



**UNIVERSIDAD “ALAS PERUANAS” – FILIAL ICA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**“NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE LOS
AQUIJES - ICA 2016”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR: SANDRA YANET SOTELO SAYRITUPAC

ICA – PERÚ

2016

DEDICADO A:

Mis padres por brindarme la oportunidad de ser profesional, por su confianza, amor y apoyo moral e incondicional.

AGRADEZCO A:

Dios, nuestro Señor, por darme vida y salud.

A la Universidad Alas Peruanas y a sus docentes. A mi hijo quien es el motor de mi vida y me da aliento para seguir adelante.

RESUMEN

La presente investigación enfoca el nivel de depresión en los adultos mayores, tema que me interesó por que la depresión es un problema mayor en salud pública asociada a un aumento de discapacidad funcional y mortalidad, sin embargo, a pesar de ser una patología altamente tratable, la mayoría de adultos mayores no reciben tratamiento. Si a esto se añade concomitancia con enfermedades médicas, las tasas de prevalencia son también altas.

El objetivo de esta investigación es determinar el nivel de depresión en los adultos mayores del distrito de Los Aquijes de Ica en el 2016. Material y métodos, es un estudio Observacional, descriptiva, transversal, prospectiva. Se empleó la encuesta, la escala de Yesavage, única diseñada exclusivamente para este grupo de edad y traducida al castellano y validada. Escala de Yesavage, en su versión original de 30 ítems, con la que se califica no depresión (0 a 10 puntos), depresión leve-moderada (11 a 20 puntos) y depresión severa (> 20 puntos).

Se concluye que el 68.3% de los adultos mayores del distrito de Los Aquijes tienen depresión, siendo el 46.0% de nivel leve moderado y 22.3% de nivel severo. La depresión es más prevalente en el sexo masculino que en el femenino; 38.9% de adultos femeninos sin depresión y 22.2% de adultos mayores masculino sin depresión. Los adultos mayores con grado de instrucción superior tienen más frecuencia de personas con depresión 86.7%. Los adultos mayores con discapacidad o sin discapacidad no presentan diferencias marcadas en la frecuencia de depresión; 30.8% de adultos sin depresión en el grupo de discapacitados y 32% de adultos sin depresión en los no discapacitados. Los adultos mayores sin co-morbilidades son más frecuentes a no tener depresión 45.2% frente a los que tienen co-morbilidad donde solo hay 25% de adultos sin depresión. Los adultos mayores de 80 años son el grupo que más frecuente no tienen depresión 38.5%, en los de 70 a 79 años el 26.3% no tienen depresión y de 60 a 69 años el 27.8% no tienen depresión. Los adultos mayores con cónyuges vivos son más frecuentes a no tener depresión 45.7%, frente a los que sus cónyuges fallecieron donde solo hay 23.8% de adultos sin depresión.

PALABRAS CLAVE: Depresión, adulto mayor

ABSTRACT

This research focuses on the level of depression in the elderly subject that interested me so that depression is a major public health problem associated with increased functional disability and mortality, however, despite being a pathology highly treatable, most seniors do not receive treatment. If this concomitance with medical conditions is added, the prevalence rates are also high. The objective of this research is to determine the level of depression in older adults Aquijes district of Ica in 2016. Material and methods, is an observational, descriptive, transversal, prospective study. The survey, the scale of Yesavage, unique designed exclusively for this age group and translated into Castilian and validated was used. Yesavage scale, in its original version of 30 items, with which no depression (0 to 10 points), mild to moderate depression (11 to 20 points) and severe depression (> 20 points) is scored. It is concluded that 68.3% of older adults district Aquijes have depression, with 46.0% of mild moderate and severe level of 22.3%. Depression is more prevalent in males than females; 38.9% of adults without depression female and 22.2% male seniors without depression. Older adults with higher education degree are more often people with depression 86.7%. Older adults with disabilities and without disabilities have no marked differences in the frequency of depression; 30.8% of adults without depression in the group of disabled and 32% of adults without depression in the non-disabled. Older adults without co-morbidities are more common to not have depression 45.2% versus those with co-morbidities where only 25% of adults without depression. Adults over 80 years are the group most often do not have depression 38.5% in the 70 to 79 years 26.3% have depression and 60 to 69 years, 27.8% have depression. Older adults with living spouses are more common to not have depression 45.7%, compared with their spouses died where only 23.8% of adults without depression.

KEYWORDS: Depression, elderly

ÍNDICE

| | Pág |
|---------------------------|------------|
| DEDICATORIA | ii |
| AGRADECIMIENTO | iii |
| RESUMEN | iv |
| ABSTRACT | v |
| ÍNDICE | vi |
| ÍNDICE DE TABLAS | viii |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS | ix |
| INTRODUCCIÓN | x |

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

| | |
|--|----|
| 1.1. Descripción de la Realidad Problemática | 12 |
| 1.2. Formulación del problema | |
| 1.2.1. Problema general | 14 |
| 1.2.2. Problemas Secundarios | 14 |
| 1.3. Objetivos | |
| 1.3.1. Objetivos General | 14 |
| 1.3.2. Objetivo Específico | 14 |
| 1.4. Justificación e Importancia de la Investigación | 15 |
| 1.5. Limitaciones de la investigación | 16 |

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

| | |
|---------------------------------------|----|
| 2.1. Antecedentes de la investigación | 17 |
| 2.2. Bases teóricas | 24 |
| 2.3. Definición de términos básicos | 55 |
| 2.4. Hipótesis | |
| 2.4.1 Hipótesis general | 56 |
| 2.4.2 Hipótesis específica | 57 |
| 2.5. Variables | |

| | | |
|--|--|----|
| 2.5.1 | Definición conceptual de la variables | 57 |
| 2.5.2 | Definición operacional de la variable | 57 |
| 2.5.3 | Operacionalización de la variable | 58 |
| CAPÍTULO III | | |
| METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | | |
| 3.1 | Tipo y nivel de investigación | 59 |
| 3.2 | Descripción del ámbito de la investigación | 59 |
| 3.3 | Población y muestra | |
| 3.3.1. | Población | 59 |
| 3.3.2. | Muestra | 60 |
| 3.4 | Técnicas e instrumentos para la recolección de datos | |
| 3.4.1. | Técnica | 61 |
| 3.4.2. | Instrumento | 61 |
| 3.5 | Validez y confiabilidad del instrumento | 61 |
| 3.6 | Plan de recolección y procesamiento de datos | 61 |
| CAPÍTULO IV: RESULTADOS | | 62 |
| CAPÍTULO V: DISCUSIÓN | | 69 |
| CONCLUSIONES | | 71 |
| RECOMENDACIONES | | 72 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | | 73 |
| ANEXOS (MATRIZ E INSTRUMENTO) | | 76 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | Pág |
|--|-----|
| 1.- NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE LOS AQUIJES 2016 | 61 |
| 2.- NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE LOS AQUIJES 2016 SEGÚN GÉNERO | 62 |
| 3.- NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE LOS AQUIJES 2016 SEGÚN EDAD | 63 |
| 4.- NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE LOS AQUIJES 2016 SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN | 64 |
| 5.- NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE LOS AQUIJES 2016 SEGÚN SUPERVIVENCIA DEL CÓNYUGE | 65 |
| 6.- NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE LOS AQUIJES 2016 SEGÚN CO-MORBILIDAD | 66 |
| 7.- NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE LOS AQUIJES 2016 SEGÚN DISCAPACIDAD | 67 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| 1.- NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE LOS AQUIJES | 61 |
| 2.- NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES SEGÚN GÉNERO | 62 |
| 3.- NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES SEGÚN EDAD | 63 |
| 4.- NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN | 64 |
| 5.- NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES SEGÚN SUPERVIVENCIA DEL CÓNYUGE | 65 |
| 6.- NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES SEGÚN CO- MORBILIDAD | 66 |
| 7.-NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES SEGÚN DISCAPACIDAD | 67 |

INTRODUCCIÓN

La depresión es un síndrome clínico, con una elevada tendencia a la cronicidad, y a las recurrencias. Existe la idea, en algunas personas e incluso para algunos profesionales sanitarios, de que la depresión es un hecho normal en el proceso de envejecimiento del ser humano. Con los conocimientos disponibles, al menos en el momento actual, dicha afirmación no puede considerarse adecuada. La depresión no es una inevitable consecuencia de las pérdidas y cambios que acontecen en esta etapa de la vida, sobre todo, si la depresión continúa más allá de los 2 meses de haberse producido, así, la pérdida de un ser querido es la causa más frecuente de sufrimiento emocional en el grupo de gente mayor, lo cual condiciona una disminución significativa de la calidad de vida en este grupo.

Por otro lado, la depresión en el mayor, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la responsable (la cuarta causa en importancia) de una considerable carga global de discapacidad relacionada con la enfermedad. Su presencia en las consultas de Atención Primaria (AP) es muy notoria. Es la enfermedad mental más común en la gente mayor; la tercera causa más frecuente de consulta en este nivel asistencial; y el más común de los trastornos psicopatológicos en mayores que viven en Residencias. Las consecuencias que acarrea su presencia son múltiples. Declive funcional y diferentes grados de discapacidad (incluyendo días en cama y días apartados de las actividades habituales). Cambios en las AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria).

Pérdida de calidad de vida, Incremento de la morbilidad y de la mortalidad. Los síntomas depresivos en las personas mayores se han asociado a la presencia de una o más enfermedades crónicas, además de incrementar la mortalidad 2-3 veces en relación con los mayores no deprimidos, siendo este dato independiente de las enfermedades físicas coexistentes. (1)

La depresión mayor también aumenta en un 59% el riesgo de mortalidad a 1 año en mayores ingresados en Residencias. Aumento de la demanda y de la sobrecarga de los cuidadores, mayor utilización de los recursos sanitarios. Los mayores deprimidos consultan entre 2 y 3 veces más a menudo que los no deprimidos.

Pobre adherencia al tratamiento médico. Los mayores deprimidos presentan un cumplimiento terapéutico 3 veces menor que los mayores no deprimidos, en relación con la participación en el tratamiento (fármacos prescritos, actividad física, dieta, conductas relacionadas con la salud, vacunaciones y consultas) Institucionalización inapropiada. Relación directa entre la depresión en el mayor y la sobrecarga médica, ya que los síntomas depresivos de larga evolución aumentan la carga médica y la mortalidad. Disrupción familiar, menos del 50% de los mayores deprimidos (algunos autores lo sitúan entre el 20% y el 30%) recibe un correcto diagnóstico. Como consecuencia tampoco recibirán, la mayoría de ellos, una terapéutica adecuada.

La depresión es una enfermedad tratable, aún cuando pueda tener múltiples causas que requieran de intervenciones multifactoriales, y puede beneficiarse de un diagnóstico a tiempo y de un tratamiento adecuado, que puede constatarse en áreas como: Mejora de la calidad de vida del paciente y la de sus cuidadores, mantenimiento óptimo de los niveles de función e independencia, mejora del estado físico de salud y de la autopercepción del mismo, prevención del sufrimiento, disminución de mortalidad prematura, disminución de los costes en los cuidados de la salud asociados.(2)

El cuidado gradual o escalonado, en función de la intensidad del tratamiento y de la coordinación con los diferentes niveles asistenciales, ha demostrado una mejoría en la respuesta clínica más allá de los 6 meses.

Siendo que la población de adultos mayores está en aumento a nivel mundial y también en el Perú se aborda el problema en esta investigación sobre la base de conocer la prevalencia de la depresión en este grupo etario, así como las características de esta comunidad, en el marco del deber de toda enfermera influenciar positivamente en la calidad de vida de estas personas.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

El tema del adulto mayor se ha presentado como la temática emergente de mayor relevancia de las últimas dos décadas, sobre todo si se considera que esta población ha experimentado un crecimiento notorio, como respuesta a numerosos factores, que se han conjugado para sustentar una mayor esperanza de vida.

La prevalencia de los trastornos depresivos es similar en los países occidentales y menor en países del lejano oriente, con tasas que oscilan entre 4 a 20%. Esto puede reflejar la verdadera variación en los determinantes de la depresión debido a factores culturales o genéticos, sesgos de selección de muestras, tasas de respuesta a la encuesta, características metodológicas de las encuestas, y problemas con la portabilidad cultural de los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM- versión IV.

Estudios específicamente en Colombia demuestran una prevalencia de depresión en el adulto mayor de 9.6%.(2)

La depresión es un problema mayor de salud pública asociada a un aumento de discapacidad funcional y mortalidad. En estudios realizados en Perú, la depresión mayor definida de acuerdo a los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV, tiene una prevalencia puntual de aproximadamente 8 a 10% en mujeres y 3 a 5%

en varones, y una prevalencia de vida de aproximadamente el doble de la prevalencia puntual.(3)

Al considerar como grupo etáreo separado a los adultos mayores, la depresión sí está considerada como uno de sus mayores problemas de salud; sin embargo, a pesar de ser una patología altamente tratable, la mayoría de adultos mayores no reciben tratamiento. Si a esto se añade concomitancia con enfermedades médicas ya sean agudas o crónicas, las tasas de prevalencia son también altas, especialmente si los adultos mayores que están en casas de reposo o centros de asistencia.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) En el año 2013, las personas adultas mayores representan el 9,2% de la población total del país, es decir, 2 millones 807 mil 354 personas sobrepasan el umbral de 60y más años de edad. La edad promedio de este grupo poblacional está alrededor de los 69 años. En la composición por sexo se observan diferencias, constatándose una mayoría femenina de 53,3% frente a 46,7%de población masculina.

En la sierra, en las ciudades de Huaraz, Cajamarca y Ayacucho se encontró una prevalencia de vida de episodio depresivo de 16.2%, en Pucallpa y Tarapoto, en el año 2004, se encontró una prevalencia de vida de episodio de depresión de 21.4%.(4)

En los Aquijes el 7%de la población son adultos mayores, por lo que es menester realizar una investigación sobre la depresión en este grupo etáreo, aun con mayor énfasis por lo que es una población que en su mayoría se dedica al trabajo en el campo, la crianza de ganado entre otros.

En muchos casos los adultos mayores se quedan solos en casa, a la espera de que sus familiares vuelvan por las tardes de sus trabajos.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es el nivel de depresión en los adultos mayores del distrito de Los Aquijes de Ica en mayo del 2016?

1.2.2. Problemas específicos

1.2.2.1. ¿Cuál es el nivel de depresión según el género en los adultos mayores del distrito de Los Aquijes de Ica en el 2016?

1.2.2.2. ¿Cuál es nivel de depresión según edad en los adultos mayores del distrito de Los Aquijes de Ica en el 2016?

1.2.2.3. ¿Cuál es el nivel de depresión según grado de instrucción en los adultos mayores del distrito de Los Aquijes de Ica en el 2016?

