

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR. CLUB DEL ADULTO
MAYOR HUNTER. MESA DE CONCERTACIÓN DEL ADULTO
MAYOR. AREQUIPA, 2017**

**Tesis presentada por el Bachiller:
Carlos Hernán Monteagudo Gómez
Para obtener el Título Profesional de
Médico Cirujano**

Asesor: Dr. Juan Marcos Pacheco Salazar

AREQUIPA - PERÚ

2017

*At Dios por estar
en su gracia, y permitir obrar
por el buen camino.*

*At mis padres Nely y
Carlos, en especial a mi
madre quien me apoyó día
a día con su constante
paciencia.*

*At mis hermanos Ludwig
y Luigui por su compañía, a
mi enamorada Tatiana por
su inigualable nobleza y
apoyo incondicional.*

*At todos los doctores y
profesores de colegio que se
esforzaron por enseñarme*

“El que no vive para servir, no sirve para vivir”

Padre Claret



“La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas.”

Sigmund Freud

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	II
EPÍGRAFE.....	III
INDICE GENERAL.....	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
INTRODUCCIÓN.....	07
CAPITULO I	
MATERIAL Y MÉTODOS.....	08
CAPÍTULO II	
RESULTADOS.....	13
CAPÍTULO III	
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	28
CAPÍTULO IV	
CONCLUSIONES.....	35
RECOMENDACIONES.....	36
BIBLIOGRAFÍA.....	38
ANEXOS	
1. PROYECTO DE TESIS.....	44
2. MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.....	78

RESUMEN

El presente trabajo de investigación va dirigido a identificar la frecuencia de depresión en el adulto mayor del Club del adulto Mayor Hunter, Mesa de concertación del adulto mayor Arequipa, 2017.

Para ello se realizó una investigación descriptiva de campo observacional, analítico y transversal. Se desarrolló en total el estudio con 122 adultos mayores hombres y mujeres de 65 a más años que acudieron al Club del adulto Mayor de Hunter, Mesa de concertación durante el periodo de 02 de Enero de 2017 al 02 de Marzo de 2017, que aceptaron ingresar al estudio realizado mediante la toma de la ficha de recolección de datos, además de contener la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) o Test de Yesavage.

Mostrándose que de los adultos mayores evaluados predomina el grupo de edad entre los 65-69 años con 33.6%. Se muestra que el género femenino es el predominante con 66.4% de ellos. El 36.1% proceden de Puno y el 35.2% proceden de Arequipa. De los adultos mayores el 70.5% padecen depresión. Se muestra que la edad en los adultos mayores con y sin depresión no presentó diferencia estadística significativa, pues se observa que el 33.7% y el 21.3% de los adultos mayores que padecen depresión tienen de 65 a 69 años y 75 a 79 años respectivamente. También se muestra que el género de los adultos mayores con y sin depresión presentó diferencia estadística significativa; el 72.1% del total de adultos mayores con depresión son mujeres, frente al 27.9% de adultos mayores con depresión son varones. Por último se muestra que la procedencia en los adultos mayores con y sin depresión no presentó diferencias estadísticas significativas; se muestra que de los que padecen depresión el 38.4% proceden de Puno, 36.0% proceden de Arequipa.

Concluyéndose que existe una elevada frecuencia de depresión en el adulto mayor, la relación entre la frecuencia de depresión y el género femenino presentó diferencia estadística significativa y el perfil predominante del adulto mayor con depresión es de 65 a 69 años de edad, de sexo femenino y procedente de la ciudad de Puno.

Palabras clave: Depresión, Adulto Mayor, Test de Yesavage.

ABSTRACT

The nature of the following work of investigation is to identify the frequency of depression in the elderly from the Hunter's Club of elderly, Table of conciliation of the elderly Arequipa, 2017.

To analyze this, a descriptive investigation of observational, analytical and transversal field was done. This study was made with the help of 122 elderly, between men and women, which ages are over 65 years old. These people, who come from the Hunter's Club of elderly, Table of conciliation, during the period from January 2nd, 2017 to March 2nd, 2017, agreed to be part of this study. A card of compilation of information was given to them, which also included the Geriatric Depression Scale (GDS) or Yesavage's Test.

It's shown that 33.6% of these elderly evaluated are 65 to 69 years old, and most of them are women, with a percentage of 66.4%. 36.1% come from Puno and 35.2% come from Arequipa. 70.5% of these elderly suffer depression. The age doesn't have a significant influence in those who has or not depression, since the 33.7% and the 21.3% of these people are 65 to 69 years old, and 75 to 79 years old, respectively.

It's also shown the gender has a big influence in elderly who suffer depression. 72.1% of them are elderly women with depression, and 27.9% of them are men.

Finally, it's also shown that the city of procedence doesn't have a big influence in elderly who suffer depression. Of these elderly people with depression, 38.4% come from Puno and 36,0%, from Arequipa.

We conclude that there's a high frequency of depression in elderly people. Statistical and significant differences proves that women are the ones who suffer depression the most. The most depressive elderly people are 65 to 69 years old, being mostly women who are from Puno city.

Keywords: Depression, Elderly, Yesavage's Test.

INTRODUCCIÓN

El adulto mayor, grupo etario de la población general que muchas veces es olvidado y dejado de lado, por la imposibilidad de desenvolverse. Dicha población está en aumento, según la Organización Mundial de la Salud, debido al incremento de la esperanza de vida (17), sin embargo es susceptible a diferentes enfermedades somáticas y mentales.

Sabemos que para el correcto desenvolvimiento de una persona se necesita dos aspectos: la salud física y salud mental. Ante ello el adulto mayor necesita además el apoyo, ya que merma de manera considerable las capacidades físicas que podrían condicionar su calidad de vida (18).

La salud mental es muy dejada de lado en nuestro país, sin ver que es una causa importante de discapacidad en las personas, más aún en el adulto mayor; sin embargo el diagnóstico adecuado y oportuno permitirá brindar a la población un tratamiento dual que incluya psicoterapia y tratamiento farmacológico, con lo cual se obtiene buenos resultados y mejor pronóstico en los pacientes (19).

Se requiere generar evidencia científica del Síndrome Depresivo del adulto mayor en los distritos periféricos de nuestra ciudad, es por ello que se decidió realizar el presente trabajo de investigación, para poder determinar la frecuencia de depresión en el adulto mayor del Club del adulto mayor de Hunter, Mesa de Concertación y brindar información al sector salud para una gestión dirigida a la salud mental.

Se debe mencionar que existe evidencia que actualmente se ha incrementado la incidencia de depresión en el adulto mayor con consecuencias fatales (19) como el suicidio (5,19), por ello este estudio tiene además justificación social y humana, pues viven en un constante riesgo de compromiso de su calidad de vida, seguridad y bienestar porque se acelera su deterioro físico, social, cognitivo y es muy necesaria la intervención temprana para revertir esta situación.



CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS

I. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 Técnicas

Se utilizó como técnica general la entrevista.

1.2 INSTRUMENTOS

Se utilizó como instrumento la ficha de recolección de datos solicitando: la información socio demográfica de edad, género y procedencia, posterior a ello La Escala de Depresión Geriátrica (GDS) o Test Yesavage (Anexo2), creada por Brike y Yesavage en 1982 cuyo nombre original es Geriatric Depression Scale (GDS), y traducida al español a cargo de Gonzales F. en 1988, la misma que ha sido usada en la población adulto mayor. El cuestionario original cuenta con 30 preguntas con respuestas dicotómicas (Si/No) diseñada para el cribado de depresión. Como única instrucción se menciona que se le hará unas preguntas sobre situaciones de su vida que pueden haber ocurrido en los últimos 12 meses. A continuación se encuentra el cuestionario original de 30 preguntas, donde se debe responder a las preguntas por “sí” o “no”. En las preguntas 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 y 30 se les considera puntaje de 1 a la respuesta “No” y en las preguntas 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 y 28 se les considera puntaje de 1 a la respuesta “Si”.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 UBICACIÓN ESPACIAL

ÁMBITO

El presente estudio se llevó a cabo, en el Club del Adulto Mayor del Distrito de Jacobo Hunter de la Mesa de concertación del Adulto Mayor, en 4 de sus asociaciones: Asociación Adulto Mayor “Alegría y Juventud de un Nuevo Amanecer”, Club Adulto Mayor Años Dorados, Asociación no Pensionistas “Santa Genoveva” y Círculo Adulto Mayor.

2.2 UBICACIÓN TEMPORAL

El estudio se realizó durante los meses de Enero a Marzo de 2017.

2.3 UNIDADES DE ESTUDIO

Adultos Mayores hombres y mujeres de 65 años a más que acuden al Club del Adulto Mayor de Hunter, Mesa de Concertación del Adulto Mayor en el periodo de 02 de Enero de 2017 al 02 de Marzo de 2017.

POBLACIÓN.

Todos los Adultos Mayores hombres y mujeres de 65 años a más que acuden al Club del Adulto Mayor de Hunter, Mesa de Concertación del Adulto Mayor en el periodo de 02 de Enero de 2017 al 02 de Marzo de 2017, que acepten ingresar al estudio mediante la firma de consentimiento informado y responder todo el cuestionario.

MUESTRA

Se realizó una muestra por conveniencia, se tomó a toda la población activa que asistió a las 4 asociaciones del Club del Adulto Mayor durante, quienes durante los días de las entrevistas pactadas acudieron; en total fueron 122 participantes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Personas de 65 años a más, que acepten ingresar al estudio mediante la firma de consentimiento informado y responder todo el cuestionario.
- De ambos sexos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Adulto Mayor que no consientan participar en el estudio.
- Personas menores de 65 años
- Personas que no puedan concluir el cuestionario

3. ESTRATEGÍA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1 ORGANIZACIÓN

A) Se realizó la autorización para la realización de la investigación a la consultora de la Mesa de concertación del Club del Adulto Mayor de Hunter

B) Se solicitó permiso y coordinó las fechas de realización de la investigación con el personal encargado de 4 de sus asociaciones: Asociación Adulto Mayor “Alegría y Juventud de un Nuevo Amanecer”, Club Adulto Mayor Años Dorados, Asociación no Pensionistas “Santa Genoveva” y Círculo Adulto Mayor.

3.2 PROCEDIMIENTOS

A) Una vez establecida la coordinación y la autorización para la realización de la investigación, se procedió a la presentación del proyecto a la concurrencia en las asociaciones del Club del Adulto Mayor de Hunter, en donde se realizó el estudio.

B) Se realizó la toma de consentimiento informado a quienes aceptaron participar del estudio. Seguidamente se desarrolló de forma individual la toma del cuestionario, con cada adulto mayor.

C) Concluida la obtención de datos en la ficha de recolección de datos, se procedió a la tabulación en una base de datos en el Programa Microsoft Excel 2010 y el análisis e interpretación de los mismos aplicando pruebas de informática, estadística (Chi-Cuadrado) en el programa estadístico SPSS v.22.

3.3 RECURSOS

3.3.1 HUMANOS

Investigador: Carlos Hernán Monteagudo Gómez

Asesor de Tesis: Juan Marcos Pacheco Salazar

3.3.2 INSTITUCIONALES

Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

Club del Adulto Mayor de Hunter. Mesa de concertación del Adulto Mayor

Biblioteca de la Universidad Católica de Santa María.

3.3.3 MATERIALES

Ficha de recolección de datos.

Material Bibliográfico.

Material de escritorio, computadora.

Paquete estadístico SPSS v. 12

3.3.4 FINANCIERO

Autofinanciamiento

3.4 VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

La ficha de recolección de datos que contiene además de “La Escala de Depresión Geriátrica o Test de Yesavage”, los datos de información sociodemográfica de edad,

género y procedencia, la cual no requiere validación por tratarse una ficha de información.

La escala de Depresión Geriátrica o Test de Yesavage ha sido probada y usada de manera extensa en la población de 65 a más años. La escala de Depresión Geriátrica o Test de Yesavage cuenta con 30 preguntas con respuestas dicotómicas (Si/No), y cada una conforme a lo estipulado anteriormente se le asigna un puntaje de 1.

Con un puntaje de 0 a 10 indica resultado normal, de 11 a 14, indica depresión teniendo una sensibilidad de 84% y especificidad de 95%. Con un puntaje >14 , indica depresión con una sensibilidad de 80% y especificidad del 100%.

3.5 CRITERIOS O ESTRATEGIAS PARA LA INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Las tablas estadísticas realizadas con el programa estadístico SPSS v. 12 conteniendo las frecuencias y porcentajes, se realizó la estadística descriptiva utilizando medidas de tendencia central. Posteriormente para medir la asociación de las variables se usó la prueba Chi-cuadrado.

3.6 MODALIDADES INTERPRETATIVAS

Están relacionados con el nivel de medición de las variables.

3.7 NIVEL DE INTERPRETACIÓN

La interpretación es cualitativa y cuantitativa. Se analizó cada indicador y su interrelación con la variable de estudio.





