



Universidad Nacional

**SAN LUIS GONZAGA**



## **Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional**

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial, siempre y cuando den crédito y licencia a nuevas creaciones bajo los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0>

**UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA DE ICA**

---

**ESCUELA DE POSGRADO**



**DEPRESION EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES  
CRÓNICAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL  
SOCORRO DE ICA, AÑO 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAGISTER EN:  
SALUD PÚBLICA**

**AUTOR:**

**C.D. MARTINEZ BULEJE, YRIS YANET**

**ASESOR:**

**DR. ANSELMO MAGALLANES CARRILLO**

**ICA – PERÚ  
2017**

**DEDICATORIA:**

A Dios y al Niño Jesús de Ayavi, quien me ilumina y me guía día a día para lograr mis metas y ser cada vez mejor.

A mis Padres: Noemí y Bernardino quienes me dieron la Vida y la Educación.

A mis Hermanas Geovanna, Fiorella y en especial a mi hermano Edwin por el gran apoyo emocional y condicional que siempre me ha brindado.

### **AGRADECIMIENTO:**

A Dios y al Niño Jesús de Ayaví, por permitirme llegar a éste momento tan especial en mi vida y con mucho cariño para las personas que directa o indirectamente participaron corrigiendo, teniéndome paciencia, dándome ánimo, y de esta manera poder llegar a la conclusión de esta Tesis, que servirá como guía para todas las personas que puedan leerlo.

## INDICE

Caratula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Resumen	vi
Summary	vii
Contra Carátula	vii
Introducción	ix
<b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO</b>	<b>1</b>
1.1. Antecedentes	1
1.1.1. Antecedentes Local	1
1.1.2. Antecedentes Nacional	2
1.1.3. Antecedentes Internacional	5
1.2. Bases Teóricas	8
1.2.1. Definición del Adulto Mayor.	8
1.2.2. Clasificación del Adulto Mayor.	9
1.2.3. Cambios del Adulto Mayor.	10
1.2.4. Depresión en el Adulto Mayor	17
1.3. Marco Conceptual	23
<b>CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>26</b>
2.1. Situación Problemática.	26
2.2. Formulación del Problema.	27
a) Problema General	28
b) Problemas Específicos	28
2.3. Justificación e Importancia de la Investigación.	28

2.4. Objetivos de Investigación	29
a) Objetivo General	29
b) Objetivos Específicos	29
2.5. Hipótesis de Investigación	30
a) Hipótesis General	30
b) Hipótesis Específicas	30
2.6. Variables de Investigación	30
a) Identificación de Variables	30
b) Operacionalización de las Variables	31
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION</b>	<b>32</b>
3.1. Tipo, Nivel y Diseño de Investigación	32
3.2. Población y Muestra	33
<b>CAPÍTULO IV: TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>35</b>
4.1. Técnicas de Recolección de Datos	35
4.2. Instrumentos de Recolección de Datos	36
<b>CAPITULO V: CONTRASTACION DE HIPÓTESIS</b>	<b>37</b>
5.1. Comprobación de Hipótesis General.	37
<b>CAPÍTULO VI: PRESENTACIÓN, ANALISIS Y DISCUSION</b>	
<b>DE RESULTADOS</b>	<b>38</b>
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	51
CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIONES	54
FUENTES DE INFORMACIÓN	55
<b>ANEXOS:</b>	<b>59</b>
1. Cuestionario Aplicado	59
2. Matriz de Consistencia	62

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el Nivel de Depresión en Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas Atendidos en el Hospital Santa María del Socorro, Año -2015.

**Materiales y Métodos:** Se desarrolló un estudio Observacional, Descriptivo y Transversal en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas que fueron atendidos en el Hospital Santa María del Socorro durante el mes de Diciembre del 2015. La muestra estuvo constituida por 117 pacientes hombres y mujeres de 60 a más años de edad con enfermedad crónica, que hablaban castellano, con capacidad de decisión y que aceptaron participar del estudio mediante la firma del consentimiento informado.

**Resultados:** En cuanto a la edad, el 29% (34) tenían entre 65 y 69 años de edad, el 27% (32) tenían entre 70 y 74 años, el 20% (23) tenían entre 60 y 64 años, el 14% (16) tenían entre 75 y 79 años y el 10% (12) tenían de 80 a más años de edad ; en cuanto al sexo, el 39% (46) fueron mujeres y el 61% (71) fueron varones; en cuanto a la procedencia, el 76% (89) procedían de zonas rurales mientras que el 24% (28) procedían de zonas urbanas; en cuanto la depresión, el 63% (74) tenían depresión moderada, mientras que el 21% (24) tenían depresión leve y el 16% (19) tenían depresión severa.

**Conclusiones:** Todos los adultos mayores presentaban algún grado de depresión, siendo en su mayoría la depresión de nivel moderado, seguida por la depresión leve y posteriormente la depresión severa.

**Palabras claves:** Depresión – Adulto Mayor – Enfermedad Crónica.



## ABSTRACT

**Objective:** To determine the level of depression in older adults with chronic diseases treated at the Hospital Santa María del Socorro - 2015.

**Materials and methods:** An observational, descriptive and cross-sectional study was developed in elderly patients with chronic diseases who were treated at the Hospital Santa María del Socorro during the month of December 2015. The sample consisted of 117 male and female patients aged 60 years and older with chronic disease, who spoke Spanish, with decision-making capacity and who agreed to participate in the study by signing of informed consent.

**Results:** Regarding age, 29% (34) were between 65 and 69 years old, 27% (32) were between 70 and 74 years old, 20% (23) were between 60 and 64 years old, 14% (16) were between 75 and 79 years old and 10% (12) were 80 years of age or older; in terms of sex, 39% (46) were female and 61% (71) were male; in terms of provenance, 76% (89) came from rural areas while 24% (28) came from urban areas; as for depression, 63% (74) had moderate depression, while 21% (24) had mild depression and 16% (19) had severe depression

**Conclusions:** All older adults showed some degree of depression, most of them being moderate depression, followed by mild depression and later severe depression.

**Keywords:** DEPRESSION - MAJOR ADULT - CHRONIC DISEASE.

**“DEPRESION EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES  
CRÓNICAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE  
ICA, AÑO 2015”.**

## INTRODUCCIÓN

La depresión es un estado patológico que se ve reflejada en un estado de tristeza que afecta a una gran cantidad de personas, sobre todo a los adultos mayores. Actualmente, el grupo de personas mayores de 60 años, no sólo aumenta en cantidad, sino también en el número de años vividos. Se afirma que en la actualidad, la esperanza de vida en el ámbito mundial está aproximadamente en 71 años para las mujeres y 66 años para los hombres.

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas adultas mayores está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países.

Este envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.

Existen diferentes criterios para definir el concepto sobre todo en cuanto a sus límites temporales; sin embargo, en nuestro país se denomina adultos mayores a las personas con 60 años de edad a más, representan el 9,0% del total de población, por lo menos una persona de 60 y más años de edad reside en el 35% de hogares del país, con mayor predominio en el área rural.

En la mayoría de los seres humanos, la depresión puede ser una experiencia cercana. La tristeza es una respuesta normal cuando se pierde a un ser querido o un empleo que puede estar acompañada de pérdida de interés para algunas actividades, de alteraciones del sueño o de disminución del apetito. Sin embargo, esta respuesta es transitoria.

Si persiste por más de dos semanas, si sus manifestaciones clínicas se acentúan e interfieren con la actividades diarias, si aparecen ideas como que “la vida ya no vale la pena” o se pierde el placer de vivir, entonces hay que sospechar depresión mayor. En muchos casos las personas de esta edad están sanas y activas, llenas de vitalidad que disfrutan de la tranquilidad de haber cumplido con todos sus proyectos de vida, pudiendo disfrutar de la familia y los éxitos acumulados durante la vida.

Además, se convierten en piezas fundamentales para colaborar con el cuidado y crianza de los nietos. Así, la noción de utilidad e inutilidad es crucial para dar a las personas de la tercera edad, un rol importante en la integración de la institución familiar incorporándolos a todo tipo de actividad colectiva en el plano formativo y recreativo, según lo permitan sus capacidades, sus expectativas y su experiencia valiosa acumulada durante toda su vida.

El Hospital Santa María del Socorro de Ica, es uno de los hospitales que atiende a la población Adulto Mayor, sobre todo a los que vienen de campiña, los mismos que no son de buena solvencia económica y que debido a sus necesidades son atendidos pero no se ha realizado una medición exacta de sus necesidades, pudiendo decir que es un campo nuevo como es el de la Geriatria.

# CAPÍTULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1.1. ANTECEDENTES:

#### 1.1.1. ANTECEDENTES LOCALES:

**Cárdenas M., REGIONAL ICA NOVIEMBRE 2015. NIVEL DE SATISFACCIÓN RESPECTO A LOS CUIDADOS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA HOSPITAL.**

**Objetivo:** El objetivo del presente estudio es determinar el nivel de satisfacción respecto a los cuidados del profesional de enfermería y nivel de depresión en adultos mayores del Servicio de Medicina del Hospital Regional de Ica, noviembre 2015. **Metodología:** Según el alcance del estudio es descriptivo, no probabilístico por conveniencia, de diseño no experimental, según el tiempo de ocurrencia es transversal y según el enfoque es cuantitativo. El área de estudio lo constituye el Hospital Regional de Ica. La muestra fue de 76 pacientes, la técnica es la entrevista con su guía de entrevista y la escala de depresión de Yesavage. **Resultados:** Según edad, el 21% tenía de 71 años a más, según sexo, el 55% fueron del sexo masculino, de acuerdo al tiempo de hospitalización el 35% estaban de 4 a 5 días. Respecto al nivel de satisfacción según dimensión cuidados de estimulación el 77.63% es medio; según dimensión cuidados de confirmación el 68,42% es medio; según dimensión cuidados de consecución y continuidad de la vida el 56,58% es medio; cuidados para resguardar la autoimagen del paciente el 56,57% es

medio; dimensión cuidados de sosiego y relajación el 66% es medio; según la dimensión cuidados de compensación el 67,11 % es medio; en forma global el 63,16% refieren que el cuidado que brindan los enfermeros es de nivel medio. **Conclusión:** En cuanto al nivel de depresión de los adultos mayores el 51,32% no tiene depresión; el 36,84% tiene depresión moderada y el 11.84% tiene depresión severa (1)

### 1.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES.

Juárez J., **LIMA-PERÚ AÑO – 2012. EVALUACIÓN DEL GRADO DE DEPRESIÓN DE ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS DEL AA.HH. VIÑA ALTA LA MOLINA.**

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de depresión en Adultos Mayores de 60 años residentes en el Asentamiento Humano de “Viña Alta” de La Molina, durante el mes de Junio del 2010. **Material y métodos:** Estudio de corte transversal tipo entrevista de carácter descriptivo, realizado durante la primera semana de Junio del 2010. Se identificó a 112 adultos mayores de 60 años y se entrevistó a 68 de ellos, quienes fueron evaluados por los investigadores (previo entrenamiento) mediante la Escala de depresión geriátrica de Yesavage. **Resultados:** La edad media fue de 67,82 años (60-83) 53.3% fueron mujeres; el 51.67% presentó depresión en algún grado según el GDS-15; 33,3% eran analfabetos; y 70%, casados. Al contrastar los resultados del grado de depresión se verificó que no existían diferencias significativas en cuanto a género, grado de instrucción, edad y estado civil. **Conclusiones:** En conclusión, la población estudiada mostró

una alta prevalencia de depresión en algún grado, comparado con el 9,8% para la población adulta mayor de Lima metropolitana, que no tuvo asociación significativa con ninguna de las variables en estudio (2).