1.2.2.4. ¿Cuál es el nivel de depresión según supervivencia del Cónyuge en los adultos mayores del distrito de Los Aquijes de Ica en el 2016?

1.2.2.5. ¿Cuál es el nivel de depresión según co-morbilidad en los adultos mayores del distrito de Los Aquijes de Ica en el 2016?

1.2.2.6. ¿Cuál es el nivel de depresión según discapacidad en los adultos mayores del distrito de Los Aquijes de Ica en el 2016?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar el nivel de depresión en los adultos mayores del distrito de Los Aquijes de Ica en el 2016.

1.3.2. Objetivos específicos

- 1.3.2.1.** Determinar el nivel de depresión según el género en los adultos mayores del distrito de Los Aquijes de Ica en el 2016.
- 1.3.2.2.** Determinar el nivel de depresión según edad en los adultos mayores del distrito de Los Aquijes de Ica en el 2016.
- 1.3.2.3.** Determinar el nivel de depresión según grado de instrucción en los adultos mayores del distrito de Los Aquijes de Ica en el 2016.
- 1.3.2.4.** Determinar el nivel de depresión según vitalidad del cónyuge en los adultos mayores del distrito de Los Aquijes de Ica en el 2016.
- 1.3.2.5.** Determinar el nivel de depresión según co-morbilidad en los adultos mayores del distrito de Los Aquijes de Ica en el 2016.
- 1.3.2.6.** Determinar el nivel de depresión según discapacidad en los adultos mayores del distrito de Los Aquijes de Ica en el 2016.

1.4. Justificación e importancia de la investigación

La depresión se ha convertido en una pandemia. Cada año, miles de personas, sin importar su estatus, nacionalidad, edad o condición social se deprimen. Incluso, se estima que la cuarta parte de la población mundial puede estar pasando o pasará alguna vez por un cuadro depresivo. Es una enfermedad tan importante, que en 10 años será la primera causa de incapacidad clínica en el mundo.

El adulto mayor es el grupo etéreo que presenta frecuentemente descuido de parte de la sociedad y de los familiares, es un grupo que presenta una serie de enfermedades concomitantes, muchos de ellos invalidantes que

limitan el desarrollo libre de sus actividades, todo ello aunado a un estado solitario hace que esté vulnerable para presentar una enfermedad más como es la depresión, es por ello que influir en ellos como un tratamiento global que involucre al propio paciente así como a sus familiares puede disminuir la prevalencia de esta enfermedad que redundará en menor gasto para los familiares, una mejor calidad de vida para el adulto mayor y una mejor empatía entre ellos y sus familiares.

El personal de enfermería juega un importante papel en este problema pues una de sus labores es la actividad preventiva promocional, por lo que es relevante conocer la realidad de depresión en los adultos mayores y si los adultos mayores presentan algún nivel de depresión en el distrito de Los Aquijes y poder luego trazar estrategias de intervención por parte del personal en conjunto y mejorar la calidad de vida de estas personas.

1.5. Limitación de la investigación

Durante la investigación se presentaron en algunos ancianos poca comunicación y algunos, poca colaboración por lo que se buscó técnicas para obtener los datos, en muchos casos ponerse al mismo nivel que los encuestados a la hora de hablarles, evitar vocabularios técnicos; usando palabras o frases que los ancianos puedan entender.

También se procuró que las preguntas sean simples, claras, en voz alta para que los ancianos puedan entender y responder realmente a lo que se está preguntando.

Hubo poca disponibilidad de parte de los familiares ya que muchos se encontraban laborando en sus actividades diarias u otros no querían que los encuesten porque se encontraban solos y tenían que esperar a algún familiar para poder encuestarlos.

La investigación obtiene datos de ancianos del distrito de Los Aquijes por lo que es una realidad que no es igual que otros lugares.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. INTERNACIONALES

Sotelo Alonso, I; Rojas Soto, JE; Sánchez Arenas, C; Irigoyen Coria, A. **La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención México. 2012.** Estudio de tipo descriptivo, transversal, prospectivo. Nivel descriptivo, en base a encuestas, se concluye que las causas de depresión son: las quejas de la vida rutinaria, la incapacidad para hacer frente al estrés familiar, el aislamiento social, el cambio de roles y los problemas financieros comunes a miles de familias justificaría programas de educación continua sobre depresión; los ancianos acuden mayor número de veces a los servicios de salud y en aquellos ancianos que se encuentran hospitalizados con frecuencia se complican aumentando la estancia hospitalaria y los costos humanos y financieros de la atención.(5)

Von Mühlenbrock F. Gómez R. González M. Rojas A. Vargas L. Von Mühlenbrock C. **Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Militar de Santiago. 2011.** Objetivos: Describir la prevalencia de la depresión en pacientes adultos mayores admitidos en un Servicio de Medicina Interna. Métodos:

Se entrevistó a 131 pacientes, 64 mujeres y 67 hombres, edad media de 74,35 (DE 8,23) años. La prevalencia de la depresión fue de 22,13% (29), 28,12% (18) en mujeres y 16,41% (11) en hombres. (6)

Rosas Cortés A. **Evaluación geriátrica integral del adulto mayor México. 2011.** Material y Métodos: Una evaluación transversal de 324 sujetos mayores de una edad media de 70 años (57% mujeres) beneficiarios del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Querétaro. Resultados: De los sujetos estudiados, el 25% tenían depresión. Conclusiones: El panorama general de salud de esta población es alentador, teniendo en cuenta que más de la mitad no se vean afectadas funcionalmente. (7)

Estrada, A. Cardona, D. Segura, A. Ordóñez, J. Osorio, J. Chavarriaga, L. **Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. Colombia. 2013.** Este estudio tuvo como objetivo explorar los factores asociados con síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados. Se realizó un estudio transversal en 276 adultos mayores de Centros de Bienestar del Anciano de Medellín. Se valoraron características demográficas, funcionales, ansiedad, salud percibida, redes de apoyo, estado nutricional y calidad de vida. Prevalencias de sintomatología depresiva fueron similares por sexo y edad ($p > 0.05$). Adultos dependientes para la realización de actividades cotidianas, tuvieron mayores porcentajes de síntomas de depresión ($p < 0.001$). Altos niveles de ansiedad (OR = 2.74), deterioro funcional (OR = 2.82), ningún grado de formación académica (OR = 3.70) y mujeres parcialmente dependientes (OR = 21.89) se asociaron con mayor probabilidad de presentar síntomas de depresión ($p < 0.05$). En general, pérdida de roles, estado de dependencia y calidad de vida disminuida aumentan la sintomatología depresiva.(8)

Borda Pérez M. Anaya Torres M. Pertuz Rebolledo M. Romero de León L. Suárez García A. Suárez García A. **Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla Colombia 2013.** Objetivo: Establecer la prevalencia y factores de riesgo para depresión en adultos de 65 - 95 años de centros de cuidado geriátrico de Barranquilla. Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal, con análisis de casos y controles. Participaron 66 adultos mayores. Se aplicó encuesta de factores de riesgo, Minimental Test y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Se estudiaron las variables independientes: edad, sexo, nivel educativo, ingresos económicos, fuentes de ingresos, comorbilidad y tipo, polifarmacia, y tipo de institución. Se realizó análisis bivariado de depresión y las variables independientes. Resultados: La prevalencia de depresión fue de 36.4 %, y predominó la leve (24.2 %). Fueron factores de riesgo: nivel educativo: primaria incompleta (OR: 1,9, IC 95 %:0,02 - 5,43, p: 0,0090) y presentar trastornos neurológicos y psiquiátricos (OR: 6,6, IC 95 %: 1,21 - 35,9, p: 0,0215). Presentaron fuerza de asociación significativa: el sexo masculino y ser soltero. Mostraron fuerza en la asociación no significativa, la fuente de ingresos, los ingresos económicos menores de 1 salario mínimo legal vigente (SMLV), la polifarmacia y el tipo de hogar. Conclusiones: La depresión está en un tercio de la población institucionalizada, en este estudio afectó a los adultos con primaria incompleta y algún trastorno neurológico o psiquiátrico. Asimismo, los hombres, los solteros, los que tienen ingresos muy bajos, que provienen de las familias con ingresos menores a 1 salario mínimo, que tienen hipotensión arterial y viven en hogares geriátricos públicos.(9)

Agudelo-Suárez A. Posada-López A. Meneses-Gómez E. **Salud mental en adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública de Medellín, Colombia. 2015.** Objetivos. Determinar la prevalencia de mala salud mental, depresión y sus factores

asociados en adultos mayores atendidos en la Empresa Social del Estado (ESE) Metrosalud. Materiales y métodos. Estudio transversal mediante muestreo bietápico en las unidades hospitalarias y centros de salud adscritos a la red de la ESE Metrosalud de Medellín. Participaron 342 adultos de 65 y más años (58,2% mujeres). Resultados. La población adulta mayor sin estudios de ambos sexos (ORa 7,61; IC 95%: 2,49-23,34), las mujeres viudas (ORa 2,78; IC 95%: 1,21-6,40) y los hombres y mujeres con bajo apoyo social (ORa 3,05; IC 95%: 1,65- 5,66), reportaron mayor riesgo de mala salud mental, con respecto a sus contrapartes de referencia. Conclusiones. Se encontró una alta prevalencia de depresión en la población estudiada, con diferencias de acuerdo con factores sociodemográficos, lo que sugiere la situación de vulnerabilidad social en este colectivo que impacta en su situación de salud.(10)

Acosta Quiroz C. García Flores R. **Ansiedad y depresión en adultos mayores. México 2013.** objetivo determinar el funcionamiento psicológico en adultos mayores del noroeste de México. Participaron 82 sujetos jubilados y pensionados, quienes respondieron la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en su versión corta en español, así como la versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck, para medir los constructos de depresión y ansiedad, respectivamente, tomados como indicadores de funcionamiento psicológico. Los resultados indican alta prevalencia de ansiedad y depresión en los participantes, mas no se identificó relación de estos con el sexo y estado civil.(11)

Pérez Cruz E. **Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor México 2014.** Métodos: Estudio transversal que se realizó en población geriátrica de la consulta externa de un Hospital Público de referencia de Alta Especialidad de la Ciudad de México. El estado nutricional se clasificó mediante la Evaluación Mínima Nutricional (MNA), el Índice de Quetelet se clasificó acorde a la

Organización Mundial para la Salud. La depresión se evaluó mediante la Escala de Depresión Geriátrica (GDS). La funcionalidad se obtuvo mediante el Índice de Katz. Las diferencias entre grupos se analizaron usando la prueba de Chi cuadrada y t-student. La asociación entre el MNA y GDS, así como la determinación de factores predictores para desnutrición se analizó usando análisis multivariado y se determinó la razón de momios (RM). Resultados: 96 pacientes de ≥ 65 años fueron evaluados, 79,2% fueron mujeres. El 15,5% de la población se clasificó con adecuado estado nutricional, el 72,2% con riesgo de desnutrición y 11,3% con desnutrición. La prevalencia de depresión fue de 63,9%. El análisis de regresión múltiple reveló que la depresión y el sexo masculino son factores predictores independientes de desnutrición. La depresión se asoció positivamente con desnutrición en RM 2,4 (IC 95% 0,79-7,38). Para los individuos del sexo masculino la RM para desnutrición fue de 1,42 (IC 95% 1,0-2,0). Conclusión: La depresión y el sexo masculino están fuertemente asociados con el riesgo de desnutrición en los adultos mayores. (12)

Aldana Olarte R. **Análisis de la depresión en el adulto mayor en la encuesta nacional de demografía y salud 2010 Colombia.** Metodología: Estudio de corte transversal sobre 50.000 hogares con 17.574 adultos mayores encuestados. Se realizó una regresión logística binaria y múltiple para establecer las variables asociadas a la depresión. Resultados: Se encontró una prevalencia global de 9,5%, siendo mayor para el sexo femenino (11,5%, OR =1,74), menor prevalencia de depresión a medida que aumenta la escolaridad (OR=0.14), mayor depresión en presencia de discapacidad (OR=14,21) y en las comorbilidades como enfermedades cerebrales (OR=2.09), cardíacas (OR=1.49), diabetes (OR=1.19), Alzheimer (OR=2,13) entre otras, no se encontró asociación con variables como edad, estado civil. (13)

2.1.2. NACIONALES

Arias, W. Yopez L. **Felicidad, depresión y creencia en la benevolencia humana en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. Universidad San Ignacio de Loyola 2014.** En este estudio se analizan las relaciones entre la felicidad, la depresión y la creencia en la benevolencia humana en un grupo de adultos mayores que se encuentran institucionalizados y en otro grupo que vive con su familia. Se utilizó la Escala de Felicidad de Lima (EFL), la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y la Escala de Creencia en la Benevolencia Humana. Se halló que no hay diferencias significativas en los niveles de depresión de ambos grupos de adultos mayores, siendo sus puntuaciones muy bajas, pero sí hubo diferencias significativas en felicidad y en los factores de sentido positivo de la vida y satisfacción con la vida a favor de los adultos mayores que viven con sus familias. También se encontraron relaciones negativas entre la creencia en la benevolencia humana y la depresión para el grupo de adultos mayores no institucionalizados, así como relaciones negativas con la realización personal para el grupo que está institucionalizado. (14)

Licas Torres M. **Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.T 2014** Lima Perú. Objetivo determinar el nivel de depresión de los adultos mayores que acuden al centro de atención integral del adulto mayor. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 73 adultos mayores, siendo la técnica de muestreo el aleatorio simple. La técnica empleada fue la entrevista y como instrumento se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica - El Test de Yesavage para adultos mayores. Se concluyó que los adultos mayores que acuden al centro de atención "TaytaWasi" presentan un nivel de depresión leve. (15)

Orosco C. **Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. 2015.** El presente estudio se enfocó en los niveles de depresión y autoestima en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. Las muestras estuvieron conformadas por 40 participantes sujetos institucionalizados y 45 no institucionalizados, los cuales fueron adultos mayores de estrato socioeconómico medio alto, con edades superiores a los 65 años. Se aplicaron el Inventario de Depresión de Beck - segunda versión (BDI-II) y el Inventario de Autoestima de Coopersmith (versión adultos). Por los resultados obtenidos se observó que existe una relación significativa e inversa entre la depresión y la autoestima en los grupos estudiados. Por otro lado, se encontró que al comparar los grupos con los niveles de depresión y autoestima estos presentan resultados similares. (16)

