

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Enfermería
Escuela Profesional de Enfermería



**NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DE
AREQUIPA, 2020.**

Tesis presentada por la Bachiller:

Gonzales Gutierrez, Alicia

Para optar el Título Profesional de:

Licenciada en Enfermería

Asesora:

Dra. Chocano Rosas, Teresa

Arequipa – Perú

2021

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
FACULTAD DE ENFERMERIA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

DICTAMEN DE TESIS

A : Dra. Sonia Nuñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : Jurado Dictaminador
Mgter Gladys Escudero de Simborth
Mgter. Shirley Delgado Velarde
Mgter Deysi Muñoz Barriga


ASUNTO : Dictamen de Proyecto de Tesis
NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DE
AREQUIPA, 2020.

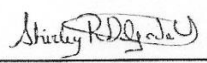
BACHILLER : ALICIA GONZALES GUTIERREZ

FECHA : 6 de Abril 2021

Reunidos los miembros del jurado dictaminador, revisado el borrador de tesis y habiendo subsanado las observaciones, el presente estudio de investigación de acuerdo al reglamento de grados y títulos de la Universidad Católica Santa María, está apto para pasar a la fase de SUSTENTACION

Atentamente


Mg. Gladys Escudero de Simborth
PRESIDENTA


Mg. Shirley Delgado Velarde
VOCAL


Mg. Deysi Muñoz Barriga
SECRETARIA

PRESENTACIÓN

**SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

S.D.

De conformidad con los establecidos por la Facultad de Enfermería que Ud. tan acertadamente dirige, presentamos a su consideración y a la de los señores Miembros del Jurado el presente trabajo de Investigación titulado:

**NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS
EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA DE AREQUIPA. 2020**, requisito necesario para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Esperamos que el presente trabajo de investigación sea de su conformidad y cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Mayo de 2021.

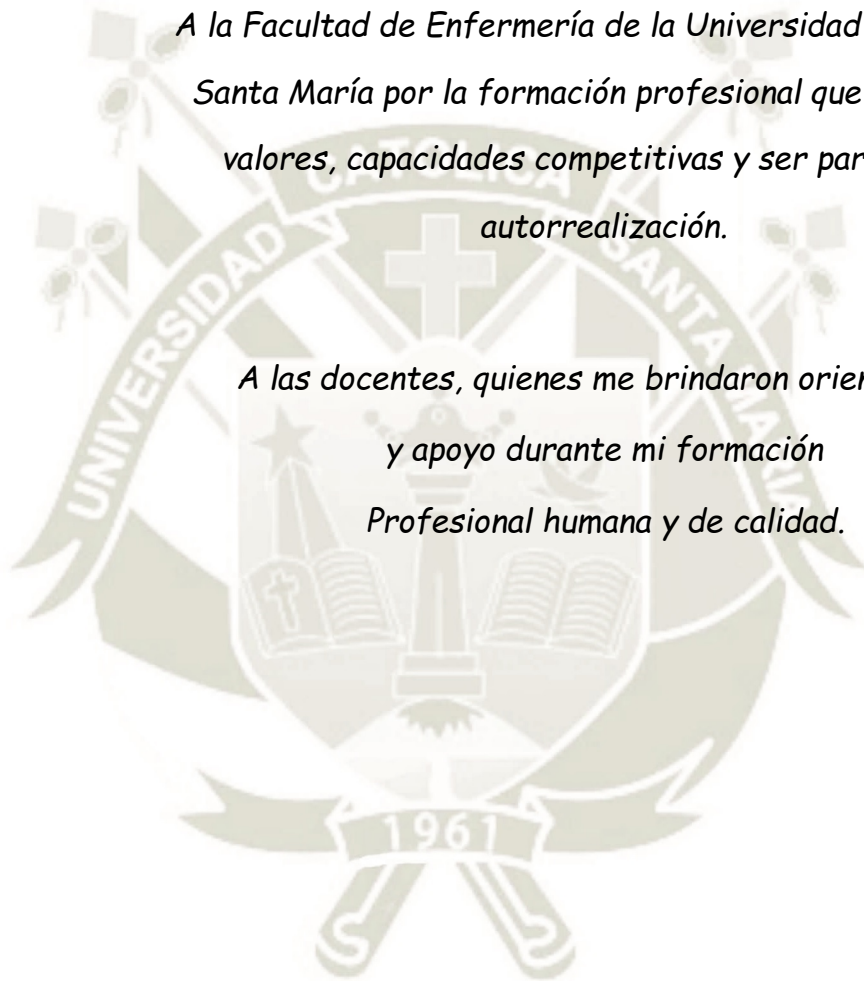
Alicia Gonzales Gutierrez

DNI: 01318491

AGRADECIMIENTO

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María por la formación profesional que recibí con valores, capacidades competitivas y ser parte de mi autorrealización.

*A las docentes, quienes me brindaron orientación,
y apoyo durante mi formación
Profesional humana y de calidad.*



DEDICATORIA

A Dios por haberme dado la oportunidad de llegar a cumplir uno de mis sueños, mi formación profesional y hacer de mí una persona noble.

A mi Madre Valeriana Gutierrez por ser el pilar fundamental en mi vida, por todo su esfuerzo, sacrificio quien a lo largo de mi vida ha velado por mi bienestar y educación.

A mi esposo José Luis Yauri quien ha estado conmigo durante la realización profesional, desde el fondo de mi corazón le agradezco todo su amor, apoyo incondicional y colaboración para seguir adelante.

A mis 4 hijos, Maria Jose, José Martin, María Alejandra y María de los Angeles, quienes son mi motor y estar ahí siempre brindándome amor y cariño desde siempre.

Alicia Gonzales Gutierrez

RESUMEN

La investigación tiene como título “Nivel de Depresión en Adultos Mayores Hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, 2020”. Tiene como objetivos: Identificar el Nivel de Depresión en Adultos Mayores Hospitalizados en los Servicios de Medicina, determinar la diferencia que existe entre el nivel de depresión en Adultos Mayores Hospitalizados en el Servicio Medicina Varones y en el Servicio Medicina Mujeres. La Técnica empleada fue la Entrevista y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage, para medir los indicadores: como los niveles de depresión (Normal 0 - 3 puntos, Depresión leve de 4 - 5 puntos, Depresión moderada 6 -10 puntos y Depresión severa <10 puntos). Fueron aplicados en la muestra con un total de 80 Adultos Mayores, Los datos se procesaron estadísticamente. Se identificó el nivel de depresión en los servicios de medicina, con un 50.0% presentan depresión moderada y con un 12.5% presentan depresión severa en el servicio de medicina varones; con un 67.5% presentan depresión moderada, con un 25% presentan depresión severa en el servicio de medicina mujeres. Se Determina la diferencia que existe entre el nivel de depresión de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina varones y en el servicio de medicina mujeres. Se concluye que existe diferencia significativa, más de la mitad tienen depresión moderada y la cuarta parte tienen depresión severa los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

PALABRA CLAVE: Nivel de Depresión, Adulto Mayor.

