Bueno
	4	.549	Muy Bueno
	5	.428	Muy Bueno
	6	.480	Muy Bueno
	7	.470	Muy Bueno
	8	.271	Aceptable
	9	.455	Muy Bueno
	10	.503	Muy Bueno
	11	.622	Muy Bueno
	12	.381	Muy Bueno
	13	.288	Aceptable
	14	.556	Muy Bueno
	15	.289	Aceptable
	16	.635	Muy Bueno
	17	.423	Muy Bueno
	18	.526	Muy Bueno
	19	.273	Aceptable
	20	.329	Bueno
	21	.324	Bueno
	22	.573	Muy Bueno
	23	.206	Aceptable
	24	.438	Muy Bueno
	25	.483	Muy Bueno
	26	.485	Muy Bueno
	27	.209	Aceptable
	28	.333	Bueno
	29	-.123	Insuficientes
	30	.307	Bueno

En la tabla 03, Se observan los índices de discriminación ítem test para los reactivos pertenecientes a la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) que varían entre .206 a .622. En tanto el reactivo de número 29 se obtuvo un índice menor a .20, mientras que los demás reactivos tuvieron un nivel de discriminación entre aceptable a muy bueno (Kline, 1998).

### 3.1.2. ANÁLISIS FACTORIAL

**Tabla 04**

*Saturación de los reactivos según factores identificados en el análisis factorial exploratorio por medio del método Ortogonal, de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo.*

Ítems	Factores				
	1	2	3	4	5
6	.489	.268			
16	.368				
24	.268			-362	
18	.328				.485
11	.639	.586			.257
4	.851				
8	.298				
22	.387	.136	.638		
19		.367			
7	.298	.258			
15		.368		-.201	
10		.544	.752		
30			.268		
20			.963		
29				.574	
26			.752	-.453	
13					.258
25	.279				.598
12					.598
3	.587				
28					.751
2		.663			
17			.963		
21					.684
5					.257
1					.241
9	.752	.128			
27					.264
23					.254
14		.486	.789	-.268	
% de la Varianza	32.842	8.684	7.294	3.148	28.396
80.364% de Varianza total					

En la tabla 04, se aprecia la matriz factorial resultante, mediante el método ortogonal, donde se extrajeron 5 factores que explican el 80.364% de la varianza total, apreciándose saturaciones mayores a .20 con respecto a los factores al que carga cada reactivo.

## 3.2. CONFIABILIDAD

### 3.2.1 CONFIABILIDAD POR CONSISTENCIA INTERNA

**Tabla 05**

*Estadísticos de Confiabilidad de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo.*

	<b>Kuder de Richardson</b>	<b>k</b>	<b><math>(\sigma_i)^2</math></b>	<b><math>(\sigma_x)^2</math></b>
<b>Depresión</b>	,8581	30	5.0689	29.722

Nota: k: número de ítems;  $(\sigma_i)^2$ : varianza de cada ítem;  $(\sigma_x)^2$ : varianza del cuestionario total.

En la tabla 05: Se aprecia los índices de confiabilidad de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) .8581, perteneciendo a una categoría Muy alta.

### 3.3. NORMAS

**Tabla 06**

*Baremos percentilares Específicos según grado de instrucción de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo.*

Pc	Escala de Depresión Geriátrica				Pc
	Sin Estudio	Primaria	Secundaria	Superior	
99	23	23	19	20	99
95	23	19	18	14	95
90	23	16	14	11	90
85	20	14	14	9	85
80	18	13	11	8	80
75	16	12	10	7	75
70	16	10	9	6	70
65	14	9	9	6	65
60	13	9	8	5	60
55	13	8	7	5	55
50	13	7	7	5	50
45	11	6	5	4	45
40	9	6	5	4	40
35	8	5	4	3	35
30	8	4	4	3	30
25	6	4	3	3	25
20	5	4	2	2	20
15	4	3	2	1	15
10	3	3	1	1	10
5	1	2	0	0	5
1	0	0	0	0	1
N	23	179	66	34	N
M	11.70	8.26	6.98	5.29	M
DE	6.540	5.407	5.101	4.034	DE
Mín.	0	0	0	0	Mín.
Máx	23	23	19	20	Máx

*Nota:* N: Tamaño de muestra, M: Media, DE: Desviación estándar

En la tabla 06: Se aprecia los Baremos percentilares específicos según grado de Instrucción del factor Ira de la Escala de Depresión Geriátrica, con puntuaciones promedio de 11.70 para los que no tienen estudio, de 8.26 para los que cuentan con solo con primaria, de 6.98 para los que cuentan con secundaria completa y, puntuaciones promedio de 5.29 para quienes tienen hasta superior.