Torres Moreno I. **Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores. Trujillo. 2011.** Objetivo: Determinar la relación entre la depresión y la percepción de funcionalidad familiar en los adultos mayores que acuden a la consulta externa del H I Moche ESSALUD. Pacientes y métodos: El diseño del estudio fue descriptivo, transversal, correlacional, se efectuó en una muestra de 150 adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó la Escala de depresión geriátrica de Yesavage de 15 ítems y el test de APGAR para evaluar funcionalidad familiar. Resultados: Se encontró que el 31% presentaba algún grado de depresión y el 50% percibía a su familia como disfuncional. El análisis estadístico de Chi cuadrado, mostró una asociación significativa ($p < 0.05$) y un nivel de asociación del 43%. Conclusiones: Existe relación entre la depresión y la funcionalidad familiar y entre ellas el nivel de asociación es moderada. Palabra clave: depresión, funcionalidad familiar, adulto mayor. (17)

2.1.3 LOCALES

Pévez-Hernández C. **Características socio-demográficas y clínicas asociadas a depresión mayor Hospital Augusto Hernández Mendoza. 2011.** Objetivo: Identificar las características socio-demográficas y clínicas que influyen en la depresión mayor en pacientes con artritis reumatoide atendidos en el Hospital EsSalud “Augusto Hernández Mendoza” durante los meses de julio a diciembre 2011. Materiales Y Métodos: Se desarrolló un estudio observacional, descriptivo y transversal, que incluyó una muestra de 175 pacientes con artritis reumatoide atendidos en el consultorio de reumatología. Se usaron las pruebas de Chi cuadrado para determinar la relación entre las variables. Se empleó una ficha de recolección de datos, en la que se incluyeron las características socio-demográficas, clínicas de los pacientes. Y el test de Edimburgo. Resultados: La mayoría de los pacientes fueron adultos (135; 77,1%), de sexo femenino (162; 92,6%), con antecedente personal (77,1%) y familiar (53,7%) de depresión, moderado o alto compromiso articular (40,57% y 55,43%, respectivamente). La depresión se halló en 28 (16%) de ellos y se asoció a la ubicación de la vivienda ($p=0,001$), el grado de dependencia ($p=0,000$) y el compromiso articular ($p=0,024$). Conclusiones: la depresión mayor está presente en los pacientes con artritis reumatoide y se asocia a la zona donde se ubica la vivienda, así como al grado dependencia y el compromiso articular de la enfermedad.(18)

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. DEPRESIÓN

La depresión en el adulto mayor es un trastorno del estado de ánimo que se acompaña de diversos síntomas en el que 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, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. La base para distinguir estos cambios patológicos de cambios ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, la presencia de otros síntomas y el grado de deterioro funcional y social que lo acompaña.

GRADOS DE DEPRESIÓN

- **Depresión leve;** se caracteriza por presentar síntomas como la tristeza, cierta apatía, falta de autoestima, cansancio, falta de interés. No afecta nuestra vida cotidiana y/o actividades diarias.
- **Depresión moderada;** su intensidad va ganando fuerza respecto a la depresión leve de forma que ya se empieza a paralizar la vida diaria de la persona enferma.
- **Depresión severa;** o grave se caracteriza por una pérdida total de interés por la vida, por pensamientos frecuentes de suicidio y por la desaparición de las fuerzas físicas.

Al menos cinco de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo:

1. Ánimo deprimido casi todo el día, casi cada día, sugerido por reporte subjetivo o por la observación de otros.
2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (anhedonia, apatía).
3. Significativo aumento o pérdida de peso (más de 5% del peso corporal en un mes), o disminución o incremento en el apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.

5. Agitación psicomotora o enlentecimiento casi cada día (observable por otros, no la sensación subjetiva).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada casi cada día.
8. Disminución de la capacidad para concentrarse o pensar, o marcada indecisión, casi cada día.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico, o un intento de suicidio, o un plan específico para cometerlo.

El síndrome depresivo es un trastorno del afecto, el cual puede presentarse como parte de diferentes entidades clínicas específicas con episodio depresivo mayor, trastorno bipolar, distimia, ciclotimia, reacción de ajuste con ánimo depresivo o a manera de un trastorno orgánico depresivo (depresión secundaria). Los factores psicológicos de riesgo son similares en todos los grupos de edad e incluyen la culpa y los patrones de pensamiento negativos. La disfunción cognitiva es otro factor de riesgo importante.

2.2.2. Adulto mayor características fisiológicas.

Desde el ámbito fisiológico, el envejecimiento conlleva cambios en los sistemas cardiovascular, respiratorio, metabólico, motriz, etc..., que a su vez van a interactuar sobre las capacidades psicológicas, tal como veremos en el apartado siguiente, que merman las capacidades de resistencia y agilidad de los ancianos, con los consiguientes perjuicios para su autonomía, calidad de vida y su habilidad y capacidad de aprendizaje motriz.

El ejercicio físico va a ser una de las herramientas fundamentales para retrasar la involución, prevenir de ciertas enfermedades y contribuir al mantenimiento de sus habilidades motrices y con ello

los beneficios que aporta como las relaciones sociales, los buenos estados de ánimo y el ahorro en medicamentos y acciones de cura.

El Sistema Nervioso:

Las alteraciones anatómicas como químicas o de funcionamiento que se producen en el sistema nervioso a nivel de encéfalo y médula como consecuencia del envejecimiento, han sido observadas recientemente, y aunque se habla de que con la involución de la senectud se producen problemas de reducción en el peso del cerebro entre las edades de 70 y 89 años, estos pueden ser considerados normales desde la perspectiva comportamental y psicológica.

Tal como se plantea a través de la fundación Pfizer en relación a los trastornos neurológicos, estos son responsables del 60% de las alteraciones que afectan al anciano, mientras que el 40% restante lo responsabilizan a problemas biomecánicos, o a déficit de energía motivada por problemas cardiacos o respiratorios.

En este sentido, hay estudios que han comparado la relación existente entre la sustancia gris y blanca entre jóvenes y mayores y se produce un mayor incremento de dicha relación, de lo que se puede deducir que se va produciendo una disminución del volumen del cerebro con la edad con los consiguientes problemas que ello conlleva.

Mediante los análisis histológicos se observó una serie de alteraciones producidas en el proceso de envejecimiento como son la disminución de células, las alteraciones dendríticas, la degeneración neurofibrilar, la degeneración de gránulos y vacuolas, etc., Se produce una pérdida de la memoria reciente o a corto plazo que afecta en mayor o menor medida a esta población.

Uno de los mayores efectos producidos por la edad en relación con el sistema nervioso motriz, es la pérdida de neuronas que hacia los 60 años puede ser en torno al 25% y se presenta de manera uniforme en todos los segmentos motrices.

Sistemas motrices.

Las alteraciones de la marcha, tienen un alto impacto socio-sanitario, puesto que conllevan caídas y traumatismos, elevando la morbi-mortalidad de la población anciana. No solamente plantea problemas de desplazamiento, sino también a nivel psicológico, aislando a estos pacientes con una menor movilidad y aumentando aún más sus problemas.

Para los desplazamientos y movimientos, es importante el buen funcionamiento biomecánico osteoarticular, que incluye en su organización la conjunción de huesos, articulaciones, músculos y ligamentos que facilitan esa movilidad tan importante en el anciano. Estos elementos deben estar bien interrelacionados con el sistema nervioso que faciliten la postura, el equilibrio, los desplazamientos y las movilizaciones segmentarias que participan en la mayor parte de las acciones automáticas en muchos movimientos como la marcha, y dirigidas en otras situaciones motrices.

Relacionado con las alteraciones sensomotrices, aparecen la artrosis periférica, la espondilosis y la espondiloartritis, el reumatismo crónico, la artritis reumatoide, la gota y la osteopenia, que van a condicionar no solamente la actividad física de estas personas, sino también la alimentación que deben de llevar.

Uno de los problemas que conlleva el envejecimiento de la mujer suele ser la osteoporosis postmenopáusica con sus riesgos de fractura ósea y los estudios que se han ido realizando para

aminorar sus efectos suelen recomendar la combinación de varias actuaciones entre las que se encuentra una alimentación rica en calcio y la realización de ejercicios en edades premenopaúsicas y seguir con dichos hábitos en edades posteriores.(29)

Efectos del envejecimiento sobre la salud mental

Los efectos del envejecimiento sobre la salud mental también pueden relacionarse con factores socio ambiental, incluido el entorno asistencial. La depresión es uno de los factores de riesgo más comunes para el suicidio. Las mayores tasas de suicidio en EUA se observan entre las personas de 70 años o más.

En los varones blancos, el suicidio es 45% más frecuente entre los de 65-69 años, más del 85% entre los de 70-74 años, y más de tres veces y media entre los de 85 años o de mayor edad. Hasta el 70 % de los ancianos que consumaron el suicidio habían visitado a su médico de atención primaria en las cuatro semanas anteriores.

Además de los factores físicos y psicosociales se pueden mencionar algunos factores etiológicos que condicionan una serie de cambios en el sistema nervioso central, transformaciones propias del envejecimiento como: la disminución de las neuronas en regiones específicas (sistema límbico) decremento de neurotransmisores e incremento de su catabólica por aumento de la monoaminoxidasa cerebral, entre otros.

Los episodios de depresión breve, frecuentes en los ancianos, incluyen síntomas depresivos moderadamente graves y que son coherentes con los criterios (DSM-IV), excepto por su duración de aproximadamente 2 semanas. Los síntomas pueden no tener un origen claro y desaparecer de forma espontánea, produciéndose así los episodios en ciclos cada vez más rápidos. Algunos ancianos experimentan un breve periodo, que se prolonga por varios días con síntomas depresivos graves, secundarios a situaciones como

las etapas de adaptación y/o duelo. La adaptación a una enfermedad crónica grave o la pérdida del cónyuge o compañero estos suelen ser con frecuencia el origen de estos síntomas; los afectados se recuperan con el tiempo o cuando desaparece el factor que genera el estrés.

Las situaciones psicosociales pueden cambiar en un anciano desde que se jubila, hasta que alcanza la condición de muy viejo, dependiendo de la evolución de su salud, de su autonomía y de las crisis que le puedan afectar.

Con respecto a la variabilidad de la sintomatología depresiva, se han propuesto diferentes modos para identificarla y clasificarla, así mismo, la depresión ha sido hasta ahora ambiguamente definida, no existe acuerdo en los problemas básicos como la naturaleza categórica o dimensional de la clasificación.

La depresión no posee el carácter de una entidad homogénea, la diversidad de sus causas ha hecho considerarla como un grupo de enfermedades cuyo común denominador es el abatimiento del estado de ánimo; el concepto de depresión ha tenido un proceso mediante el cual se han logrado tipificar subtipos de depresión.

El avance más conciso sobre el trastorno depresivo lo ha logrado la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) que mediante una descripción y diferenciación fenomenológica ha conjuntado en un capítulo denominado “trastornos del estado de ánimo” diversas entidades clínicas cuya característica principal es una alteración del humor.

Existen síntomas asociados entre los que destacan a nivel psicológico: el llanto fácil o los accesos de llanto desencadenados por estímulos triviales.(20)

2.2.3. Epidemiología

La depresión en la gente mayor es un cuadro generalizado que afecta al menos a 1 de cada 6 personas, con porcentajes mayores en las residencias y en los hospitales. Al menos un tercio de los mayores atendidos rutinariamente por médicos de familia están deprimidos, y entre un 26% y un 44% de los que reciben cuidados a domicilio.

La incidencia mínima predictiva es de 24 casos/1.000 hab/año, lo que nos conduce a la presencia de entre 7 y 10 casos nuevos cada año; aunque la incidencia del primer episodio de depresión mayor disminuye después de los 65 años.

La prevalencia de la depresión en el mayor, muestra gran variabilidad y heterogeneidad:

Prevalencia de depresión en el mayor (porcentajes promedio)

| ANCIANOS | Síntomas depresivos | Depresión mayor | Depresión menor |
|-------------|---------------------|-----------------|------------------|
| COMUNIDAD | 10% (5%-15%) | 3% (1%-12%) | 15%-20% (8%-40%) |
| RESIDENCIAS | 20% (10%-40%) | 15% (2%-20%) | 30% (18%-55%) |
| HOSPITAL | 11%-45% | 10%-16% | 25%-40% |

El EURODEP (Estudio Europeo de la Depresión en mayores que viven en la comunidad) encuentra una prevalencia global del 12.3% (95% IC.13.5%-14.8%), mujeres 14.1% (95% IC: 13.5%-14.8%), hombres 8.6% (95% IC: 7.9%-9.3%). Existe una gran variabilidad entre las distintas ciudades europeas participantes en el estudio.

En una revisión sistemática mundial la prevalencia global es del 13.5%, con un 1.8% para el Episodio Depresivo Mayor y con un 10.2% para Depresión Menor.

La prevalencia en la comunidad de depresión entre mayores de 65 años se ubica entre el 2 y 3 % en Estados Unidos, en tanto la prevalencia de los últimos 6 meses en Santiago de Chile alcanza al 5,6%, lo cual es más bajo que para la población general. Sin embargo, en instituciones tales como casas de reposo u hogares de ancianos la prevalencia de depresión se eleva hasta un 20%, con un 28 a 40% de los internos con síntomas depresivos.

Por otra parte, según estudios de seguimiento, la presencia de depresión en pacientes geriátricos hospitalizados por causas no psiquiátricas sería un factor de riesgo para morir 30 meses después del diagnóstico.

Entre los ancianos con depresión, entre un 18 y un 57% presenta un síndrome demencial que desaparece una vez que remite el cuadro depresivo. Este tipo particular de “demencia reversible”, o “pseudodemencia depresiva” como también ha sido denominada, se asociaría con un riesgo 4 a 5 veces mayor de presentar demencia irreversible a 34 meses que aquellos que presentan un cuadro depresivo puro. Para complicar un poco más la situación se debe agregar que alrededor de 1/3 de los cuadros demenciales coexisten con depresión.(19)

En los últimos años, el adulto mayor se ha convertido en uno de los principales focos de atención, en virtud del rápido crecimiento de este grupo etéreo respecto a la población general.

En el contexto de América latina, el Perú aparece con un crecimiento de población adulta mayor de 8.76% al año 2010.

Este proceso en los países en desarrollo como el Perú, a diferencia de los desarrollados, va acompañado de pobreza y falta de políticas de salud; actualmente se estima que sólo 56,3% de ancianos de las urbes tienen acceso a la seguridad social, encontrándose

en situación de pobreza 41,7% y en pobreza extrema 19,5% con una depresión que oscila entre 6 a 18%.

Factores de riesgo de depresión en personas mayores

La depresión en el adulto mayor es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce el peso de cada factor en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla.

Entre las variables que incrementan el riesgo de depresión se incluyen factores personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos. Dentro del papel atribuido a las circunstancias personales o sociales se ha destacado la pobreza, las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco y las circunstancias laborales, ya que los desempleados, discapacitados y las personas en baja laboral por enfermedad o por maternidad presentan depresiones con mayor frecuencia.