ABSTRACT

The research is entitled "Level of Depression in Hospitalized Older Adults in the Medicine Service of the Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, 2020". Its objectives are: To identify the Level of Depression in Hospitalized Older Adults in the Medicine Services, to determine the difference that exists between the level of depression in Hospitalized Older Adults in the Men's Medicine Service and in the Women's Medicine Service. The Technique used was the Interview and the Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS), to measure the indicators: such as levels of depression (Normal 0-3 points, Mild Depression 4 - 5 points, Moderate Depression 6-10 points and Severe depression <10 points). They were applied in the sample with a total of 80 Older Adults. The data were statistically processed. The level of depression was identified in the medical services, with 50.0% presenting moderate depression and with 12.5% presenting severe depression in the male medicine service; with 67.5% they present moderate depression, with 25% they present severe depression in the women's medicine service. The difference that exists between the levels of depression of older adults hospitalized in the men's medicine service and in the women's medicine service is determined. It is concluded that there is a significant difference, more than half have moderate depression and a quarter have severe depression, older adults hospitalized in the women's medicine service of the Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza in Arequipa.

KEY WORD: Depression Level, Older Adult.

INDICE GENERAL

RESUMEN.....	vj
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.	
MARCO TEÓRICO.....	2
CAPÍTULO II.	
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	32
CAPÍTULO III	
RESULTADOS ANALISIS E INTERPRETACION.....	37
CONCLUSIONES.....	48
RECOMENDACIONES.....	49
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	50
ANEXOS.....	53

INDICE DE TABLAS

TABLA N° 1: POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD.	38
TABLA N° 2: POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN GENERO.....	39
TABLA N° 3: POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCION	40
TABLA N° 4: POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTADO CIVIL	41
TABLA N° 5: POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN FAMILIAR RESPONSABLE.....	42
TABLA N° 6: POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE DEPRESION.....	43
TABLA N° 7: POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN, ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA VARONES.....	44
TABLA N° 8: POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN, ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA MUJERES.....	45
TABLA N° 9: POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN LA DIFERENCIA QUE EXISTE ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN DE ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA VARONES Y EN EL SERVICIO DE MEDICINA MUJERES.....	46

INTRODUCCIÓN

En la actualidad y sobretodo en el medio donde vivimos, tenemos presente la depresión en el adulto mayor, como un problema frecuente, para lo cual debemos tener en cuenta, que los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto, frente a esta problemática el profesional de enfermería debe desarrollar competencias, actitudes, valores para lograr un envejecimiento saludable, digna de manera oportuna, responsable y participativa, así poder recobrar el bienestar de la salud del adulto mayor.

La depresión es una de las enfermedades más frecuentes en la población geriátrica, es una problemática de salud pública, puede predisponer o condicionar la evolución de muchas enfermedades crónicas y de procesos de rehabilitación, pudiendo causar deterioro funcional, mental y social, afectando el proceso de envejecimiento y elevando el riesgo de mortalidad no solo por el posible incremento de suicidios.

Los resultados de esta investigación, permitirá tener conocimiento, la real situación de la salud mental en los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina varones y en el servicio de medicina mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, al establecer la diferencia de los resultados del nivel de depresión, aplicando el instrumento Escala de Yesavage Geriátrica, por considerarla la más apropiada para el logro de los objetivos y comprobar la hipótesis. El contenido se ha organizado en tres capítulos, el primero está referido al planteamiento teórico; el segundo, al planteamiento operacional y el tercero, a los resultados, conclusiones y recomendaciones. El trabajo de investigación se realizó entre el mes de Agosto del 2020 y Marzo del 2021 y la ubicación espacial fue en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DE AREQUIPA, 2020.

1.2. DESCRIPCIÓN

CAMPO: Ciencias De La Salud

ÁREA: Salud del Adulto mayor

LINEA: Depresión.

1.2. 1. Análisis de las Variables:

VARIABLE	INDICADORES	SUB INDICADORES
	Datos de las unidades de estudio (Características sociodemográficas)	
	Edad	60 años - 65 años 66 años – 71 años 72 años – 77 años 78 años a más
	Sexo	Masculino Femenino
	Estado Civil	Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a)
	Grado de instrucción	Analfabeto Primaria Secundaria Superior
	Lugar de procedencia	Arequipa Cusco Puno Moquegua Otras ciudades
DEPRESION	Nivel de Depresión con Escala de Yesavage Geriátrica (GDS)	Puntuación (GDS) Normal (0 - 3) Depresión Leve (4 - 5) Depresión moderada (6 - 9) Depresión severa (+ 10)

1.2.2. Interrogantes Básicas

- ¿Cuál es el nivel de depresión en adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina varones del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, 2020?
- ¿Cuál es el nivel de depresión en adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, 2020?
- ¿Cuál es la diferencia del nivel de depresión en adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina varones y en el servicio de medicina mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, 2020?

1.2.3. Tipo Y Nivel Del Problema

TIPO: De Campo

NIVEL Y CORTE: Descriptivo comparativo y Transversal

1.3. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad según los estudios del Instituto Nacional de Estadística e Informática INE (2020) En la década de los años cincuenta, la estructura de la población peruana estaba compuesta básicamente por niños/as; así de cada 100 personas 42 eran menores de 15 años de edad; en el año 2020 son menores de 15 años 25 de cada 100 habitantes. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 12,7% en el año 2020. (1)

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM V - 2016) la depresión se define como trastorno afectivo caracterizado por sentimientos de tristeza y desesperación, falta de energía constante y que estos síntomas se presentan casi todos los días, durante más de dos semanas, cuya gravedad va desde un trastorno leve hasta otro que amenaza la vida, siendo uno de los trastornos psiquiátricos más habituales entre los adultos mayores. (2)

Según la OMS (2020), La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, puede causar gran sufrimiento, alterar las actividades laborales y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. (3)

Minsa, Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria (2018-2021) en el que plantea los objetivos, actividades necesarias para cumplir con el mandato legal y ético respectivo, a implementarse en todas las regiones del país. Incrementar progresivamente el acceso de la población a servicios de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación psicosocial y recuperación de salud mental, integrados a las redes de servicios de salud desde el primer nivel de atención, con enfoque

de salud mental comunitario en todo el territorio nacional, durante el periodo 2018-2021.(4)