#### **IV. DISCUSIÓN**

En el presente estudio el objetivo general fue determinar las propiedades psicométricas en la Escala de Depresión Geriátrica en los Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo, y estuvo conformada por una población asistente de 421 Adultos Mayores de 60 años a más pertenecientes a los Distritos de La Esperanza, Huanchaco, El Porvenir, Trujillo, Poroto, Laredo y Moche, de los cuales participaron 302 adultos mayores.

La variable de estudio fue la depresión en los pacientes geriátricos, en relación a ello Sanz, (1993) y López & Valdés (2002), refieren que al experimentar una pérdida o un fracaso, las personas depresivas valoran de manera excesiva esos sucesos negativos, los cuales lo consideran globales, en la mayoría de los casos como una situación frecuente e irreversible, dando origen a una tríada cognitiva distorsionada; caracterizado por una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Por tal motivo, la importancia de la presente investigación es validar las propiedades psicométricas del instrumento psicológico (Escala de Depresión Geriátrica) en la Provincia de Trujillo, permitiendo su diagnóstico aportar en la evaluación para un futuro proceso de recuperación del paciente adulto mayor depresivo.

Y en relación a los resultados obtenidos, en el análisis de la validez de constructo, se observa que los índices de discriminación Ítem-test para los reactivos pertenecientes a la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) varían entre .206 a .622; sin embargo, en el reactivo número 29 se obtuvo un índice menor a .20, presentando este ítem (¿Le resulta fácil tomar decisiones?) un nivel de discriminación insuficiente, denotando así que el ítem planteado no se encontraría relacionado con la variable estudiada como lo menciona Gonzales (2007) donde refiere que la validez está relacionada al grado en que el test mide lo que pretende medir; por otra parte, Angulo y Campo (2008) obtuvieron resultados por encima de .5 en carga por ítem. Sin embargo, los demás reactivos en la presente investigación obtuvieron un nivel de discriminación entre aceptable a muy bueno (Kline, 1998), demostrando los ítems en la escala de depresión geriátrica una validez aceptable.



Además; se realizó el análisis factorial exploratorio en la Escala de Depresión Geriátrica en los Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo, se aprecia en la matriz factorial resultante, mediante el método ortogonal, donde se extrajeron 5 factores que explican el 80.364% de la varianza total, apreciándose saturaciones mayores a .20 con respecto a los factores al que carga cada reactivo, siendo esta solución factorial satisfactoria; sin embargo, los resultados obtenidos en otras investigaciones también se presentaron diferentes soluciones multifactoriales para la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15). Friedman et al., 2005, en su investigación con la población de los Estados Unidos, obtuvieron dos factores con una varianza de 33.0 % al igual que la población de Irán, con una varianza explicada de 50 %. Malakouti, Paridokht, Mirabzadeh, Salavaty & Zandy, 2006; Antonelli et al., 2003 (citado en Angulo y Campo, 2008) trabajaron en la población Italiana, presentando dicha investigación tres dimensiones con una varianza de 47.7 %, y por último; Lai, Fung & Yuen, 2005 (citado en Angulo y Campo, 2008) su estudio fue en China, la cual presentó cuatro dimensiones sin rotar, con una varianza de 53.9%.

Los diferentes resultados comparados en la validez factorial exploratorios, en relación a la investigación original, siendo unidimensional y la presente con factores; que explican el 80.364% de la varianza total, se deberían a que cada grupo a veces no son comparables a las del otro, porque presentan características propias y específicas en comparación al grupo original de la escala adaptada (Martínez, M, 2006).

En relación al nivel de confiabilidad por consistencia interna; se realizó mediante el K-R20 de Kuder y Richardson en la Escala de Depresión Geriátrica en los Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo, el cual presentó un índice de .85, perteneciendo a una categoría Muy alta (Ruiz, 2002; Palella y Martins, 2003, citado en Corral, 2009). Con respecto a la escala de depresión geriátrica y su adaptación en el contexto Español, el cual se utilizó en la presente investigación, presenta valores de 0.94 en relación a la consistencia interna; asimismo, Aguado et al. (2002) obtuvieron una consistencia interna de 0,99; Rodríguez, Valdés y Benítez (2003) una consistencia interna 0,8 en la población española; y Angulo y Campo (2008) obtuvieron una Consistencia interna de 0.78 en la población

colombiana. De este modo, al observar los resultados obtenidos en otras investigaciones y los resultados en la población de Trujillo se obtuvo un índice en una categoría alta, manifestando la prueba adecuadas propiedades psicométricas en relación a la consistencia interna (confiabilidad).