El estado civil y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión, y también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos.

Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de alto riesgo tanto para enfermedades somáticas como psiquiátricas, las cuales comienzan en edades tempranas y persisten durante la edad adulta. Así, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general, proporción también importante en los de segundo grado. El patrón

de presentación del cuadro también puede ser diferente, encontrando como señal más temprana un trastorno de ansiedad. No obstante, estos estudios familiares por sí mismos no pueden establecer qué cantidad de riesgo proviene de los factores genéticos y qué cantidad del ambiente familiar compartido. Por otra parte, con el progresivo conocimiento del genoma humano se ha hecho posible identificar la localización cromosómica de genes que confieren vulnerabilidad para trastornos como la depresión mayor. Un factor que podría influir en su desarrollo es la presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de serotonina, lo que produciría una disminución del transporte de este neurotransmisor.

Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor y probablemente, este rasgo de personalidad infiere mayor susceptibilidad para desarrollar depresión ante los eventos adversos de la vida. Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor, y también la distimia se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor. Por otra parte, se ha observado que pacientes fundamentalmente varones, con antecedentes de ataques de pánico, tenían mayor riesgo de desarrollar depresión mayor.

Frecuentemente nos encontramos con la presencia simultánea de diferentes factores de riesgo de depresión en el mayor. Se sabe que las personas que pertenecen a este grupo de edad tienen una mayor predisposición biológica para el desarrollo de la depresión (por ejemplo, de causa vascular), aunque su frecuencia sea menor comparada con la de los adultos. Esto es así porque parece ser que los individuos de estas edades desarrollan una protección psicológica, secundaria a aspectos relacionados con una

selectividad sócio-emocional y con la experiencia acumulada a lo largo de la vida.

Un estudio longitudinal de 2 años de seguimiento (de 1.164 personas mayores o iguales de 65 años); y otro de 10 años de seguimiento a 131 individuos, concluían que los factores predictores del inicio y de la persistencia de depresión tenían que ver con:

- Mayores resultados en la valoración basal de la depresión
- Mala salud general automanifestada
- Bajo apoyo social (por ejemplo, soledad)
- Menor confianza
- Múltiples enfermedades crónicas
- Pobre capacidad funcional
- Disminución de la agudeza visual
- Percepción negativa de los cambios vitales
- Escasa percepción de la capacidad para influir sobre los demás en situación basal

Para la identificación de estos factores de riesgo es menester profundizar en la valoración neurológica se sugiere hacer hincapié en la necesidad de que el enfermero sepa explorar las cinco áreas: nivel de conciencia, estado emocional, intelecto, conducta y lenguaje. En este sentido las herramientas de que dispone el enfermero consisten en la observación estructurada y sistemática y la implementación de preguntas específicas con el fin de estimular cada una de estas áreas, tomando palabras de Florence Nightingale, la observación indica cómo está el paciente, la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar, cómo pensar y qué pensar.

Las patologías neurológicas constituyen la causa de la mayoría de los trastornos crónicos, la pérdida de la función neurológica se asocia comúnmente a la pérdida de la función musculoesquelética y muchas veces ésta es la causa de inmovilidad en estos sujetos de atención.

Por su parte la inmovilidad representa un factor de riesgo para diversos sistemas: la integridad de la piel provocando úlceras por presión, el sistema digestivo generando estreñimiento y en relación a la circulación puede desencadenar trombosis venosa profunda.(21)

A estos factores de riesgo se les van añadiendo otros más recientes como son aquellas personas mayores que ejercen de cuidadores, de los nietos, o de enfermos afectados de demencia (la sintomatología depresiva está presente en un 30-83%).

La depresión mayor ha sido identificada también como un factor de riesgo inverso para el desarrollo de otras enfermedades, como diabetes mellitus tipo 2, y enfermedad cardíaca isquémica.

La depresión menor se asocia con una pobre autopercepción del estado de salud, con un incremento del uso de fármacos psicotrópicos, con una menor percepción de soporte social, con un estado civil no casado y con un conjunto de alteraciones entre las que podríamos citar:

- Un elevado riesgo de depresión mayor al multiplicar por 5.5 su riesgo, por lo que puede considerarse como un signo de alarma precoz para la misma
- Un exceso de discapacidad
- Un mayor uso de los servicios sanitarios
- Mayores tasas de mortalidad, sobre todo en mujeres
- Mayor deterioro de la salud por la presencia de enfermedades médicas

Por todo ello, la depresión menor debe considerarse seriamente como objetivo para la prevención y el tratamiento (National Comorbidity Survey).

Los factores de riesgo para la depresión crónica se encuentran más relacionados con el soporte social, con la presencia del control en la toma de decisiones más externalizado y con la salud física, que no con la severidad de la depresión mayor o con la historia familiar.(22)

Presentación clínica

1. Síntomas y signos de sospecha

En nuestras consultas diarias nos podemos encontrar con un conjunto de elementos que nos pueden hacer sospechar que nos encontramos ante la presencia de una depresión en el mayor. Entre éstos destacaríamos:

- El mayor que consulta en numerosas ocasiones o que hace un uso frecuente de los servicios sanitarios
- Relatos persistentes de dolor, u otros síntomas somáticos poco definidos: cansancio, insomnio, cefalea, cambios en los patrones del ciclo sueño – vigilia, trastornos alimentarios, signos o síntomas gastrointestinales con exploraciones físicas y pruebas complementarias repetidamente normales.
- Retrasos en la recuperación de patologías médicas o quirúrgicas, rechazos al tratamiento propuesto o historia de resistencias a recibir el alta del hospital
- Signos de aislamiento social
- Presencia de mayor dependencia, o de declive funcional en la movilidad (ya que un bajo afecto positivo y las quejas somáticas pero no el afecto negativo- pueden predecirla)

2. Clínica

Es frecuente la dificultad en la detección de los síntomas depresivos de los individuos mayores por los proveedores de los cuidados de la salud y, también en este grupo de edad, es habitual que no se relacionen sentimientos de tristeza durante la anamnesis. Por lo que, la confianza en la necesidad de la presencia de humor deprimido para el establecimiento del diagnóstico, puede llevar al infradiagnóstico de depresión en los individuos mayores.

Las personas mayores deprimidas tienden a relatar más quejas somáticas y síntomas cognitivos, y en menor proporción síntomas afectivos. Es posible que nieguen la presencia de humor deprimido, pero pueden relatar una pérdida de sentimientos o de emoción, y pueden reconocer una disminución del interés y del placer que experimentan en las actividades que desarrollan.

La depresión en el paciente mayor tiende a ser menos ideacional y más somática.

Un rasgo típico de la depresión, como es el humor deprimido, puede ser menos prominente que otros síntomas somáticos, que pueden hallarse presentes en casi el 65% de los mayores con depresión.

Claves de la depresión en el mayor:

- Quejas somáticas
- Sentimientos de desesperación
- Ansiedad e inquietud
- Disminución o ausencia de la sensación de placer
- Movimientos enlentecidos
- Disminución en el cuidado y aseo personal

2.2.4. Prevención de la depresión en los adultos mayores

La prevención de la depresión en el adulto mayor puede realizarse a diferentes niveles:

Prevención primaria

Es una gran preocupación en el área de la salud pública que la prevalencia de la depresión, no haya caído en los últimos años a pesar de la adopción de tratamientos efectivos, baratos y simples, de campañas de educación para la salud y de guías de tratamientos generales basados en la evidencia. La prevención primaria consiste en evitar nuevos episodios de depresión. Por todo ello, surge una urgente necesidad de desarrollar estrategias de prevención primaria (reducción de la tasa de nuevos caso) Para ello suelen emplearse diferentes métodos, entre los que destacaríamos: técnicas de relajación, de reestructuración cognitiva, de resolución de problemas, de comunicación, de manejo conductual del insomnio, la nutrición, el ejercicio, etc.

Otras aproximaciones a la prevención primaria pueden incluir

- Evitar el estrés prolongado
- Sentirse vinculados a grupos de pertenencia
- Evitar situaciones de violencia
- Encontrarle sentido al trabajo y a la actividades que se realiza
- Actividad física
- Hacer algo nuevo
- Utilizar la creatividad
- Ser ordenado con los horarios de hábitos alimenticios
- Priorizar el uso de fármacos antidepresivos en pacientes con comorbilidad.

Prevención secundaria

En esta fase intentaremos evitar los agravamientos, en forma de:

- Recurrencias (Más de 6 meses sin síntomas después de un tratamiento) o repetición o aparición de un nuevo episodio depresivo.
- Recidivas (menos de 6 meses, se reanuda los síntomas sin haber acabado el tratamiento estándar generalmente) o recaídas. Es la reanudación de los síntomas.

Se le denomina recurrencias y recidivas a la reaparición de los síntomas.

Dicha prevención en esta fase se realiza a través del diagnóstico precoz y tratamiento preventivo o tratamiento de mantenimiento.

La función de la enfermera aquí es supervisar la administración de los medicamentos en el paciente, que se cumpla con el tratamiento prolongado de fármacos antidepresivos y psicoterapia; observar, evaluar si se consigue disminuir el riesgo de recaída y de recurrencia de depresión en las personas mayores.

Prevención terciaria

En esta fase hay que intentar evitar, las complicaciones, reducir incapacidad y fomentar la rehabilitación.

- Prevención suicidio
- Prevención cronicidad (20-30%)
 - Con tratamiento correcto baja al 10%
 - Con tratamiento incorrecto o insuficiente sube al 40%

Intervención de enfermería en la atención del adulto mayor

La adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores y requiere que los profesionales que participan en su cuidado se caractericen por una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo etéreo, lo que se traduce en una actitud que trasunta valores como: el respeto por el otro, la autonomía y la compasión para brindar cuidados humanizados al adulto mayor y que se extiende también a su grupo directo de cuidadores.

El propósito de la enfermería geronto-geriátrica es ayudar al adulto mayor y sus cuidadores a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo e interviniendo en maximizar sus fuentes de poder. Para Miller, las fuentes de poder son la fuerza física, la reserva psicológica y social, el concepto de sí mismo y su autoestima, la energía, el conocimiento, la motivación y las creencias.

La enfermera debe ofrecer al adulto mayor:

- Apoyo, comprensión, paciencia y ánimo.
- Hablarle y escúchele atentamente.
- Nunca ignore sus comentarios acerca del suicidio.
- Indicarle que camine, a excursiones y a otras actividades.
- Indíquele que intente hacer cosas que solía disfrutar antes. Los estudios han demostrado que, haciendo estas cosas, incluso cuando no se espera disfrutarlas, puede ayudar a levantar el ánimo.
- Que divida las tareas grandes en tareas pequeñas y hacer lo que él pueda y como pueda. No haga muchas cosas al mismo tiempo.
- Hablarle que debe pasar tiempo con otras personas y hablar con un amigo(a) o pariente acerca de sus sentimientos.

Para lograr lo anterior se requieren de profesionales de enfermería que se destaquen por sus actitudes, habilidades y valores en el campo de la ética, la actitud humanitaria, la sensibilidad, el respeto y el amor al adulto mayor y el interés por el desarrollo profesional basado en la investigación continua.(24)

La enfermera debe identificar las capacidades potenciales de autocuidado del individuo para que ellos puedan satisfacer sus necesidades de autocuidado con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos. El foco de enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta de enfermería es eliminar el déficit entre las capacidades de autocuidado y la demanda. Los problemas de enfermería son la deficiencia de los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y desviaciones en la salud.

Apoyo social del adulto mayor

Explorar el apoyo social del adulto mayor se ha visto obstaculizado al ser este un concepto multidimensional que incluye interacciones personales, apoyo social percibido y recibido, redes sociales formales e informales, apoyo emocional, tangible o instrumental e informativo.

Cassel, como epidemiólogo, se interesó en los efectos negativos determinados por condiciones de la vida urbana (hacinamiento, vecindarios deteriorados) con un efecto sobre el deterioro de los vínculos sociales de los adultos mayores; consideró el efecto del apoyo social en los sentimientos de ser cuidado, amado, respetado, valorado, estimado y que se es miembro de una red social de obligaciones mutuas; fortaleciendo en el adulto mayor su autoestima, evitando los sentimientos de soledad, aislamiento, de carga para los demás.

La existencia de lazos sociales en los adultos mayores frecuentemente se identifica con la necesidad de ayuda y con la existencia de apoyo social; cuanto mayor es el contacto interpersonal, mayor es el grado de apoyo recibido; sin embargo, la existencia de relaciones sociales no implica en sí misma la provisión de apoyo social ni una red social más amplia es siempre sinónimo de mayor apoyo para el adulto mayor.

En otras palabras, lo interesante en las interacciones no es la cantidad sino la calidad, es saber cuáles de ellas son más significativas para el adulto mayor en función de las necesidades de cada momento.

Numerosos problemas en el ámbito de la salud del adulto mayor tienen su origen en la ausencia de relaciones sociales, como ocurre con la jubilación. La contribución de una persona a la sociedad queda devaluada al perder su rol institucional y productivo, no como consecuencia de sus atributos personales, sino por haber alcanzado determinada edad.

Este cambio de estatus trae consigo un cambio en la configuración de la red social, con el abandono progresivo de las relaciones sociales procedentes del ámbito laboral.

Cuanto mayor es la edad, mayor es la vulnerabilidad al estrés psicológico, como consecuencia de la pérdida de las relaciones sociales. Así, para los adultos mayores de más edad, 85 o más años, el afecto o la compañía de las pocas amistades que le quedan cobra mayor importancia, debido al marcado cambio que experimenta su red social informal, derivadas de la pérdida de la pareja u otros seres queridos o de amistades, el deterioro de la capacidad funcional por enfermedades (artritis, pérdida significativa de la visión y audición, demencia, problemas del sueño, incontinencia, depresión, enfermedades crónicas), la distancia geográfica con los parientes cercanos.

El apoyo social tanto familiar como de amigos cercanos y otros allegados, es un factor fundamental en la configuración de las redes sociales informales del adulto mayor, porque le proporciona un conjunto de experiencias compartidas, evitando condiciones de aislamiento social por falta de compañerismo, camaradería, intimidad y contacto físico con personas significativas; cumple funciones protectoras o amortiguadoras contra la enfermedad al aumentar la probabilidad de que el adulto mayor intente practicar y mantener conductas de salud preventiva, disminuir la necesidad de hospitalización, prevenir o posponer la institucionalización en geriátricos, y pueden constituir un valioso recurso para completar o a veces, sustituir, la red social formal.

El significado que el adulto mayor y la sociedad le da ha esta etapa dependerá en gran medida de la cultura en que se encuentren. Por ejemplo, para la cultura oriental el adulto mayor es el ser más sabio y respetado, lo cual refleja un concepto de vejez muy distinto al de la cultura occidental.