**Gonzales C., LAMBAYEQUE: 2012- 2014. HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO, DEPRESIÓN Y DETERIORO COGNITIVO EN UN CENTRO DE ADULTOS MAYORES.**

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de Hipotiroidismo Subclínico, Depresión y Deterioro Cognitivo, y explorar su asociación en un centro de adultos mayores de Lambayeque: 2012-2014. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, transversal. Muestreo no probabilístico, consecutivo. **Muestra:** 84 pacientes. Se cuantificó TSH y T4L mediante técnica ELISA, se evaluó depresión con el test de Yesavage reducido y déficit cognitivo con el mini mental test examination. Se determinaron frecuencias, porcentajes y análisis inferencial exploratorio mediante el cálculo de razones de prevalencia con intervalos de confianza al 95%, con Epidat v 3.1. **Resultados:** Hubieron 65 mujeres (77%) y 19 hombres (23%); en 11 (13,1%) pacientes se halló Hipotiroidismo Subclínico, 36 (42,9%) Depresión y en 11 (13,1%) Deterioro Cognitivo. No se encontró asociación entre Hipotiroidismo Subclínico y Depresión (RP: 0.85, IC: 95% [0.39-1.85], p: 0.677), ni con Deterioro Cognitivo (RP: 2.48, IC: 95% [0.77 - 7.98], p: 0.1349). **Conclusiones:** Existe una elevada frecuencia de Hipotiroidismo Subclínico, depresión, y deterioro cognitivo en este Centro de Adultos Mayores. No se evidenció asociación de

Hipotiroidismo Subclínico con Depresión ni con Deterioro Cognitivo (3).

**Licas M. SAN JUAN DE MIRAFLORES DE V.M.T 2014. NIVEL DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN UN CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL.**

**Objetivo:** determinar el nivel de depresión de los adultos mayores que acuden al centro de atención integral del adulto mayor de San Juan de Miraflores de Villa María del Triunfo - 2014. **Material y Métodos:** El presente estudio es de tipo cuantitativo pues permite la medición y cuantificación de la variable de estudio. El método es descriptivo de corte transversal ya que permite obtener información precisa sobre la variable de estudio en un espacio y tiempo determinado. El tipo de muestreo fue probabilístico, aleatorio simple, utilizando para ello la fórmula de muestreo en población finita, con un nivel de confianza del 95% y un error estimado de 0.05, obteniéndose una muestra total de 73 adultos mayores. La técnica empleada para la recolección de datos fue la entrevista y el instrumento usado fue el cuestionario Escala De Depresión Geriátrica – Test de Yesavage que mide el nivel de depresión en los adultos mayores. **Resultados:** Del 100% (73) de adultos mayores encuestados, el 24 % (33) corresponde a la edad comprendida entre los 65 a 69 años, siendo este el de mayor expresión porcentual, en relación al sexo en su mayoría predomina el sexo femenino con un 84.9% (62), respecto al grado de instrucción la mayoría tiene primaria con un 57.5% (42), finalmente el estado civil de los adultos mayores en su mayoría



predomina el casado con un 39.7% (29). **Conclusiones:** La mayoría de adultos mayores atendidos presentan depresión leve, existiendo un grupo menor con depresión severa. La mayoría de adultos mayores que presentan depresión leve, se encuentran entre 65 a 69 años, seguido de un grupo menor de adultos mayores de 70 a 74 años. Los adultos mayores con instrucción primaria que asisten al centro de atención integral presentan depresión leve y en menor porcentaje depresión severa (4).

### 1.1.3. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.

#### **Salazar M. , BOGOTÁ – 2015, COLOMBIA – 2015. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES DE LA DEPRESIÓN EN UN GRUPO DE ADULTOS MAYORES.**

**Objetivo:** Estimar la prevalencia de depresión en una muestra de adultos mayores de Bogotá y describir los factores de riesgo psicosocial asociados. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal observacional-descriptivo, en 889 adultos mayores autónomos. La depresión fue evaluada con el test de depresión geriátrica Yesavage y los factores de riesgo con la sección de acontecimientos vitales del cuestionario Predict. **Resultados:** El 74% de la muestra estuvo constituida por mujeres, la media de edad fue de 72,51 (DS 9,4) años y la escolaridad promedio en años fue de 7,50 (DS 5,64). Así mismo, se estimó una prevalencia de depresión del 18,6%, siendo mayor en mujeres (20%) y (18%) en sujetos entre 70 y 79 años, los adultos con baja escolaridad sumaron un 43%, y el 22% lo constituyeron personas dependientes económicamente. Por otra

parte, se encontró relación entre la depresión y cinco de los factores de riesgo psicosocial conocidos como acontecimientos vitales adversos: insomnio, vivir solo, padecer enfermedades crónicas, haber sufrido una crisis económica, y la muerte de un familiar o amigo cercano en el último año. **Conclusión:** La prevalencia de depresión en un grupo de personas mayores de la comunidad en Bogotá es más alta que lo descrito previamente en Colombia y por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Programas que reduzcan la soledad en la vejez y protejan a la mujer y a los mayores con menos escolaridad podrían mitigar esta condición (5).

Ramírez V. **MEDELLÍN 2015, COLOMBIA – 2015. RIESGO DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN LA RED DE ASISTENCIA SOCIAL AL ADULTO MAYOR.**

**Objetivo:** Determinar el riesgo de depresión y los factores clínicos asociados en adultos mayores institucionalizados en la Red de asistencia social al adulto mayor de la ciudad de Medellín. **Métodos:** Estudio transversal analítico en 644 adultos mayores, de 60 años o más, institucionalizados en 14 centros de la red de asistencia social al adulto mayor de la ciudad de Medellín en el primer semestre de 2015. Se analizó el riesgo de depresión según la escala de depresión geriátrica de Yesavage y los factores clínicos asociados. Se realizó análisis univariado, bivariado y multivariado mediante regresión logística binomial. **Resultados:** El 34,8% de los adultos mayores presentan riesgo de depresión. Los factores clínicos que presentaron

asociación fueron las enfermedades neurológicas OR=1,94 (IC95% 1,14 – 3,31), la funcionalidad dependiente OR=1,97 (IC95% 1,30 - 2,98), la discapacidad auditiva OR=2,21 (IC95% 1,34 - 3,63) y el deterioro cognitivo OR=1,54 (IC95% 1,01 - 2,35). **Conclusiones:** El riesgo de depresión en el adulto mayor institucionalizado es frecuente y está asociado a factores clínicos específicos como las enfermedades neurológicas, el deterioro de la funcionalidad física, la discapacidad y el deterioro cognitivo, los cuales deberán resaltarse durante la valoración integral del adulto mayor, con el fin de generar intervenciones que puedan mejorar su bienestar y calidad de vida (6).

**Rivera J., MÉXICO – 2015. LA DEPRESIÓN EN LA VEJEZ UN IMPORTANTE PROBLEMA DE SALUD.**

**Objetivo.** Estimar la prevalencia de síntomas depresivos en el adulto, analizar la asociación entre síntomas depresivos y diferentes factores favorecedores de la depresión y reflexionar en qué sentido los resultados de este trabajo pueden contribuir a la mejora de las políticas de salud en México. **Material y Métodos.** La investigación es poblacional y transversal y se realizó en Ciudad Victoria, Tamaulipas. Se estudió a 1.126 personas mayores (455 hombres y 671 mujeres), que suponían aproximadamente el 5,1% de toda la población mayor de Ciudad Victoria en el momento de realización del estudio. La depresión fue medida mediante la escala Geriatric Depression Scale. **Resultados.** La prevalencia de síntomas depresivos se sitúa en un 29%; y los factores favorecedores de la depresión fueron la dependencia en actividades de la vida diaria, el deterioro cognitivo, la

falta de apoyo social, la edad, el sexo, la soledad, la pobreza, los eventos estresantes y la percepción subjetiva de salud.

**Conclusiones.** Nuestro trabajo proporciona información útil sobre la prevalencia de la depresión en ancianos en una ciudad de tamaño medio, en un país como México, constatando que dicha enfermedad es muy prevalente en los adultos mayores y está asociada a variables relacionadas con el apoyo social, la funcionalidad, el sexo (ser mujer), la soledad, el bajo nivel de ingresos, la percepción de salud y los eventos estresantes (7).

## **1.2. BASES TEÓRICAS:**

### **1.2.1. Definición del Adulto Mayor:**

Adulto mayor es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etario que tienen más de 60 años de edad. La tendencia universal a la disminución de la fecundidad y prolongación de la esperanza de vida ha llevado a un incremento de la población de 60 y más años en el mundo. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.

El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente han dejado de trabajar, o bien se jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida. Esta situación hace

que equivocadamente muchas veces sean consideradas como un estorbo para sus familias.

### **1.2.2. Clasificación del Adulto Mayor.**

**Adulto Mayor Independiente o Auto Valente:** Es aquella persona capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria: Comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse, así como también las actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar, limpiar la casa, comprar, lavar, planchar, usar el teléfono, manejar su medicación, administrar su economía, con autonomía mental y carece de problemas mentales o sociales graves y relacionados con su salud.

**Persona Adulta Mayor Frágil:** Es quien tiene alguna limitación en realizar todas las actividades de la vida diaria básica, es decir conserva su independencia precariamente y tiene alto riesgo de entrar a una situación de dependencia. Generalmente es una persona que, aun teniendo una o dos enfermedades de base, puede valerse por sí misma gracias a que conserva un correcto equilibrio con su entorno social, familiar y sí mismo. Es independiente en el desarrollo de sus tareas básicas pero en el desarrollo de tareas instrumentales más complejas (por ejemplo conducir un coche por un periodo prologado) puede necesitar ayuda. La principal característica en este perfil es el riesgo a volverse dependiente o tener una situación continuada de discapacidad. Teniendo alto riesgo de generar síndromes geriátricos.

### **Persona Adulta Mayor Dependiente o Postrada (No Autovalente):**

Es aquella persona que requiere del apoyo permanente de terceras personas. Es decir que presenta una o más enfermedades crónicas y evolucionadas que intervienen directamente en un estado de discapacidad. Son dependientes para realizar las actividades cotidianas básicas y presentan una alta incidencia de enfermedad neurodegenerativa o mental, hay progresión a la dependencia y presenta más esfuerzos en la atención sanitaria.

#### **1.2.3. Cambios del Adulto Mayor.**

Se puede dividir en tres aspectos generales:

**Aspecto Físico:** Se refiere a manifestaciones físicas, algunos visibles y otros no. Como cambios en la apariencia física, la declinación gradual del vigor y la pérdida de la habilidad física y destreza motora.

**Aspecto Psicológico:** Trata de variación en la inteligencia, memoria, procesos de aprendizaje, impulsos y emociones.

**Aspecto Social:** Vinculado con la sociedad en que ocurre este proceso; y en la influencia que esta tiene en los individuos. Cada uno de estos factores está interrelacionado entre sí en las vidas de las personas de edad avanzada. Durante este proceso se producen cambios fisiológicos tanto en la esfera orgánica como en la mental. Ellos son normales, pero con el paso de los años predisponen a una serie de eventos fisiopatológicos que llevan al adulto mayor a presentar variadas enfermedades.

**Cambios en la Composición Corporal:** Uno de los parámetros que más se altera es la composición corporal. El peso alcanza su máximo

a los 50 años y luego disminuye. El compartimiento de tejido graso sufre un aumento de 15 a 30% entre los 40 y 55 años para luego disminuir aproximadamente un 20% promedio.

Esta acumulación de grasa se localiza principalmente al nivel del abdomen en el varón y en la pelvis y mamas en la mujer, en cambio el tejido celular subcutáneo disminuye, sobre todo a expensas del agua intracelular; de ahí que tengamos una disminución de la turgencia de la piel, también puede aparecer especial por la acción de la luz solar. Con el tiempo se hace más delgada, más seca, más transparente y se vuelve menos elástica, arrugada y de tinte amarillento, por su extensión, la piel es el órgano más susceptible de recibir daño ambiental a través de los años, en adultos mayores presentan púrpura senil. Entre los 30 y los 80 años se pierde un 30 a 40% de la masa muscular.

**Cambios Musculo-Esqueléticos:** La fuerza muscular disminuye asimismo con los años, ya que las fibras tipo II (rápidas) disminuyen más que las fibras tipo I y las unidades motoras reducen su densidad. Entre los 30 y los 40 años se alcanza el máximo de altura, disminuyendo luego 5 mm por año a partir de los 50; este cambio es más acentuado en las mujeres.

Se explica por cambios posturales (mayor flexión de cadera y rodillas), disminución de la altura de los cuerpos vertebrales y alteración de los discos intervertebrales. La remodelación de tendones y ligamentos se vuelve más lenta. Los cambios óseos son de particular importancia por sus implicancias clínico- epidemiológicas. En los hombres la masa ósea es mayor a través de toda la vida y la

pérdida de los estrógenos femeninos termina con el efecto inhibitor de éstos sobre los osteoclastos. Se produce osteoporosis (pérdida de la masa ósea con composición normal del hueso) típicamente en caderas, fémures y vértebras.