Asimismo, se estableció los baremos percentilares por grado de instrucción de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo, con puntuaciones promedio de 11.70 para los que no tienen estudio, de 8.26 para los que cuentan con solo con primaria, de 6.98 para los que cuentan con secundaria completa y, puntuaciones promedio de 5.29 para quienes tienen hasta superior.

Y en los puntos de corte para determinar los niveles de depresión en la escala de Depresión Geriátrica, al obtener un puntaje directo de 0 a 9, se ubica en un percentil de 0 a 70, el cual corresponde a un diagnóstico de No Depresión, y un puntaje directo de 10 a 19, se ubica en los percentiles entre 75 a 95, indicando una Depresión Moderada, y por último, para la Depresión Severa, se ubica entre los percentiles de 96 a 99, correspondientes a un puntaje directo de 20 a 30 puntos. Por otra parte, Aguado et al. (2002) en relación a sus resultados recomendaron punto de corte de 5 o más para considerar la posible existencia de depresión.

Por último, se concluye que en el análisis de la validez de constructo, los índices de discriminación Ítem-test varían entre .206 a .622; y el análisis factorial exploratorio se obtuvo 5 factores que explican el 80.364% de la varianza total, con un nivel de confiabilidad por consistencia interna mediante el K-R20 de Kuder y Richardson de .85; por último, se estableció los baremos percentilares por grado de instrucción con sus respectivos cortes.

## V. CONCLUSIONES

- Se Determinó las propiedades psicométricas de La Escala de Depresión Geriátrica de forma satisfactoria en la población de los Adultos Mayores pertenecientes a los distritos de La Esperanza, Huanchaco, El Porvenir, Trujillo, Poroto, Laredo y Moche de la Provincia de Trujillo.
- Asimismo, la Escala de Depresión Geriátrica presenta una validez de constructo que varían los índices de discriminación ítem test entre .206 a .622. los cuales son aceptables y muy buenos (Kline, 1998), en una muestra en los Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo.
- Con respecto a la validez de constructo, se realizó el análisis factorial exploratorio, mediante el método ortogonal, donde se extrajeron 5 factores que explican el 80.364% de la varianza total, apreciándose saturaciones mayores a .30 con respecto a los factores al que carga cada reactivo en la escala de Depresión Geriátrica de en los Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo.
- Y la confiabilidad por consistencia interna se obtuvo mediante el K-R20 DE Kuder y Richardson, en la escala de Depresión Geriátrica teniendo el índice de confiabilidad .8581, perteneciendo a una categoría Muy alta de en los Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo.
- Finalmente, se realizó baremos percentilares según el grado de Instrucción, y los puntos de corte en relación al percentil se encuentran escalas de 0 a 70, 75 a 95 y 96 a 99 para determinar los niveles de depresión en la escala de Depresión Geriátrica en los Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- Continuar realizando investigaciones que incluyan la adaptación idiomática en relación al ítem número 29 para nuestra cultura de La Escala de Depresión Geriátrica en los adultos mayores de Trujillo.
- Ampliar la investigación en otras organizaciones en los cuales se identifiquen una mayor concurrencia del sexo masculino, para poder ampliar las normas por sexo en los adultos mayores de Trujillo.
- Dar a conocer a los responsables de los programas del adulto mayor sobre los resultados encontrados con el propósito de crear conciencia sobre la importancia fomentar programas preventivos de la salud, derivar o asistir consulta con los profesionales de la salud.

## VII. REFERENCIAS

Alarcón, R. (2008). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. Lima, Perú: Fondo Editorial Universidad Ricardo Palma.

Bisquerra, R.(2009). *Metodología de la investigación educativa*. segunda edición. Madrid: Editorial la Muralla.

Corral, Y (2009). *Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos*. Recuperado el 09 de julio del 2016 de: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/n33/art12.pdf>

Elfenbein,P. (s.f). *Guías de Programas para Adultos Mayores*. Miami: Universidad Internacional De la Florida.