CAPÍTULO II: RESULTADOS

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR. CLUB DEL ADULTO MAYOR HUNTER.
MESA DE CONCERTACIÓN DEL ADULTO MAYOR. AREQUIPA, 2017

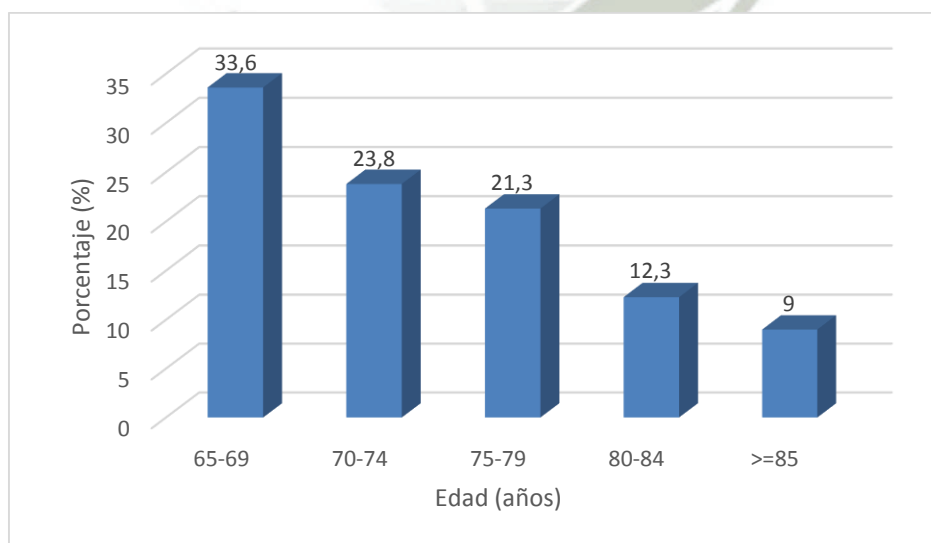
TABLA N°. 1
EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB DEL ADULTO MAYOR
HUNTER, MESA DE CONCERTACIÓN DEL ADULTO MAYOR

Edad	N°.	%
65-69	41	33,6
70-74	29	23,8
75-79	26	21,3
80-84	15	12,3
>=85	11	9,0
TOTAL	122	100,0

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador

La tabla N°. 1, muestra que del total de 122 adultos mayores entrevistados, predomina el grupo de edad entre los 65-69 años con 33.6% de la población total de adultos mayores, siendo el grupo de edad de 85 a más años con 9.0% el de menor frecuencia.

Gráfico N° 01: Edad de los adultos mayores del Club del Adulto Mayor, Mesa de concertación del adulto mayor



Fuente: Base de datos elaborada por el investigador

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR. CLUB DEL ADULTO MAYOR HUNTER.
MESA DE CONCERTACIÓN DEL ADULTO MAYOR. AREQUIPA, 2017

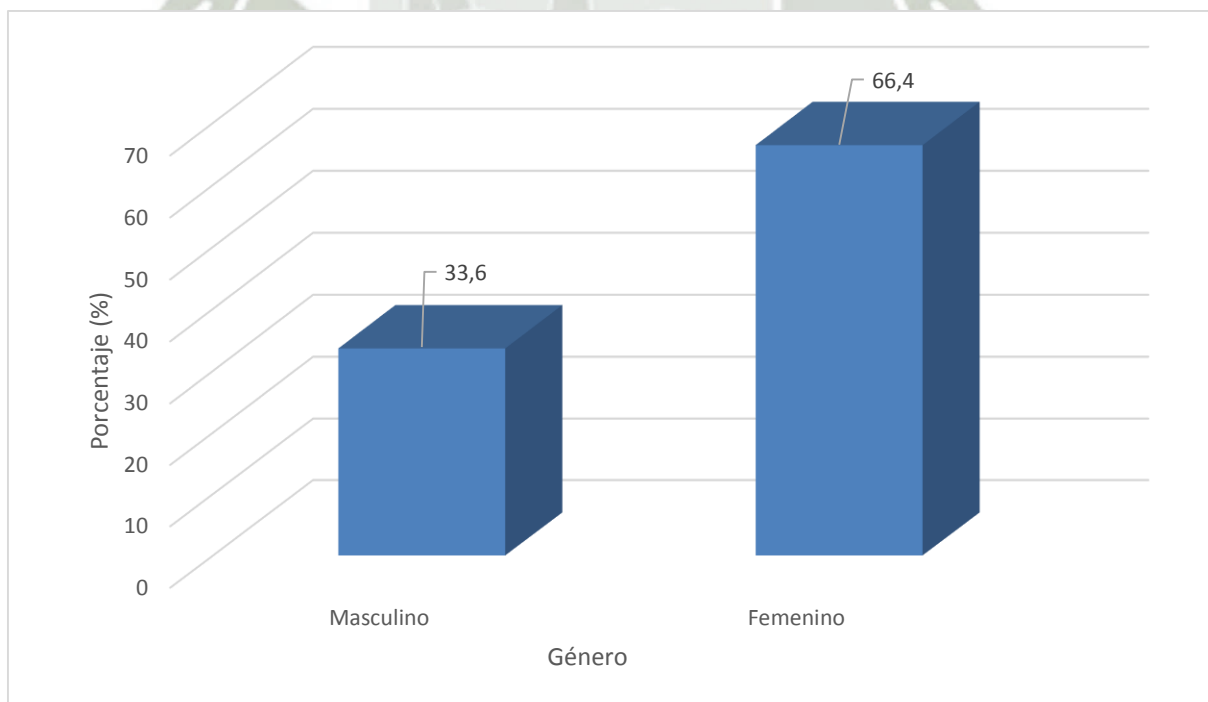
TABLA N°. 2
GENERO DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB DEL ADULTO MAYOR
DE HUNTER, MESA DE CONCERTACIÓN DEL ADULTO MAYOR

Género	N°.	%
Masculino	41	33,6
Femenino	81	66,4
TOTAL	122	100,0

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador

La tabla N°. 2, muestra que el 66.4% de los adultos mayores son de género femenino y el 33.6% de ellos son de género masculino.

Gráfico N° 02: Adultos mayores del Club del Adulto Mayor, Mesa de concertación del adulto mayor



Fuente: Base de datos elaborada por el investigador

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR. CLUB DEL ADULTO MAYOR HUNTER.
MESA DE CONCERTACIÓN DEL ADULTO MAYOR. AREQUIPA, 2017

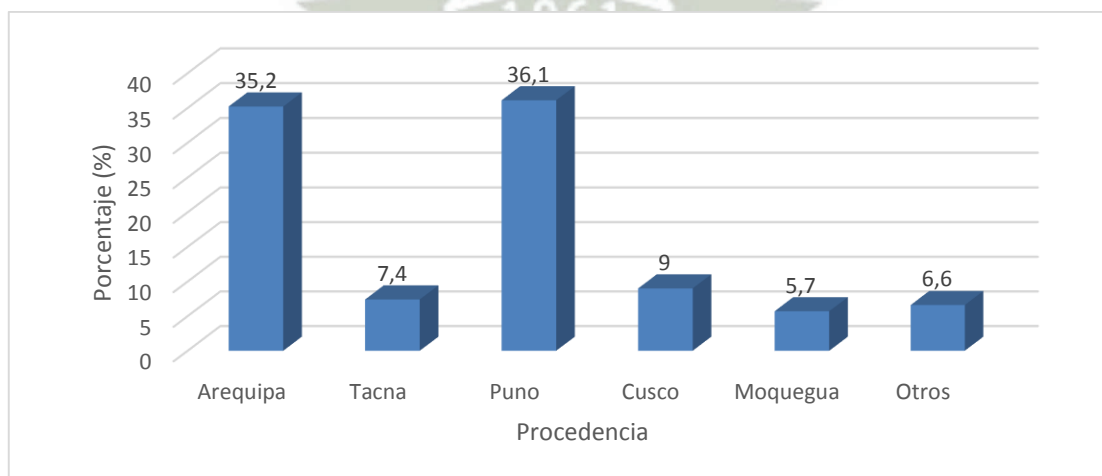
TABLA N° 3
PROCEDENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB DEL ADULTO MAYOR DE HUNTER, MESA DE CONCERTACIÓN DEL ADULTO MAYOR

Procedencia	N°.	%
Arequipa	43	35,2
Tacna	9	7,4
Puno	44	36,1
Cusco	11	9,0
Moquegua	7	5,7
Otros	8	6,6
TOTAL	122	100,0

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador

La tabla N°. 3, muestra que del total de 122 adultos mayores, el 36.1% proceden de Puno, seguido con 35.2% proceden de Arequipa, y solo el 7.4% proceden de Tacna.

Gráfico N° 03: Procedencia de los adultos mayores del Club del adulto mayor, Mesa de concertación del adulto mayor



Fuente: Base de datos elaborada por el investigador

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR. CLUB DEL ADULTO MAYOR HUNTER.
MESA DE CONCERTACIÓN DEL ADULTO MAYOR. AREQUIPA, 2017

TABLA N° 4

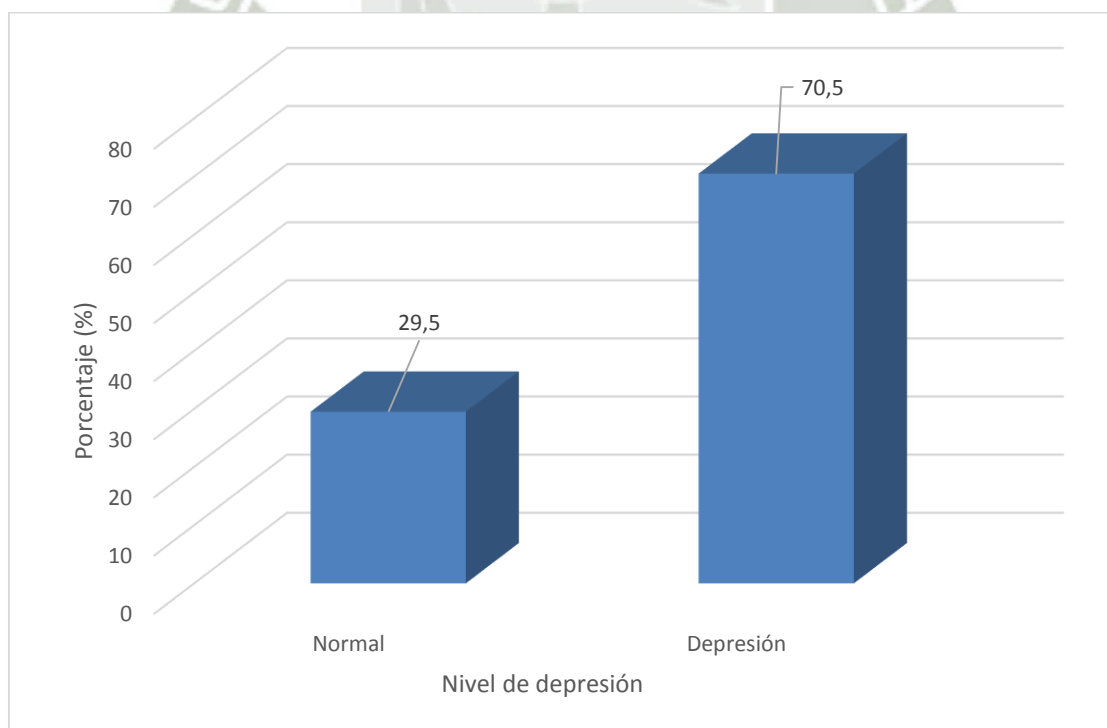
**DEPRESION DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB DEL ADULTO
MAYOR DE HUNTER, MESA DE CONCERTACIÓN DEL ADULTO MAYOR**

Adulto mayor	N°.	%
Normal	36	29,5
Depresión	86	70,5
TOTAL	122	100,0

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador

La tabla N° 4, muestra el 70.5% de los adultos mayores padecen depresión.

**Gráfico N° 4: Depresión de los adultos mayores del Club del Adulto Mayor
Hunter, Mesa de concertación del adulto mayor**



Fuente: Base de datos elaborada por el investigador

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR. CLUB DEL ADULTO MAYOR HUNTER.
MESA DE CONCERTACIÓN DEL ADULTO MAYOR. AREQUIPA, 2017

TABLA N° 5
FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN LAS ASOCIACIONES DEL CLUB DEL
ADULTO MAYOR HUNTER. MESA DE CONCERTACIÓN DEL ADULTO
MAYOR. AREQUIPA, 2017

Asociación	N° población con depresión	% Depresión / población total deprimida	N° total de adultos	% de población con depresión / asociación
Asociación Adulto Mayor “Alegría y juventud de un nuevo amanecer”	32	37.2	42	76.2
Asociación no Pensionistas “Santa Genoveva”	27	31.4	34	79.4
Club Adulto Mayor Años Dorados	15	17.4	26	57.7
Círculo Adulto Mayor	12	14.0	20	60
TOTAL	86	100	122	100

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador

La tabla N° 5 muestra que la Asociación Adulto Mayor “Alegría y juventud de un nuevo amanecer” que cuenta con la mayor población de adultos mayores, representa la mayor cantidad de adultos mayores con depresión con 37.2%, sin embargo La Asociación no Pensionistas “Santa Genoveva” cuenta con el mayor porcentaje de depresión en su población con 79.4%.