La presente investigación tiene relevancia contemporánea, consideramos importante que los planes o protocolos tengan como premisa que todas las personas mayores de 60 años constituyen el grupo de mayor riesgo, son consideradas las más vulnerables frente al coronavirus (COVID-19), siendo más propensos a contraer el coronavirus SARS-CoV-2, además, se trata también de las personas con el índice de mortalidad más alto, sobre todo aquellas que sufren enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial, cáncer, enfermedades cardiovasculares, entre otras) como La salud mental de los adultos mayores que se puede mejorar mediante la promoción de hábitos activos y saludables. Los profesionales de la salud de todo el mundo están actuando y haciendo frente a la pandemia del COVID-19. En estos momentos de crisis está generando depresión en toda la población, nuestro objetivo apoyar, enfrentando con responsabilidad social y con vocación de servicio esta nueva etapa de convivencia en la vida de los adultos mayores, ciudadanos de nuestro país y comprender como el nivel de depresión uno de los factores de riesgo de suicidio. MINSA (2020). (5)

La investigación tiene relevancia científica, porque aportara nuevos conocimientos, de tal manera que involucren esfuerzos e iniciativas para generar cambios en la conducta, actitudes mejorando la salud mental en los adultos mayores porque permitirá dar a conocer la problemática de los adultos mayores, con el nivel de depresión moderada y/o severa, aplicando el instrumento Escala de Yesavage Geriátrica, por considerarla la más apropiada para el logro de los objetivos y comprobar la hipótesis. Este estudio aportara en la detección, reconocimiento, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la depresión en el adulto mayor.

La investigación tiene relevancia social, porque permitirá dar a conocer la problemática de los adultos mayores a las autoridades, funcionarios de instituciones públicas y privadas del sector de la salud, el nivel de depresión moderada y/o severa, tomando en cuenta las consecuencias y riesgos que

origina la depresión, la repercusión en la estructura familiar y social se considera de gran importancia para el sistema de salud, puedan tomar medidas preventivas de dicha enfermedad y lograr un envejecimiento saludable del adulto mayor en la sociedad.

La presente investigación es viable debido a que se da a conocer la variable de estudio en una muestra de adultos mayores, debido a que la población en estudio se muestra colaboradora e interesada, accediendo la firma del consentimiento informado

La investigación es factible debido para ello se tiene en cuenta los siguientes niveles; a nivel teórico se realizará una revisión de literatura especializada, contar con los recursos, tiempo para la comprensión y desarrollo de la investigación, para la obtención del título profesional como licenciada en Enfermería.

2. OBJETIVOS

- Identificar el nivel de depresión en adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina varones del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, 2020.
- Identificar el nivel de depresión en adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, 2020.
- Determinar la diferencia del nivel de depresión en adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina varones y en el servicio de medicina mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, 2020.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1. ADULTO MAYOR

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es toda persona mayor de 60 años, considerando la esperanza de vida, y sus condiciones del proceso de envejecimiento. En muchos de los casos son consideradas personas con enfermedades severas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que son consideradas personas de edad avanzada a aquellas personas con entre los 60 – 90. Las Naciones Unidas catalogan a los ancianos de acuerdo a su procedencia, si es de un país desarrollado se encuentra entre las edades de mayores entre las edades de los 60 años. El adulto mayor está expuesto a diferentes cambios que conlleva por la edad que tiene, estos pueden ser biológicos, psíquicos, sociales y ambientales. Estos factores incrementaran la esperanza de vida de las personas adultas mayores, previniendo y controlando enfermedades. (2)

3.1.1. CATEGORIAS DE CLASIFICACION DEL ADULTO MAYOR

Con la finalidad de brindar los cuidados de salud se han clasificado a las personas adultas mayores en 4 categorías y son las siguientes:

A. Adulta Mayor Activa Saludable.

Es aquella sin antecedentes de riesgo, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas sub agudas o crónicas y con examen físico normal. El objetivo fundamental de este grupo poblacional es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

B. Adulta mayor enferma.

Es aquella que presenta alguna afección aguda, sub aguda o crónica, en diferentes grados de gravedad, habitualmente no invalidante, que no cumple los criterios de persona adulta Mayor frágil o paciente geriátrico. El objetivo prioritario es la atención del daño, la rehabilitación y acciones preventivas promocionales. Dependiendo de la características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o

referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor.

C. Adulta mayor Frágil.

- Es aquella que cumple de 2 o más de las siguientes condiciones:
- Edad 80 años a más.
- Dependencia parcial, según Valoración funcional del índice de katz
- Deterioro cognitivo leve o moderado, según valoración cognitiva Test de Pfeiffer.
- Manifestaciones depresivas, según Valoración del estado Afectivo Escala abreviada de Yesavage.
- Riesgo social, según la escala de valoración Socio - familiar.
- Caídas: Una caída en el último mes o más de una caída en el año.
- Pluripatología: Tres o más enfermedades crónicas.
- Enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional parcial: Ejemplo, el déficit visual, auditivo, osteoartritis, secuela de ACV, enfermedad de Parkinson, Epoc, insuficiencia cardíaca reciente y otros.
- Poli farmacología: Toma más de tres fármacos por patología crónica y por más 6 semanas.
- Hospitalización en los últimos 12 meses.
- Índice de masa corporal (IMC) menor a 23 ó mayor a 28.

El objetivo principal para las personas Adultas Mayores frágiles es la prevención y la atención, dependiendo de las características del daño será atendida en el establecimiento de salud o referida a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor.

D. Paciente Geriátrico Complejo.-

Es aquel que cumple con tres o más de las siguientes condiciones

- Edad: 80 años a más.
- Pluripatología: Tres o más enfermedades crónicas.
- El proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante (katz: dependencia total)

- Deterioro cognitivo severo.
- Existe problema social en relación con su estado de salud según la escala de valoración socio – familiar.
- Paciente terminal, por ejemplo: Neoplasia avanzada, Insuficiencia cardiaca terminal, otra de pronóstico vital menor de 6 meses.

El objetivo principal en este grupo es el asistencial, tanto terapéutico como rehabilitador, requieren de atención geriatría especializada.

El seguimiento de este grupo será realizado en institutos, Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales y de Referencia, por un equipo interdisciplinario liderado por el médico especialista.

La atención Integral de salud del adulto mayor comprende la atención domiciliaria, que es una actividad de realizan los integrantes del equipo interdisciplinario de salud a la PAM y su familia, con la finalidad de brindar atención integral en el domicilio.

Esta atención está dirigida al adulto mayor cuando:

- Esta postrado, con discapacidad que le impide acudir al establecimiento de salud
- No acude al tratamiento del daño diagnosticado bajo tratamiento (Médico o quirúrgico, transmisible, no trasmisible)
- Existen condiciones que requieren el manejo de situaciones específicas, riesgos, entre otros, del entorno domiciliar o familiar que inciden en la salud del adulto mayor.
- No acude a consulta programada (Ejemplo: vacunación anti amarilica, exámenes auxiliares, etc.