El tejido conectivo disminuye su contenido de colágeno y los fibroblastos reducen su recambio. Por pérdida del soporte elástico, los traumatismos pueden provocar la ruptura de vasos capilares apareciendo trasvasación de sangre, con menor degradación. También puede aparecer osteomalacia (falla en la calcificación de la matriz ósea y acumulación de hueso no calcificado) lo cual se asocia a déficit de vitamina D.

**Cambios en el Sistema Digestivo:** Se produce una disminución de la capacidad de percibir los sabores dulces y salados. Los dientes presentan retracción de los recesos gingivales, reducción de la pulpa dental por mala perfusión y consecuente reducción de la inervación. Hay una disminución fisiológica de la producción de saliva y atrofia de la mucosa periodontal, lo que lleva a mayor facilidad de traumatismo y lesiones dentales.

La meta de la OMS para la salud de un adulto mayor es la conservación de 20 a 22 dientes. A nivel de todo el tubo digestivo se produce una tendencia a la aparición de dilataciones saculares o divertículos, esto es especialmente frecuente en el colon de personas que sufren de constipación. El debilitamiento del diafragma hace más frecuente la existencia de hernias hiatales. A nivel de esfínter anal hay disminución de la elasticidad de las fibras lo cual puede derivar en



incontinencia fecal. La capacidad de metabolización hepática es menor, provocando cambios en la farmacocinética de muchas drogas.

**Cambios en el Sistema Respiratorio:** Junto al envejecimiento aparecen alteraciones anatómicas y funcionales del sistema respiratorio. Los cartílagos costales presentan calcificaciones y la columna a menudo presenta cifosis marcada, con aumento del diámetro anteroposterior del tórax, por lo que la distensibilidad de la caja torácica disminuye. “Disminuye la elastina de la pared bronquial, así como el colágeno”.

Hay aumento de la secreción mucosa con un aumento relativo de las células caliciformes. El esfuerzo espiratorio independiente de la voluntad disminuye por pérdida de elasticidad del pulmón, el esfuerzo espiratorio dependiente de la ventilación disminuye en la medida que se pierde fuerza muscular de los músculos respiratorios. Todos estos cambios repercuten en una disminución de la PaO<sub>2</sub>.

**Cambios en el Sistema Cardiovascular:** El corazón aumenta su tamaño y peso, presentando alrededor de los 70 años un aumento del grosor de ambos ventrículos como respuesta a la resistencia periférica elevada del adulto mayor. Es así que el endocardio se adelgaza difusamente, las válvulas presentan calcificaciones.

El tejido excito conductor tiene pérdida progresiva de su actividad marcapasos; por ejemplo, a los 75 años sólo hay un 10 a 15% del número de células marcapaso del nodo sino auricular que normalmente tiene una persona de 20 años, por lo tanto es mucho más frecuente la aparición de arritmias en el adulto mayor. Las arterias se comprometen por depósitos de lípidos, lo que deriva en

cambios aterotrombóticos y riesgo de cardiopatía coronaria y eventos embólicos.

Es importante indicar que el incremento de las presiones sistólicas y diastólicas con la edad es un hecho cuestionable, se atribuye a una disminución de la elasticidad arterial y a un aumento de la presión arterial. Aunque la anemia se asocia al envejecimiento, una adecuada nutrición y la ausencia de enfermedades que lleven a esta condición deberían evitar su aparición.

**Cambios en el Sistema Nervioso:** Se afecta de manera importante con el paso del tiempo. “El peso cerebral disminuye con la edad y el flujo sanguíneo cerebral se reduce en un 20%, produciendo alteraciones de los procesos de autorregulación de flujo”. La mielina disminuye, al igual que la densidad de conexiones dendríticas, enlenteciendo el sistema. Los receptores de catecolaminas, serotonina y opioides se reducen.

Estos cambios en los neurotransmisores y sus receptores no se traducen necesariamente en cambios intelectuales y conductuales, sino que es el conjunto de modificaciones lo que provoca dichas variaciones” (29). La arquitectura del sueño se altera con reducción de la fase 3 y en especial de la fase 4 de sueño profundo, con lo cual se observa dificultad en la conciliación del sueño, despertar precoz, reducción del número de horas de sueño y disminución del efecto reparador del mismo.

**Cambios en la Audición y Oído:** En el oído externo se produce acumulación de cerumen que dificulta la audición. A nivel de oído medio se produce adelgazamiento de la membrana timpánica y

pérdida de su elasticidad, así como disminución de la eficiencia en la conducción del sistema de huesecillos; estos cambios provocan pérdida de audición por alteración de la conducción que afecta principalmente las tonalidades bajas.

**Cambios en la Visión y Ojo:** La órbita pierde contenido graso y produce efecto de ojos hundidos. La córnea pierde transparencia y depósitos de lípidos producen el “arco senil”. La pupila reduce su diámetro y el iris disminuye la capacidad de acomodación por fibrosis de sus elementos musculares. El cristalino aumenta su tamaño y se vuelve más rígido, frecuentemente aparecen cataratas por depresión en la actividad de los fenómenos de deshidratación del lente. A nivel de retina se reduce la fagocitosis de pigmentos, produciéndose acumulación de ellos, hay marcada reducción de los conos con pérdida de la agudeza visual con los años.

**Cambios en el Gusto:** Pérdida de papilas gustativas, disminución de la salivación.

**Cambios en el Tacto:** Disminución de la sensibilidad.

**Cambios en la Memoria:** Es afectada sobre todo la de tipo reciente, es decir la memoria a corto plazo. Al envejecer la memoria semántica (que permite comprender y expresar el lenguaje se altera poco a nada) así como la fluidez verbal y la memoria episódica o autobiográfica. La inteligencia cristalizada (representativa de la experiencia) se acrecienta, mientras la inteligencia fluida (la capacidad de adaptación) merma ligeramente.

Conforme las personas envejecen, se preocupan más por los olvidos. Sin embargo, mantienen la capacidad de recordar detalles asociados,

por ejemplo: Una persona cuyo nombre no recuerdan, pero si su cercanía o su actividad.

**Cambios Psicológicos:** El perfil psicológico ha sido descrito siempre desde una perspectiva negativa. El declive físico que el adulto comienza a padecer cuando se acerca a la edad senil, parece corresponderse también con su deterioro psicológico: Rigidez de los rasgos de personalidad previos, conductas de atesoramiento, sentimientos de inseguridad, cambios en las relaciones sociales y mayor rigidez para aceptar los cambios tecnológicos y sociales.

**Cambios Sociales:** Los cambios sociales que se producen se refieren principalmente al cambio de rol del anciano, tanto en el ámbito individual como en el marco de la propia comunidad. Asimismo considera las diferencias generacionales existentes a nivel de comportamiento social, y la dificultad de adaptación e integración que suele presentar la persona anciana ante estos cambios.

Con relación a las funciones en la sociedad la población adulta mayor, generalmente se presenta dos concepciones bien marcadas, por una parte se argumenta que esta población es dependiente fisiológica, económica y emocionalmente, calificándole como una “carga”, llegando al caso extremo de hacerles sentir como “estorbos” en el entorno familiar, haciendo que sus últimos años los pasen en una residencia o albergue. Mientras que por otra parte, se valoriza el aporte de las personas adultas mayores, como un recurso de la sociedad.

En la actualidad, los ancianos son considerados frecuentemente como seres indeseables. Esta idea absurda puede explicarse por la

ausencia de productividad económica, la carga financiera que representa y por la imagen de futuro deterioro que dan a los más jóvenes. Este rechazo del individuo que envejece, contrasta con las sociedades antiguas donde el anciano era venerado y respetado. Cabe mencionar que en dichas épocas la esperanza de vida era breve, los que alcanzaban una edad avanzada eran pocos, y eso les confería un carácter excepcional.

Esta situación genera dentro de este grupo, como ya habíamos señalado, estados de ansiedad, frustraciones y retraimiento del medio social, estos son los factores que inciden indirectamente en el deterioro de su salud.

#### **1.2.4. Depresión en el Adulto Mayor.**

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

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

ámbito de la atención primaria. Lamentablemente, una gran mayoría de personas afectadas por depresión no buscan ayuda porque ellas mismas desconocen que gran parte de ese sufrimiento podría ser evitado. Al respecto el Asesor Principal en Salud Mental de la OPS/OMS, Jorge Rodríguez afirmó que en América Latina y el Caribe afecta al 5% de la población adulta. “Se trata de un trastorno que puede afectar a cualquier persona en algún momento de su vida, por lo que debe ser atendida y apoyada psicológica y socialmente.

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

**Los Sistemas Internacionales de Diagnóstico más Utilizados son:**

El de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV TR), y la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud. Aunque el síntoma nuclear de la depresión es el descenso del estado de ánimo, determinados pacientes, especialmente los geriátricos, con dificultades para el proceso mental de las emociones y los sentimientos pueden no percibir este estado de ánimo alterado y reparar más en sintomatología de la esfera física.

No es raro que un anciano no se queje de tristeza o que impute sus respuestas emocionales a la edad y manifieste, prioritariamente, los

síntomas de la esfera corporal. Todo esto trae como consecuencia que la depresión en el anciano no se detecte adecuadamente, se infra diagnostique y que con frecuencia estemos ante depresiones enmascaradas. Según su intensidad, los Trastornos Depresivos se pueden clasificar como leves, moderados o graves.

Para los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10 y DSM IV-TR, la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional. El CIE-10, la define como un desorden afectivo en el cual habla de depresión leve, moderada y grave.

**El Episodio Depresivo Leve:** Se caracteriza por síntomas como tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad.

**En el Episodio Depresivo Moderado:** Se observa dificultades para desarrollar actividades sociales, laborales y familiares.

**En el Episodio Depresivo Grave:** Se suele presentar angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de culpa.

Las siguientes tablas presentan los criterios para depresión según los sistemas de clasificación diagnóstica CIE:10 y DSM IV-TR:

### **F32.0 Episodio Depresivo Leve CIE-10**

- A. Deben cumplirse los criterios generales del episodio depresivo
- B. Presencia de, por lo menos, 2 de los 3 síntomas siguientes:
  - (1) Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada

día, apenas influido por las circunstancias externas y persistentes durante al menos dos semanas.

(2) Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.

(3) Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.

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

(1) Pérdida de la confianza o disminución de la autoestima.

(2) Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.

(3) Quejas o pruebas de la disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.

(4) Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).

(5) Cualquier alteración del sueño.

(6) Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

### **F32.1 Episodio depresivo moderado CIE-10**

A. Deben cumplirse los criterios generales del episodio depresivo.

B. Presencia de, por lo menos, 2 de los 3 descritos en el criterio B de F32.0:

(1) Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente durante al menos dos semanas.



- (2) Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.
  - (3) Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.
- C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, para sumar un total de al menos 6 síntomas:
- (1) Pérdida de la confianza o disminución de la autoestima.
  - (2) Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.
  - (3) Quejas o pruebas de la disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.
  - (4) Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).
  - (5) Cualquier alteración del sueño.
  - (6) Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

STUCCHI, S., médico psiquiatra del Hospital Nacional de Salud Mental Honorio Delgado HideyoNoguchi (2010), refiere que los principales signos y síntomas son:

- **Ánimo Depresivo:** El deprimido suele sentirse triste la mayor parte del día y casi todos los días. En algunos casos (depresiones melancólicas), el ánimo depresivo no mejora ni con los acontecimientos favorables de la vida, la persona permanece triste "pase lo que pase".
- **Pérdida de Interés en las Actividades:** La persona afectada deja de interesarse por lo que antes le agradaba.

- **Alteraciones del Apetito:** Puede haber disminución o aumento del apetito, con las consiguientes variaciones en el peso.
- **Alteraciones del Sueño:** Puede haber insomnio o hipersomnio. El insomnio suele ser del despertar (la persona se despierta considerablemente más temprano que lo habitual y ya no puede volver a dormir).
- **Retardo Psicomotor:** La persona deprimida suele volverse lenta, camina y habla despacio, demora en responder las preguntas que se le hacen. Algunos, sin embargo, presentan aumento de la actividad motora.
- **Fatiga o Pérdida de Energía:** La persona siente que no tiene "fuerzas" para realizar sus actividades cotidianas.
- **Ideas de Minusvalía y de Culpa:** El deprimido tiende a sentirse inferior a los demás o culpable de las desgracias propias y ajenas ("no sirvo para nada", "todo es por mi culpa").
- **Desesperanza:** El futuro es visto como algo incierto y sin posibilidades. Dificultad para concentrarse o para tomar decisiones.
- **Ideación Suicida:** Puede ir desde un vago deseo de morir hasta un plan específico que culmina en la muerte.