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR. CLUB DEL ADULTO MAYOR HUNTER.
MESA DE CONCERTACIÓN DEL ADULTO MAYOR. AREQUIPA, 2017

TABLA N°. 6
FRECUENCIA DE DEPRESIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB
DEL ADULTO MAYOR DE HUNTER, MESA DE CONCERTACIÓN DEL
ADULTO MAYOR SEGÚN LA EDAD

EDAD	NORMAL		DEPRESIÓN		TOTAL	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
65-69	12	33,3	29	33,7	41	33,6
70-74	13	36,1	16	18,6	29	23,8
75-79	6	16,7	20	23,3	26	21,3
80-84	5	13,9	10	11,6	15	12,3
>=85	0	0,0	11	12,8	11	9,0
TOTAL	36	100,0	86	100,0	122	100,0

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador

$$X^2=8,50$$

$$P>0,05$$

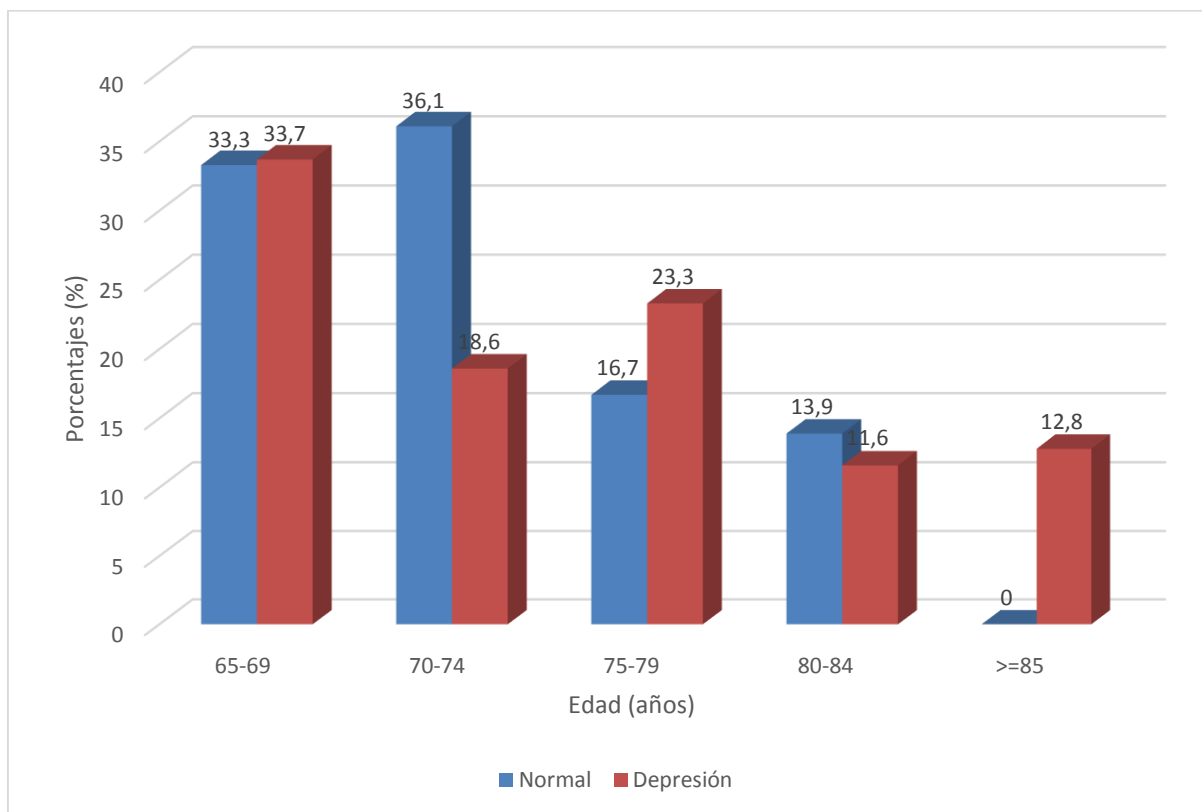
La tabla N°. 6, según la prueba de Chi-cuadrado ($X^2=8,50$) se muestra que la edad en los adultos mayores con depresión y sin depresión no presentó diferencia estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se muestra que, el grupo de edad que abarca mayor cantidad de adultos mayores con depresión con el 33.7% es de 65 a 69 años de edad y el grupo de menor cantidad con el 11.6% es de los 80 a 84 años de edad. Finalmente el 0% de los adultos mayores sin depresión tienen de 85 a más años frente al 12.8 % de ellos con esta misma edad que presentan depresión.

Mencionamos que el total de adultos mayores entrevistados de 85 a más años, padecen depresión.

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR. CLUB DEL ADULTO MAYOR HUNTER.
MESA DE CONCERTACIÓN DEL ADULTO MAYOR. AREQUIPA, 2017

Gráfico N° 5: Frecuencia de depresión de los adultos mayores del Club del Adulto Mayor, Mesa de concertación del adulto mayor según la edad



Fuente: Base de datos elaborada por el investigador

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR. CLUB DEL ADULTO MAYOR HUNTER.
MESA DE CONCERTACIÓN DEL ADULTO MAYOR. AREQUIPA, 2017

TABLA N° 7

**FRECUENCIA DE DEPRESION DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB
DEL ADULTO MAYOR DE HUNTER, MESA DE CONCERTACIÓN SEGÚN
GÉNERO**

SEXO	NORMAL		DEPRESIÓN		TOTAL	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Masculino	17	47,2	24	27,9	41	33,6
Femenino	19	52,8	62	72,1	81	66,4
TOTAL	36	100,0	86	100,0	122	100,0

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador

$$X^2=4,24$$

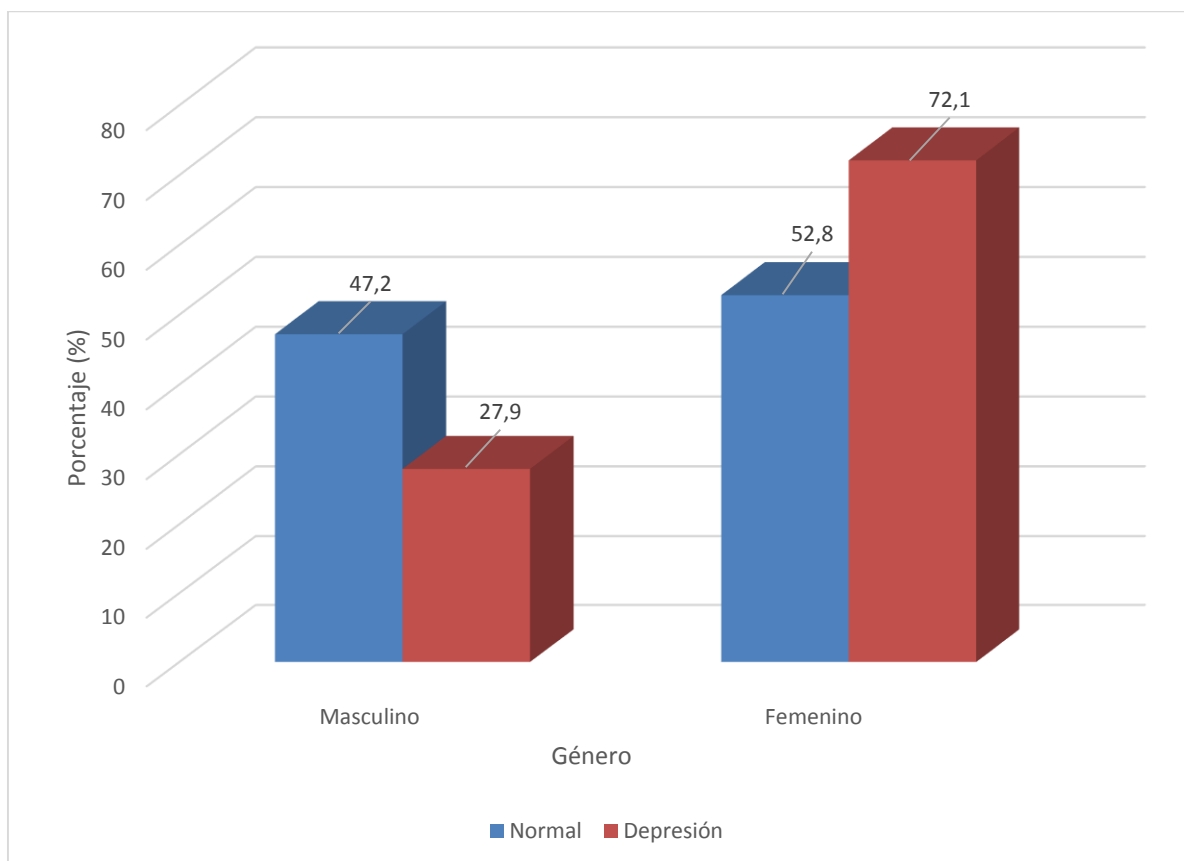
$$P<0,05$$

La tabla N°. 7, según la prueba de Chi-cuadrado ($X^2=4,24$) se muestra que el género en los adultos mayores con depresión y sin depresión presentó diferencia estadística significativa ($P<0.05$).

Se muestra que el 72.1% de adultos mayores con depresión son de género femenino frente al 27.9% de adultos mayores con depresión que son de género masculino.

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR. CLUB DEL ADULTO MAYOR HUNTER.
MESA DE CONCERTACIÓN DEL ADULTO MAYOR. AREQUIPA, 2017

Gráfico N° 6: Frecuencia de depresión de los adultos mayores del Club del Adulto Mayor Hunter, Mesa de concertación del adulto mayor según género



Fuente: Base de datos elaborada por el investigador

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR. CLUB DEL ADULTO MAYOR HUNTER.
MESA DE CONCERTACIÓN DEL ADULTO MAYOR. AREQUIPA, 2017

TABLA N° 8

**FRECUENCIA DEPRESIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB DEL
ADULTO MAYOR DE HUNTER, MESA DE CONCERTACIÓN DEL ADULTO
MAYOR SEGÚN PROCEDENCIA**

PROCEDENCIA	NORMAL		DEPRESION		TOTAL	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Arequipa	12	33,3	31	36,0	43	35,2
Tacna	2	5,6	7	8,1	9	7,4
Puno	11	30,6	33	38,4	44	36,1
Cuzco	5	13,9	6	7,0	11	9,0
Moquegua	4	11,1	3	3,5	7	5,7
Otros	2	5,6	6	7,0	8	6,6
TOTAL	36	100,0	86	100,0	122	100,0

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador

$$X^2=4,71$$

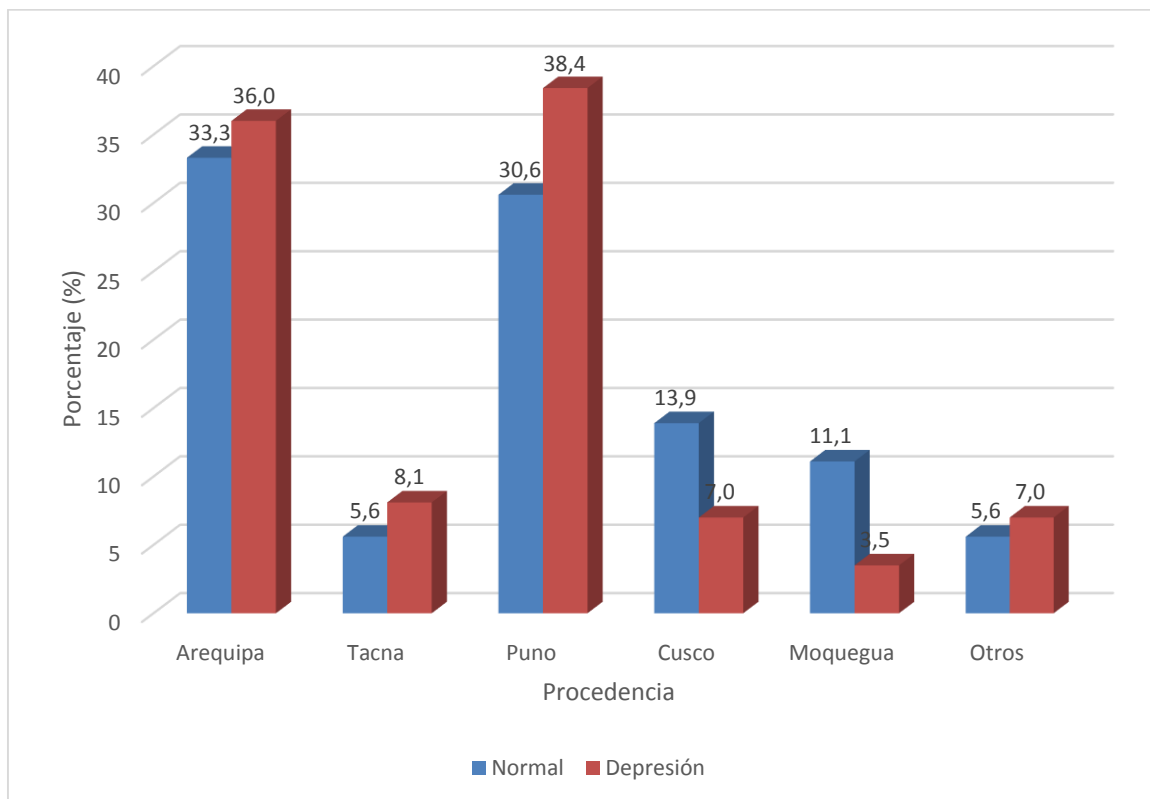
$$P>0,05$$

La tabla N°. 8, según la prueba de Chi-cuadrado ($X^2=4,71$) se muestra que la procedencia en los adultos mayores con depresión y sin depresión no presentó diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).

Asimismo se muestra que el 36.0% de los adultos mayores con depresión proceden de Arequipa, siendo Puno el lugar de procedencia con mayor cantidad de adultos mayores con depresión con un 38.4% y Moquegua el lugar de procedencia con menor cantidad de adultos mayores con depresión con un 3.5%.