3.1.2. LOS CUIDADOS ESENCIALES DEL ADULTO MAYOR

El Plan de atención integral es el resultado de la evaluación inicial del adulto mayor, en él se especifican la provisión de servicios según categorías. Así mismo permitirá determinar el nivel de atención según capacidad resolutive quién se encargará de brindar los paquetes de cuidados esenciales.

De los Cuidados Esenciales a las PAMs se les brindará los cuidados esenciales, los mismos que estarán correlacionados con las necesidades que se van a satisfacer.

- ✓ **Necesidades de desarrollo:** Acciones de promoción y educación para la salud.
- ✓ **Necesidades de mantenimiento de la salud:** Acciones de prevención de la salud (identificación de riesgo e intervención de los mismos).
- ✓ **Necesidades derivadas del daño:** Atención de daños según guía de atención.
- ✓ **Necesidades derivadas de secuelas y disfunciones:** Atención de discapacidades según protocolo. El Plan de atención integral para la Persona Adulta Mayor es personalizado y realizado de acuerdo a cada categoría. El mismo que deberá ser elaborado por el equipo interdisciplinario y con participación de la persona adulta mayor y/o cuidador responsable.

La aplicación del Plan de atención integral por categoría y personalizado, se desarrollará a través de las actividades contenidas en el plan de manera continua, progresiva y priorizada. El seguimiento dependerá de los hallazgos de la valoración clínica integral inicial, del Plan de atención integral y se actuará de manera individual. (5)

3.1.3. TEORÍAS DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

A. Teoría del deterioro orgánico:

Como el nombre de esta teoría nos menciona, se va deteriorando los sistemas orgánicos como consecuencia de utilizarlos de forma constante a lo largo del tiempo.

Afecta a todas las células corporales modificando y disminuyendo la capacidad funcional de los órganos y sistemas como el sistema cardiovascular, endocrino y nervioso.

Las alteraciones de los mecanismos fisiológicos de la homeostasis, en sistemas tan relevantes como los mencionados, incapacitan al organismo en su conjunto para responder a los cambios medioambientales. La pérdida de mecanismo de adaptación celular o bien la pérdida de células irremplazables, sería uno de los causantes del deterioro.

E. Teoría del debilitamiento del sistema Inmunológico:

Explica el envejecimiento desde el punto de vista del deterioro del sistema inmunitario, ya que en el mismo se ha observado una disminución de la capacidad de las células de defensa para producir anticuerpos, con la consiguiente disminución de la respuesta inmune de los organismos frente a los agentes externos.

Aunque este debilitamiento del sistema inmunológico puede que explique ciertas enfermedades de consecuencias fatales y la relación establecida entre los tumores malignos y la edad, existiendo una disminución de respuesta por parte de las células de defensa por parte de las células de defensa frente a los estímulos proliferativos, no deja de ser una respuesta al envejecimiento.

F. Teoría del estrés

Las pérdidas en la capacidad de respuesta del organismo serían el resultado del estrés o tensión a la que nos vemos sometidos durante la existencia.

G. Teorías sociales

Estas teorías han sido elaboradas para explicar la influencia de los factores culturales y sociales del envejecimiento.

H. Teoría de la actividad

Si a las personas mayores se les priva de algunos papeles, los que quedan no están claramente definidos como consecuencia, esto les crea confusión y les conduce a los estados de anomia (desorganización social que resulta de la ausencia de normas comunes en una sociedad) Es una noción formulada por Durkheim y designa la crisis por la que atraviesa una sociedad o un grupo social cuando sus miembros se ven privados de las normas que organizan su conducta y de los ideales que legitiman sus aspiraciones.

Según esta teoría, si nuevos papeles no remplazan a los anteriores, la anomia tiende a interiorizarse y el individuo poco a poco se torna inadaptado, incluso consigo mismo.

I. Teoría de la continuidad

Esta teoría mantiene que la última etapa de vida, prolonga los estadios anteriores. Sostiene que las situaciones sociales pueden presentar una cierta discontinuidad, pero que la adaptación a las deferentes situaciones y el estilo de vida, se hallan principalmente determinados por los estilos, hábitos y gustos adquiridos a lo largo de toda la vida. La adaptación social a la vejez, a la jubilación y otros acontecimientos del mismo género está determinada principalmente por el pasado. (6)

3.1.4. Teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson

El modelo de Virginia Henderson considera que el rol fundamental de enfermería es “Ayudar al individuo enfermero o sano a conservar o a recuperar la salud o asistirlo en los últimos momentos para que pudiera cumplir las tareas que realizaría en solo si tuviera la fuerza, la voluntad o tener los conocimientos necesarios. Desde el punto de vista profesional nuestras actuaciones, siempre deberán ir encaminados a que recupere

la independencia lo más rápidamente posible” (1994). Concepto que debemos, mantener para cubrir las necesidades básicas y son las siguientes:

- ✓ Respirar normalmente
- ✓ Comer y beber de forma adecuada
- ✓ Eliminar por todas las vías
- ✓ Moverse y mantener una postura adecuada
- ✓ Dormir y descansar
- ✓ Elegir ropas adecuadas, vestirse y desvestirse
- ✓ Mantener la temperatura corporal
- ✓ Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
- ✓ Evitar los peligros del entorno
- ✓ Comunicarse con los demás
- ✓ Actuar de acuerdo con la propia fe
- ✓ Actuar llevando a cabo acciones que tengan un sentido de autorrealización
- ✓ Participar en actividades recreativas
- ✓ Aprender a descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que se pueda alcanzar el desarrollo normal la salud.(7)

3.1.5. Teorías de sor callista Roy. “Modelo de adaptación”

El modelo de Roy es determinado como una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones. Contiene cinco elementos esenciales: paciente, meta de la enfermería, salud, entorno y dirección de las actividades. Los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. La capacidad para la adaptación depende de los estímulos a que está expuesto y su nivel de adaptación y este a la vez depende de tres clases de estímulos:

- 1) Focales, los que enfrenta de manera inmediata.
- 2) Contextuales, que son todos los demás estímulos presentes.

3) Residuales, los que la persona ha experimentado en el pasado.

Considera que las personas tienen cuatro modos o métodos de adaptación: Fisiológica, autoconcepto, desempeño de funciones, y relaciones de interdependencia. El resultado final más conveniente es un estado en el cual las condiciones facilitan la consecución de las metas personales, incluyendo supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

Roy subraya que, en su intervención, la enfermera debe estar siempre consciente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo. Este modelo proporciona un sistema de clasificación de los productores de tensión que suelen afectar la adaptación, así como un sistema para clasificar las valoraciones de enfermería. Roy define la salud como un proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; considera como la meta de la conducta de una persona y la capacidad de la persona para ser un órgano adaptativo. (7)

3.2. DEPRESIÓN

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio.

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés, disfunción y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión.