Los adultos mayores no sólo deben enfrentarse a los cambios físicos e intelectuales propios de su ciclo evolutivo, sino que también al cambio en su estilo de vida, de roles y de responsabilidades sociales. Sin lugar a dudas que la adaptación a esta serie de cambios requiere de una capacidad individual y del apoyo externo.

Es importante valorar a la familia que otorga los cuidados al adulto mayor e indagar en aspectos como:

- ¿De qué manera afrontan los cambios en las necesidades del adulto mayor?
- ¿De qué manera solucionan sus problemas de salud?
- ¿Buscan ayuda en forma oportuna?
- ¿Cómo manejan el estrés?
- ¿Ofrecen sensación de bienestar al adulto mayor?

- ¿Son capaces de satisfacer los requerimientos de cuidado del adulto mayor?
- ¿Van a cuidar ellos o trasladar a un lugar de estadía a sus familiares adultos mayores?

De esta manera es posible indagar más sobre la dinámica familiar y es posible hacer un diagnóstico de las potencialidades y carencias de la familia con el objetivo de fijar los lineamientos de la intervención de enfermería.

Enfermería y el apoyo social del adulto mayor

Norbeck y Tilden, enfermeras estudiosas del apoyo social, refieren que en la literatura emergen unas suposiciones comunes, el apoyo social se refiere a las interacciones interpersonales que proporcionan apoyo emocional o ayuda real en las tareas o problemas; el cual es usualmente dado y recibido por los miembros de la red social informal, no por desconocidos, profesionales o conocidos casuales, integrantes de la red social formal.

Los investigadores de enfermería han desarrollado una gran variedad de instrumentos de acuerdo a las dimensiones o componentes identificadas en la literatura general del apoyo social. Asimismo, enfermería, ha realizado numerosas investigaciones que respaldan la influencia del apoyo social en la salud física, psicológica y social del adulto mayor, destacándose la familia como la mayor fuente de apoyo social en el mismo. Otros estudios evidencian el papel de la enfermería, como miembro de la red social formal, sobre el efecto de programas, intervenciones enfocadas en el apoyo social del adulto mayor, optimizando las relaciones de apoyo informal o movilizándolo el apoyo de nuevos vínculos sociales.

El rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor, generalmente, implica la interacción directa con la red social

informal de la persona y sus efectos positivos son resultado del apoyo emocional, de la información y la ayuda que se intercambian durante esa interacción. El rol, es por tanto, indirecto e involucra esfuerzos, iniciativas para generar cambios en la conducta individual o las actitudes, en la calidad y frecuencia en la interacción entre el adulto mayor y uno o más miembros de su red social informal; creando una red más responsable y duradera, capaz de proporcionar al adulto mayor, beneficios a largo plazo, en la satisfacción de las necesidades emocionales, en la participación activa en la vida comunitaria, en la promoción de conductas saludables y una mayor calidad de vida.

De lo anterior surge una serie de estrategias que enfermería puede sugerir a la red social informal; al adulto mayor, se le debe demostrar que alguien está disponible, a través de la presencia física dar muestras de afecto, de cariño, de pertenencia, mediante los abrazos, las invitaciones a caminar, a pasear, el envío de tarjetas, de flores, la compañía en las oraciones, el escuchar atentamente; se agregan otras maneras alternativas de ofrecer apoyo como es el uso del internet, las llamadas telefónicas, que intentan aliviar la incertidumbre, la ansiedad, el aislamiento y la depresión; dependiendo de las circunstancias contextuales los intercambios verbales y el contacto físico no siempre son aceptados, pues hay personas que son reacias a expresar abiertamente sus pensamientos y emociones.

Dentro del apoyo instrumental o las ayudas tangibles, se mencionan los cuidados que los abuelos prestan a los nietos; pero también se incluye el mobiliario que es necesario para la comodidad; involucra proporcionar servicios tales como transporte, el cuidado físico, la asistencia con las tareas del hogar, proveer dinero o abrigo cuando es necesario.(25)

2.2.5 Nivel de depresión en el adulto mayor - CIE

Según su intensidad, los Trastornos Depresivos se pueden clasificar como leves, moderados o graves. Para los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10, 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 El episodio depresivo leve se caracteriza por síntomas como tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad. En el episodio depresivo moderado se observa dificultades para desarrollar actividades sociales, laborales y en el episodio depresivo grave se suele presentar angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de culpa.

1. 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.

2. 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.

- (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 en por lo menos dos semanas.
- (2) Pérdida de interés
- (3) Disminución de la energía

3. Episodio depresivo severo CIE-10

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de

inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Diagnóstico

Criterios diagnósticos generales de episodio depresivo según CIE-10

- A.** El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- B.** El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
- C.** Síndrome Somático: comúnmente se considera que los síntomas “somáticos tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógenomorfos.
 - Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.
 - Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.
 - Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo.
 - Presencia de enlentecimiento motor o agitación.
 - Pérdida marcada del apetito.
 - Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes.
 - Notable disminución del interés sexual.

Diagnóstico en Atención Primaria

El diagnóstico de depresión en el mayor sigue siendo, hoy por hoy, eminentemente clínico, y los elementos necesarios para efectuarlo estarían relacionados con:

- Historia clínica detallada.
- Antecedentes médicos – historia farmacológica – Consumo / Abuso sustancias.
- Exploración física general y neurológica.
- Examen del estado mental.
- Exploraciones complementarias básicas.
- Repercusión Funcional.
- Administrar test de cribado

La Geriatric Depression Scale de Yesavage (GDS), en su forma de 5 ítems, ha demostrado ser efectiva para el cribado de depresión en individuos sin alteración cognitiva, que viven en la comunidad, en los ingresados en un hospital o en residencias geriátricas.

Esta escala posee una Sensibilidad (S) del 94%, una Especificidad (E) del 81%, un Valor Predictivo Positivo del 81%, y un Valor Predictivo Negativo del 94%.(23)

2.2.6. Teoría de enfermería según:

Sor Callista Roy (Modelo de la adaptación).

El adulto mayor es una persona que presentan deficiencias en sus funciones en relación a edades inferiores, pero al mismo tiempo es una persona que puede y debe tener independencia, cuidado, autoestima y una visión amplia de la vida pues se encuentra en un estadio de la vida que no le convierte en discapacitado, sino más bien en un ente que debe adaptarse al entorno que le toca vivir de una manera digna por ello es importante tener en cuenta la teoría de Sor Callista Roy que se basa en:

Adaptación por que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno. Cada vida humana tiene una función en un universo creador y las personas no se pueden separar de su entorno. El adulto mayor se adapta mejor en el lugar donde se desarrolló la mayor parte de su vida.

La enfermera actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno para fomentar la adaptación, a través de orientación al adulto mayor y a sus familiares sobre la importancia de dar al adulto mayor su lugar en la familia y en la sociedad.

Las personas y el mundo tienen en común los modelos, y comparten relaciones y significado. La persona es el foco principal de la enfermería; el receptor de la asistencia; un sistema de adaptación complejo y vivo compuesto por procesos internos y que actúa para mantener la capacidad de adaptación en los cuatro modos de vida (el fisiológico, la autoestima, la función del rol y la interdependencia).

La salud es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno. La salud y la enfermedad forman una dimensión inevitable y coexistente basada en toda la experiencia de la vida que tiene la persona. La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés, sino que es la capacidad de combatirlos del mejor modo posible. La salud mental en el adulto mayor es fundamental y es donde la enfermera debe buscar el equilibrio mental del adulto mayor.

El entorno tomado como las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales. Es el entorno cambiante el que

empuja a la persona a reaccionar para adaptarse. El hombre es un ser social y en ello el entorno juega papel primordial a fin de que el adulto se sienta importante.(26)

Modelo de Virginia Henderson

Para Henderson el ser humano, es un ser biopsicosocial con necesidades que trata de cubrir de forma independiente según sus hábitos, cultura, etc. En ese contexto la salud es la habilidad que tiene la persona para llevar a cabo todas aquellas actividades que le permitan mantener satisfechas las necesidades básicas. Por lo que la independencia es la satisfacción de las necesidades básicas esta independencia puede verse alterada por factores que Henderson denomina permanentes (edad, nivel de inteligencia, medio sociocultural, capacidad física) y variables o patológicos, todo ello puede llevar al adulto mayor a perder la motivación por la vida y presentar signos de depresión.

Por lo que las funciones de enfermería en el modelo de Virginia Henderson son atender a la persona sana o enferma en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su restablecimiento, o a evitarle sufrimientos en la hora de la muerte, actividades que él realizaría si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. El enfermero suele intervenir proporcionando asistencia directa a enfermos y adultos en edad avanzada. Cuando se requiere, baña y viste al paciente, lo ayuda a caminar, cambia la ropa de cama y, en su caso, lo apoya en la ingesta de alimentos. Es común que el enfermero oriente a los pacientes y sus familiares respecto de las normas dietéticas y de higiene que deben seguir.

Según Henderson el ser humano deberá ser visto desde una perspectiva biopsicosocial, espiritual y holística, diferente en sus sentimientos y emociones. Por lo que la enfermera debe planear

los cuidados desde un punto de vista biopsicosocial, espiritual y holística, referente a sus sentimientos y emociones.(27)

2.2.7. Ley de las personas adultas mayores

Artículo 1°.- Objeto de la Ley.

Dar un marco normativo que garantice los mecanismos legales para el ejercicio pleno de los derechos reconocidos en la Constitución Política y los Tratados Internacionales vigentes de las Personas Adultas Mayores para mejorar su calidad de vida y que se integren plenamente al desarrollo social, económico, político y cultural, contribuyendo al respeto de su dignidad.

Artículo 2°.- Definición.

Entiéndase por personas adultas mayores a todas aquellas que tenga 60 o más años de edad.

Artículo 3°.- Derechos de la Persona Adulta Mayor.

Toda persona adulta mayor tiene, entre otros, derecho a:

- 1.La igualdad de oportunidades y una vida digna, promoviendo la defensa de sus intereses.
- 2.Recibir el apoyo familiar y social necesario para garantizarle una vida saludable, necesaria y útil elevando su autoestima.
- 3.Acceder a programas de educación y capacitación que le permitan seguir siendo productivo.
4. Participar en la vida social, económica, cultural y política del País
- 5.El acceso a la atención preferente en los servicios de salud integral, servicios de transporte y actividades de educación, cultura y recreación.
6. El acceso a la atención hospitalaria inmediata en caso de emergencia.
- 7.La protección contra toda forma de explotación y respeto a su integridad física y psicoemocional.
8. Recibir un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial y administrativo que la involucre.

9. Acceder a condiciones apropiadas de reclusión cuando se encuentre privada de su libertad.

10. Vivir en una sociedad sensibilizada con respeto a sus problemas, sus méritos, sus responsabilidades, sus capacidades y experiencias.

11. Realizar labores o tareas de acorde a su capacidad física o intelectual. No será explotada física, mental ni económicamente.

12. La información adecuada y oportuna en los trámites para su jubilación.

13. No ser discriminada en ningún lugar público o privado.

Artículo 9°.- Atención Integral en Materia de Salud.

La persona adulta mayor es sujeto prioritario de la atención integral en materia de salud, así como en los casos de emergencia médica o en los que se presenten enfermedades de carácter terminal.

El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, en coordinación con el Ministerio de Salud y las entidades públicas sectoriales, promueven políticas y programas dirigidos a mejorar la salud física y mental de las personas adultas mayores.

Artículo 14°.- Asistencia Social.

En caso de situación de riesgo o indigencia, las personas adultas mayores podrán ingresar en algún centro de asistencia social público, el mismo que evalúa inmediatamente su situación y le brinda atención integral correspondiente.

Para efectos de la presente Ley se considera en situación de riesgo cuando:

a) La persona adulta mayor carezca de las condiciones. Esenciales y recursos económicos para su subsistencia y su salud.

b) La persona adulta mayor carezca de familiares o este en estado de abandono.

c) La persona adulta mayor sufra trastornos físicos y mentales que lo incapaciten o pongan en riesgo a él o a otras personas.(28)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:

ADULTO MAYOR: La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adultos mayores a quienes tienen una edad mayor o igual de 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más a quienes viven en países desarrollados.

ADULTO MAYOR FUNCIONALMENTE SANO: Aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio en la vejez con un nivel adecuado de adaptabilidad y satisfacción personal.

ADULTO MAYOR FRAGIL: Se caracteriza por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes, a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas fisiológicos, causando mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como: caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte.

DEPRESIÓN. Trastorno emocional que hace que la persona se sienta triste y desganada, experimentando un malestar interior y dificultando sus interacciones con el entorno.

NIVEL DE DEPRESIÓN: Grado de afectación de los trastornos depresivos puede estar, en mayor o menor grado.

FACTOR DE RIESGO: Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

DISCAPACIDAD: Falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona.

AUTOCUIDADO: Conjunto de actividades que realizan las personas, la familia o la comunidad, para asegurar, mantener o promover al máximo su potencial de salud”.

DEPENDENCIA: Estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y /o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, lo referentes al cuidado.

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: son un conjunto de tareas o conductas que una persona realiza de forma diaria y que le permiten vivir de forma autónoma e integrada en su entorno y cumplir su rol o roles dentro de la sociedad.

INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA: Las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria son el conjunto de actividades que permiten a una persona vivir de forma independiente y autónoma.

GÉNERO: Se llama género a una característica gramatical de los sustantivos, artículos, adjetivos, participios y pronombres que los clasifica en dos grupos: masculino y femenino.

COMORBILIDAD: La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario. El efecto de estos trastornos o enfermedades adicionales.

GRADO DE INSTRUCCIÓN: El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

VITALIDAD: Calidad de tener vida; actividad, eficacia de las facultades vitales.

2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1. Hipótesis general

No aplica

2.4.2. Hipótesis específica

No aplica

2.5. VARIABLES

Nivel de depresión

2.5.1. Definición conceptual de la variable

La depresión es un trastorno en el estado de ánimo donde aparecen sentimientos de dolor profundo, ira, frustración y soledad e impiden que la persona continúe con su vida ordinaria de forma normal durante un tiempo prolongado.

2.5.2. Definición operacional de la variable

La depresión se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia que trasciende a lo que se considera como normal.