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR. CLUB DEL ADULTO MAYOR HUNTER.
MESA DE CONCERTACIÓN DEL ADULTO MAYOR. AREQUIPA, 2017

Gráfico N° 7: Frecuencia de depresión de los adultos mayores del Club del Adulto Mayor Hunter, Mesa de concertación del adulto mayor según procedencia



Fuente: Base de datos elaborada por el investigador

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR. CLUB DEL ADULTO MAYOR HUNTER.
MESA DE CONCERTACIÓN DEL ADULTO MAYOR. AREQUIPA, 2017

TABLA N° 9
FRECUENCIA DEPRESIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB DEL
ADULTO MAYOR DE HUNTER, MESA DE CONCERTACIÓN DEL ADULTO
MAYOR SEGÚN EDAD, GÉNERO Y PROCEDENCIA

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS		NORMAL %	DEPRESIÓN %
EDAD	65 a 69 años	33.3	33.7
	70 a 74 años	36.1	18.6
	75 a 79 años	16.7	23.3
	80 a 84 años	13.9	11.6
	85 a más años	0.0	12.8
GÉNERO	Masculino	47.2	27.9
	Femenino	52.8	72.1
PROCEDENCIA	Arequipa	33.3	36.0
	Tacna	5.6	8.1
	Puno	30.6	38.4
	Cuzco	13.9	7.0
	Moquegua	11.1	3.5
	Otros	5.6	7.0

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador

La tabla N° 9, muestra que el perfil predominante del adulto mayor con depresión es de 65 a 69 años de edad, de sexo femenino y procedente de la ciudad de Puno.

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR. CLUB DEL ADULTO MAYOR HUNTER.
MESA DE CONCERTACIÓN DEL ADULTO MAYOR. AREQUIPA, 2017

TABLA N°. 10
FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DESCRITOS EN LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA O TEST DE YESAVAGE EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB DEL ADULTO MAYOR DE HUNTER, MESA DE CONCERTACIÓN DEL ADULTO MAYOR

SÍNTOMAS	N°	%
1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	32	26.2
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	65	53.3
3. ¿Siente que su vida está vacía?	67	54.9
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	78	63.9
5. ¿Tiene esperanza en el futuro?	35	28.7
6. ¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	83	68.0
7. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	37	30.3
8. ¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	58	47.5
9. ¿Se siente feliz muchas veces?	34	27.9
10. ¿Se siente a menudo abandonado?	66	54.1
11. ¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	70	57.4
12. ¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	48	39.9
13. ¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	92	75.4
14. ¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	71	58.2
15. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	15	12.3
16. ¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	75	61.5

SÍNTOMAS	Nº	%
17. ¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	57	46.7
18. ¿Está muy preocupado por el pasado?	70	57.4
19. ¿Encuentra la vida muy estimulante?	35	26.7
20. ¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	74	60.7
21. ¿Se siente lleno de energía?	44	36.1
22. ¿Siente que su situación es desesperada?	56	45.9
23. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	60	49.1
24. ¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	73	59.8
25. ¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	80	65.6
26. ¿Tiene problemas para concentrarse?	82	67.2
27. ¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	26	21.3
28. ¿Prefiere evitar reuniones sociales?	58	47.5
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones?	45	36.9
30. ¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	81	66.4

Fuente: Base de datos elaborada por el investigador

La tabla N° 10, muestra la frecuencia de los síntomas descritos en la escala de depresión geriátrica o Test de Yesavage, donde a la pregunta ¿Frecuentemente está preocupado por el futuro? con 75.4%, es la pregunta de mayor prevalencia, y la de menor prevalencia con 12.3% es ¿Piensa que es maravilloso vivir?



CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La depresión en el adulto mayor es más común que en la población general. La frecuencia varía significativamente entre unos y otros estudios, hablándose del 25 al 45%. Varios estudios indican que la depresión en personas mayores se puede correlacionar con el bajo nivel socioeconómico, enfermedad física concomitante, duelo por pérdida de un cónyuge y aislamiento social. En este grupo de población hay tendencia a infradiagnosticar. Esto puede ser porque se manifiesta más frecuentemente con síntomas somáticos en las personas mayores que en los jóvenes. (1)

La frecuencia de depresión en el adulto mayor difiere según los diferentes autores, pues esta elevada disparidad de resultados refleja la dificultad de su diagnóstico en los diferentes ámbitos (21).

La frecuencia de depresión en el estudio muestra que del total de adultos mayores participantes el 29.5% no padecen depresión y el 70.5% de los adultos mayores padecen depresión, dicho esto se observó resultados similares en el trabajo de investigación de Capuñay, a pesar de no ser comparables los métodos utilizados. Dicho estudio se realizó en el servicio de consulta externa de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia mencionando que un 75% de los pacientes presentan algún síntoma depresivo, siendo en su mayoría (75.6%) de género femenino (22).

En el estudio presentado por Licas se encontró resultados similares. Realizado en un Centro de Atención Integral en Lima usando la Escala de depresión geriátrica o Test de Yesavage abreviado de 15 ítems, se aprecia que del 100% de los adultos mayores encuestados el 77% presenta depresión, esta prevalencia se asemeja con el presente estudio (23).

De igual forma se encontraron resultados similares en el estudio realizado por Martínez-Mendoza, en el que se incluyeron 310 participantes de 65 años a más en el que demostró depresión global en 50.3 %. El grado de depresión más frecuente fue leve-moderada en 133 pacientes, de los cuales 74 (23.8 %) tuvieron entre 11 y 14 puntos en la escala de Yesavage y 59 (19.0 %), entre 15 y 19 puntos; 23 pacientes tuvieron 20 puntos o más (24).

Por otro lado la frecuencia de depresión en el estudio realizado por Gálvez, no se encontró resultados similares, quien determinó síntomas depresivos a 170 adultos mayores que acudieron a los Centros del Adulto Mayor de Es Salud en Arequipa, 2014 con la Escala de Depresión Geriátrica o Test de Yesavage; quien menciona que un 29.4% padece depresión (25).

En el Manual de Psiquiatría de Palomo, menciona que la depresión tiene una frecuencia dos veces en las mujeres adultas que en los varones adultos (1). De igual forma que en el Manual de Bolsillo de Psiquiatría clínica de Kaplan indica que la frecuencia de depresión a lo largo de la vida representa del 5 al 12% de los varones y 10 al 25% de las mujeres (3).

En el estudio se observa que de los 122 adultos mayores, el 66.4% son de género femenino frente al 33.6% que son de género masculino. El género en los adultos mayores con depresión y sin depresión presentó diferencia estadística significativa; pues el 52.8% de los adultos mayores sin depresión son mujeres frente al 72.1% de ellas padecen depresión, a diferencia que el 47.2% de los adultos mayores sin depresión son de género masculino frente al 27.9% de ellos padecen depresión; estos estudios son similares a los de García Serrano donde se observó asociación entre género femenino y presentar patología de trastorno del ánimo, pues un 45% del género femenino padece depresión mientras un 13% del género masculino lo padecen (21). Sin embargo la prevalencia de depresión en el presente estudio mostró un 70.5% de adultos mayores frente al 31% en el estudio de García (21).

Similar resultado en el estudio de Martínez-Mendoza, que de los 155 adultos mayores con depresión, el 69.03% son de género femenino y según el análisis bivariado se consideró como factor relacionado con depresión (24). También en el estudio de Gálvez, se demostró que del total de adultos mayores con depresión, el 84% son de género femenino (25). De igual forma en el estudio de Espinosa-Aguilar en la Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores indica que en México la prevalencia global de depresión es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años (26).

Al referirse con el nivel de depresión de los adultos mayores del Club del Adulto Mayor de Hunter según la edad se muestra que predomina el grupo de 65 a 69 años con el 33.7%, seguido del grupo de 75 a 79 años con 21.3%, luego el grupo de 70 a 74 años con 18.6%, a continuación el grupo de 80 a 84 años con 11.6% y finalmente los adultos mayores de 85 a más años que representan el 12.8% del total que padecen depresión. Cabe mencionar que el 100% de los adultos mayores de 85 a más años padecen depresión.

Sin embargo, la edad en los adultos mayores con y sin depresión no presentó diferencia estadística significativa, tal como el estudio realizado por Licas que relacionando depresión con edad mostró que el grupo de 65 a 69 años presentó mayor prevalencia con 28.6%, el grupo de 70 a 74 años con 16.3% y el grupo de 75 a 79 años con 10.9% de prevalencia (23). Por el contrario se encontró resultados diferentes en Gálvez, pues el grupo de 61 a 65 años no presentó adultos mayores con depresión, en el de 66 a 70 años el 20% padece depresión, en el grupo de 71 a 75 años el 47% la padece y el grupo de más de 75 años ningún adulto mayor padece depresión, encontrándose significancia estadística (25).

En el estudio de García no se encontró diferencia estadísticamente significativa, entre presentar un Test de Yesavage alterado y los grupos de edad, quien indica que el grupo de edad de <75 años representaron un 25% de su población con depresión, y los adultos >75 años representaron el 40% de su población (21).

Al referirse el nivel de depresión de los adultos mayores del Club del Adulto Mayor de Hunter según la procedencia se muestra que de los adultos mayores procedentes: el 72.09% de Arequipa representando el 36.0% de la población total que padece depresión, el 75% de la población de Puno representando el 38.4%, 77.7% de la población procedente de Tacna representando el 8.1%, 54.5% de la población procedente de Cuzco representando el 7.0%, 45.8% de Moquegua representando el 3.5%, y de otros lugares el 75% representando solo el 7% de los que padecen depresión.

Según el reporte de salud mental y el adulto mayor de la Organización Mundial de la salud, la población mundial está envejeciendo rápidamente. Entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos,

pasando del 12% al 22%; en números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años (27).

La depresión en el adulto mayor muchas veces es subdiagnosticada, y esto se debe a que creemos que el estado de ánimo bajo es inherente con la vejez, y como consecuencia de ello el adulto mayor tiene menor calidad de vida afectando a su propia salud física y mental y la de las de sus familiares.

En el estudio de EURODEP sobre depresión abarca un rango de prevalencia muy dispar, que se establece entre un 8,8% y un 23,6%. Hay estudios que indican una alta prevalencia en determinados subgrupos de población geriátrica: institucionalizados de 30 a 75% y los hospitalizados de 11 a 45% (28). Se podría decir que la gran variación en los informes se debe a que muchos de los estudios en los que se aplica la escala de depresión geriátrica o Test de Yesavage (en su versión original de 30 ítems o en su forma abreviada), están encaminados a muestras poblacionales de servicios del primer nivel de atención, son pequeñas o incluyen pacientes ambulatorios (24).

A pesar de que en la ficha de recolección de datos del estudio no se tomó en cuenta la variables sociodemográficas de nivel socioeconómico y si reciben o no apoyo social, es importante mencionar que el nivel socioeconómico bajo y la falta de apoyo social tienen una relación estadística significativa con la depresión (28). Pues siendo el lugar de entrevista un distrito periférico con un nivel de pobreza elevado y población que ha emigrado en buen número de zonas intra-regionales y extra-regionales no cuentan con el apoyo familiar (29); contribuyendo esto a que muchos adultos mayores vivan solos y se encuentren en abandono.

La escala de depresión geriátrica o Test de Yesavage resulta muy útil para un nivel de atención primaria que permite identificar los casos de trastorno de ánimo que no han sido diagnosticados y poder referirlos hacia los especialistas en un centro hospitalario de mayor complejidad.

Es importante reiterar la importancia del diagnóstico de depresión en el adulto mayor, pues es más frecuente que la población general el desenlace de suicidio, para ello es importante tomarse más tiempo en la entrevista dando énfasis en algunos ítems del Test de Yesavage o Escala de depresión geriátrica como: si se siente solo y sin apoyo, si se encuentra satisfecho con su vida, la autopercepción de su estado de salud, si se encuentra con altos niveles de desesperanza, si siente a menudo ganas de llorar entre otros factores como si existe déficit visual, mala calidad de sueño, alguna enfermedad crónica concomitante o si ha tenido algún intento de suicidio (28).





CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

CONCLUSIONES

- PRIMERA: Existe una elevada frecuencia de depresión en el adulto mayor del Club del adulto mayor Hunter, Mesa de concertación del adulto mayor.
- SEGUNDA: El perfil predominante del adulto mayor del Club del adulto mayor Hunter, Mesa de concertación del adulto mayor Arequipa 2017 es adulto con depresión, de 65 a 69 años de edad, género femenino y procedente de la ciudad de Puno.
- TERCERA: Existe diferencia estadística significativa entre la frecuencia de depresión y el género femenino en el Club del adulto mayor Hunter, Mesa de concertación del adulto mayor.
- CUARTA: Existe frecuencia similar de depresión entre las 4 asociaciones entrevistadas del Club del adulto mayor Hunter, Mesa de concertación del adulto mayor.
- QUINTA: El síntoma depresivo más frecuente descrito en la Escala de depresión Geriátrica o Test de Yesavage es, si está preocupado por el futuro.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Ante la elevada frecuencia de depresión en el adulto mayor debe ser considerada una prioridad en la atención primaria de salud a cargo del médico psiquiatra, para mejorar el desempeño y labor del adulto mayor en la sociedad.
- SEGUNDA:** Fomentar la promoción de salud física y mental a cargo del personal de Salud.
- TERCERA:** Debido a la inversión de la pirámide poblacional con el consecuente incremento poblacional del adulto mayor y siendo la depresión una enfermedad muy frecuente en el referido grupo etario debería ser considerado un problema de salud pública, pues el trastorno del ánimo produce discapacidad en las personas que la padecen.
- CUARTA:** Se debe implementar programas de mayor participación social a través de la Dirección ejecutiva de atención integral de salud del Ministerio de Salud, y de la implementación de programas del Gobierno Regional de Arequipa, pues son los responsables de velar por la salud física y mental del adulto mayor, pues es necesario el apoyo del Ministerio de Salud realizando atención primaria y el Gobierno Regional impulsando con la capacitación y recreación del adulto mayor.