Hay relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades pueden producir depresión, y viceversa. (OMS 2018). (2)

3.2.1. TIPOS DE DEPRESIÓN

A. Depresión leve

Los síntomas de depresión leve se identifican por aquellos relacionados con el duelo normal. Las alteraciones en la enfermedad leve incluyen:

Afectivo

Negación de sentimientos, enojo, ansiedad, culpa, indefensión, desesperanza, tristeza, abatimiento.

Conductual

Llanto regresión, inquietud, agitación, retraimiento.

Cognitivo

Preocupación por pérdida, auto culpa ambivalencia, culpa a los demás.

Fisiológico

Anorexia o comer demasiado, insomnio o hipersomnias, dolor de cabeza, dolor de pecho, u otros síntomas relacionadas con la pérdida de alguien significativo.

B. Depresión moderada

Este tipo de depresión representa una alteración más problemática.

Los síntomas relacionados con el trastorno distímico incluyen:

Afectivo

Sentimiento de tristeza, rechazo, indefensión, impotencia, desesperanza, perspectiva desalentadora y pesimista; baja autoestima dificultad para experimentar placer en actividades.

Conductual

Movimientos físicos lentos, postura decaída; discurso lento verbalización limitadas, tal vez recriminaciones por fracasos o

excusas: aislamiento social con enfoque en sí mismo; posible uso de sustancias; tal vez como comportamiento autodestructivo; menor interés en la higiene personal y arreglo personal.

Cognitivo

Procesos de pensamientos retardado; dificultad para concentrarse o dirigir la atención; pensamientos obsesivos y repetitivos; en general representaciones permisivas y negativas; verbalizaciones y comportamiento que reflejan ideación suicida.

Fisiológico

Anorexia o sobrealimentación; insomnio o hipersomnias; alteraciones de sueño; amenorrea, disminución de libido; dolor de cabeza; dolores de espalda; dolor en el pecho; dolor abdominal; bajo nivel de energía; fatiga y apatía; los sentimientos mejoran temprano por la mañana y van empeorando conforme el día avanza esto puede relacionarse con la variación diurna en la concentración de neurotransmisores que afectan el ánimo y el grado de actividad.

C. Depresión severa

La depresión severa se caracteriza por una intensificación de los síntomas descritos para la depresión moderada. Los ejemplos de depresión grave incluyen trastornos depresivo mayor y depresión bipolar, Los síntomas graves de depresión incluyen:

Afectivo

Sentimientos de desesperación total, desesperanza y minusvalía; afecto indiferente en apariencia carente de tono afectivo; sentimientos prevalentes de vacío; apatía; soledad; tristeza; incapacidad para sentir placer.

Conductual

Retardo psicomotor tan grave que el movimiento físico puede de manera literal hacer que el paciente permanezca quieto, o con movimientos rápidos, agitados sin propósitos; postura decaída se

sienta en posición curvada, camina con lentitud y rigidez, casi no existe comunicación, no hay higiene ni arreglo personal; el aislamiento social es común, sin inclinaciones a interactuar con los demás.

Cognitivo

Prevalece el pensamiento engañoso, con delirios de persecución y delirios somáticos, confusión, indecisión e incapacidad de ser, alucinaciones que reflejan interpretaciones equivocadas del ambiente, excesiva auto desaprobación; culpa y pensamientos de suicidio.

Fisiológico

Decaimiento general de todo el organismo que se refleja en posición lenta constipación y retención urinaria, amenorrea; impotencia, libido disminuida, anorexia, pérdida de peso; dificultad para dormir y despertarse temprano en la mañana; las sensaciones empeoran en la mañana y se mejoran conforme avanza el día. Como en la depresión moderada, resto puede reflejar una variación diurna en la concentración de neurotransmisores que afectan el ánimo de actividad. (6)

3.2.3. CLASIFICACIÓN CIE 10, DEPRESIÓN

F32.0 Episodio depresivo leve.

F32.1 Episodio depresivo moderado.

F32.2 Episodio depresivo grave (2)

3.2.4. CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

No existe una causa única conocida de la depresión. Más bien, esta parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos. Investigaciones indican que las enfermedades depresivas son trastornos del cerebro. Algunos tipos de depresión tienden a transmitirse de generación en generación, lo que

sugiere una relación genética. Sin embargo, la depresión también puede presentarse en personas sin antecedentes familiares de depresión. Además, los traumas, la pérdida de un ser querido, una relación dificultosa, o cualquier situación estresante puede provocar un episodio de depresión. Episodios de depresión subsiguientes pueden ocurrir con o sin una provocación evidente.

A. Genético

Mayor riesgo de padecer de depresión cuando hay una historia familiar, sin embargo, de depresión grave también pueden ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad, lo cual indica que hay factores extras que pueden causar depresión.

La influencia genética es más marcada en paciente con formas más graves de trastorno y síntomas de depresión endógena. El riesgo de morbilidad en pacientes en primer grado, está incrementando a todos los estudios que se han llevado a cabo, y es independiente de los efectos del ambiente o educación, marcadores genéticos potenciales para los trastornos del latente han sido localizados en los cromosomas x 4, 5, 11,18 y 21.

La depresión se puede relacionar con la deficiencia de neurotransmisores como norepinefrina, serotonina y dopamina, en sitios de importante funcionalidad receptora del cerebro. De manera histórica la hipótesis de aminas del cerebro, fue relacionada con el síndrome depresivo. La catecolamina norepinefrina ha sido identificada como un componente clave en le movilización del organismo para lidiar con situaciones de estrés. Las neuronas que contienen serotonina participan de manera crítica en la regulación de muchas funciones psicobiologicas como ánimo, ansiedad, excitación, vigilancia irritabilidad, pensamiento, cognición apetito agresión y ritmo cardiaco.

En la historia más popular asociada a la bioquímica del cerebro detalla que las personas con depresión tienen desequilibrio de neurotransmisores tales como norepinefrina, serotonina y la acetilcolina.

B. Psicológico

Eventos que exceden los recursos personales de afrontamiento como pueden ser la muerte de una persona significativa, una enfermedad crónica, problemas interpersonales severos, estrés, dificultades económicas, mal proceso de divorcio, pobre red de apoyo social, cambios en la estructura familiar posteriormente son riesgos a desarrollar algún tipo de trastorno depresivo.

C. Sociales

En los seres humanos los vínculos sociales son importantes y en consecuencias se puede ocasionar una depresión al sentir la destrucción de estos, la forma en que se llama a estas; son las salidas en donde son una defunción de un ser querido, una separación de divorcio y las entradas son consideradas como el ingreso de una persona al espacio vital o interpersonal del individuo cuando se siente invalido el lugar donde se relaciona; esto es que ciertos tipos de situación cotidiano están estrechamente relacionados con la enfermedad depresiva.