Variable de caracterización

- Género
- Edad
- Grado de instrucción
- Vitalidad del cónyuge
- Co-morbilidad
- Discapacidad

2.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

| Variable | Definición conceptual | Definición operativa | Indicadores |
|--|--|---|--|
| V. de Estudio Nivel de depresión | Grado de afectación de los trastornos depresivos pueden estar, en mayor o menor grado. | Variable categórica que será medida en escala ordinal. | -No depresión (0 a 10 puntos), -depresión leve-moderada (11 a 20 puntos) -depresión severa (> 20 puntos) |
| V. de Caracterización -Género | Características genotípicas y fenotípicas de un sujeto. | Variables categóricas que serán medidas en escala dicotómica. | Masculino Femenino |
| -Edad | Años cumplidos. | | De 60 a 69 De 70 a 79 De 80 a más |
| -Grado de instrucción | Nivel de educación obtenida. | | Primaria Secundaria Superior |
| -supervivencia del cónyuge | Condición de vida del cónyuge. | | Fallecida Viva |
| -Co-morbilidades | Presencia de enfermedades crónicas. | | Si No |
| -Discapacidad | Limitación física o mental de actividades. | | Si No |

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo de investigación

Observacional debido a que no se manipularon las variables, descriptiva pues tiene una variable de estudio y varias secundarias, transversal pues la variable fue medida una sola vez, prospectiva pues los datos se obtuvieron a propósito de la investigación.

3.1.2. Nivel de investigación

Descriptiva

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se desarrolló en el Distrito de Los Aquijes de Ica.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

El distrito de Los Aquijes cuenta con 1276 adultos mayores de 60 a más años.

3.3.2. Muestra

$$n = \frac{N * Z^2 * P * Q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * P * q}$$

$$N = 1276$$

$$P = 0.1$$

$$Z = 1.96$$

$$q = 1 - 0.1 = 0.9$$

$$d = 5\% = 0.05$$

$$n = \frac{1276(1.96)^2(0.1)(0.9)}{(0.05)^2(1275) + (1.96)^2(0.1)(0.9)}$$

N= 126 adultos mayores

CRITERIO DE INCLUSIÓN

Adulto mayor que desea colaborar con el estudio o familiar que facilita la investigación.

Adulto mayor que es morador del distrito de Los Aquijes.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

Adulto mayor que no desea colaborar con el estudio o familiar que no facilita la investigación.

Adulto mayor que no es morador del distrito de Los Aquijes.

Adulto mayor que no puede brindar los datos ni familiares que puedan informar

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Técnica

Se empleó la encuesta para obtener la variable depresión, y una ficha de recolección de datos para las variables secundarias.

3.4.2. Instrumento

Cuestionario, la escala de Yesavage,

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La escala de yesavage, es única diseñada exclusivamente para este grupo de edad y traducida al castellano y validada. Su versión está integrada por 30 ítems, tiene sensibilidad de 84 a 86% y especificidad de 95 a 100%.

Escala de Yesavage, en su versión original de 30 ítems, con la que se califica no depresión (0 a 10 puntos), depresión leve-moderada (11 a 20 puntos) y depresión severa (> 20 puntos).

3.6. PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos obtenidos fueron tabulados en el programa estadístico SPSS v23 a donde se pasaron los datos del cuestionario a fin de determinar el estado de depresión de los encuestados. Los resultados se presentarán en Excel.

Ética

Los resultados obtenidos fueron analizados en forma global a fin de que los encuestados no se encuentren identificados, y los resultados solo servirán para fines de la investigación.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

TABLA N° 1

NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE LOS AQUIJES 2016

| NIVEL DE DEPRESIÓN | N° | % |
|-------------------------|-----|--------|
| SIN DEPRESIÓN | 40 | 31.7% |
| DEPRESIÓN LEVE MODERADA | 58 | 46.0% |
| DEPRESIÓN SEVERA | 28 | 22.3% |
| TOTAL | 126 | 100.0% |

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 01: Muestra 68.3% de adultos mayores con depresión, siendo el 46.0% de nivel leve moderado y 22.3% de nivel severo.

GRÁFICO N° 01

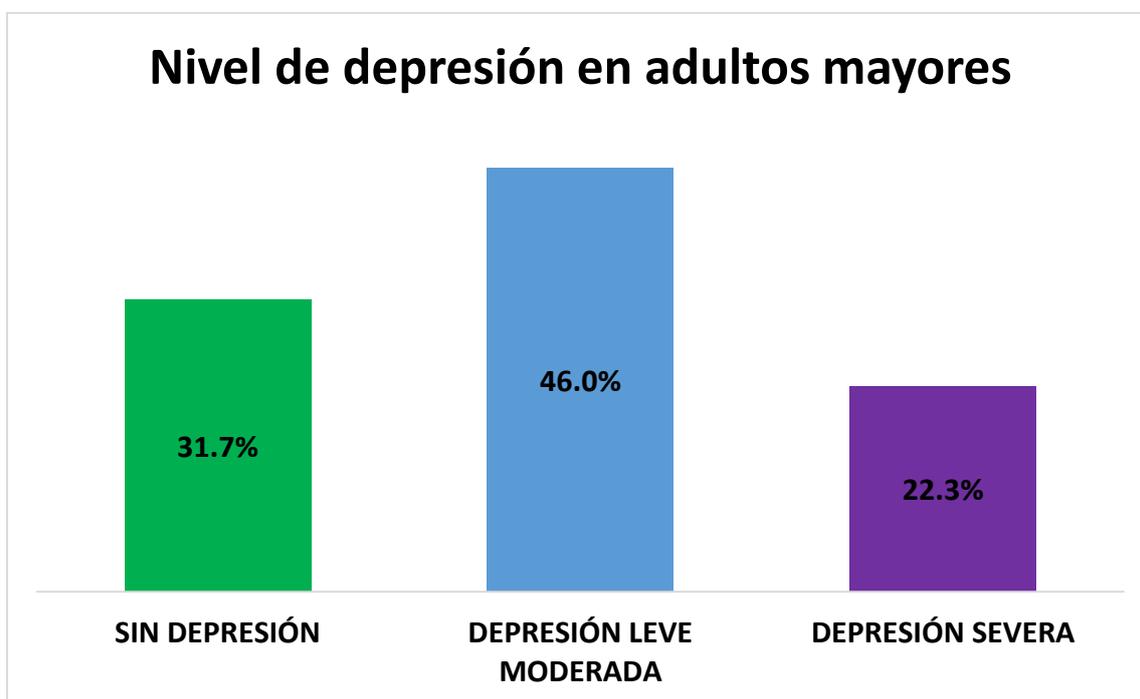


TABLA N° 2
NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE LOS
AQUIJES 2016
SEGÚN GÉNERO

| Depresión \ Género | Masculino | | Femenino | | Total | |
|-------------------------|-----------|--------|----------|--------|-------|--------|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| Sin depresión | 12 | 22.2% | 28 | 38.9% | 40 | 31.7% |
| Depresión leve-moderada | 27 | 50.0% | 31 | 43.1% | 58 | 46.0% |
| Depresión severa | 15 | 27.8% | 13 | 18.1% | 28 | 22.3% |
| Total | 54 | 100.0% | 72 | 100.0% | 126 | 100.0% |

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 02: Muestra que los adultos mayores del género masculino tienen menor frecuencia de personas sin depresión, es decir que la depresión es más prevalente en el sexo masculino. Siendo la depresión leve a moderado más frecuente (50%) en el sexo masculino, frente al femenino (43.1%); así como la depresión severa (27.8%) en el masculino y 18.1% en el femenino.

GRÁFICO N° 02

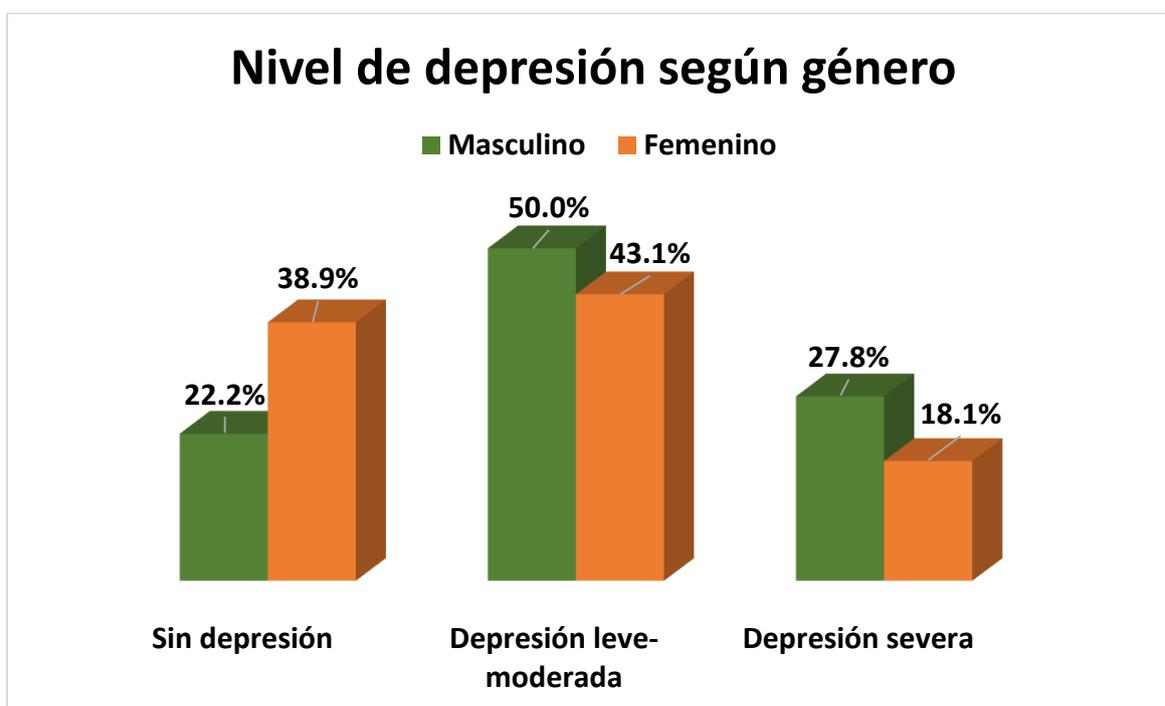


TABLA N° 3
NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE LOS
AQUIJES 2016
SEGÚN EDAD

| Edad \ Depresión | De 60 a 69 años | | De 70 a 79 años | | De 80 a más años | | Total | |
|-------------------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|------------------|---------------|------------|---------------|
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Sin depresión | 10 | 27.8% | 10 | 26.3% | 20 | 38.5% | 40 | 31.7% |
| Depresión leve-moderada | 18 | 50.0% | 15 | 39.5% | 25 | 48.1% | 58 | 46.0% |
| Depresión severa | 8 | 22.2% | 13 | 34.2% | 7 | 13.5% | 28 | 22.3% |
| Total | 36 | 100.0% | 38 | 100.0% | 52 | 100.0% | 126 | 100.0% |

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 03: Muestra que los adultos mayores de 80 años son más frecuentes a no tener depresión 38.5%. Siendo la depresión leve a moderada más frecuente (50.0%) en los que tienen de 60 a 69 años y la depresión severa es más frecuente (34.2%) en los que tienen de 70 a 79 años de edad.

GRÁFICO N° 03

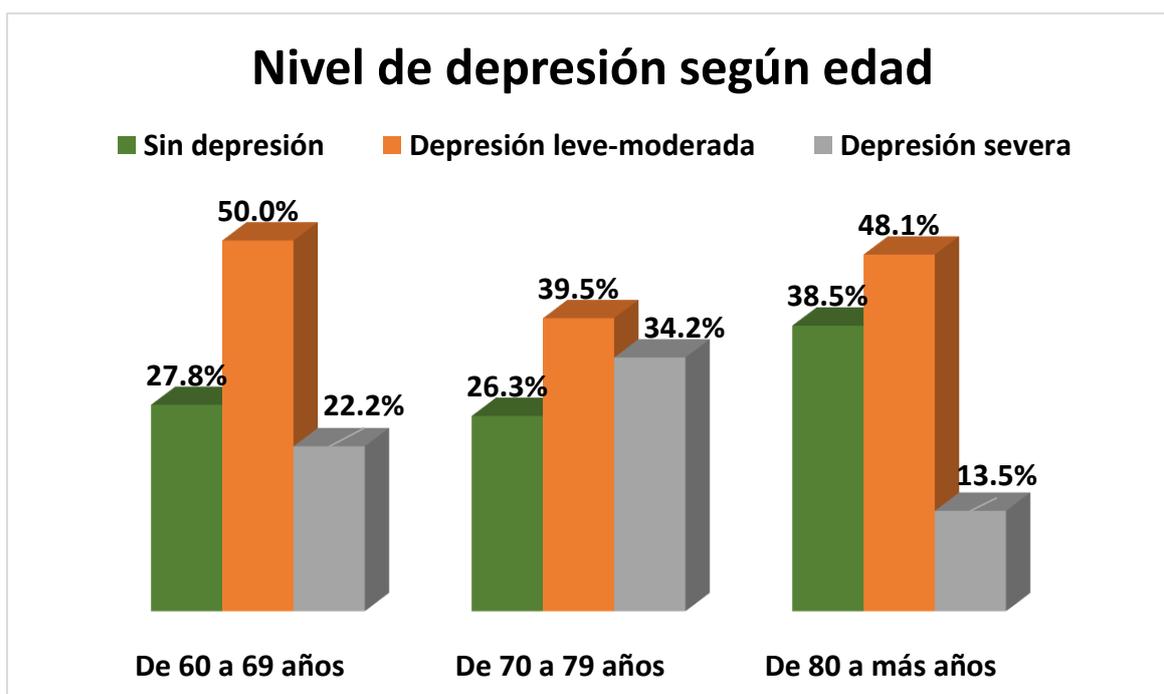


TABLA N° 4
NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE LOS
AQUIJES 2016

SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN

| G° Inst. / Depres. | Analfabeta | | Primaria | | Secundaria | | Superior | | Total | |
|-------------------------|------------|--------|----------|--------|------------|--------|----------|--------|-------|--------|
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Sin depresión | 4 | 30.8% | 21 | 34.4% | 13 | 35.1% | 2 | 13.3% | 40 | 31.7% |
| Depresión leve-moderada | 5 | 38.4% | 28 | 45.9% | 20 | 54.1% | 5 | 33.4% | 58 | 46.0% |
| Depresión severa | 4 | 30.8% | 12 | 19.7% | 4 | 10.8% | 8 | 53.3% | 28 | 22.3% |
| Total | 13 | 100.0% | 61 | 100.0% | 137 | 100.0% | 15 | 100.0% | 126 | 100.0% |

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 04: Muestra que los adultos mayores con grado de instrucción superior tienen menor frecuencia de personas sin depresión. Siendo la depresión leve a moderado más frecuente entre los que tienen secundaria (54.1%), mientras que la depresión severa es más frecuente en los de grado de instrucción superior (53.3%).