QUINTA: Se sugiere que para próximos estudios sobre depresión en edad geriátrica aplicando la Escala de depresión geriátrica o Test de Yesavage, los investigadores consideren un mayor número de población, además se sugiere que se siga estudiando para mostrar la tendencia epidemiológica.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

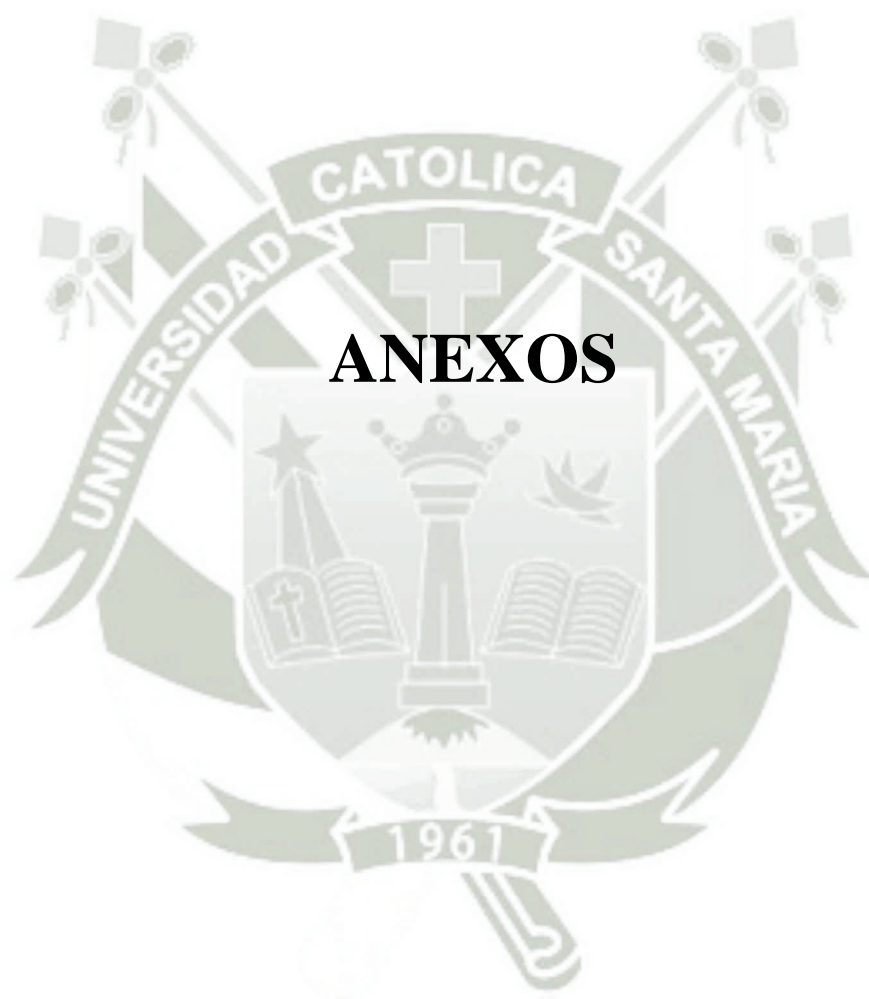
1. Palomo, Tomás; Jimenez-Arriero, Miguel Ángel. Manual de Psiquiatría. Grupo ENE Publicidad. Madrid, España; 2009.
2. DSM – 5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª edición. España y Latinoamérica: Editorial Médica Panamericana; 2014.
3. Kaplan, Harold I.; J. Sadock, Benjamin; J. Sadock, Virginia. Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica. 5ª edición. España. ISBN Edición Española. 2008.
4. Rotondo, Humberto; Perales, Alberto. Manual de Psiquiatría “Humberto Rotondo”. 2ª edición. Lima – Perú: UNMSM; 1998.
5. Mayta P, Zelada M. ¿Estamos preparados para la atención primaria del adulto mayor? Rev Perú MedExp Salud Pública. 2006; 23(1):67-69.
6. Kurlowics L, Greenberg S. La escala de depresión geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés). Try this: Best practices in nursing Care to older adults (Internet). 2007 (Citado el 23 de enero de 2017). Disponible en: http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_4_span.pdf
7. Snaith, R. y Taylor, C. Ob. cit. 1985. 17-20.
8. Turner y Hersen .Adult psychopathology and diagnosis. 1984. 184-244
9. Organización Mundial de la Salud. Depresión. Disponible en <http://www.who.int/topics/depression/es/>
10. Organización Mundial de la Salud. Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf
11. Guía Salud. Criterios de un Diagnóstico Depresivo. Disponible en http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/apartado04/tabla_42.pdf
12. Organización Mundial de la Salud. La Depresión: Datos y Cifras <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
13. Organización Mundial de la Salud. La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>

14. Bacca, A. Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Revista Pensamiento Psicologico*; Cali 5 (Jul 2005): 53- nnnbnbb
15. Sue, D., Sue, D. W. y Sue´s. 2010. 303
16. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-jul-ago-set-2016.pdf
17. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre el envejecimiento y la salud. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
18. Alvarado García, Alejandra María; Maya, Salazar; María, Ángela. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 2014, 25, (2), 57-62.
19. Jonis, Mauro; Llacta, Diana. Depresión en el adulto mayor, cual es la verdadera situación en nuestro país. *RevMedHered*, Lima, 2013. 24, (1), 78-79. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2013000100013&lng=es&nrm=iso. ISSN 1018-130X.
20. Martínez de la Iglesia J., Onís Vilches Mª C., Dueñas Herrero R., Albert Colomer C., Aguado Taberné C., Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam [Internet]*. 2002 Dic [citado 2017 Ene 23] 12(10): 26-40. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002001000003&lng=es.
21. García Serrano, M.J.; Tobías Ferrer, J.; Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. *Perfil del anciano de riesgo. Aten Primaria*. Barcelona 2001; 27: 484-488
22. CapuñayChafloque, José; Figueroa Alvarado , Marcos; Varela Pinedo , Luis. Depresión en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *RevMedHered[Internet]*. 1996 [consultado]; 7: 4. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X1996000400005&script=sci_abstract

23. Licas Torres Martha Paulina. Nivel de Depresión del Adulto mayor en un Centro de Atención Integral S.J.M – V.M.T 2014 [Tesis de licenciatura]. 2015 [consultado]; Lima:unmsm. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas_tm.pdf
24. Martínez-Mendoza, Jesús Alfonso; Martínez-Ordaz; Verónica Araceli; Esquivel-Molina, Carlos Gerardo; Velasco-Rodríguez, Víctor Manuel. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. RevMedInstMex Seguro Soc[Internet]. 2007 [consultado]; 45 (1): 21-28. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/4577/457745525004.pdf>
25. Gálvez Limaco, Leopoldo Jesús. Características generales, síntomas depresivos y calidad de vida de adultos mayores que acuden a los Centros del Adulto Mayor de EsSalud en Arequipa, 2014 [Tesis]. 2014 [consultado]; Arequipa:ucsm. Disponible en:
http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/2428/discover?filtertype_0=subject&filter_0=DEPRESI%C3%93N&filter_relational_operator_0>equals&filter_type=dateIssued&filter_relational_operator>equals&filter=2014
26. Espinosa-Aguilar, Amilcar; et. al.; Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. Red revcientif Am Lat Car, Españ, Port [Internet]. 2007[consultado]; 30: 69-80. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58230610>
27. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
28. Antón Jiménez, Manuel; Gálvez Sánchez, Noemí; Esteban Sáiz, Raquel. Depresión y Ansiedad. Tratado de Geriátria para residentes.
29. PoccoHuamaní, F.; et. al.; Plan de desarrollo concertado Distrito Jacobo Hunter2007-2015. Municipalidad de Jacobo Hunter-Arequipa.
30. Kronfly Rubiano, Eduardo; RivillaFriasa, Daniel; Ortega Abarcaa, Isabel; Villanueva Villanuevaa, Montserrat; Beltrán Martíneza, Eva; Comellas Villalba, Montserrat; et al. Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria. Aten Primaria [Internet]. 2015; 47(10): 616-25.

31. Peña-Solano, Diana Marcela; Herazo-Dilson, María Isabel; Calvo-Gómez, José Manuel. Depresión en ancianos. RevFacMed, UnivNac Col. 2009. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112009000400007
32. Quintero, Angela; et. al. Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. Biomédica [Internet]. 2015 [consultado]; 35: 90-100. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v35n1/v35n1a12.pdf>
33. Pozo Cerna, Milagros Del Carmen. Depresión e intento de suicidio en la tercera edad en pacientes hospitalizados en el servicio de Psiquiatría en un hospital de Lima-Perú. RevFacMedHum, UnivRic Pal [Internet]. 2015 [consultado]; 1: 35 – 43. Disponible en: <http://aulavirtual1.urp.edu.pe/ojs/index.php/RFMH/article/viewFile/234/172>
34. Perú. Ley Orgánica N° 28803, de 16 de Marzo de 2006, Ley de las personas adultas mayores. Lima 19 de Julio de 2006. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diapam/Ley_28803_Ley_del_Adulto_Mayor.pdf
35. Rodríguez Domínguez, Zulay; Casado Méndez, Pedro Rafael; Molero Segrera, Mailen; Jiménez Almaguer, Dania; Casado Tamayo, Doramis; Labrada González, Dolores. Evaluación del cuestionario de Yesavage abreviado versión española en el diagnóstico de depresión en población geriátrica. RevHospPsiqHab [Internet]. 2015 [consultado]; 12 (3). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2015/hph153f.pdf>
36. Campo-Arias, Adalberto; Urruchurtu Mendoza, Yorjany; Solano Morales, Tharim; Vergara Pino4, Alí José; Cogollo, Zuleima. Consistencia interna, estructura factorial y confiabilidad del constructo de la Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15) en Cartagena (Colombia). RevDivCienc Sal Uninor[Internet]. 2008 [consultado]; 24:1. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/1949/5743>
37. Trinidad Hoyl, M.; Eduardo Valenzuela, A.; Marín L., Pedro Paulo. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica.

- RevMedChil[Internet]. 2000 [consultado]; 128: 11. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656705702729>
38. Hernández Zamora, Zoila Edith; Vásquez Espinosa, José María; Ramo Mendoza, Alejandra. Depresión en adultos mayores hospitalizados. Una propuesta integral de intervención del psicólogo. RevElecMed Sal Soc[Internet]. 2012 [consultado]; 3: 1. Disponible en:
<http://cienciasdelasaluduv.com/revistas/index.php/mss/article/view/99/108>
39. Martínez-Mendoza, Jesús Alfonso; et al. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. RevMedInstMexSegSoc[Internet]. 2007 [consultado]; 45(1): 21-8. Disponible en:
<http://cienciasdelasaluduv.com/revistas/index.php/mss/article/view/99/108>
40. Ortega Orcos, R.; Salinero Fort, M.A.; KazemzadehKhajoui, A.; Vidal Aparicio, S.; de Dios del Valle, R. Validación de la versión española de 5 y 15 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica en personas mayores en Atención Primaria. RevClinEsp [Internet]. 2007 [consultado]; 207:559-62. Disponible en:
<http://www.revclinesp.es/es/validacion-version-espanola-5-15/articulo/13111574/>



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



PROYECTO DE TESIS

“DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR. CLUB DEL ADULTO
MAYOR HUNTER. MESA DE CONCERTACIÓN DEL ADULTO
MAYOR. AREQUIPA, 2017”

Proyecto de Tesis presentado por
Carlos Hernán Monteagudo Gómez
Para obtener el Título Profesional de
Médico Cirujano

Asesor: Dr. Juan Marcos Pacheco Salazar

AREQUIPA - PERÚ

2017

PREÁMBULO

La Organización mundial de la Salud OMS, reconoce que existe en la actualidad un incremento de la población adulta mayor, gracias al incremento de la esperanza de vida de las personas, pero también se debe a la mejora de los servicios de salud y a la nueva cultura de autocuidado de la salud.

El adulto mayor podrá desenvolverse en su familia y comunidad si cuenta con dos aspectos importantes: salud física y salud mental. Para continuar su vida normal, el adulto mayor, requiere, además, apoyo en su nueva etapa, en la que existe detrimento de las capacidades físicas que podrán condicionar su calidad de vida.

Existe evidencia que en la actualidad se han incrementado los casos de depresión en el adulto mayor con nefastas consecuencias a su calidad de vida y que es, además, un estado incapacitante que hacen del mismo un importante problema de salud, de allí la importancia del estudio propuesto.

La OMS considera que los trastornos depresivos afectan a alrededor del 10% de los ancianos que viven en la comunidad, y entre el 15 y el 35% de los que viven en residencias.

De otro lado, es necesario desarrollar estudios de investigación en el adulto mayor para poder determinar la prevalencia de esta enfermedad y gestionar intervenciones adecuadas, para ello, es necesario, en primer lugar, que los trabajadores de salud reconozcan los síntomas y estén preparados para su adecuada atención.

Para lograr este fin se elaboró el presente estudio que tiene como objetivo, determinar la frecuencia de depresión en el adulto mayor del Club del adulto mayor de Hunter.

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado

¿Cuál es la frecuencia de depresión en el adulto mayor del Club Adulto Mayor Hunter de la Mesa de Concertación del Adulto Mayor de Arequipa?