D. Comorbilidad

En el adulto mayor con depresión es usual la presencia de comorbilidad tanto de condiciones médicas generales como psiquiátricas, constituyéndose la depresión como un factor de riesgo y de peor pronóstico para varias enfermedades

A su vez, la presencia de patologías médicas son un factor de riesgo para desarrollar depresión durante la vejez. Entre las condiciones médicas que merecen especial atención se destacan las siguientes:

Enfermedades cerebrovasculares: Recientemente se han descrito dos síndromes depresivos asociados a enfermedad cerebrovascular: depresión vascular y depresión post evento cerebro vascular. La primera hace referencia a la depresión que se inicia en los adultos mayores asociada a factores de riesgo vascular, déficit neuropsicológico y hallazgos en las imágenes cerebrales de resonancia magnética consistentes en hiperintensidades en la sustancia blanca de los ganglios

basales y el lóbulo frontal. La depresión post evento cerebrovascular se considera como aquella que aparece después de un evento clínicamente evidente y se asocia a lesiones del hemisferio izquierdo.

Enfermedad coronaria: La depresión es considerada actualmente como un factor de riesgo similar a la diabetes o la hipertensión para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares como infarto de miocardio, falla cardíaca y eventos cerebrovasculares.

Cáncer: Diferentes tipos de cáncer se han asociado a la presencia de trastorno depresivo en adultos mayores. El cáncer de páncreas, pulmón y cuello, son los más comúnmente asociados a este trastorno. Los trastornos depresivos son más frecuentes y severos a medida que el cáncer progresa.

Enfermedades neurológicas: La prevalencia de depresión en ancianos con enfermedades neurológicas es del 10 al 40%, siendo un poco mayor en la enfermedad de Parkinson.

En esta enfermedad los síntomas depresivos suelen preceder al inicio de los síntomas motores y es común sub o sobre diagnosticar la depresión.

El primer caso ocurre cuando erróneamente se atribuye la apatía, el retardo psicomotor y el compromiso cognoscitivo a la enfermedad de Parkinson, mientras que se suele sobre diagnosticar cuando las características propias de la enfermedad como la hipomimia facial, la hipofonía y la lentitud motora se interpretan como parte del cuadro clínico del trastorno depresivo.

Algunas de estas circunstancias que pueden aumentar el riesgo de depresión son:

- ✓ Haber sufrido depresión en el pasado.
- ✓ Antecedentes en la familia de personas deprimidas.
- ✓ Experiencias de pérdidas o estrés, incluyendo el fallecimiento de seres queridos, desempleo, soledad, cambios en el estilo de vida o problemas en las relaciones interpersonales.
- ✓ Situaciones conflictivas en el entorno (por ejemplo, en el trabajo, familia u otros contextos).

- ✓ Haber sufrido traumas físicos o psicológicos. Enfermedad física grave o problemas crónicos de salud.
- ✓ Algunos medicamentos que se utilizan para otras enfermedades (puedes consultarlo con tu médico).
- ✓ Abuso de alcohol o consumo de drogas.
- ✓ Tras el parto, algunas mujeres pueden sentirse más vulnerables a la depresión. Los cambios hormonales y físicos junto con las nuevas responsabilidades con el recién nacido pueden resultar especialmente difíciles de asumir.

La enfermedad de Alzheimer se asocia frecuentemente a depresión. En las etapas incipientes de la enfermedad la asociación es del 10 por ciento, y en casos más avanzados del 60 por ciento o más. Sin embargo, en estos pacientes los síntomas depresivos suelen ser menos graves que en la población que no padece dicha patología. Es importante tener en cuenta que la asociación de deterioro cognoscitivo leve con depresión se considera un fuerte predictor para demencia de tipo Alzheimer. (9)

3.2.5. FISIOPATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

Se explica la depresión por una disminución en la función de la sinapsis neuronal, en pocas palabras es la disminución de la neurotransmisión.

La sinapsis se establece entre neurona y neurona en la periferia, entre una neurona y efector en el SNC existe una disposición más compleja. La conexión funcional entre dos neuronas puede establecerse entre el axón el cuerpo celular entre una dendrita y otra la transmisión puede aumentar o disminuir para generar una función o para responder a los cambios fisiológicos. Muchos trastornos neurobiológicos y psiquiátricos son debido a un aumento o disminución de la actividad de determinado neurotransmisor.

La liberación del neurotransmisor esta siempre acompañada casi de inmediato eliminación del mismo, de tal manera que tiene poco tiempo para actuar sobre la célula receptora, si esta eliminación falla bloquea, el neurotransmisor tiene más tiempo para actuar por lo que aumentan

efectos. La serotonina es una de estas sustancias transmisoras de información, actúa en muchísima sinapsis del sistema nervioso y está siendo eliminada continuamente por un proceso de receptación: es absorbida, captada de nuevo por la neurona que la liberó.

Los fármacos ISRS impiden esta receptación, de tal manera que la serotonina permanece más tiempo de lo normal en la sinapsis, aumentando su efecto sobre las células receptoras.

La depresión está caracterizada por la reducción de los niveles de noradrenalina y por el aumento de los receptores serotoninérgicos, los receptores pre sinápticos adrenérgicos que regulan la liberación de noradrenalina pueden ser hiperactivos, disminuyendo la misma cantidad de hendidura sináptica. (10)

3.2.6. COMPLICACIONES DE LA DEPRESIÓN

Hay diversos tipos de depresión y el tratamiento variará de un paciente a otro. La depresión mayor parece ser una enfermedad con un componente biológico muy importante. Esto permite justificar que el tratamiento farmacológico con antidepresivos sea más importante que el psicológico. En el trastorno adaptativo, en el que existe una dificultad para afrontar una situación estresante real, el tratamiento psicológico es especialmente relevante. Por lo que respecta a la distimia, existiría una causa biológica junto a aspectos de carácter que limitan la capacidad del paciente para afrontar los diversos conflictos del día a día. Por este motivo, el tratamiento combinado farmacológico y psicológico suele ser el indicado.

A. Cronificación de los síntomas

La Cronificación de un trastorno depresivo es frecuente. Aproximadamente el 15% de los pacientes que sufren depresiones presenta un curso crónico.

Tienen más tendencia a la cronicidad cuando se dan una o dos de las siguientes circunstancias:

Hay factores estresantes crónicos (problemas de salud, problemas económicos, problemas familiares, etc.)

El paciente tiene rasgos de personalidad que dificultan el hecho de enfrentarse con tranquilidad al día a día

Por el contrario, las depresiones que empezaron espontáneamente, es decir, sin ninguna causa aparente, son las que con menor frecuencia se cronifican.

B. Recaídas

Los trastornos depresivos (en especial la depresión mayor y el trastorno distímico) son enfermedades con tendencia a la recaída.

Se considera que aproximadamente el 70% de los pacientes que sufren un episodio depresivo presentarán algún otro episodio depresivo a lo largo de la vida.

Un 50% presentará un segundo episodio ya en los dos primeros años tras la recuperación.

A mayor número de episodios depresivos padecidos, mayor es la posibilidad de una nueva recaída.