GRÁFICO N° 04

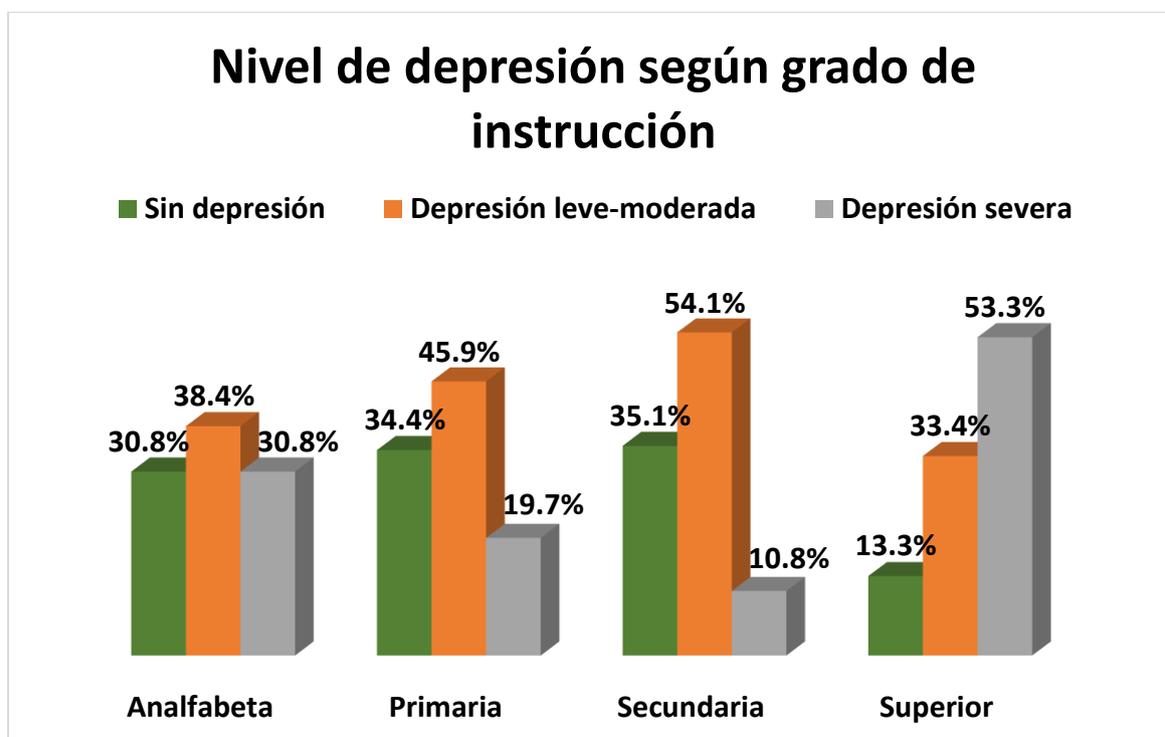


TABLA N° 5
NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE LOS
AQUIJES 2016
SEGÚN VITALIDAD DEL CÓNYUGE

| Depresión \ Vitalidad del cónyuge | Fallecido | | Vivo | | Total | |
|-----------------------------------|-----------|--------|------|--------|-------|--------|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| Sin depresión | 19 | 23.8% | 21 | 45.7% | 40 | 31.7% |
| Depresión leve-moderada | 38 | 47.5% | 20 | 43.5% | 58 | 46.0% |
| Depresión severa | 23 | 28.7% | 5 | 10.9% | 28 | 22.3% |
| Total | 80 | 100.0% | 46 | 100.0% | 126 | 100.0% |

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 05: Muestra que los adultos mayores con cónyuges vivos son más frecuentes a no tener depresión 45.7% frente a los que sus cónyuges fallecieron donde solo hay 23.8% de adultos sin depresión. Siendo la depresión leve a moderada en igual proporción en ambos grupos; y la depresión severa es más frecuente (28.7%) en los que tienen cónyuge fallecido, frente a los que el cónyuge está vivo (10.9%)

GRÁFICO N° 05

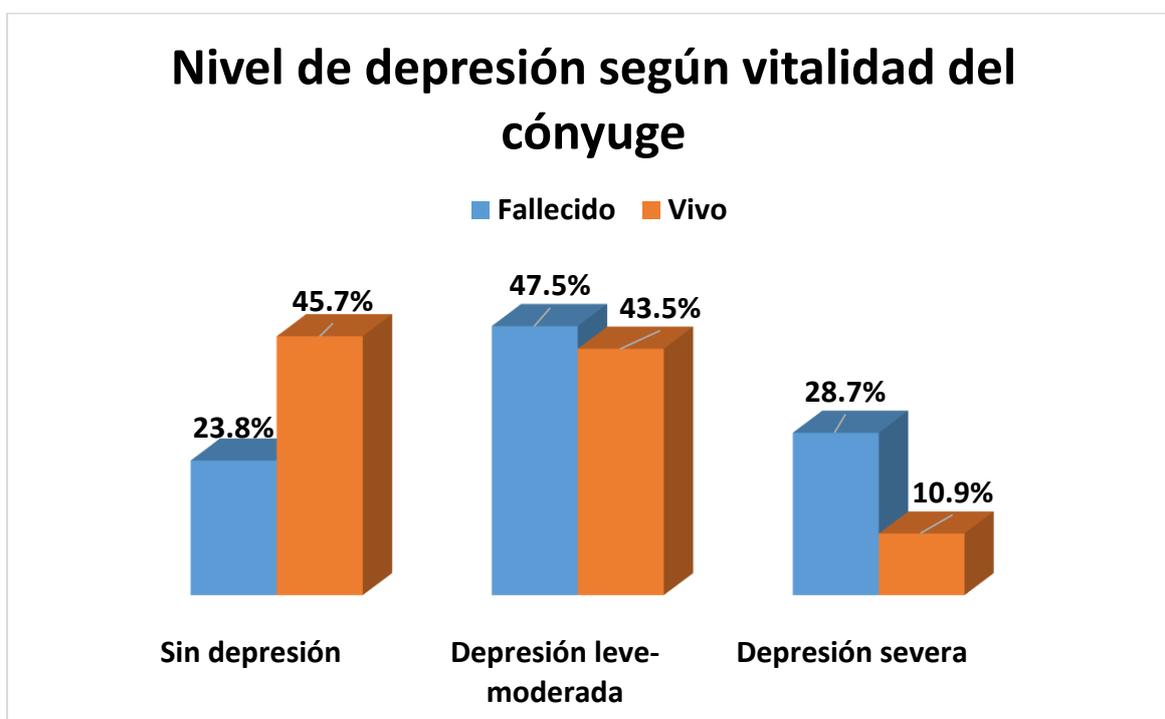


TABLA N° 6
NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE LOS
AQUIJES 2016
SEGÚN CO-MORBILIDAD

| Depresión \ Co-morbilidad | Con Co-morbilidad | | Sin Co-morbilidad | | Total | |
|---------------------------|-------------------|---------------|-------------------|---------------|------------|---------------|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| Sin depresión | 21 | 25.0% | 19 | 45.2% | 40 | 31.7% |
| Depresión leve-moderada | 41 | 48.8% | 17 | 40.5% | 58 | 46.0% |
| Depresión severa | 22 | 26.2% | 6 | 14.3% | 28 | 22.3% |
| Total | 84 | 100.0% | 42 | 100.0% | 126 | 100.0% |

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 06: Muestra que los adultos mayores sin co-morbilidades son más frecuentes a no tener depresión 45.2% frente a los que tienen co-morbilidad donde solo hay 25% de adultos sin depresión. Siendo la depresión leve a moderada más frecuente (48.8%) en los que tienen co-morbilidad, frente a los que no tienen co-morbilidad (40.5%); y la depresión severa es más frecuente (26.2%) en los que tienen co-morbilidad, frente a los que no tienen co-morbilidad (14.3%)

GRÁFICO N° 06

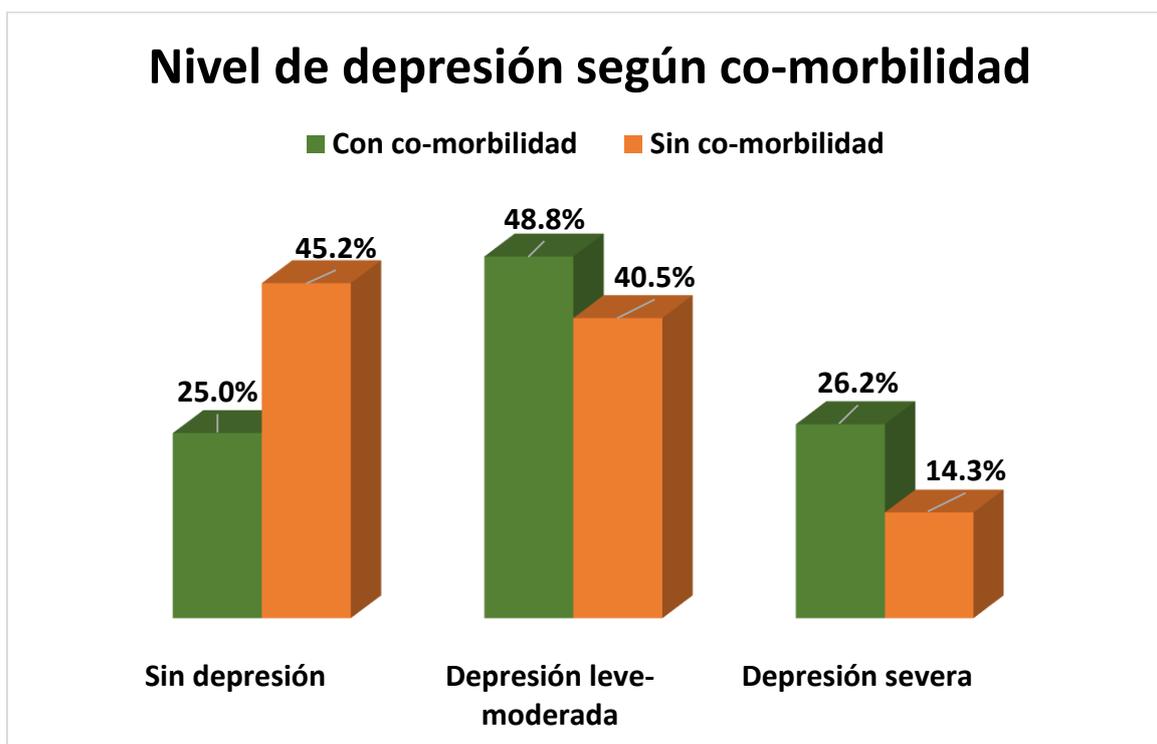


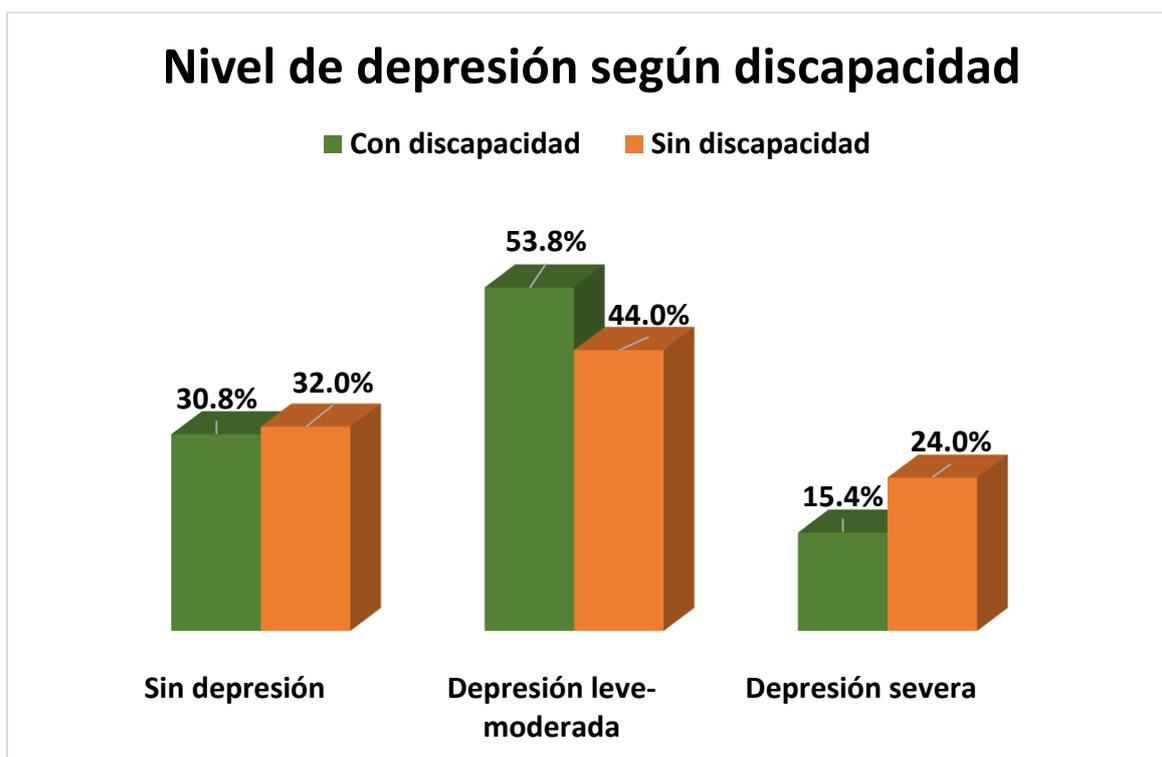
TABLA N° 7
NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO DE LOS
AQUIJES 2016
SEGÚN DISCAPACIDAD

| Discapacidad \ Depresión | Con discapacidad | | Sin discapacidad | | Total | |
|--------------------------|------------------|--------|------------------|--------|-------|--------|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| Sin depresión | 8 | 30.8% | 32 | 32.0% | 40 | 31.7% |
| Depresión leve-moderada | 14 | 53.8% | 44 | 44.0% | 58 | 46.0% |
| Depresión severa | 4 | 15.4% | 24 | 24.0% | 28 | 22.3% |
| Total | 26 | 100.0% | 100 | 100.0% | 126 | 100.0% |

Fuente: Elaboración propia

Tabla N° 07: Muestra que los adultos mayores con discapacidad o sin discapacidad no presentan diferencias marcadas. Siendo la depresión leve a moderada más frecuente (53.8%) en los discapacitados, frente al no discapacitado (44.0%); y la depresión severa es más frecuente en los no discapacitados (24.0%) que en el discapacitado 15.4%.