1.2. Descripción del Problema

a. Área de conocimiento

- a. Área General : Ciencias de la Salud
- b. Área Específica : Medicina Humana.
- c. Especialidad : Salud mental y geriatría.
- d. Línea : Depresión

b. Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD VALOR	ESCALA
Edad	Número de años cumplidos según indica adulto mayor	Años	Cuantitativa numérica
Género	Características sexuales secundarias	Masculino Femenino	Cualitativa
Procedencia	Lugar donde vive según cuestionario	Arequipa Tacna Puno Cuzco Moquegua Otros	Cualitativa
Depresión	Frecuencia de depresión según la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) o Test Yesavage. (utilizado para determinar el probable padecimiento de algún trastorno depresivo)	0-10: Normal. ≥11: Depresión	Cualitativa

c. Interrogantes básicas

¿Cuál será la frecuencia de depresión en el adulto Mayor de Hunter, Mesa de concertación del adulto mayor en Arequipa?

¿Cuál será la relación entre la frecuencia de depresión y género de los adultos mayores del Club del adulto Mayor de Hunter, de la Mesa de concertación del adulto mayor de Arequipa?

¿Cuál será la relación entre la frecuencia de depresión y la edad de los adultos mayores del Club del adulto Mayor de Hunter, Mesa de concertación del adulto mayor de Arequipa?

¿Cuál será la relación entre la frecuencia de depresión y procedencia de los adultos mayores del Club del adulto Mayor de Hunter, Mesa de concertación del adulto mayor de Arequipa?

d. Tipo de Investigación

El presente trabajo investigativo es de campo, observacional, analítico, transversal.

e. Nivel de Investigación

Descriptivo.



1.3. Justificación

El presente estudio se justifica debido a que se requiere generar evidencia científica sobre la depresión en el adulto mayor de zonas periféricas de Arequipa, ya que la data es limitada.

El estudio tiene una justificación científica y actual, ya que con los resultados que se obtengan se podrá conocer la situación de la frecuencia de depresión en el adulto mayor y con ello gestionar la toma de decisiones del sector salud para la capacitación así como el empoderamiento del personal de salud de periferie, en el reconocimiento oportuno de signos y síntomas de depresión en el adulto mayor para desarrollar intervenciones eficaces que determinen la recuperación de quienes son afectados.

Tal como lo sugiere Percy Mayta en el artículo. ¿Estamos preparados para la atención primaria del adulto mayor?, se reconoce que existe una deficiente formación en geriatría entre los responsables de la atención al adulto mayor, debido a una falta de enseñanza en las universidades de temas de geriatría y salud pública en el adulto mayor. (5)

El presente estudio busca determinar la frecuencia de depresión de los adultos mayores que pertenecen al Club del adulto mayor de Hunter, Mesa de concertación, Arequipa; para su intervención oportuna especializada.

Al evidenciar la frecuencia de depresión se podría orientar a las personas de la tercera edad para buscar un tratamiento así como prevenir las secuelas que pueda traer consigo, mejorando su calidad de vida con un abordaje adecuado.

Por último, el proyecto propuesto presenta una justificación humana y social, debido a que los adultos mayores viven con un constante riesgo de compromiso de su calidad de vida, bienestar y seguridad, debido a la depresión, porque ésta acelera el deterioro físico, cognitivo y social, además de retardar los periodos de

recuperación de enfermedades y de procedimientos quirúrgicos, y el efecto más grave es el suicidio (5), y actuando de manera temprana podría revertirse esta situación. (3)



2. MARCO CONCEPTUAL.

Depresión.

2.1 Introducción.

La depresión en el adulto mayor es más común que en la población general. Las tasas de prevalencia varían de unos estudios a otros, hablándose del 25 al 45%, aunque no se conoce con certeza qué porcentaje de estos casos son causados por trastorno depresivo mayor. Varios estudios indican que la depresión en personas mayores se puede correlacionar con bajo nivel socioeconómico, pérdida de un cónyuge, enfermedad física concurrente y aislamiento social. En este grupo de población hay tendencia a infradiagnosticar. Esto puede ser porque se manifiesta más a menudo con síntomas somáticos en las personas mayores que en los jóvenes. (1)

Los trastornos depresivos son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. (2)

Los trastornos del estado de ánimo (anteriormente llamados trastornos afectivos) abarcan un extenso grupo, en el que las alteraciones patológicas del estado de ánimo y otras relacionadas dominan el cuadro clínico. Los trastornos del estado de ánimo comprenden los trastornos depresivos mayores, los trastornos bipolares (tipos I y II), el trastorno distímico, el trastorno ciclotímico, los trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias y la categoría general de trastornos depresivos y bipolares no especificados. (3)

2.2 Definición.

Se entiende por depresión al “estado emocional predominado por el ánimo decaído prolongado y especialmente pérdida de la respuesta del placer”. (6)

La depresión es un componente específico de la salud mental (7) y se asocia a la combinación de diversos factores relacionados con hechos particulares de la vida que podrían estar comprometidos en la tercera edad. (8)

Con el paso de los años se ha incrementado la incidencia de depresión en las personas, esta enfermedad se manifiesta con síntomas a nivel psíquico y somático. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud - OMS *“La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.”* (9)

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la OMS, la depresión es un trastorno afectivo del humor en el que *“el paciente sufre de un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e, incluso en formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad...”*, asimismo señala que *“... puede acompañarse de los síntomas somáticos, como son: pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, agitación, pérdida del apetito, pérdida de peso y disminución de la libido”*. (10)

En este sentido, se puede considerar que una persona sufre de depresión luego de evaluar síntomas como cambios en el estado de ánimo o vitalidad con una duración mínima de 2 semanas, hasta un estado permanente en el tiempo, los

cuales pueden venir acompañados de síntomas somáticos como los mencionados anteriormente. (10)

Asimismo según la CIE 10, existen diversos criterios que ayudan a definir la existencia de este trastorno y la gravedad del mismo como observamos a continuación:

Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10
<p>A. Criterios generales para episodio depresivo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas 2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico
<p>B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas. 2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. 3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.
<p>C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad 2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada 3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida 4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones 5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición 6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo 7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso
<p>D. Puede haber o no síndrome Somático*</p>
<p>Episodio depresivo leve: Están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.</p> <p>Episodio depresivo moderado: Están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.</p> <p>Episodio depresivo grave: Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.</p>

Tabla 1: OMS. Décima revisión de la Clasificación Internacional de enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor 1992. (11)

2.2. Epidemiología

De acuerdo a estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud, la depresión es una enfermedad frecuente que *“afecta a 350 millones de*

personas en el mundo... cada año se suicidan más de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.”.(12)

Si bien se han desarrollado tratamientos como respuesta a este problema de salud que causa sufrimiento y afecta la actividad normal de los pacientes, *“más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) no recibe esos tratamientos”*, esto en muchos casos debido a falta de acceso a especialistas debidamente capacitados para establecer un correcto diagnóstico, en otros casos por falta de recursos y en otros casos por ideas distorsionadas respecto a las enfermedades mentales y sus tratamientos. (12)

Es importante señalar que la OMS, sostiene que *“La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. La depresión afecta más a la mujer que al hombre. En el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio.”* (12)

Por otro lado, con el pasar del tiempo diversos estudios plantean la importancia y beneficios económicos de invertir en el tratamiento de estas enfermedades. Un reciente estudio realizado por la OMS, publicado en The Lancet Psychiatry, señala que *“cada US\$ 1 invertido en la ampliación del tratamiento de la depresión y la ansiedad rinde US\$ 4 en mejora de la salud y la capacidad de trabajo”*. (13)

2.3 Diagnóstico

Si bien podemos identificar diversos síntomas que nos dan indicios de un posible episodio depresivo, existen dos organismos reconocidos usados a nivel clínico para el correcto diagnóstico y posterior tratamiento. Estos son el

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). (12)

En este sentido, de acuerdo a lo establecido por la CIE-10, esta enfermedad es clasificada de la siguiente manera para su diagnóstico y tratamiento: (10)

- (F32) Episodio depresivo
 - (F32.0) Episodio depresivo leve
 - (F32.1) Episodio depresivo moderado
 - (F32.2) Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
 - (F32.3) Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
 - (F32.8) Otros episodios depresivos
 - (F32.9) Episodio depresivo, no especificado
- (F33) Trastorno depresivo recurrente
 - (F33.0) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve
 - (F33.1) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado
 - (F33.2) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos
 - (F33.3) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos
 - (F33.4) Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión

Adicionalmente los especialistas en psiquiatría o psicología emplean diversas herramientas o test que ayudan a determinar la presencia de este trastorno y su intensidad, tales como la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) o Test de Yesavage para Adultos Mayores, entre otros. (14)

2.4 Síntomas

La depresión se evalúa en cuatro dominios:

- ✓ Afectivo
- ✓ Cognitivo
- ✓ Conductual

- ✓ Fisiológico
- a. Síntomas afectivos: Los síntomas son alteraciones del estado de ánimo, presentan sentimientos de tristeza, de minusvalía y pérdida de haber perdido el gozo de vivir.
- b. Síntomas cognitivos: Pensamientos pesimistas sobre su situación y sobre su futuro
- c. Síntomas conductuales: Retraimiento social y disminución de la productividad laboral, incapacidad para experimentar placer. (15) También se evidencia falta de cuidado de la imagen personal (vestimenta descuidada, cabello sin peinar, falta de preocupación por la limpieza personal, el discurso es reducido y lento, movimientos corporales aletargados.
- d. Síntomas fisiológicos somáticos: Aumento o disminución de la ingesta de alimentos, variación en el peso, estreñimiento, insomnio, levantarse muy temprano, pesadillas, sin embargo, algunos pacientes con depresión presentan hipersomnias o sueño excesivo, también se presenta declinamiento de la excitación sexual. (8)

2.5 Adulto Mayor

En el Perú, se considera adulto mayor a las personas de 60 años de edad, en concordancia con las disposiciones de las Naciones Unidas, tal como lo establece la Ley N° 28803, debiendo otorgársele atención preferente en los servicios de salud integral. (34)

La estructura poblacional se ha ido modificando a través de los años. Así, mientras que en los alrededores de 1950, de cada 100 habitantes 42 eran menores de 15 años de edad; en el año 2016 se calcula que los menores de 15 años de edad son 28 de cada 100. Es por ello que la población adulta mayor en el Perú aumentó de 5,7% en la década de los cincuenta a 9,9% en el 2016, tal como lo señala el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI). (16)

Esta misma entidad informa que al tercer trimestre del año 2016, el 38,5% de los hogares del Perú tiene entre sus miembros al menos a una persona adulto mayor, siendo mayor el porcentaje en las áreas rurales, incrementándose al 41,9%. (16)

Asimismo, el INEI sostiene que el 27,5% de los hogares del país tiene como jefe de hogar a un adulto mayor, siendo que en el área rural, el porcentaje se incrementa a 45,1%. (16)

Según la OMS *“aproximadamente un 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental.”* (12)

La senectud influye en la presentación clínica y el tratamiento de la enfermedad psiquiátrica. Así, se encuentra que la depresión en el anciano, frecuentemente, se acompaña de trastornos cognoscitivos. (4)

3. Antecedentes Investigativos.

3.1. Título: Características generales, síntomas depresivos y calidad de vida de adultos mayores que acuden a los Centros del Adulto Mayor de EsSalud en Arequipa, 2014. (25)

Autor: Gálvez Limaco, Leopoldo Jesús.

Resumen:

El objetivo fue determinar las características generales, síntomas depresivos y calidad de vida de adultos mayores que acuden a los Centros del Adulto Mayor de EsSalud en Arequipa, 2014. Estudio descriptivo, transversal, se entrevistó a 170 adultos mayores aplicando la escala de depresión geriátrica de Yesavage y la escala EuroQol-5D. Encontramos que la edad de los entrevistados comprendía entre 62 y 78 años (Media: 70 +/- 3.9), la mayoría de adultos mayores era del sexo femenino 79.4%, el 68.2% se encontraba casado; 61.8% tenía un grado de instrucción superior universitario, la ocupación que actualmente desempeñan la

mayoría de los participantes refirió ser ama de casa, 45.3%; además más de la mitad, 58.2%, refirieron no padecer alguna comorbilidad o desconocerla, 16.5% mencionaron hipertensión arterial, 10.6% artrosis. En la evaluación del nivel de depresión de los participantes, el 24.7% padece un nivel de depresión moderada y el 4.7% depresión severa. La calidad de vida evaluada mediante el EuroQol-5D, mostró su autopercepción como muy buena en el 50.6% y un 22.4% como regular. Al relacionar el nivel de calidad de vida en todas sus dimensiones y los niveles de depresión encontramos una relación significativa negativa ($p=0.001$), concluyéndose que a mejor calidad de vida menor nivel de depresión y que la menor edad, el estar casado y la convivencia familiar se relacionan con un menor nivel de depresión.

3.2. Título: Nivel de Depresión del Adulto mayor en un Centro de Atención

Integral S.J.M – V.M.T 2014. (23)

Autor: Licas Torres Martha Paulina.

Resumen:

La reducción de la tasa de natalidad y el aumento de la esperanza de vida al nacer en los últimos años ha producido el incremento de la población adulta mayor, a su vez llegar a esta etapa involucra una serie de cambios a nivel biológico y psicosocial, que se evidencia por la modificación en el funcionamiento general del cuerpo con ello aparecen las enfermedades crónico degenerativas; en el aspecto psicosocial el adulto mayor experimenta la pérdida de amigos y del cónyuge, cambios en el rol dentro de la familia y en la sociedad afectando su autopercepción y autovaloración. Este menoscabo del aspecto afectivo implica que la persona adulta mayor se retraiga, se aleje de las funciones y roles que puede desempeñar en la sociedad, provocando una alteración de su bienestar físico y emocional. Surge entonces la necesidad de investigar el presente trabajo titulado “Nivel de Depresión del Adulto Mayor en un Centro De Atención Integral Tayta Wasi 2014”, el cual tiene como 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.