Cuanto más tiempo esté un paciente sin síntomas más probable es que no haya recaídas rápidas tras suspender el tratamiento.

C. Suicidio

Los suicidios, y especialmente los intentos de suicidio, son una complicación frecuente en la depresión. Algunos datos relevantes al respecto serían éstos:

Las personas con depresión presentan un riesgo de suicidio 30 veces superior a la población general. Aproximadamente un 15% de los pacientes que padecen una depresión realizan algún intento de suicidio. Si bien no siempre es posible prevenir el suicidio, tienen mayor riesgo suicida: las personas mayores de 60 años, los varones, las personas no

creyentes, las personas viudas, las personas que están en el paro, las personas jubiladas, las personas toxicómanas, las que padecen otras enfermedades, las personas sometidas a estrés y aquellas que padecen aislamiento social. La presencia de ansiedad intensa y/o la existencia de sentimientos de culpa y/o de desesperanza deben ser consideradas como síntomas que aumentan de forma importante el riesgo de suicidio. (9)

3.2.7. TRATAMIENTO DE LA DEPRESION

A. Tratamiento psicológico

Existen diferentes tipos de tratamientos psicológicos para una gran variedad de problemas de salud, incluida la depresión, que permitan avalar su eficacia y en su utilización por parte de los profesionales sanitarios del sistema de salud.

Las psicoterapias evolucionan constantemente, y se desarrollan nuevas técnicas dentro de un mismo enfoque o mediante aproximaciones entre orientaciones diferentes. Se hace necesario controlar las variables dependientes del terapeuta, especialmente su entrenamiento psicoterapéutico y experiencia clínica, así como su adherencia al manual de tratamiento mediante evaluaciones independientes.

Un mismo tratamiento psicológico puede ser proporcionado en diferentes formatos (por ejemplo, individual o grupal) y emplear una duración también variable, lo cual probablemente habría que evaluar separadamente ya que podría afectar al resultado y a la eficiencia.

En los últimos años, las guías de práctica clínica son consistentes en reconocer la eficacia de las terapias psicológicas en el tratamiento de la depresión, especialmente aquellas que han sido diseñadas específicamente, como la terapia cognitivo conductual y la psicoterapia interpersonal.

Terapia cognitivo conductual

La intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptativas relacionadas con la depresión. El terapeuta adopta un estilo educativo y busca la colaboración del paciente, de manera que pueda aprender a reconocer sus patrones de pensamiento negativo y reevaluarlo. Este enfoque requiere que el paciente practique sus nuevas habilidades entre sesiones mediante tareas para casa y ensaye nuevas conductas. Se reconoce habitualmente que toda intervención de terapia cognitiva incluye más o menos técnicas conductuales; de ahí la denominación de terapia cognitivo-conductual.

Terapia Interpersonal

En un comienzo tenía la finalidad de ser aplicada como tratamiento de mantenimiento de la depresión, aunque posteriormente se empleó como tratamiento independiente y, en la actualidad, se ha ampliado a una variedad de trastornos diferentes. La TIP aborda principalmente las relaciones interpersonales actuales y se centra en el contexto social inmediato del paciente. El formato original de la terapia dispone 3 fases a lo largo de 12-16 semanas, con sesiones semanales durante la fase de tratamiento de la fase aguda. Los síntomas y el malestar se relacionan con la situación del paciente en una formulación que comprende una o más de las siguientes áreas de la vida: duelo, disputas interpersonales, transición de rol y déficits interpersonales. Las sesiones de terapia son estructuradas y se centran en facilitar la comprensión de los sucesos más recientes en términos interpersonales y en la exploración de formas alternativas de manejar dichas situaciones.

Terapia Ocupacional

Actividades para ocupar el tiempo libre, llamadas también programa de ocio, podemos considerar a la actividad física para renovar el estado de ánimo y evitar la depresión, juegos de mesa, ejercicios mentales, etc.

B. Tratamiento farmacológico

a). Tratamiento de los Episodios Depresivos

Se basa en cuatro pilares antidepressivos, ansiolíticos, hipnóticos y antipsicóticos.

Antidepressivos:

- Antidepressivos inhibidores selectivos de la receptación de Serotonina: (ISRS) fluoxetina, (Prozac), Paroxetina (Seroxat).
- Ansiolíticos: Cuando el paciente tiene síntomas ansiosos.
- Hipnóticos: cuando presentan trastornos en el sueño.

Anti psicóticos:

Si presentan alucinaciones de ideas delirantes, todos los fármacos antidepressivos tienen en común un tiempo de latencia de respuesta terapéutica de 2 a 3 semanas y se recomienda su manifestación por un periodo no inferior a 6 meses. (10)

3.2.8. DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

La depresión en el adulto mayor presenta cambios neurológicos debidos al envejecimiento, como: una menor población neuronal, disminución en la síntesis de neurotransmisores y sus receptores, además del daño estructural al SNC como consecuencia de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial sistémica.

Favorecen cambios en la función cerebral que pueden asociarse a los trastornos afectivos. Es por ello que pacientes con antecedente de EVC

que afecte todo el hemisferio izquierdo se tendrán mayor riesgo de presentar depresión.

Por otro lado, cambios estructurales más sutiles (microinfartos, degeneración de la sustancia blanca, degeneración de ganglios basales) contribuyen para el establecimiento de trastornos cognitivos, los cuales, si no son suficientemente compensados debido a una baja reserva neuronal, tendrán un efecto negativo en la funcionalidad del paciente y por lo tanto en la esfera afectiva.

De hecho, los pacientes con deterioro cognitivo avanzado tendrán siempre un riesgo alto y constante de presentar síntomas depresivos, que pudieran no ser identificados por los cuidadores o la familia por la inherente dificultad del paciente para expresarlo.

En el tronco encefálico existen cantidades moderadas de neuronas secretoras de norepinefrina, especialmente en el locus ceruleus. Envían fibras hacia arriba, a la mayoría del sistema límbico, el tálamo y la corteza cerebral. También existen numerosas neuronas productoras de serotonina en los núcleos del rafe medio de la parte inferior de la protuberancia y en el bulbo, y proyectan fibras a muchas zonas del sistema límbico y a algunas otras áreas del encéfalo.

Existe la hipótesis de que estos trastornos expresan una patología del sistema límbico, ganglios basales e hipotálamo.

Es probable que las personas que presentan lesiones en estas partes (especialmente en el hemisferio no dominante) presenten síntomas depresivos. El sistema límbico y los ganglios basales están íntimamente relacionados, y a este sistema se le atribuye una función en la producción de las emociones. Las alteraciones del sueño, apetito, conducta sexual y los cambios biológicos en las medidas endocrinas, inmunológicas y cronobiológicas observadas en los pacientes deprimidos sugieren una disfunción del hipotálamo.