**Escala de YESAVAGE para depresión geriátrica (gds-15):** La escala de depresión geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS), diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los

adultos mayores, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos. Puede usarse con adultos mayores con buena salud, con enfermedad médica, y aquellos con deterioro cognitivo de leve a moderado. Se ha usado extensamente en entornos comunitarios, de atención de agudos y de cuidados de largo plazo.

### 1.3. MARCO CONCEPTUAL:

**Actividad Económica:** Consiste en la facultad que el hombre tiene de obrar sobre las cosas de la naturaleza para aplicarlas a la satisfacción de sus necesidades, y se manifiesta por todo el orden de los esfuerzos y trabajos dedicados a conseguir ese objetivo.

**Adulto Mayor:** Término que reciben las personas que pertenecen al grupo etario que tienen más de 60 años de edad.

Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad.

**Depresión:** La depresión (del latín depressus, que significa "abatido", "derribado") es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente donde predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático.

**Deterioro Cognitivo:** Pérdida de memoria, aprendizaje y razonamiento.

**Enfermedades Crónicas:** Aquellas enfermedades para las cuales aún no se conoce una solución definitiva y el éxito terapéutico consiste en tratamientos paliativos para mantener a la persona en un estado funcional, mediante el consumo constante de fármacos.

**Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage:** Instrumento útil para detectar el estado de depresión, y útil para guiar el estado clínico en la valoración de salud mental del individuo.

**Escala de Pfeiffer:** Instrumento que complementa la evaluación del estado cognitivo con información que es obtenida de un familiar o cuidador del paciente.

**Insomnio o hipersomnía:** La primera consiste en quejas subjetivas de dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido. La segunda se refiere a una excesiva somnolencia manifestada por sueño nocturno prolongado, dificultad para mantener un estado de alerta durante el día o episodios diurnos de sueños no deseados.

**Agitación o Retardo Psicomotor:** La primera se refiere a una excesiva actividad motora asociada a una sensación de tensión interna; habitualmente la actividad no es productiva, tiene carácter repetitivo y consta de comportamientos como Depresión Mayor: (Cinco o más de los siguientes signos o síntomas, incluyendo los dos primeros presentándose la mayoría del tiempo por más de dos semanas).

**Insomnio Biológico:** Se refiere al tratamiento farmacológico, en el cual se tiene que tener en cuenta inicialmente que el organismo de las personas mayores jubiladas se encuentra con sus funciones decrecidas. Esto es válido para el sistema digestivo donde el proceso de asimilación es, por regla general, más lento; la función hepática, donde el hepatocito y las isoenzimas

en el sistema retículo endotelial tardan un poco más de tiempo en degradar las sustancias, la excreción del fármaco demora en la eliminación y el sistema cardiocirculatorio, con disfunción en mayor o menor medida.

**Insomnio Psicológico:** Una vez el tratamiento farmacológico ha ayudado a estabilizar el estado del paciente, un terapeuta puede proporcionar un entorno seguro donde aquel pueda verbalizar sus preocupaciones, hablar de sus decepciones y sus miedos, y aprender a resolver sus problemas. La psicoterapia promueve la toma de conciencia del pensamiento autodestructivo y enseña al paciente a reconocer signos de depresión recurrente. También puede enseñársele al paciente la forma de dirigir las emociones fuertes y a controlar el estrés.

**Longevidad:** Duración total de la vida de un individuo; la condición de tener una larga vida.

**Necesidades fisiológicas:** Son la primera prioridad del sujeto, son innatas y están relacionadas con la supervivencia. En esta categoría entraría la comida, bebida, sexo, dormir, eliminar desechos, mantener la temperatura corporal, respirar, etc. De estas necesidades depende la supervivencia del individuo y deben ser las primeras en satisfacerse.

**Senectud:** En latín senex, la condición de ser viejo usada indistintamente con vejez.

## CAPITULO II

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 2.1. Situación Problemática:

El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última. En ella los proyectos de vida aparentemente ya se han consumado, siendo posible el disfrute de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente, han dejado de trabajar o bien se han jubilado, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable.

Asimismo, producto del abandono por parte de sus familiares directos y demás familiares el paciente adulto mayor que padece de enfermedades crónicas se ven totalmente abandonados y por ende su salud viene decreciendo; por lo que es importante recibir tratamiento psicológico a falta de tratamiento familiar.

Existen acontecimientos como los trastornos médicos crónicos y debilitantes, la pérdida de amigos y seres queridos, la incapacidad de hacer actividades que antes disfrutaba, sentir una pérdida de control sobre su vida debido a problemas con la vista, pérdida de la audición y otros cambios físicos **(1)**,

De igual manera, es importante indicar que así como recursos financieros limitados, pueden resultar una carga muy pesada para el bienestar emocional del adulto mayor apareciendo la tristeza, la ansiedad, la soledad y la baja autoestima que a su vez conducen al aislamiento social y la apatía **(2)**.

Esta situación hace que muchas veces sean consideradas incapaces, enfermos o simplemente personas que no pueden cumplir con las tareas más básicas; por lo que un problema creciente en la sociedad actual es el abandono y la postración de los adultos mayores **(3)**.

Existe también una etapa en que ambos tipos de enfermedades pueden coexistir, por lo que se espera una doble carga de enfermedad dentro de este grupo etario. Por lo tanto, los adultos mayores tendrán mayor probabilidad de presentar enfermedades crónicas no transmisibles y consecuentemente requerirán de más servicios de salud.

Entre las enfermedades crónicas más frecuentes encontramos a la crisis hipertensiva, las enfermedades cardíacas como el infarto agudo de miocardio y la enfermedad coronaria, la diabetes mellitus descompensada y la enfermedad cerebrovascular **(5)**.

Por lo tanto, es importante indicar que las enfermedades crónicas que padecen nuestros adultos mayores son de vital importancia para el deterioro de su salud ya resquebrajada; por lo que los operadores de la salud tiene la misión de tarar en lo posible de la búsqueda de solución para el recupero de su salud.

Así como el adulto mayor puede presentar enfermedades físicas crónicas, también puede afectarse por trastornos psicológicos como la depresión, por lo cual, afirman que el funcionamiento afectivo en la vejez muestra como problema emocional más concurrente la depresión llegando a afectar las diferentes dimensiones de la vida en el adulto mayor **(6)**.

La depresión no es una condición inherente al adulto mayor, por lo que su subestimación y un inadecuado abordaje causan un padecimiento innecesario en esta población y en su entorno.

## **2.2. Formulación del Problema:**

Frente a los antes mencionado, formulamos el problema mediante la siguiente pregunta:

**a) Problema General.**

¿Cuál es el Nivel de Depresión en Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015?

**b) Problemas Específicos.**

**P. E. 1.-** ¿Cuál es el Nivel de Depresión Leve en Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015?

**P. E. 2.-** ¿Cuál es el Nivel de Depresión Moderada en Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015?

**P. E. 3.-** ¿Cuál es el Nivel de Depresión Severa en Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015?

**2.3. Justificación e importancia de la investigación:**

Actualmente, la depresión se ha convertido en una enfermedad que aqueja a la mayoría de personas sobre todo a las personas que son consideradas como adultos mayores. Esta situación se agrava si el adulto mayor tiene alguna enfermedad crónica o alguna limitación para realizar sus labores cotidianas.

Si bien es cierto, la depresión es una enfermedad que a menudo puede revertirse con tratamiento inmediato y adecuado, pero si no se trata puede acelerar el deterioro físico, cognitivo y social, llegando inclusive a provocar el suicidio. Los enfermos crónicos pueden tener limitaciones en su vida diaria lo cual aumenta las probabilidades de tener depresión.



En el Hospital Santa María del Socorro se observa a diario que los pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas sufren de algún grado de depresión, afectando su recuperación y su estado físico. A pesar de esto, no ha sido estudiada adecuadamente en nuestro medio, ignorándose la frecuencia de pacientes con enfermedades crónicas que se deprimen.

Es de suma importancia realizar el presente estudio ya que nos permitirá plantear programas de apoyo psicológico destinados al adulto mayor y a sus familiares para dotar de una solución integral a la depresión asociada a enfermedades crónicas y sobre todo para darles calidad de vida a las personas que tienen niveles severos de depresión.

#### **2.4. Objetivos de la Investigación:**

##### **a) Objetivo General:**

Determinar el nivel de Depresión en Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas atendidos en el Hospital Santa María del Socorro – 2015.

##### **b) Objetivos Específicos:**

\* **O.E.1.-** Determinar el Nivel de Depresión Leve en Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015.

\* **O.E.2.-** Determinar el Nivel de Depresión Moderada en Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015.

\* **O.E.3.-** Determinar el Nivel de Depresión Severa en los Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015.

## **2.5. Hipótesis de la Investigación:**

### **a) Hipótesis General:**

Existe Depresión en los Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015.

### **b) Hipótesis Específicos:**

- \* **H.E. 1.-** Existe Depresión Leve en los Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015.
- \* **H.E. 2.-** Existe Depresión Moderada en los Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015.
- \* **H.E. 3.-** Existe Depresión Severa en los Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015.

## **2.6. Variables de la Investigación:**

### **a) Identificación de Variables.**

- **Variable Independiente.**
  - Enfermedades Crónicas en Adultos Mayores
- **Variable Dependiente.**
  - Depresión en Adultos Mayores
- **Variables Intervinientes:**
  - Edad
  - Sexo
  - Procedencia
  - Estado civil

**b) Operacionalización de Variables.**

<b>VARIABLES REALES</b>	<b>VARIABLES OPERACIONALES</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>INDICES</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>	Enfermedades crónicas en adultos mayores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades que tienen tratamiento indefinido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes Mellitus</li> <li>• Hipertensión Arterial</li> <li>• Secuela de ACV.</li> <li>• Hipertiroidismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de pacientes con diabetes mellitus</li> <li>• Porcentaje de pacientes con Hipertensión Arterial</li> <li>• Porcentaje de pacientes con Secuela de ACV</li> <li>• Porcentaje de pacientes con Hipertiroidismo</li> </ul>	Ficha de recolección de datos
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>	Depresión en adultos mayores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de depresión de Adultos Mayores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leve</li> <li>• Moderada</li> <li>• Severa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje de pacientes con Depresión Leve</li> <li>• Porcentaje de pacientes con Depresión Moderada</li> <li>• Porcentaje de pacientes con Depresión Severa</li> </ul>	
<b>VARIABLES INTERVINIENTES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad</li> <li>- Sexo</li> <li>- Procedencia</li> <li>- Estado civil</li> </ul>				

## CAPITULO III

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Tipo, Nivel y Diseño de la Investigación:

- a) **Tipo de Investigación:** El presente estudio no es experimental, sino descriptivo prospectivo de corte transversal.

No experimental porque no se manipularan las variables ni se medirá el ratio causa efecto.

Descriptivo porque vamos a describir ciertas características de la población objetivo.

Prospectivo porque los datos se tomaran a futuro.

De corte transversal porque se hará un corte en el tiempo para realizar las mediciones correspondientes.

- b) **Nivel de Investigación:** De igual manera, le corresponde al estudio de comprobación de hipótesis causales.

Es decir la explicación científica que nos permita el planteamiento de alternativas de solución, según el problema a investigar corresponde al nivel de conocimiento de los involucrados, tales como: Los pacientes Adultos Mayores que padecen de la Depresión Severa y con Enfermedades Crónicas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015.

- c) **Diseño de Investigación:** En cuanto el diseño de la investigación, es necesario utilizar diversos métodos para que la investigación adquiera cierto rigor científico, para ello deberá recorrer las etapas más

importantes como: La Problemática, La Temática, Hipótesis, Objetivos, Encuestas y su Procesamiento, entre otros.

- d) Metodología de Estudio:** Es el conjunto de procedimientos que emplearemos para desarrollar la presente Tesis, el mismo que será el método de análisis síntesis, el cual será empleado alternativa y continuamente en el trabajo.

Además se deberá tener en consideración que la falta de atención por parte de los involucrados de la salud; en este caso los operadores de la salud quienes hacen lo humanamente lo posible el aumento de o disminución de la Depresión Severa y Enfermedades Crónicas de los pacientes en el Hospital Santa María del Socorro – 2015.