3.3. Título: Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. (21)

Autores: García Serrano, M.J.; Tobías Ferrer, J.

Resumen:

Objetivo. Estimar la prevalencia de los trastornos del ánimo en atención primaria, utilizando un test de cribado –Yesavage– y la asociación de los trastornos del ánimo a otras variables, para buscar el perfil del anciano que es más probable que presente una depresión a lo largo de su vida. Diseño. Estudio descriptivo, transversal. Emplazamiento. ABS urbana. Pacientes u otros participantes. Muestra de 173 pacientes mayores de 64 años. Mediciones y resultados. Se realizó una valoración geriátrica integral. Se utilizó la escala de Yesavage en su versión completa (30 ítems). La prevalencia de depresión establecida (puntuación superior de un a 15) fue 16%. Se asociaban de forma estadísticamente significativa a las siguientes variables: sexo femenino ($p = 0,000009$), edad 75 años ($p = 0,04$), analfabetismo o estudios primarios ($p = 0,01$), dependencia para una o más de las actividades de la vida diaria (AVD) según el índice de Katz ($p = 0,0000006$), antecedentes personales de depresión ($p = 0,01$), tratamiento actual antidepresivo ($p = 0,0002$), toma diaria de 3 o más fármacos ($p = 0,0009$) y aislamiento social ($p = 0,00006$). Según el análisis multivariante, el nivel de estudios bajo ($p = 0,006$), la dependencia para una o más de las AVD ($p = 0,008$) y el aislamiento social ($p = 0,0008$) son las variables que se asocian con una mayor prevalencia de depresión. Conclusiones. Es posible que la asociación entre nivel de estudios bajo y depresión se deba a la

dificultad de entendimiento de ciertas preguntas. Se realizó intervención terapéutica sobre depresiones establecidas no diagnosticadas. La escala geriátrica de Yesavage resulta útil en atención primaria para identificar casos de trastorno de ánimo no detectados.

3.4. Título: Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. (26)

Autores: Espinosa-Aguilar A, Caraveo-Anduaga J, Zamora-Olvera M, et al.

Resumen:

La depresión cada día cobra mayor importancia, y se estima que en el año 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados, por lo que el diagnóstico adecuado y oportuno permitirá brindar un manejo integral que incluya psicoterapia y tratamiento médico adecuado, lo que mejorará de manera significativa la calidad de vida y el pronóstico de estas personas. En atención primaria existe sub diagnóstico y retraso en la identificación de la depresión, por lo que, desde el inicio del tratamiento, impacta negativamente en el bienestar de los individuos, en la salud pública y en los costos directos e indirectos de los servicios sanitarios. Es frecuente que el médico de atención primaria considere como "causa" de la depresión las quejas de la vida cotidiana, la incapacidad para hacer frente al estrés familiar, el aislamiento social o el cambio de roles y los problemas financieros; por lo tanto la considera "justificada" y evita proporcionar tratamiento, cuando en realidad esta incapacidad suele ser ocasionada por la misma depresión.

La depresión es uno de los padecimientos psicogerítricos más frecuentes y en México su prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años. En la mayoría de los casos no es diagnosticada por la presentación atípica de la misma o por la falsa creencia de que forma parte del envejecimiento normal, puesto que en el adulto mayor la depresión se puede esconder en síntomas somáticos, ya sea como manifestaciones del síndrome depresivo o

porque a causa de éste se acentúan los síntomas de otras enfermedades concomitantes. Los síntomas cognitivos secundarios se presentan con más frecuencia en este grupo etario. Objetivo. Proporcionar a los médicos de primer nivel de atención, una guía de práctica clínica con los elementos técnico-médicos suficientes que faciliten el diagnóstico y tratamiento integral de adultos mayores con depresión. Usuarios. La guía está dirigida a los médicos del primer nivel de atención. Población blanco. Hombres y mujeres de 60 años de edad en adelante. Método. El estudio comprendió dos fases: el diseño y la validación de la guía clínica. Selección de evidencia. 1. Las palabras clave para la búsqueda fueron: Depresión, adulto mayor, guías clínicas, prevalencia, atención primaria, valoración, tratamiento, riesgo de suicidio. 2. Bases de datos consultadas: Cochrane, Pub-Med y Medline, en el período de 1990-2006. 3. Se encontraron 26 referencias para depresión mayor en adulto mayor: ocho meta análisis de estudios clínicos aleatorizados, dos clínicos aleatorizados, uno de cohorte, 12 descriptivos no experimentales y tres artículos de libros (DSM-IV TR; CIE 10, Manual de psicogeriatría). 4. Categoría de evidencia y fuerza de recomendación, indica al usuario el origen de las recomendaciones emitidas. En el algoritmo de la guía clínica se identifican los conceptos o el sustento de cada una de las recomendaciones. En la presente guía el diagnóstico de depresión se fundamenta en la CIE 10 y su gradación podría ser comparable con la depresión mayor del DSM IV TR. Se incluye el diagnóstico diferencial, los criterios de referencia al psiquiatra, los lineamientos para el tratamiento farmacológico, psicoterapéutico y psicosocial; fase de inicio y fase de mantenimiento. Conclusión. La guía de práctica clínica propuesta se basa en metodología rigurosa, da al médico elementos suficientes para realizar el diagnóstico oportuno, así como el tratamiento integral en adultos mayores con depresión, e incorpora criterios con base en evidencia científica que permitirán actualizarla y evaluar su solidez ante el surgimiento de nueva evidencia, manteniendo así su validez.

3.5. Título: Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria. (30)

Autores: Kronfly Rubiano, Eduardo; et al.

Resumen:

Objetivos: Conocer la prevalencia de riesgo de depresión, características principales y factores de vulnerabilidad geriátrica asociados. Diseño: Subestudio derivado de un estudio sobre valoración geriátrica integral. Emplazamiento: Centro de Atención Primaria. Participantes: Para una prevalencia estimada del 14% se precisaba muestra de 288 pacientes. De 3854 se seleccionaron 290 personas \geq 75 años. Excluidos: terminales, quimioterapia, cirugía reciente, desplazados, retraso mental/enfermedad psiquiátrica grave y régimen de atención domiciliaria. Mediciones: Variable de resultado: riesgo de depresión (\geq 2 puntos en subescala de depresión de Goldberg). Variables dependientes: sociodemográficas y cinco áreas de estudio de la valoración geriátrica integral: médica comorbilidad, polifarmacia, caídas e ingresos, funcional -- Test Up&Go, índices de Lawton-Brody y Barthel, nutricional Mini Nutritional Assessment (MNA), mental-afectiva cuestionario Pfeiffer y escalas Goldberg y social. Análisis descriptivo y regresión logística.

3.6. Título: Depresión en ancianos. (31)

Autores: Peña-Solano Diana Marcela, Herazo-Dilson María Isabel, Calvo-Gómez José Manuel

Resumen:

La depresión en personas mayores de 65 años tiene una alta prevalencia y produce un impacto negativo en la calidad de vida. Dentro de los factores de riesgo se destacan: duelo, trastornos del sueño, discapacidad, episodio depresivo

previo, género femenino, demencia y condiciones médicas crónicas. Los ancianos deprimidos muestran menos ánimo triste, más ansiedad y más quejas somáticas que los jóvenes con la misma patología. El pronóstico es en general pobre, pues este trastorno en los ancianos presenta mayor tasa de recaídas y mayor mortalidad general que en las personas de otras edades. La selección del tratamiento farmacológico requiere la individualización del paciente, la consideración de sus condiciones médicas asociadas y una cuidadosa evaluación del perfil de efectos adversos e interacciones medicamentosas. En este artículo se hace una revisión de la literatura, centrada en los aspectos clínicos concernientes a la epidemiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de este trastorno, apoyada en las bases de datos electrónicas Medline y Lilacs.

3.7. Título: Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. (32)

Autores: Quintero, Angela; et al.

Resumen:

Introducción. La vejez es una etapa que está enmarcada por una serie de fenómenos que inciden de forma negativa en la vida de las personas, entre otros, el sentimiento de soledad y la depresión. Objetivo. Evaluar el impacto de la terapia de la risa sobre el grado de depresión y el sentimiento de soledad, en un grupo de adultos mayores internados en centros gerontológicos. Materiales y métodos. Se hizo una investigación exploratoria con diseño cuasiexperimental, en la cual se aplicaron la escala de depresión de Yesavage y la escala ESTE de medición del sentimiento de soledad, ambas validadas para Colombia. La población objeto estuvo conformada por 49 adultos, entre hombres y mujeres de 59 años o más que viven en el hogar gerontológico Colonia de Belencito en el municipio de Medellín, Antioquia, en quienes se aplicó la terapia de la risa entre abril y julio de 2013. Se llevaron a cabo ocho sesiones semanales de terapia de la risa a cargo del grupo “Payasos Hospitalarios” de la Fundación Medyclaun de

Medellín. Resultados. Se registró un descenso significativo en el grado de depresión, especialmente en aquellos con depresión inicial establecida ($p < 0,032$). Las personas más receptivas fueron los adultos mayores internados sin pareja, con edades entre 65 y 75 años, pertenecientes al estrato dos y que recibían visitas. No se registraron cambios significativos en el sentimiento de soledad. Conclusión. Se resalta la importancia que tiene la terapia de la risa en la disminución del grado de depresión en adultos mayores. Los resultados concuerdan con la afirmación de que el constructo de soledad es independiente del de depresión.

4. Objetivos.

- 4.1. Identificar la frecuencia de depresión en el adulto mayor del Club del adulto Mayor de Hunter, Mesa de concertación del adulto mayor en Arequipa
- 4.2. Identificar la relación entre la frecuencia de depresión según género del adulto mayor del Club del adulto Mayor de Hunter, Mesa de concertación del adulto mayor en Arequipa
- 4.3. Identificar la relación entre la frecuencia de depresión según edad del adulto mayor del Club del adulto Mayor de Hunter, Mesa de concertación del adulto mayor en Arequipa
- 4.4. Identificar la relación entre la frecuencia de depresión según procedencia del adulto mayor del Club del adulto Mayor de Hunter, Mesa de concertación del adulto mayor en Arequipa

5 Hipótesis.

Dado que, el adulto mayor por sus condiciones físicas, cognitivas, fisiológicas, emocionales y por el entorno en que vive es vulnerable a presentar trastornos psiquiátricos: Es probable que exista alta prevalencia de depresión en el adulto mayor y se relacione con edad, género y procedencia de los adultos mayores del Club del adulto Mayor, Hunter, Mesa de concertación del adulto mayor, Arequipa.



II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

a) TÉCNICAS, INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

Se utilizará como técnica general la entrevista.

- Descripción de la técnica

Se desarrollará el estudio con todos los adultos mayores hombres y mujeres de 65 a más años que acuden al Club del adulto mayor de Hunter, que acepten ingresar al estudio mediante la firma de consentimiento informado y que estén presentes en toda la toma de cuestionario de la escala de depresión.

Se programarán entrevistas con cada adulto mayor para tomar la Escala de Depresión Geriátrica o Test de Yesavage, solicitando además la información socio demográfica de edad, género y procedencia.

1.2. Instrumentos

Se utilizará como instrumento la ficha de recolección de datos conteniendo: La Escala de Depresión Geriátrica (GDS) o Test Yesavage (Anexo2), utilizado para determinar el probable padecimiento de algún trastorno depresivo.

Esta escala es autoaplicable y es específica para la población adulta mayor con preguntas con respuestas dicotómicas (Sí/No) específicamente diseñada para el cribado de depresión.

La Escala de Depresión Geriátrica o test de Yesavage, presenta una elevada sensibilidad y especificidad para identificar depresión en el adulto mayor.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA O TEST DE YESAVAGE

Fecha: _____ Edad: _____ Procedencia: _____ Sexo: Hombre Mujer

Instrucciones:

A continuación le haré unas preguntas sobre situaciones de su vida que pueden haber ocurrido en los últimos 12 meses.

Encierre con un círculo o marque con un Aspa “X” según su respuesta sea SI o NO, a cada pregunta:

Escala de depresión geriátrica o Test de Yesavage

Pregunta a realizar	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
¿Se siente feliz muchas veces?	NO
¿Se siente a menudo abandonado?	SI
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
¿Está muy preocupado por el pasado?	SI

¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es desesperada?	SI
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO

<p>Valoración global Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:</p>	<p>0-10: Normal. ≥11: Depresión</p>
---	---

Fuente:

Yesavage JA, BrinK TL, Rose TL, Lum O. Development and validation of a geriatric depression scale: a preliminary report. J Psychiat Res 1983; 17 (1): 37-49.

Yesavage JA. Geriatric Depression scales. Psychopharmacol Bull 1988; 24: 709.

Izal M, Montorio I. Adaptación en nuestro medio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en distintos subgrupos: residentes en la comunidad y asistentes a hospitales de día. RevGerontol 1996; 6: 329-37.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.

2.1. Ubicación Espacial.

El proyecto se realizará en el Club del Adulto Mayor de Hunter de la Mesa de concertación del Adulto Mayor.

2.2. Ubicación Temporal.

El proyecto se realizará durante los meses de enero a marzo de 2017.

2.3. Unidades de Estudio.

Adultos mayores hombres y mujeres de 65 a más años que acuden al Club del adulto mayor de Hunter del 02 de Enero de 2017 al 03 de Marzo de 2017, que acepten ingresar al estudio mediante la firma de consentimiento informado y que acepten responder todo el cuestionario.

Criterios de Inclusión.

- De ambos sexos.
- Mayores de 65 años.