GRÁFICO N° 07



CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

En el estudio se encontró una prevalencia de depresión del 68.3% en los adultos mayores del distrito de Los Aquijes de Ica. El 46.0% son de nivel leve moderado que es un grupo donde se debe intervenir pues muchos de ellos pueden pasar a tener un mayor nivel de depresión, así, se encontró un 22.3% de depresión severa en estos pacientes. Sin embargo, Von Mühlenbrock F. en Chile encontró una prevalencia de depresión en este grupo etareo de 22,13% probablemente a que la salud pública y la promoción de la salud en este País se encuentre más desarrollado que en el Perú. Rosas Cortés A. en México encontró que el 25% tenían depresión, lo que se debería a un mejor desarrolla de estos países. Borda Pérez M. en Medellin Colombia encontró un 36.4% de depresión en los adultos mayores, porcentaje que dista mucho de lo encontrado en el estudio, sabiendo que este país tiene su sistema de salud con mejores indicadores que el Perú, lo que estaría influenciando en una mejor calidad de vida de los adultos mayores en estos países. A pesar de lo manifestado Pérez Cruz E. encuentra una prevalencia de depresión en los adultos mayores de un Hospital de México de 63.9% probablemente porque el estudio se llevó a cabo en pacientes hospitalizados. Aldana Olarte R. en Colombia también solo encontró un 9.5% de depresión. Torres Moreno I. en Trujillo encuentra 31% de depresión probablemente porque se refieren a depresión severa.

La investigación determinó que la depresión es más frecuente en el sexo masculino, probablemente por el abandono familiar que es más frecuente en este sexo. Las depresiones leve-moderado y la depresión severa son también más frecuentes en el sexo masculino debido a que los factores que determina depresión serían más prevalentes en este género.

Al evaluar la depresión según la edad se observó que ello es menos frecuente en los que tienen edad avanzada de 80 a más años, mientras que la depresión leve-moderada es más frecuente en los que tienen entre 60 y 69 años y los que tienen depresión severa es más frecuente en las edades de 70 a 79 años, lo que demuestra una poca correlación de la depresión según los grupos etáreos.

Según el grado de instrucción la depresión mostró más frecuencia en los adultos mayores que tienen grado de instrucción superior, porque el estado de dependencia que presentarían los adultos mayores, es menos tolerado en los que son de grado de instrucción superior, pues en edades inferiores ellos se dedicaban autónomamente en sus trabajos que ahora en su senectud ello no es posible.

La vitalidad del cónyuge es un factor determinante para la depresión, pues los que tienen su conyugue fallecido son los que con mayor frecuencia presentan depresión, siendo la depresión leve-moderada y la severa más frecuente en el grupo de adultos mayores con cónyuges fallecidos. Lo que se debería a la sensación de soledad y de mutua ayuda que presentarían cuando el cónyuge estaba vivo.

En los adultos mayores que presentan algún tipo de co-morbilidad en su mayoría de tipo dolores articulares, hipertensión, diabetes, sordera moderada, algunas tuberculosis, la depresión es más frecuente que en los que no presentan co-morbilidades; y la depresión leve-moderada y severa es más frecuente en el grupo de adultos con co-morbilidades; ello debido a que las enfermedades que presentan les genera dificultades en su desenvolvimiento es decir dependencia a sus enfermedades, así como mayor gasto en sus medicamentos.

La depresión en los adultos mayores según presencia de discapacidad no mostró diferencias significativas, aunque en el grupo de los que presentaron depresión leve- moderado es más frecuente en los que tienen discapacidad.

CONCLUSIONES

- 1.- 68.3% de los adultos mayores del distrito de Los Aquijes tienen depresión, siendo el 46.0% de nivel leve moderado y 22.3% de nivel severo.
- 2.- La depresión es más prevalente en el sexo masculino que en el femenino; 38.9% de adultos femeninos sin depresión y 22.2% de adultos mayores masculino sin depresión.
- 3.- Los adultos mayores de 80 años son el grupo que más frecuente no tienen depresión 38.5%, en los de 70 a 79 años el 26.3% no tienen depresión y de 60 a 69 años el 27.8% no tienen depresión.
- 4.- Los adultos mayores con grado de instrucción superior tienen más frecuencia de personas con depresión 86.7%.
- 5.- Los adultos mayores con conyugues vivos son más frecuentes a no tener depresión 45.7%, frente a los que sus cónyuges fallecieron donde solo hay 23.8% de adultos sin depresión.
- 6.- Los adultos mayores sin co-morbilidades son más frecuentes a no tener depresión 45.2% frente a los que tienen co-morbilidad donde solo hay 25% de adultos sin depresión.
- 7.- Los adultos mayores con discapacidad o sin discapacidad no presentan diferencias marcadas en la frecuencia de depresión; 30.8% de adultos sin depresión en el grupo de discapacitados y 32% de adultos sin depresión en los no discapacitados.

RECOMENDACIONES

1. Realizar actividades comunitarias participativas para los adultos mayores que puedan distraer y educar sobre buenos estilos de vida.
2. Promover mayor acercamiento del personal de salud a los adultos mayores con campañas de salud y diagnóstico precoz de enfermedades prevalentes con mayor énfasis en el sexo masculino, a fin de controlar enfermedades que pueden desencadenar o empeorar el estado de depresión del paciente.
3. Capacitar a los familiares sobre identificación de signos precoces de depresión sobre todo en adultos mayores de 70 a 79 años para poder intervenir de manera inmediata.
4. Incentivar a los adultos mayores con grado de instrucción superior a hacer algo nuevo, es decir deben buscar salir de la rutina para estimular la mente, con imágenes nuevas .sonidos, información, hacer nuevas amistades etc.
5. Educar a los familiares como brindar apoyo físico, emocional a sus parientes viudos y a la vez evitar que se depriman.
6. Realizar visitas domiciliarias con mayor frecuencia a los adultos mayores frágiles para tener conocimiento de su estado anímico y patológico.
7. Brindar apoyo psicológico profesional a los adultos mayores con alguna discapacidad a fin de mantenerlos monitorizados sobre su condición psicológica.

Fuentes de información

- 1.- Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t Nº 2006/06
- 2.- Caminero Luna P. Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria en la comunidad de Madrid. 2104. Disponible en:
www.anesm.org/.../2014/.../Manual-Enfermeria-Salud-Mental-C-Madrid
- 3.- Ministerio de Salud. Análisis de Situación de Salud (ASIS) (Internet). Lima, Perú: Ministerio de Salud 2013.
- 4.- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014. Departamento de Ica.
www.ipe.org.pe/documentos/encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2014.
- 5.- Sotelo I. Rojas JE. Sánchez C. Irigoyen A. La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención Archivos en Medicina Familiar, vol. 14, núm. 1, enero-marzo, 2012, pp. 5-13 Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50730962002>
- 6.- Von F. Gómez R. González M. Rojas A. Vargas L. Von C. Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2011; 49 (4): 331-337. Disponible en:
www.guiasalud.es/GPC/GPC_424_Dep_Adult_resum.pdf
- 7.- Rosas A. Evaluación geriátrica integral del adulto mayor México. Rev Med Chile 2011; 139: 725-731
- 8.- Estrada A. Cardona D. Segura A. Ordóñez J. Osorio J. Chavarriaga L. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. Universitas Psychologica, 12(1), 81-94.
- 9.- Borda M. Anaya M. Pertuz M. Romero de León L. Suárez A. Suárez A. Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): Salud Uninorte, vol. 29, núm. 1, enero-abril, 2013, pp. 64-73. Universidad del Norte Barranquilla, Colombia.

- 10.- Agudelo A. Posada A. Meneses E. Salud mental en adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública de Medellín, Colombia. Rev. Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2015 Vol. 32(4)
- 11.- Acosta C. García R. Ansiedad y depresión en adultos mayores. México 2013. Psicología y salud, 2013 - revistas.uv.mx
- 12.- Pérez E. 2014. Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor. Nutr Hosp. 2014;29(4):901-906
- 13.- Aldana R. Análisis de la depresión en el adulto mayor en la encuesta nacional de demografía y salud 2010.
<http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/3002>
- 14.- Arias, W. Yepez L. 2014. Felicidad, depresión y creencia en la benevolencia humana en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. Universidad San Ignacio de Loyola. http://repositorio.usil.edu.pe/wp-content/uploads/2014/08/2014_Arias_Felicidad-depresi%C3%B3n-y-creencia-en-la-benevolencia-humana-en-adultos-mayores-institucionalizados-y-no-institucionalizados.pdf
- 15.- Licas M. Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.T 2014 Lima Perú
- 16.- Orosco C. Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. 2015. Persona 18, enero-diciembre de 2015, ISSN 1560-6139, pp. 91-104
- 17.- Torres I. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores. Trujillo. 2011.
- 18.- Pévez-Hernández C. Características socio-demográficas y clínicas asociadas a depresión mayor Hospital Augusto Hernández Mendoza. 2011. Revista Panacea Vol. 3, Núm. 1.
- 19.- Varela L. Principios de Geriatria y Gerontología. 2da Edición. Lima, Perú: Centro Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011.p.501-512.
- 20.- Martínez M, Martínez O, Verónica A, Esquivel M, Velasco R. Víctor M. Prevalencia de Depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social 2007; 45 (1): 21-28.
- 21.- Grupo Regional de Cuidados de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía Cuidados de Enfermería en la atención Extrahospitalaria. Editado por Empresa Pública de Emergencias Sanitarias Enero 2014.

- 22.- Rodríguez M. Boris D. Rodríguez O. Rodríguez D. Algunos aspectos clinicoepidemiológicos de la depresión en la ancianidad. MEDISAN [revista en la Internet]. 2009 Oct [citado 2012 Abr 02] ; 13(5): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000500001&lng=es –
- 23.- GeriCuba. Red Cubana de Gerontología y Geriátrica. Organización Panamericana de la Salud. Guía clínica para la atención primaria de las personas mayores. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/>
- 24.- Calderon M. Evaluación Nutricional comparada del adulto mayor en consultas de Medicina Familiar. Nutr. Hosp. 2010; 25 (4): 669-75.
- 25.- Douglas N. Depresión en el adulto mayor México 2010. D Nance Disponible en: inger.gob.mx
- 26.- Moreno M. Alvarado A. Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura Aquichan, vol. 9, núm. 1, abril, 2009, pp. 62-72 Universidad de La Sabana Cundinamarca, Colombia.
- 27.- Bellido Vallejo J. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. Primera edición. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.
- 28.- Ley de las personas adultas mayores. LEY N° 28803 Presidencia del Congreso de la República. Disponible en: www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/.../Ley_28803_Ley_del_Adulto_Mayor.pdf
- 29.- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Características de los Adultos Mayores en la Encuesta de Salud y Bienestar del Adulto Mayor – ESBAM 2012. Programa Nacional de Asistencia Solidaria, Pensión 65 Dirección General de Seguimiento y Evaluación – DGSE 2014
- 30.- PSICOMED – Clasificación Estadística Internacional y Problemas Relacionados con la salud (CIE 10). Episodios depresivos. Disponible en: www.psicomed.net/cie_10/cie10_F32.html

Anexos

Matriz de Consistencia

| PROBLEMA | OBJETIVO GENERAL | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | HIPÓTESIS | VARIABLES | INDICADORES | INSTRUMENTO | FUENTE |
|--|--|--|-----------|--|--------------------------------------|--|--------------|
| ¿Cuál es el nivel de depresión en los adultos mayores del distrito de Los Aquijes de Ica en el 2016? | Determinar el nivel de depresión en los adultos mayores del distrito de los Aquijes de Ica en el 2016. | Determinar el nivel de depresión según el género en los adultos mayores. | No aplica | V. de Estudio Nivel de depresión | Valores de la Escala de depresión | Escala de depresión geriátrica de Yesavage | Adulto mayor |
| | | Determinar el nivel de depresión según grado de instrucción. | | V. de Caracterización -Género | Masculino Femenino | Ficha de datos | Adulto mayor |
| | | Determinar el nivel de depresión según presencia de discapacidad. | | -Edad | Edad | Ficha de datos | Adulto mayor |
| | | Determinar el nivel de depresión según co-morbilidades. | | -Grado de instrucción | Primaria Secundaria Superior | Ficha de datos | Adulto mayor |
| | | Determinar el nivel de depresión según edad | | -Vitalidad del cónyuge | Fallecida Viva | Ficha de datos | Adulto mayor |
| | | Determinar el nivel de depresión según vitalidad del cónyuge | | -Co-morbilidades | Con enfermedades Sin enfermedades | Ficha de datos | Adulto mayor |
| | | | | -Discapacidad | Con discapacidad Sin discapacidad | Ficha de datos | Adulto mayor |



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.- N° de ficha_____

2.- Género

(Masculino) (Femenino)

3.- Edad

(De 60 a 69)

(De 70 a 79)

(De 80 a más)

4.- Grado de Instrucción

(Primaria)

(Secundaria)

(Superior)

5.- Vitalidad del cónyuge

(Fallecida)

(Viva)

6.- Co-morbilidad

Con co-morbilidad

Sin co-morbilidad

7.- Discapacidad

(Con discapacidad)

(Sin discapacidad)

MODELO DE INSTRUMENTO

Escala de depresión geriátrica de Yesavage (versión de 30 ítems)

| N° | ITEMS | 1 | 0 |
|----|--|----|----|
| 1 | ¿Está básicamente satisfecho con su vida? | No | Si |
| 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? | No | Si |
| 6 | ¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza? | Si | No |
| 7 | ¿Tiene a menudo buen ánimo? | No | Si |
| 8 | ¿Tiene miedo de que algo le esté pasando? | Si | No |
| 9 | ¿Se siente feliz muchas veces? | No | Si |
| 10 | ¿Se siente a menudo abandonado? | Si | No |
| 11 | ¿Está a menudo intranquilo e inquieto? | Si | No |
| 12 | ¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas? | Si | No |
| 13 | ¿Frecuentemente está preocupado por el futuro? | Si | No |
| 14 | ¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente? | Si | No |
| 15 | ¿Piensa que es maravilloso vivir? | No | Si |
| 16 | ¿Se siente a menudo desanimado y melancólico? | Si | No |
| 17 | ¿Se siente bastante inútil en el medio en que está? | Si | No |
| 18 | ¿Está muy preocupado por el pasado? | Si | No |
| 19 | ¿Encuentra la vida muy estimulante? | No | Si |
| 20 | ¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos? | Si | No |
| 21 | ¿Se siente lleno de energía? | No | Si |
| 22 | ¿Siente que su situación es desesperada? | Si | No |
| 23 | ¿Cree que mucha gente está mejor que usted? | Si | No |
| 24 | ¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas? | Si | No |
| 25 | ¿Frecuentemente siente ganas de llorar? | Si | No |
| 26 | ¿Tiene problemas para concentrarse? | Si | No |
| 27 | ¿Se siente mejor por la mañana al levantarse? | No | Si |
| 28 | ¿Prefiere evitar reuniones sociales? | Si | No |
| 29 | ¿Es fácil para usted tomar decisiones? | No | Si |
| 30 | ¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar? | No | Si |

****Un punto por cada respuesta coincidente***

Puntuación:

- No depresión (0 a 10 puntos),
- Depresión leve-moderada (11 a 20 puntos)
- Depresión severa (21 a 30 puntos)