Cabe señalar que para un mejor desarrollo de la temática, se hará necesario e importante el recurrir al uso de fichas de investigación, fichas bibliográficas y otros, así como al método de la observación documental.

El trabajo tendrá como ámbito especial de aplicación de alternativas para los Adultos Mayores que padecen con Enfermedades Crónicas en el Hospital Santa María” del Socorro de Ica, Período: 2015.

### **3.3. Población y Muestra:**

- 3.2.1. Población de Estudio:** Es el universo de los involucrados; es decir la totalidad de la poblacional y social, materia del presente tema a desarrollar, las mismas que serán los pacientes Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015, los mismos que hacen un total de 117.

**3.2.2. Muestra de estudio:** Para tomar la muestra del estudio se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia, en donde se toma a los 117 Adultos Mayores. Cabe mencionar que dicha técnica no requiere alguna fórmula matemática ni fórmula estadística ya que la población es conocida, llegándose a tomar el total de Adultos Mayores registrados con Enfermedades Crónicas.

**CRITERIOS DE INCLUSION:**

- Adultos Mayores que deseen participar de manera voluntaria en el presente Estudio.
- Adultos Mayores que estén Psicológica y Emocionalmente Estables
- Personas Mayores de 60 Años.

**CRITERIO DE EXCLUSION:**

- Adultos Mayores que no deseen participar de manera voluntaria en el presente Estudio.
- Adultos Mayores que no estén Psicológica y Emocionalmente Estables.
- Personas Menores de 60 Años.

## CAPITULO IV

### TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

#### 4.1. Técnicas de Recolección de Datos:

El proyecto fue aprobado por la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica y la ejecución del estudio fue autorizada por el Director del Hospital Santa María del Socorro de Ica. Se seleccionaron a los adultos Mayores registrados en el sistema de citas para los consultorios externos de Medicina Interna, lugar donde se les aplico la encuesta a medida que eran citados mensualmente. La técnica fue aplicada según las siguientes premisas:

- a) **La Observancia Directa.- (OD):** Son las concordancias de los hechos médicos, las mismas que son plateadas en las variables a estudiarse, al mismo tiempo que se añaden las observaciones indirectas (OI) para poder así obtener los datos proporcionados por los pacientes e involucrados del Hospital “Santas María” del Socorro de Ica, periodo: 2015, materia de investigación.
- b) **El Análisis de Contenido.- (AC):** Debe existir precisión, coherencia e igualdad de hechos reales para el estudio de la presente materia, la interpretación y el Juzgamiento de la norma procesal, en los indicadores respectivos. Para lo cual se propone el análisis social político lógico de Harold Lasswel.
- c) **Interpretación Libre de lo Observado:** En este caso, es importante realizar una interpretación real ajustada a las normas médicas que versa sobre el tema a desarrollar así como los factores que lo determinan.

- d) **Fidelidad de la Información:** Es decir, que exista concordancia entre las observaciones hechas, con los mismos instrumentos de estudio.
- e) **Validez de la Información:** Es decir, debe existir la correspondencia entre el instrumento de medición y la realidad buscada.
- f) **Precisión:** En este caso, el instrumento se define por la sensibilidad a las variaciones que se puede someter el estudio y desarrollo del presente tema.

#### **4.2. Instrumentos de Recolección de Datos:**

Se usó como instrumento una encuesta estructurada anónima y voluntaria que recogió las siguientes variables: Sexo, Edad, Estado Civil, Procedencia y Enfermedades Crónicas. Otra de las variables fue la Depresión Geriátrica en sus diferentes niveles. Dicho cuestionario es estandarizado conocido como el Test de Yesavage (versión reducida de 15 preguntas) que evalúa la depresión en sus diferentes niveles: Depresión Leve, Depresión Moderada y Depresión Severa. Los datos recolectados fueron tabulados en una base de datos en el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 21.0, previa verificación de los datos a fin de registrar posibles incongruencias o valores perdidos. Se comprobó que las variables numéricas como edad, grado de instrucción y puntaje obtenido en los test de Yesavage, tenían distribución normal mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, por lo que se procedió a usar la prueba T de Student o ANOVA para comparar las medias de edad y grado de instrucción en relación con variables dicotómicas o politómicas, respectivamente. La relación entre las variables categóricas – dependiente e independientes, se evaluó utilizando la prueba de Chi cuadrado, con un valor  $p < 0,05$ .



## **CAPÍTULO V**

### **CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS**

La contrastación de hipótesis se basa en lo que nuestro estudio pueda demostrar según los resultados obtenidos, afirmando o rechazando la hipótesis principal o planteada en el capítulo anterior de la siguiente manera:

#### **5.1. Comprobación de Hipótesis:**

**H1 =** Existe Depresión en los Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015.

**H0 =** No Existe Depresión en los Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015.

## CAPITULO VI

### PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1.

#### CARACTERÍSTICAS DE LOS ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO – 2015.

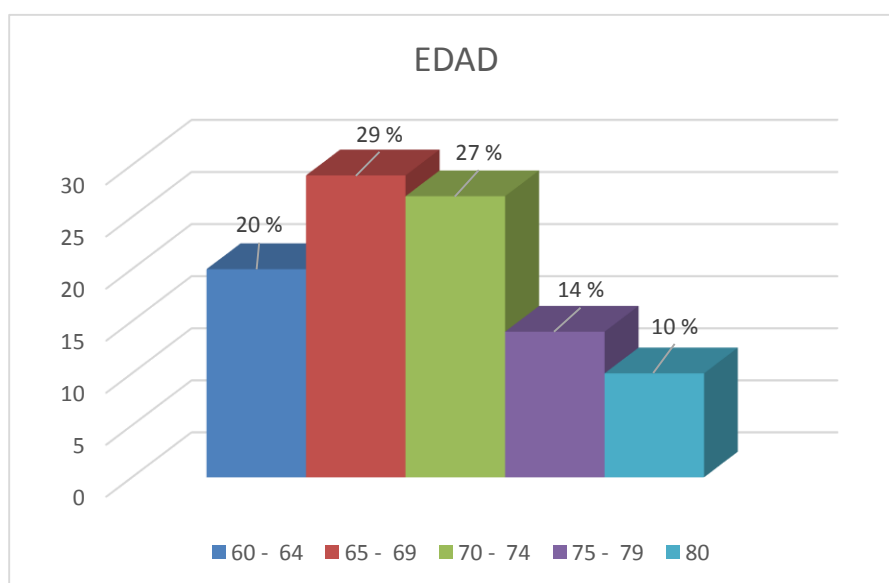
<b>Características Generales</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b><i>Edad:</i></b>		
60-64	23	20%
65-69	34	29%
70-74	32	27%
75-79	16	14%
80	12	10%
<b><i>Sexo:</i></b>		
Femenino	71	61%
Masculino	46	39%
<b><i>Procedencia:</i></b>		
Urbano	28	24%
Rural	89	76%
<b><i>Estado civil:</i></b>		
Casado, conviviente	35	30%
Soltero, viudo, divorciado	82	70%
<b><i>Clasificación:</i></b>		
Independiente	27	23%
Frágil	77	66%
Dependiente	13	11%

**Tabla 2.**

**TABLA SEGÚN EDAD DE ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES  
CRONICAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO – 2015.**

<b>EDAD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
60 – 64	23	20
65 – 69	34	29
70 -74	32	27
75 – 79	16	14
80	12	10
<b>TOTAL</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

En relación con la edad de los adultos mayores, en las edades de 60 - 64 hay una frecuencia de (20%), en las edades de 65 - 69 (29%), en las edades de 70 – 74 (27%), entre 75 – 79 (14%) y en la edad de 80 años hay una frecuencia del (10%).

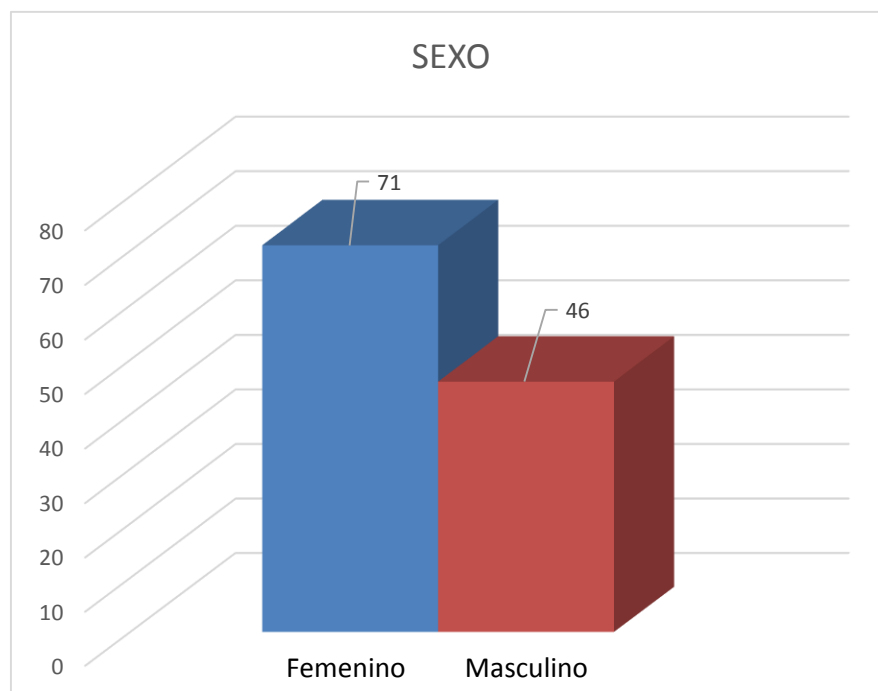


**Tabla 3.**

**TABLA SEGÚN SEXO DE ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES  
CRONICAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO - 2015.**

<b>SEXO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
FEMENINO	71	61
MASCULINO	46	39
<b>TOTAL</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

En relación con el sexo, 71 (61%) de los adultos mayores encuestados son de sexo femenino y solo un 46 (39%) de adultos mayores son de sexo masculino.

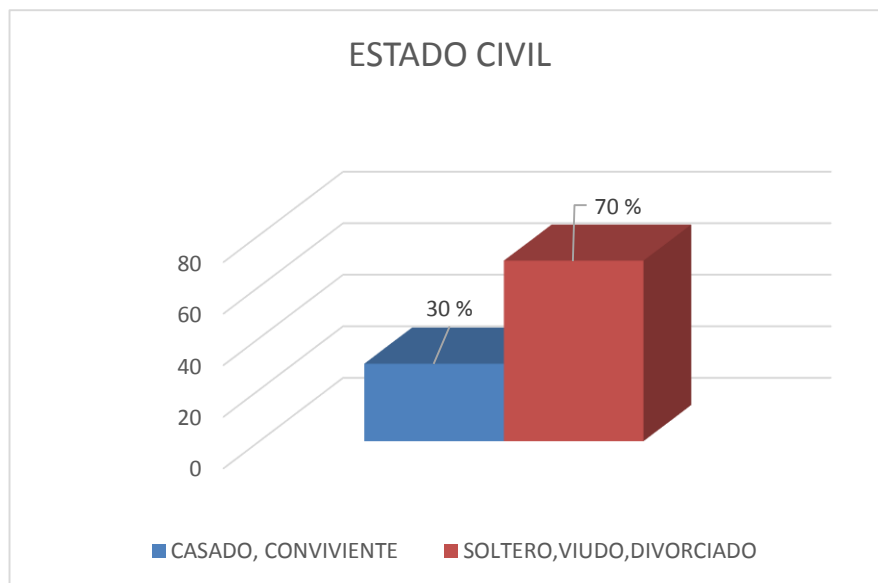


**Tabla 4.**

**TABLA SEGÚN ESTADO CIVIL DE ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRONICAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO – 2015.**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
CASADO, CONVIVIENTE	35	30
SOLTERO, VIUDO, DIVORCIADO	82	70
<b>TOTAL</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

Al respecto del estado civil de los adultos mayores en 35 (30%) son casado(a)/conviviente y el 82 (70%) de los adultos mayores encuestados son solteros, viudos y divorciados.



**Tabla 5.**

**TABLA SEGÚN PROCEDENCIA DE ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRONICAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO – 2015.**

<b>PROCEDENCIA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
URBANO	28	24
RURAL	89	76
<b>TOTAL</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

La mayoría de adultos mayores encuestados sobre depresión, proceden de la zona rural 89 (76%) y el 28 (24%) proceden de la zona urbana.