Criterios de Exclusión.

- Que no consientan participar en el estudio.
- Que no puedan concluir el cuestionario

Muestra:

En el presente estudio se trabajará con una confiabilidad del 95%, un margen de error del 8.9% y una probabilidad del 50%. Siendo el muestreo aleatorio simple, tenemos:

$$n = \frac{(Z\alpha/2)^2 p.q}{(e)^2}$$

Dónde:

n = Muestra (122)

$Z\alpha/2$ = Nivel de significancia (1.96)

e = Margen de Error (8.86%)

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(0.0886)^2}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.25)}{(0.0078)}$$

$$n = \frac{0.9604}{0.0078}$$

$$n = 122$$

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.1. Organización.

- Se solicitará la autorización para realizar la investigación a la consultora de la mesa de concertación del adulto mayor para la investigación.
- Se solicitará permiso a personal encargado del Club del adulto mayor de Hunter
- Presentación de proyecto a adultos mayores convocados
- Toma de consentimiento informado
- Desarrollo de entrevista individual con cada adulto mayor.

3.2. Recursos.

3.2.1. Humanos.

Investigador : Carlos Hernán Monteagudo Gómez
Asesor : Juan Marcos Pacheco Salazar

3.3. Presupuesto.

El estudio será autofinanciado por el investigador, incluye trabajo de campo, refrigerio para los adultos mayores, impresión y copia de la ficha de recolección de datos, movilidad.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1. Plan de procesamiento de los datos.

a) El tipo de procesamiento:

Los cuestionarios se vaciarán a una matriz de sistematización

b) Plan de operaciones:

b.1. Plan de clasificación:

Los datos recolectados se sistematizarán según las variables del estudio en una matriz de sistematización en Excel.

b.2. Plan de codificación:

Se codificarán de acuerdo a diccionario de variables creada en el paquete estadístico SPSS versión 15

b.3. Plan de tabulación:

Se elaborarán tablas para cálculo de frecuencias y relaciones de variables

4.2. Plan de análisis de datos

a. Tipo de análisis.

- Se realizará un análisis de relación de variables.

Análisis estadístico

Se calcularán frecuencias absolutas, relativas y prueba de Chi-cuadrado

CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividades	Año						
	2016				2017		
	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo
Búsqueda bibliográfica problema de investigación							
Redacción de proyecto							
Aprobación proyecto de tesis por Asesor y profesores de curso taller de tesis							
Dictamen de comité de ética de investigación							
Ejecución de proyecto							
Recolección de datos							
Estructuración de resultados							
Informe final							

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente se le invita a usted a participar en el estudio de investigación, que tiene como propósito conocer si existe depresión en el adulto mayor del Club del adulto mayor donde usted participa.

Participación voluntaria

Luego de terminar de revisar este consentimiento, usted es la única persona que decide si desea participar en el estudio. Su participación es completamente voluntaria.

Procedimientos

1. Se tomarán una encuesta con preguntas que solo tienen dos alternativas de respuesta Si o No.
2. Se evaluarán resultados obtenidos del cuestionario.

Riesgos y procedimientos para minimizar los riesgos

No existen riesgos en esta investigación.

Costos

Usted no deberá asumir ningún costo económico para la participación en este estudio.

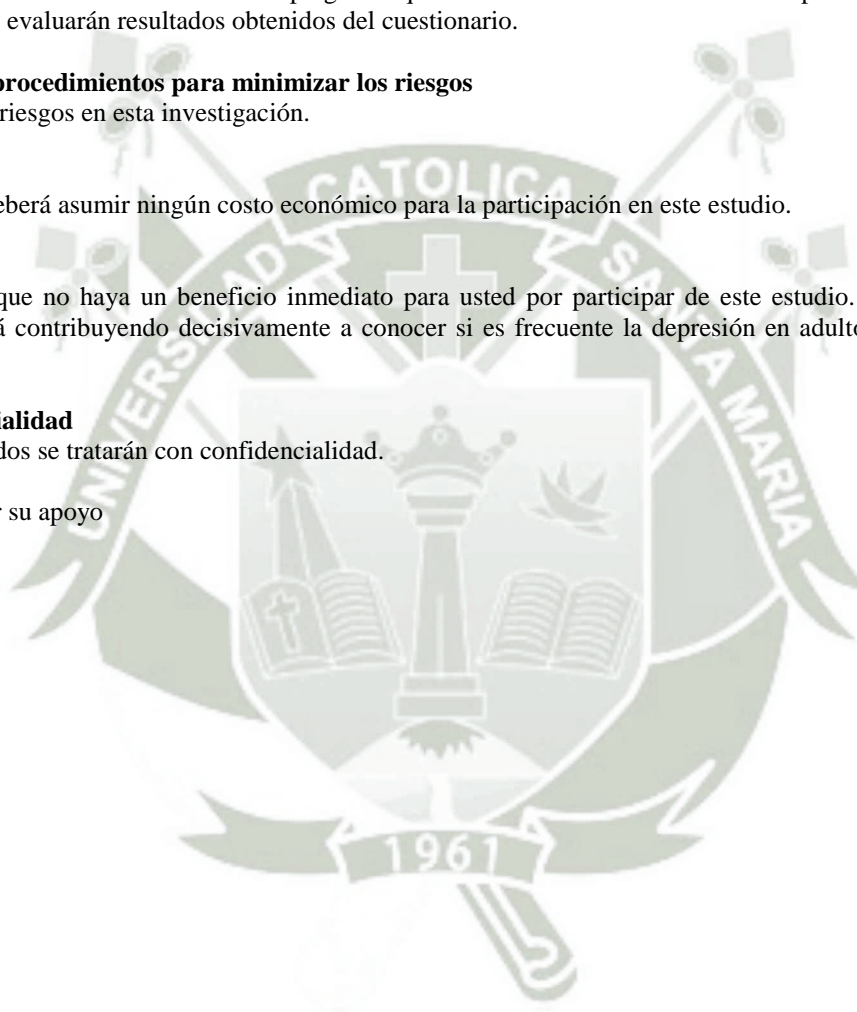
Beneficios

Puede ser que no haya un beneficio inmediato para usted por participar de este estudio. Sin embargo, usted estará contribuyendo decisivamente a conocer si es frecuente la depresión en adultos mayores en Arequipa.

Confidencialidad

Sus resultados se tratarán con confidencialidad.

Gracias por su apoyo



DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo he tenido oportunidad de hacer preguntas, y siento que todas mis preguntas han sido contestadas.

He comprendido que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Además, entiendo que estando de acuerdo de participar en este estudio estoy dando permiso para se procese la información que he respondido en los cuestionarios.

En base a la información que me han dado, estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Firma y/o huella digital del adulto mayor que da su autorización	
--	--

Nombre del Investigador principal	
Documento de identidad	

Fecha:



ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (GDS) O TEST DE YESAVAGE

Fecha: _____ Edad: _____ Procedencia: _____ Sexo: Hombre Mujer

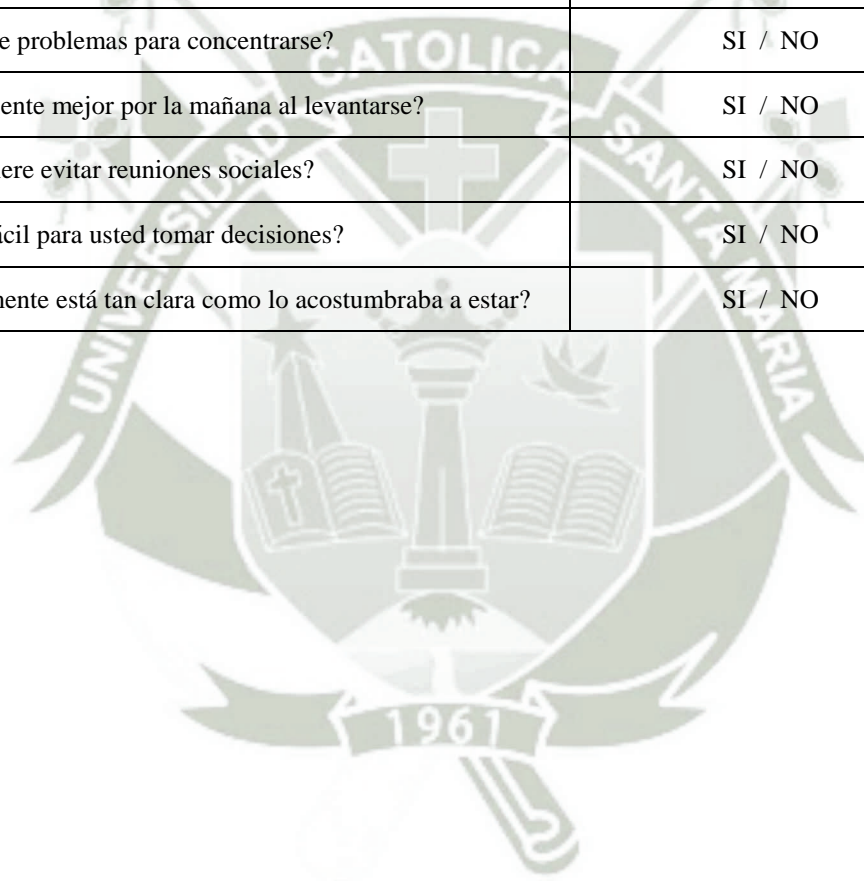
Instrucciones:

“A continuación le haré unas preguntas sobre situaciones de su vida que pueden haber ocurrido en los últimos 12 meses.”

Escala de Depresión Geriátrica (GDS) o Test de Yesavage

Pregunta a realizar	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SI / NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI / NO
¿Siente que su vida está vacía?	SI / NO
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI / NO
¿Tiene esperanza en el futuro?	SI / NO
¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI / NO
¿Tiene a menudo buen ánimo?	SI / NO
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI / NO
¿Se siente feliz muchas veces?	SI / NO
¿Se siente a menudo abandonado?	SI / NO
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI / NO
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI / NO
¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI / NO
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI / NO
¿Piensa que es maravilloso vivir?	SI / NO
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI / NO
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI / NO

¿Está muy preocupado por el pasado?	SI / NO
¿Encuentra la vida muy estimulante?	SI / NO
¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI / NO
¿Se siente lleno de energía?	SI / NO
¿Siente que su situación es desesperada?	SI / NO
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI / NO
¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI / NO
¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI / NO
¿Tiene problemas para concentrarse?	SI / NO
¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	SI / NO
¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI / NO
¿Es fácil para usted tomar decisiones?	SI / NO
¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	SI / NO



ANEXO 2 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

ID	EDAD	GÉNERO	PROCEDENCIA	PUNTAJE
1	65	1	1	3
2	76	1	1	25
3	72	2	1	22
4	68	2	3	18
5	86	1	2	16
6	79	2	3	18
7	69	2	3	9
8	68	2	1	11
9	78	2	3	18
10	68	2	1	18
11	69	2	3	19
12	70	1	1	9
13	70	2	5	6
14	77	2	4	13
15	76	1	3	12
16	80	2	5	14
17	85	1	1	12
18	80	1	1	8
19	68	2	1	5
20	67	2	3	15
21	84	1	3	27
22	73	2	1	24
23	81	2	3	5
24	65	2	3	14
25	65	1	1	10
26	81	1	1	10
27	78	2	1	18
28	68	2	1	18
29	66	1	1	11
30	73	1	6	13
31	70	2	3	8
32	67	2	1	7
33	70	1	5	9
34	75	1	1	12
35	69	1	2	15
36	72	2	6	11
37	65	2	1	19
38	70	2	1	24
39	69	1	3	13

40	65	1	3	12
41	65	2	1	7
42	65	2	4	5
43	77	2	1	18
44	73	1	4	8
45	74	2	6	7
46	68	2	1	7
47	81	2	3	13
48	85	2	3	27
49	73	2	4	19
50	87	1	3	21
51	69	1	2	7
52	71	2	1	9
53	75	1	4	17
54	71	2	3	20
55	78	1	3	9
56	68	2	2	16
57	67	2	1	14
58	86	2	3	22
59	76	2	3	7
60	74	2	1	23
61	86	1	3	19
62	92	2	6	14
63	75	2	3	17
64	77	2	3	18
65	90	2	3	11
66	75	2	3	21
67	83	1	1	21
68	70	2	1	19
69	75	2	1	21
70	66	2	1	18
71	67	2	1	20
72	80	2	2	16
73	65	2	3	17
74	75	1	3	15
75	76	2	1	23
76	67	2	3	20
77	72	2	3	8
78	72	1	3	11
79	73	2	4	15
80	90	2	1	15
81	80	1	3	12
82	79	2	3	20

83	70	2	5	16
84	66	2	1	20
85	75	2	1	20
86	87	2	6	22
87	73	2	6	25
88	66	2	1	19
89	67	2	2	18
90	68	1	5	15
91	83	1	4	10
92	79	2	3	13
93	80	2	3	7
94	71	2	1	17
95	80	2	3	13
96	68	2	3	16
97	65	1	2	8
98	66	2	2	14
99	72	1	6	7
100	70	1	3	6
101	77	2	1	10
102	67	1	1	12
103	78	1	5	5
104	73	1	4	6
105	84	2	4	17
106	67	1	3	11
107	70	2	3	19
108	70	2	1	8
109	82	2	6	30
110	86	2	1	18
111	75	1	3	8
112	66	1	1	16
113	69	2	1	18
114	79	1	3	11
115	75	2	3	19
116	65	2	2	14
117	73	1	5	8
118	74	2	4	13
119	75	2	3	9
120	65	2	4	7
121	69	2	3	10
122	84	1	1	13