Gonzales, F. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. Recuperado el 6 de noviembre de 2015: [http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo\\_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf)

Gómez, C. y Campo, A.(2008). *Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial*. Javeriana, 10 (3),735-743. Recuperado 16 de Septiembre de 2015 de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/236/1168>

Hernández, R. y Fernández, C. (2010). *Metodología de la Investigación*. Quinta Edición. México: Mc Graw Hill Interamericana Editores.

Jonis, M. y Llazctas, D. (Enero, 2013). *Depresión en el adulto mayor es la verdadera situación en nuestro País*. Carta al editor, 24(1),78-79.

López, J. y Valdés, M. (2002). *DSM-IV-TR: Manual Diagnostico y Estadístico de los trastornos Mentales*. España: Masson.

Kline, P. (1998). *The new psychometrics: science, psychology and measurement*. London: Routhledge.

Martínez, J.; Vilches, R.; Dueñas, H.; Colomer, C. ; Aguado, R. y Luque, L. (2002). *Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación*. Medifam, 12(10), 620-630. Recuperado el 16 de Septiembre de 2015 de : <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original2.pdf>

Martínez, M. (2006). Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. Recuperado el 09 de Julio del 2016 de: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1011-22512006000200002](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1011-22512006000200002)

Ministerio de Sanidad y Política (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia*. Recuperado el 20 de octubre de 2015 de: [http://aunets.isciii.es/ficherosproductos/sinproyecto/759\\_avalia07-09res.pdf](http://aunets.isciii.es/ficherosproductos/sinproyecto/759_avalia07-09res.pdf)

Muñiz, J. (1998). *La teoría clásica de los tests*. Madrid: Pirámide.

Organización Mundial de la Salud. (1992) *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Rodríguez, J.; Valdés, M. y Benítez, M. (2003). *Propiedades psicométricas de la escala geriátrica de depresión (GDS): análisis procedente de cuatro investigaciones*. Geriatr Gerontol, 38 (3), p. 145- 152. Recuperado de 27 septiembre de 2015 de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-propiedades-psicometricas-escala-geriatrica-depresion-13049076>
- Sausa, M. (2014). *La depresión causa el 80% de suicidios en el Perú, pero no es atendida*. Perú 21, p.10
- Sanz, J. (1993). *Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck*. Anales de Psicología. 9(2), 133-170.
- Sotelo, A.; Rojas, J.; Sánchez, A.; Irigoyen, A. (2012). *La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención*. Medicina familiar, 14 (1), p.5-13. Recuperado el 30 septiembre de 2015 en <http://www.redalyc.org/pdf/507/50730962002.pdf>
- Torre, J.; Shimabukuro, R.; Varela; L.; Krüger; H.; Huayanay, L.; Cieza, J.; y Gálvez, M. (2006). *Validación de la Versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia*. Acta Médica Peruana, 23 (3), p, 144- 147. Recuperado de 27 septiembre de 2015 de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172006000300003](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000300003)
- Vásquez, F.; Muñoz, R. y Becoña (2000). *Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX*. Psicología Conductual. 8 (3).417-449

# **ANEXOS**



**Tabla 07**

*Puntos de corte según percentiles para la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo.*

Niveles	Pc	Puntaje Directo
No depresión	0 – 70	0 – 9
Depresión moderada	75 – 95	10 – 19
Depresión severa	96 – 99	20 – 30

Nota: Se muestran los niveles de apreciación (No depresión, Depresión Moderada y Depresión severa) según los puntos de corte generados por los percentiles

**Tabla 08**

*Prueba no paramétrica Kolmogorov-Smirnov de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo.*

Variable	Muestra total		
	Z	GL	Sig.
Depresión	.133	302	.000

En la tabla 08, se aprecia el índice de normalidad Kolmogorov – Smirnov, de la Escala de Depresión Geriátrica en Adultos Mayores donde la distribución de sus datos reflejan asimetría ( $p < .05$ ).

**Tabla 09**

*Estadísticos de contraste según grado de Instrucción mediante la Prueba de Kruskal-Wallis de muestras independientes, de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo.*

Escala	Grado de Instrucción				X <sup>2</sup>	gl	Sig.
	Sin Estudio	Primaria	Secundaria	Superior			
	SP	SP	SP	SP			
GDS	204.04	157.94	137.79	108.68	19.220	3	.000

p < .05\*

En la tabla 09; Se aprecia los estadísticos de contraste según grado de instrucción de la Escala de Depresión Geriátrica en Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo, con valores que señalan diferencia significativa (p < .05) para dicha escala.