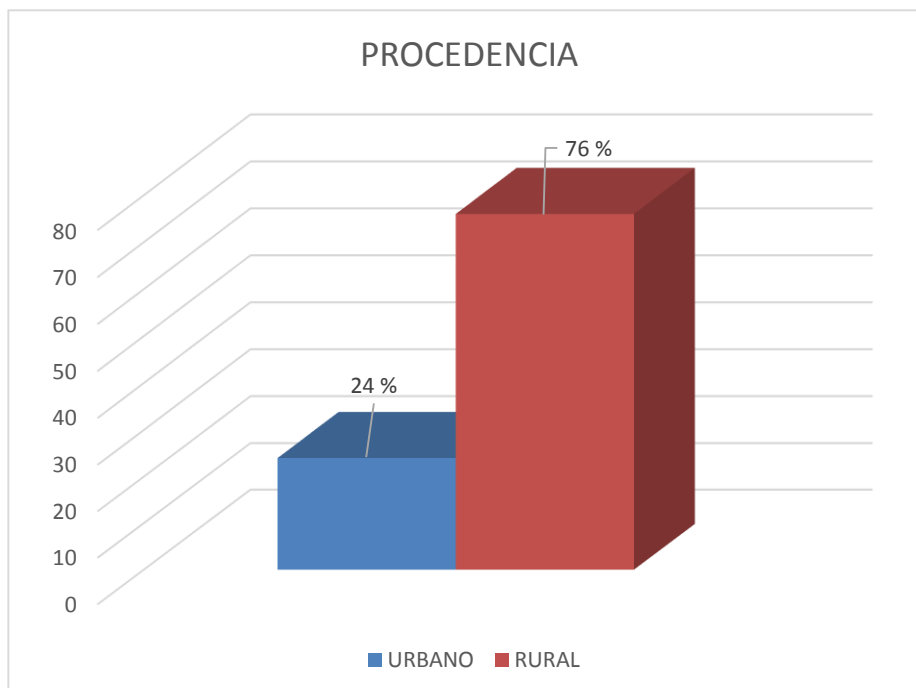
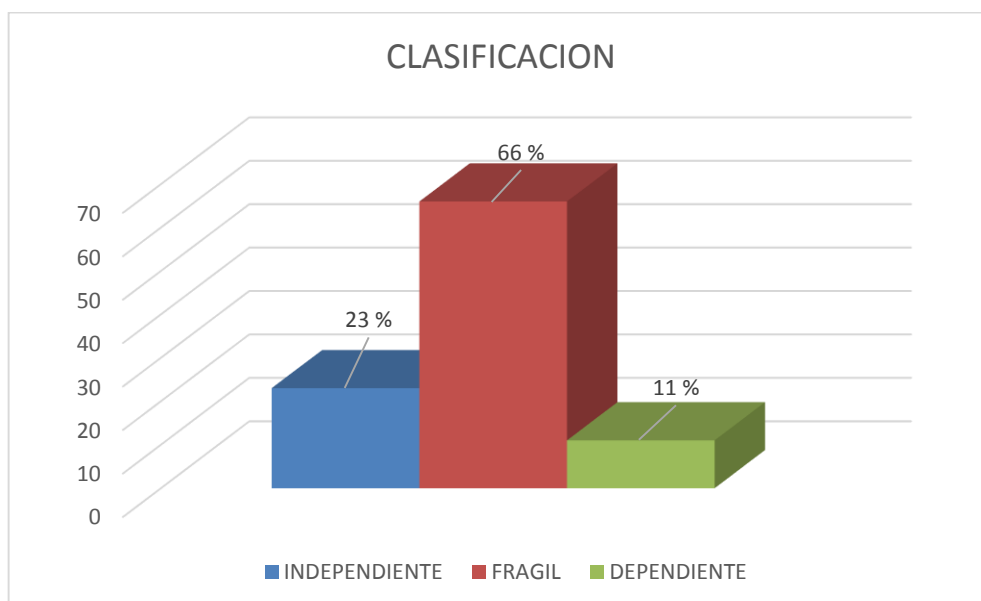


Tabla 6.

**TABLA SEGÚN CLASIFICACION DEL ADULTO MAYORE CON ENFERMEDADES CRONICAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO – 2015.**

CLASIFICACION	N°	%
INDEPENDIENTE	27	23
FRAGIL	77	66
DEPENDIENTE	13	11
<b>TOTAL</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

De los adultos mayores encuestados 27 (23%) son independientes, el 77 (66%) son adultos mayores en estado frágil y 13 (11%) son adultos mayores en estado dependiente.



**Tabla 7.**

**NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES  
CRONICAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO – 2015.**

<b>NIVEL DE DEPRESION</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
LEVE	24	21
MODERADA	74	63
SEVERA	19	16
<b>TOTAL</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

De los adultos mayores encuestados 24 (21%) presentan depresión leve, el 74 (63%) presentan depresión moderada y 19 (16%) de los adultos mayores presentan depresión severa.

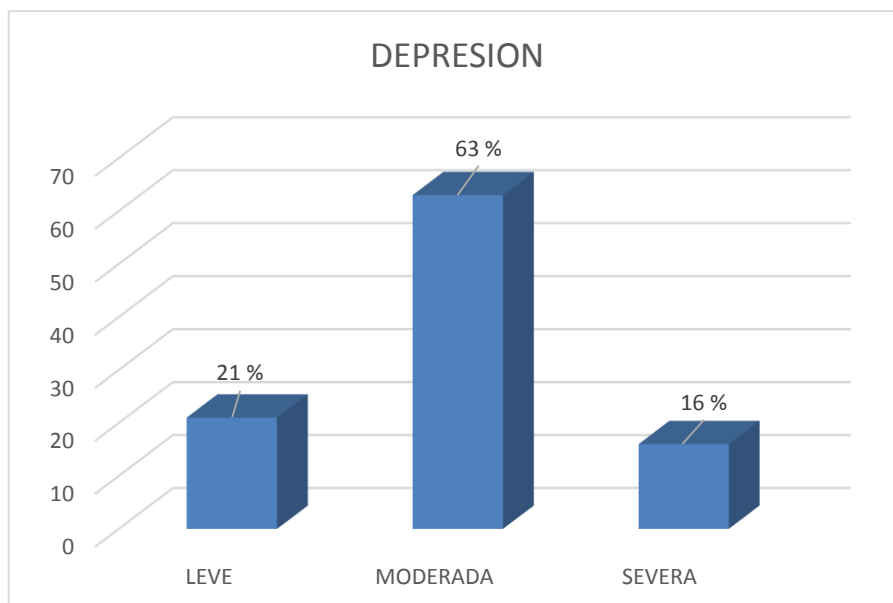


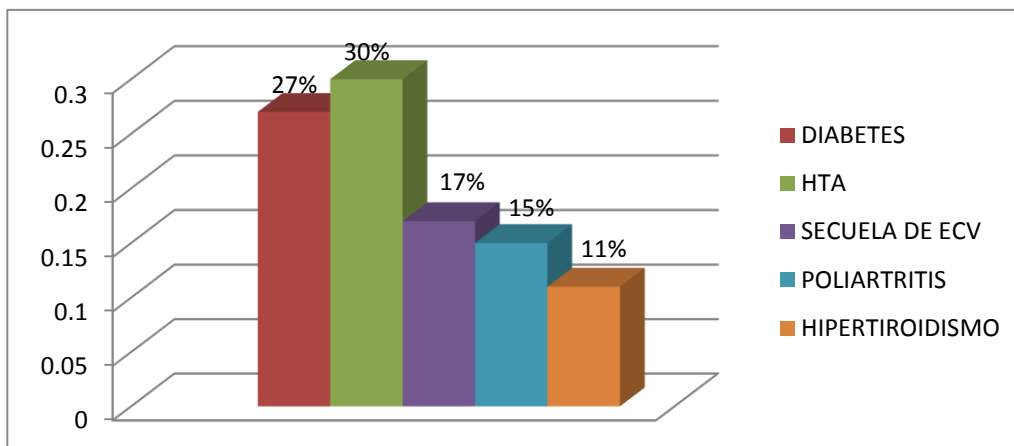


Tabla 8

**ENFERMEDADES CRONICAS DE ADULTOS MAYORES EN EL HOSPITAL  
SANTA MARÍA DEL SOCORRO - 2015.**

ENFERMEDADES CRONICAS	N°	%
DIABETES	31	27
HIPERTENSION ARTERIAL	35	30
SECUELA DE ECV	20	17
POLIARTRITIS	18	15
HIPERTIROIDISMO	13	11
<b>TOTAL</b>	<b>117</b>	<b>100</b>

De los adultos mayores encuestados 31 (27%) presentan la enfermedad de diabetes, 35 (30%) presentan hipertensión arterial, 20 (17%) de adultos mayores presentan secuelas de Enfermedad cerebro vascular, 18 (15%) presenta poliartritis y 13 (11%) de los adultos mayores presentan hipertiroidismo.



**Tabla 9.**

**ENFERMEDAD CRONICA DE ADULTOS MAYORES EN EL HOSPITAL SANTA  
MARÍA DEL SOCORRO - 2015.**

DIABETES MELLITUS	Depresión					
	Leve		Moderada		Severa	
	n	%	n	%	n	%
TOTAL: 31	4	13	22	71	5	16

De los adultos mayores encuestados con diabetes 4 (13%) presenta depresión leve, 22 (71%) presenta depresión moderada; 5 (16%) presenta depresión severa.

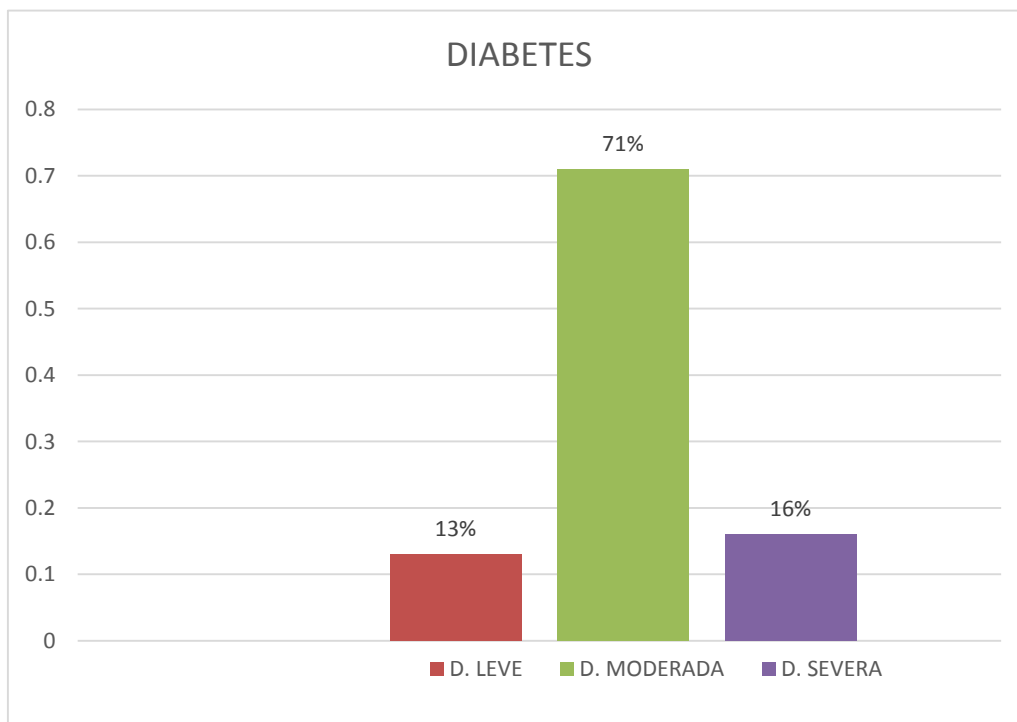


Tabla 10.

**ENFERMEDAD CRONICA DE ADULTOS MAYORES EN EL HOSPITAL SANTA  
MARÍA DEL SOCORRO - 2015.**

HIPERTENSION ARTERIAL	Depresión					
	Leve		Moderada		Severa	
	n	%	N	%	n	%
TOTAL: 35	9	26	23	66	3	8

De los adultos mayores encuestados con Hipertensión 9 (26%) presenta depresión leve, 23 (66%) presenta depresión moderada; 3 (8%) presenta depresión severa.

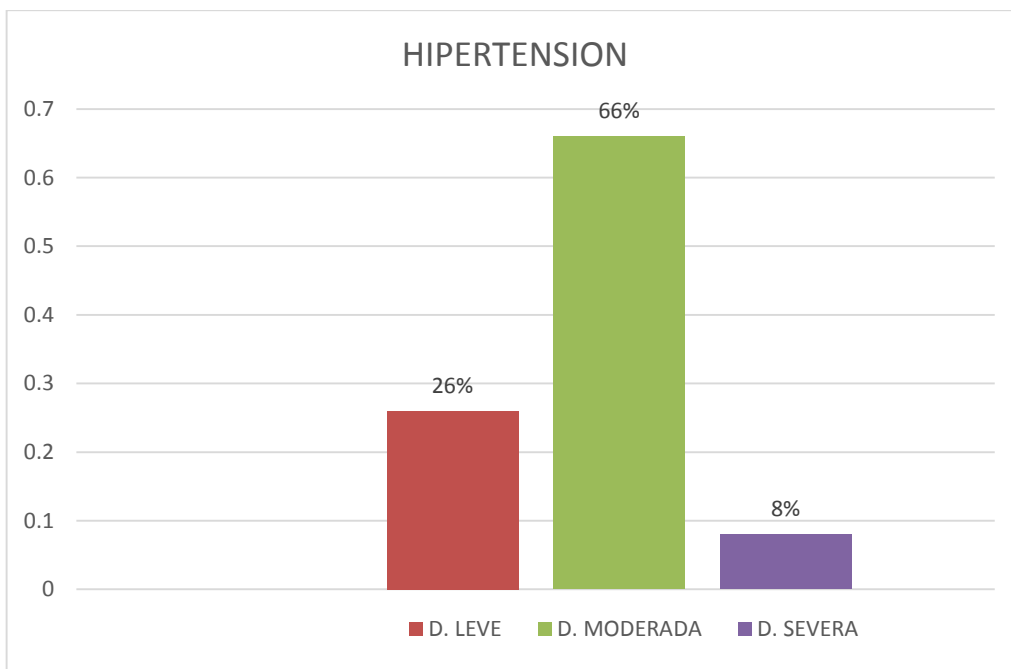


Tabla 11.

**ENFERMEDAD CRONICA DE ADULTOS MAYORES EN EL HOSPITAL SANTA  
MARÍA DEL SOCORRO - 2015.**

SECUELA DE ACV	Depresión					
	Leve		Moderada		Severa	
	n	%	N	%	N	%
TOTAL: 20	2	10	7	35	11	55

De los adultos mayores encuestados con secuela de enfermedad cerebro vascular 2 (10%) presenta depresión leve, 7 (35%) presenta depresión moderada; 11 (55%) presenta depresión severa.

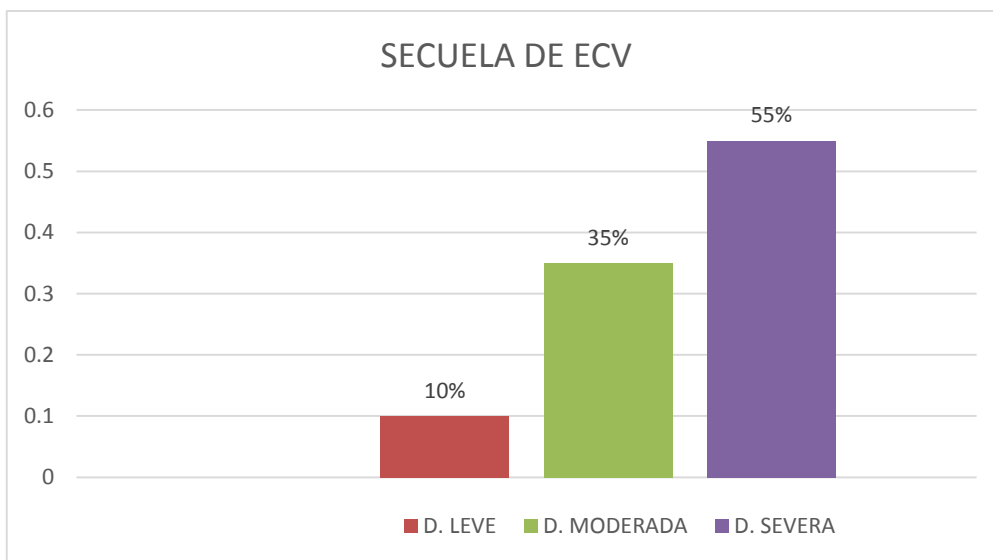


Tabla 12

**ENFERMEDAD CRONICA DE ADULTOS MAYORES EN EL HOSPITAL SANTA  
MARÍA DEL SOCORRO - 2015.**

POLIARTRITIS	Depresión					
	Leve		Moderada		Severa	
	n	%	n	%	n	%
TOTAL: 18	5	28	13	72	0	0

De los adultos mayores encuestados con poliartritis 5 (28%) presenta depresión leve, 13 (72%) presenta depresión moderada; no presentan depresión severa.

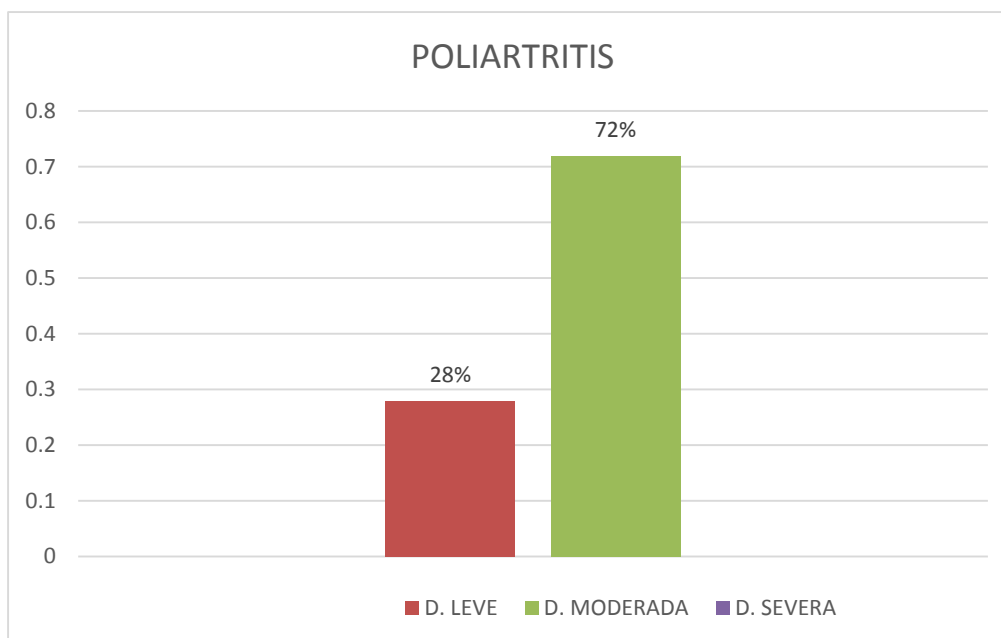
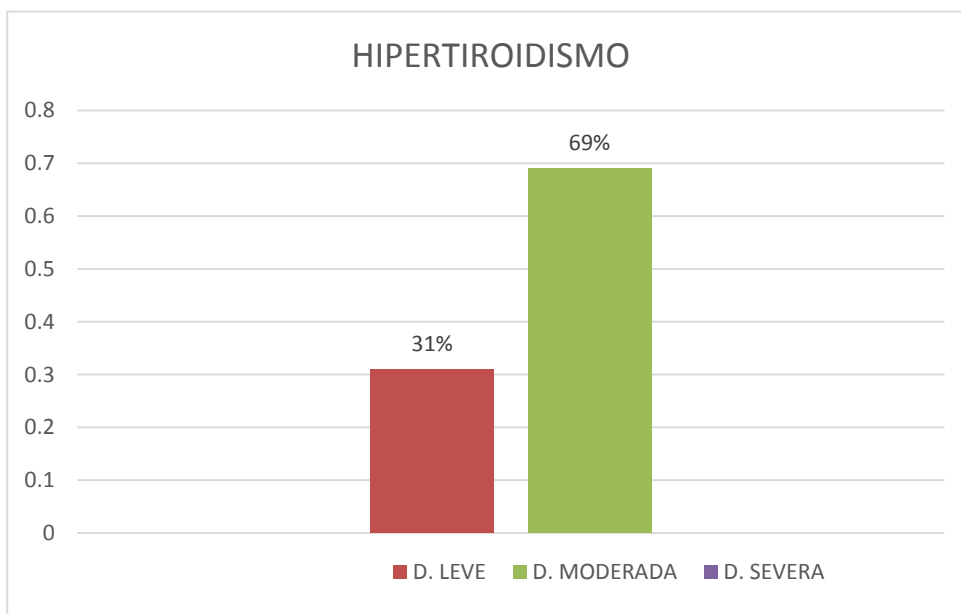


Tabla 13

**ENFERMEDAD CRONICA DE ADULTOS MAYORES EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO - 2015.**

HIPERTIROIDISMO	Depresión					
	Leve		Moderada		Severa	
	n	%	n	%	n	%
TOTAL: 13	4	31	9	69	0	0

De los adultos mayores encuestados con hipertiroidismo 4 (31%) presenta depresión leve, 9 (69%) presenta depresión moderada; no presentan depresión severa.



## DISCUSION DE RESULTADOS

La depresión es un problema de salud mental de gran impacto y complejidad en la etapa de vida de adulto mayor. Es una alteración del estado de ánimo que ocasiona la pérdida de interés para realizar las actividades diarias, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimiento de inferioridad, ideas de culpa, falta de concentración, exceso de cansancio e inutilidad, y puede ocasionar deterioro de la calidad de vida hasta el suicidio.

Una de las características importantes de este grupo es la presencia de deterioro cognitivo leve, debido -entre otros cambios- a la atrofia cerebral y engrosamiento de las meninges que ocasiona disminución de las respuestas intelectuales y capacidad de razonamiento, así como disminución en el análisis e integración de la información sensorial, provocando disminución en la memoria a corto plazo y alguna pérdida en la habilidad de aprendizaje.

Entre nuestros hallazgos también encontramos que la depresión está asociada al estado civil de los adultos mayores, tal es así que el 30% de los que eran casados o convivientes sufrían de depresión, mientras que el 82% de los que eran solteros viudos y divorciados sufrían de depresión, evidenciándose que mayor grado de depresión existía en el grupo de los Adultos Mayores solteros. Teniendo en cuenta que uno de los cambios que enfrenta el adulto mayor es atravesar el ciclo del nido vacío, pues debe experimentar en muchos casos la salida de sus hijos y la pérdida de su pareja.

En esta oportunidad, es menester indicar que en nuestro estudio podemos observar que, si se cumple lo mencionado en la literatura referencial, observando que existe sobre todo un gran número de adultos mayores con depresión

moderada lo cual no solo les ha ocasionado un cambio en su estilo de vida, sino también en el aspecto psicológico.

En cuanto a la edad, el 29% (34) tenían entre 65 y 69 años de edad, el 27% (32) tenían entre 70 y 74 años, el 20% (23) tenían entre 60 y 64 años, el 14% (16) tenían entre 75 y 79 años y el 10% (12) tenían de 80 a más años de edad ; en cuanto al sexo, el 39% (46) fueron mujeres y el 61% (71) fueron varones; en cuanto a la procedencia, el 76% (89) procedían de zonas rurales mientras que el 24% (28) procedían de zonas urbanas; en cuanto la depresión, el 63% (74) tenían depresión moderada, mientras que el 21% (24) tenían depresión leve y el 16% (19) tenían depresión severa.

Asimismo, las enfermedades crónicas están asociadas a la presencia de este problema en el adulto mayor. El incumplimiento terapéutico de estas enfermedades podría estar motivado por la presencia de depresión, que condicionaría un mayor riesgo de complicaciones en el adulto mayor y por consiguiente, menor capacidad para realizar las actividades de la vida diaria; elementos que influyen decisivamente en la presencia de depresión, creándose un círculo vicioso que podría conducir a la muerte.

Finalmente, podemos señalar que la depresión en el adulto mayor, frecuentemente, es mal o subdiagnosticada debido a que se piensa que es una consecuencia normal de la edad y una actitud característica de este grupo etario. Sin embargo, es necesario que este problema esté incluido en la sospecha clínica del facultativo debido a que tiene gran influencia en la salud mental de los adultos mayores con consecuencias en la salud física.