### Tabla10

*Estadísticos de contraste según edades mediante la Prueba de Kruskal-Wallis de muestras independientes, de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo.*

Escala	Edad				X <sup>2</sup>	gl	Sig.
	60 – 64	65 – 69	70 – 74	75 -92			
	SP	SP	SP	SP			
GDS	150.04	147.50	142.00	165.74	2.770	3	.428

p< .05\*

En la tabla 10; Se aprecia los estadísticos de contraste según edad de la Escala de Depresión Geriátrica en Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo, con valores que señalan la ausencia de diferencia significativa ( $p>.05$ ) para la Escala.

**ANEXO A**

**Escala de ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE**

Adaptado por Martínez 2002

Edad: .....

Fecha: ...../...../.....

Centro:.....

Ítem	Pregunta a realizar	Respuesta	
		SI	NO
1.	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2.	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO
3.	¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4.	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI	NO
5.	¿Tiene esperanza en el futuro?	SI	NO
6.	¿Tiene pensamientos que le molestan?	SI	NO
7.	¿Suele estar de buen humor?	SI	NO
8.	¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	SI	NO
9.	¿En general se siente usted feliz?	SI	NO
10.	¿Se siente a menudo abandonado?	SI	NO
11.	¿Está muchas veces intranquilo e inquieto?	SI	NO
12.	¿Prefiere quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
13.	¿Se suele preocupar por el futuro?	SI	NO
14.	¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los	SI	NO

	demás?		
15.	¿Piensa que es maravilloso vivir?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
16.	¿Se siente a menudo triste?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
17.	¿Se siente inútil?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
18.	¿Se preocupa mucho por el pasado?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
19.	¿Cree que la vida es muy interesante?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
20.	¿Le resulta difícil poner en marcha nuevos proyectos?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
21.	¿Se siente lleno de energía?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
22.	¿Se siente sin esperanza?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
23.	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
24.	¿Suele estar preocupado por pequeñas cosas?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
25.	¿Siente a menudo ganas de llorar?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
26.	¿Tiene problemas para concentrarse?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
27.	¿Está contento de levantarse por la mañana?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
28.	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
29.	¿Le resulta fácil tomar decisiones?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
30.	¿Su mente está tan clara como antes?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>PUNTUACIÓN TOTAL:</b>			

## ANEXO B

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título de la investigación:** Propiedades Psicométricas de la Escala de Depresión Geriátrica en el Programa Integral del Adulto Mayor en los Hospitales de Trujillo.

**Investigadora responsable:** Fernández Tolentino, Cyntia Lizbet.

Estudiante de la Escuela de Psicología de la UCV.

A través de este documento se le invita a participar voluntariamente en el presente estudio de investigación. El cual tiene como Objetivo: Determinar las Propiedades Psicométricas en la Escala de Depresión Geriátrica en los Adultos Mayores de la Provincia de Trujillo.

Yo .....con DNI n° ..... domiciliada(o) en..... he leído el documento que me ha entregado la investigadora, he podido hacer preguntas sobre el estudio las cuales han sido respondidas, comprendo que mi participación es voluntaria y tengo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento. Por consiguiente, entiendo las afirmaciones contenidas, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente para participar en el presente estudio. Por último, sé que una copia de éste consentimiento informado me será entregada.

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante legalmente autorizado

\_\_\_\_\_  
Parentesco

\_\_\_\_\_  
Firma del representante  
legalmente autorizado

\_\_\_\_\_  
Hora

**ANEXO C**

**FICHA DE TAMIZAJE**

<b>Edad:</b> .....	<b>Sexo:</b>	<b>F</b>	<b>M</b>
<b>Grado de Instrucción:</b> .....			
<b>Estado Civil:</b> Casado(a)      Soltero(a)      Viudo(a)      Divorciado(a)			
<b>N° de hijos:</b> .....		<b>Fecha:</b> .....	
<b>FIJACIÓN</b>			<b>Puntos</b>
Repita estas 3 palabras: casa – caballo - manzana			___ (5)
<b>ORIENTACIÓN</b>			
• Dígame el día.....fecha.....Mes.....Estación.....Año.....			___ (5)
• Dígame el hospital (o lugar).....			
Piso.....Ciudad.....Provincia.....País.....			___ (5)
<b>MEMORIA</b>			
¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?			___ (5)
			<b>TOTAL:</b> _____
* <i>ítems del mini mental de Folstein</i>			