## CONCLUSIONES

- Según el objetivo de nuestro estudio sobre la determinación del nivel de depresión en adultos mayores, se puede concluir en que el 100% de ellos presentaban depresión, siendo la mayoría (63%) los que tenían un grado moderado de depresión.
- Dentro de las patologías crónicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, secuela de ECV, poliartritis e hipertiroidismo, los adultos mayores con enfermedad hipertensiva representaron el 30%, siendo el mayor porcentaje de adultos Mayores que presentaron depresión, de acuerdo a su estado patológico.
- Las características sociales como estado civil y grado de dependencia son elementos asociados a la presencia de depresión en el adulto mayor, el cual se comporta como un factor asociado a los diferentes niveles de depresión que puedan existir en los adultos mayores.
- Mientras existan más factores, estos harían una sumatoria con un impacto negativo sobre el estado de depresión de los adultos mayores con enfermedades crónicas, agravando aún más la situación de los mismos, razón por la cual deberían ser medidos con otros tipos de estudios.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda, crear programas de apoyo emocional para adultos mayores con diferentes patologías crónicas, sobre todo a aquellos que por alguna viven solos o en algunos casos viven sin familiar alguno.
- Se recomienda tomar en cuenta el estado depresivo de los adultos mayores para mejorar las terapias farmacológicas implantadas en los mismos y obtener un mejor resultado en cuanto a su tratamiento.
- Se recomienda realizar más estudios multifactoriales que conlleven a los diferentes estados depresivos a los adultos mayores, con la finalidad de identificar las causas verdaderas.
- Se recomienda realizar talleres de soporte emocional, donde se incluyan a los familiares con la finalidad de mejorar la integración dentro del hogar.
- Se recomienda la creación de centros de esparcimientos para adultos mayores que son atendidos en los establecimientos del MINSA, donde se les den mejores condiciones de vida.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Cárdenas M. Nivel de Satisfacción respecto a los cuidados del profesional de enfermería y depresión en Adultos Mayores del Servicio de Medicina Hospital, Regional de Ica noviembre 2015, Perú – 2015. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/566/TTPLEMelissa%20Shanel%20Cardenas%20Saire.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
2. Juárez J. Evaluación del grado de Depresión de Adultos Mayores de 60 años del Asentamiento Humano Viña Alta La Molina, Lima-Perú – 2012. Disponible en: <file:///C:/Users/FREDY/Downloads/101-305-1-PB.pdf>
3. Gonzales C. Hipotiroidismo Subclínico, Depresión y Deterioro Cognitivo en un centro de adultos mayores de lambayeque: 2012- 2014, Perú – 2014. Disponible en: <file:///C:/Users/FREDY/Downloads/document.pdf>
4. Licas M. Nivel de Depresión del adulto mayor en un centro de atención integral San Juan de Miraflores de v.m.t 2014, Peru – 2014. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4159/Licas\\_tm.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4159/Licas_tm.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
5. Salazar M. Prevalencia y Factores de riesgo psicosociales de la Depresión en un grupo de Adultos Mayores en Bogotá – 2015, Colombia – 2015. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n2/v31n2a08.pdf>

6. Ramírez V. Riesgo de depresión y factores asociados en Adultos Mayores institucionalizados en la Red de Asistencia Social al Adulto Mayor. Medellín 2015, Colombia – 2015. Disponible en: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4439/2/Riesgo\\_Depresion\\_Adultos\\_Mayores.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4439/2/Riesgo_Depresion_Adultos_Mayores.pdf)
7. Rivera J. La Depresión en la vejez: un importante problema de Salud en México, México – 2015. Disponible en: <http://revistas.usal.es/index.php/1130-2887/article/viewFile/alh201571103118/14180>
8. Susan Silk, PhD, (2013). La tercera edad y la depresión. American Psychological Association. URL disponible en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/edad.aspx>
9. Varela L., Chavez H.; Herrera A, et al. (2004) Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. Revista Diagnóstico. 42 (2). URL disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2004/mar-abr04/57-63.html>
10. Gonzales, R.; Conjuntos de actividades físico recreativas para lograr la incorporación a la comunidad y mejorar la calidad de vida del adulto mayor de la urbanización Rodríguez Domínguez del Municipio Barinas, Estado Barinas, efdeportes.com, URL disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd153/mejorar-la-calidad-de-vida-del-adulto-mayor.htm>. (Fecha de acceso: 14 de febrero del 2012).

11. Kurlowics L, Greenberg S. (2007) La escala de depresión geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés). Try this: Best practices in nursing Care to older adults. URL disponible en:  
[http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try\\_this\\_4\\_span.pdf](http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_4_span.pdf). (Fecha de acceso: 3 de agosto del 2013).
12. Boing A, Melo G, Crispim A, et al. (2012) Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. 46(4):617-23. URL disponible en:  
<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0034-89102012005000044&lng=en&nrm=iso&tlng=en>: (Fecha de acceso: 8 de enero del 2013).
13. Media Centre. World Health Organization, WHO. (2012). Depression is a common illness and people suffering from depression need support and treatment. Notas para los medio de comunicación. URL disponible en  
[http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental\\_health\\_day\\_20121009/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/en/) (Fecha de acceso: 11 de enero del 2013).
14. Durán-Badillo T. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. Enfermería Universitaria 2013;10 (2):36-42.
15. Cortés AM, Villarreal E, Galicia L, Martínez L, Vargas ER. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. Rev Med Chile 2011; 139: 725-731.
16. Molina JC y col. Prevalencia de depresión, diabetes e hipertensión arterial en pacientes geriátricos. Rev Med HJCA. 2013; 5(2):145-149.

17. Sordia LH. Menopausia: La severidad de su sintomatología y depresión. Universidad Autónoma de Barcelona. 2009.
18. Corona T y col. La mujer y la salud en México. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. 2014.
19. Cardona J, Villamil M. El sentimiento de soledad en el adulto mayor. Rev. Asoc. Colomb. Geriatr. 2006; 20(2):930-938.
20. Cardona JL, Villamil MM, Henao H, Quintero A. Concepto de soledad y percepción que desde su momento actual tiene el adulto mayor en el municipio de Bello, Colombia, 2007. Rev Fac Nac Salud Pública. 2009; 27(2):153-163.

## ANEXO N° 01:

### FICHA DE ENCUESTA

El objetivo del presente estudio es determinar el Nivel de Depresión en Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas que acuden al Hospital Santa María del Socorro de Ica.

La participación en este trabajo de investigación es voluntaria. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. La información que usted brinde en esta encuesta será recolectada de forma anónima. Su participación en el estudio no le brindará ningún beneficio económico o material, solo la satisfacción de apoyar al conocimiento científico.

Se entiende que con el llenado del presente cuestionario, usted brinda su consentimiento para participar de la investigación. Desde ya le agradezco por su participación.

**LA INVESTIGADORA.**

#### I) DATOS PERSONALES Y SOCIODEMOGRÁFICOS

Fecha de encuesta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: (0) Masculino (1) Femenino

Edad: \_\_\_\_\_ años cumplidos Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado Civil: (0) Casado (1) Conviviente (2) Soltero (3) Viudo (4) Divorciado

Convivencia: (0) Solo (1) Con su esposa/conviviente (2) Con un familiar

Instrucción: \_\_\_\_\_ años aprobados

Actividad laboral: (0) Dependiente (1) Independiente (2) Jubilado (3) Ninguna

Lugar de procedencia: (0) Urbano (1) Rural

¿Cuenta con los recursos económicos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas?

(0) Sí (1) No

Actividad Económica: (0) Actualmente Trabaja (1) Actualmente no Trabaja

Enfermedades crónicas:

[ ] Hipertensión arterial

[ ] Diabetes mellitus

[ ] Enfermedad cerebrovascular

[ ] Otros: \_\_\_\_\_

**Escala de Yesavage:**

1. ¿En general, está satisfecho/a con su vida? Sí [ ] No [ ]
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones? Sí [ ] No [ ]
3. ¿Siente que su vida está vacía? Sí [ ] No [ ]
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a? Sí [ ] No [ ]
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo? Sí [ ] No [ ]
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle? Sí No Sí [ ] No [ ]
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? Sí [ ] No [ ]
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a? Sí [ ] No [ ]
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, que salir y hacer cosas nuevas? Sí [ ] No [ ]
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente? Sí [ ] No [ ]
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo? Sí [ ] No [ ]
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil? Sí [ ] No [ ]
13. ¿Se siente lleno/a de energía? Sí [ ] No [ ]
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento? Sí [ ] No [ ]
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted? Sí [ ] No [ ]



## ANEXO N°2:

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la presente investigación, que tiene relación con mi estado de salud. Mi participación consiste en responder algunas preguntas y/o permitir que se realicen en mi persona procedimientos que no ponen en riesgo mi integridad física y emocional. Así mismo se me dijo que los datos que yo proporcione serán confidenciales, sin haber la posibilidad de identificación individual, también que puedo dejar de participar en esta investigación en el momento en que lo desee.

La C.D. Yris Yanet Martinez Buleje, alumna egresada de la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica; me ha explicado que es la responsable del Proyecto de Investigación: Depresión en Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015, y que lo está realizando como parte de la experiencia educativa para su formación como profesional para optar el grado de Magister en Salud Publica.

---

Firma del Participante  
N° D.N.I:

---

Firma de la Investigadora

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

<b>TITULO:</b> <b>“LA DEPRESION EN ADULTOS MAYORES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL HOSPITAL “SANTA MARIA DEL SOCORRO” DE ICA, PERIODO: 2015”.</b> <b>INVESTIGADORA: C.D. IRIS YNET MARTINEZ BULEJE.</b>			
PROBLEMA	OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN	HIPOTESIS	MARCO TEORICO
<p><b>Problema General.</b> ¿Cuál es el Nivel de Depresión en Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015?</p> <p><b>Problemas Específicos.</b>  <b>P. E. 1.-</b> ¿Cuál es el Nivel de Depresión Leve en Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015?  <b>P. E. 2.-</b> ¿Cuál es el Nivel de Depresión Moderada en Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015?  <b>P. E. 3.-</b> ¿Cuál es el Nivel de Depresión Severa en Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015?</p>	<p><b>Objetivo General:</b> Determinar el nivel de Depresión en Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas atendidos en el Hospital Santa María del Socorro – 2015.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b>  <b>* O.E.1.-</b> Determinar el Nivel de Depresión Leve en Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015.  <b>* O.E.2.-</b> Determinar el Nivel de Depresión Moderada en Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015.  <b>* O.E.3.-</b> Determinar el Nivel de Depresión Severa en los Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015.</p>	<p><b>Hipótesis General:</b> Existe Depresión en los Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015.</p> <p><b>Hipótesis Específicos:</b>  <b>* H.E. 1.-</b> Existe Depresión Leve en los Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015.  <b>* H.E. 2.-</b> Existe Depresión Moderada en los Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015.  <b>* H.E. 3.-</b> Existe Depresión Severa en los Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015.</p>	<p>Es posible señalar que dentro de los trastornos psicopatológicos más frecuentes, encontramos los trastornos emocionales: ansiedad y depresión; por lo que en esta oportunidad ahondaremos en la depresión, trastorno que ocupa el primer lugar dentro de las enfermedades, en este caso concreto la depresión que vienen padeciendo los adultos mayores, los mismos que cuentan con enfermedades crónicas; por lo tanto, debemos tener un constante estado de alerta que permita su detección, para poder abordarla con los tratamientos que se requieran.</p> <p>Es posible indicar que como muchas otras enfermedades, la depresión en el adulto mayor tiene características especiales y una de las principales es la tendencia que tienen a negar o a quitar importancia a su tristeza, las mismas que deviene en ahondar aún más su soledad y por ende aviva su estado de ánimo que se vuelve negativo para la búsqueda de solución frente al problema de salud que viene aquejándose. Muchas veces los adultos mayores que sufren de depresión, en lugar de manifestar que están tristes, se retraen o se aíslan o se vuelven más irritables, actitud que conlleva a tener mayores posibilidades de enfermedades crónicas.</p> <p>El adulto mayor, en otras palabras la persona anciana tiende a no quejarse de que está mal o triste, principalmente por no ser una molestia para quienes están a su cuidado, tampoco es raro que junto a la tristeza la persona deprimida note una sensación de inutilidad y baja autoestima, por lo que piensan que no merece la pena pedir ayuda, o que el médico y la familia pueden emplear su tiempo en mejores cosas.</p>