Se ha encontrado que los pacientes deprimidos con frecuencia presentan elevación de las concentraciones de los esteroides corticales en la sangre y orina, no pueden suprimir la secreción de cortisol y se produce un daño al hipocampo. (11)

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVO

4.1. INTERNACIONAL.-

A nivel internacional encontramos como antecedentes de investigación los siguientes estudios:

Acosta López, Ana. PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DE LOS CENTROS DE VIDA EN CARTAGENA. Colombia; (2016). Se concluyó que el 92,2% no presentaron depresión, el 88% no presenta depresión de acuerdo a si está satisfecho con su vida, un 85% no presenta depresión de acuerdo a la realización de actividades y pasatiempos, un 65% no presenta depresión de acuerdo al buen estado de ánimo, un 56% no presenta depresión de acuerdo a la falta de cognición, y un 90,5% no presenta depresión de acuerdo a la situación socioeconómica. (12)

Llanes Torres, Haydeé Mabel, López Sepúlveda, Yeleinis, Vázquez Aguilar, Jorge Luis Y Hernández Pérez, Raúl. FACTORES PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN CUBA. Cuba, (2015) Se concluyó que 26,04% es el factor psicológico que más influyó en la depresión fue el temor a la muerte, un 78,08%, el factor social, la necesidad de comunicación social, para un 19 56,85%, entre los síntomas psicosomáticos se encontró la desesperanza, para 86.98%, predominando la depresión severa en un 50.69%.(13)

Suarez Morales. Zuly Bibiana, Cárdenas Mosquera, Luz Karina. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR A PARTIR DE LA ENCUESTA NACIONAL DE

DEMOGRAFÍA Y SALUD. Colombia; (2015). Se concluyó que existen barreras y condiciones que crean dificultades en los adultos mayores, se observó en el modelo final una varianza del 30% en la presencia de síntomas de depresión en función de las siguientes variables: dificultades en actividades básicas de la vida diaria, apoyo familiar percibido, dificultades para la participación social y presencia de enfermedad física. (14)

4.2. NACIONAL.-

A nivel nacional encontramos como antecedentes de investigación los siguientes estudios:

Montenegro Valdivia, Jessica Del Milagro, Santisteban Baldera, Jessica Medaly. FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO LOS CORONADOS MOCHUMÍ LAMBAYEQUE. Perú; (2016). Se concluyó que el 54,2% presenta depresión leve de acuerdo al estado de ánimo, un 66,7% presenta depresión severa de acuerdo a la realización de actividades y pasatiempo, un 58,3% no presenta depresión de acuerdo a la situación socioeconómico. Encontramos que el 45.8% de los adultos mayores presentan un estado depresivo severo. (15)

Révalo Pinedo Linder. PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO DE ANCIANOS "SAN FRANCISCO DE ASÍS" DE LA CIUDAD DE IQUITO. Perú; (2015). Se concluyó que el 34.1% presentan entre 65 a 69 años de edad; el 81.8% son del sexo masculino, el 43.2% proceden de la zona urbana y el 63.6% tienen un nivel de instrucción primaria. La prevalencia de depresión en los adultos mayores del Asilo de ancianos "San Francisco de Asís" es leve a moderada y está asociada a la presencia de comorbilidad y con los que tienen mayor abandono familiar. (16)

4.3. REGIONAL.-

A nivel nacional encontramos como antecedentes de investigación los siguientes estudios:

Álvarez Quispe Luzvi Yeni, Begazo Mayorga, Milagros Shirley. REPERCUSIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ALBERGUE BUEN JESÚS EN AREQUIPA. Arequipa; (2015). Se concluyó que el mayor porcentaje en los adultos mayores tiene mala calidad de vida, seguido de un menor porcentaje que lleva una buena calidad de vida.

En relación a la recuperación de los niveles de depresión en la calidad de vida en los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús, se muestra estadísticamente una relación de significancia. (17)

Gamarra Hanco Eddy Jesús. CORRELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRÍA Y PADOMI DEL HOSPITAL III YANAHUARA. Arequipa; (2017). Se concluyó que en el consultorio externo con 274 adultos mayores, 51.1% masculinos y el 48.9% femeninos, la mayor proporción de adultos mayores tuvo entre 75 a 84 años (49.6%). El 9.1% solteros, 55.1% casados, 30.7% viudos y 5.1% divorciados. Grado de instrucción primaria 35.8%, 33.9% secundaria, 24.8% superior universitaria y 5.5% superior técnica. El 83.2% vivía con familia, 8.8% solo y 8% con cuidador. Dependencia parcial 51.5%, 2.2% dependencia total y 46.4% independiente. Existe correlación significativa entre dependencia funcional y depresión. (18)

5. HIPÓTESIS

Dado que la depresión es un trastorno mental que se caracteriza por interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos en los adultos mayores.

Es probable que exista diferencia entre el nivel de depresión en adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina varones y en el servicio de medicina mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, 2020.



CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO, MATERIAL DE VERIFICACION

1.1. TÉCNICA

La técnica a emplearse en el presente trabajo de investigación para la variable es la ENTREVISTA, por considerarla la más apropiada para el logro de los objetivos y comprobar la hipótesis.

1.2. INSTRUMENTO

El instrumento para la variable Depresión, es la CEDULA DE ENTREVISTA, Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage, consta de 15 ítems. Instrumento para medir la depresión consiste en 15 preguntas, en el que los participantes deben responder por SÍ - NO con respecto a cómo se sintieron en la última semana. De los 15 puntos, 10 indican la presencia de depresión cuando se contestan afirmativamente mientras que en el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indican depresión cuando se respondían negativamente. El puntaje de 0 – 3 se considera Normal, 4 – 5 Depresión Leve, 6 – 9 indica depresión moderada; más de 10 indica depresión severa. Cada pregunta se valora con una puntuación de 0 - 1, por cada respuesta errónea se puntúa 1. La puntuación general es igual a la suma de sus resultados. Para la versión de 15 ítems actualizada.

Validación: La puntuación obtenida con el (GDS) de Yesavage:

- ✓ 0 - 3 : Normal
- ✓ 4 - 5 Depresión Leve
- ✓ 6 - 9 : Depresión moderada
- ✓ + 10 : Depresión severa (19)

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN:

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

La investigación se llevó a cabo en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (HRHD) ubicado en Av. Daniel Alcides Carrión 505, La Pampilla Cercado, departamento de Arequipa – Perú, centrándonos en los servicios de Medicina Mujeres y Medicina Varones.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

La presente investigación tuvo como tiempo de inicio el mes Agosto del año 2020 y se finalizó el mes de Marzo del año 2021.

2.3. UNIDADES DE INVESTIGACION

Las unidades de investigación están constituidas por los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina varones y en el servicio de medicina mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

Universo:

Son 80 Adultos mayores, que constituye el universo, está constituido por 40 adultos mayores varones y 40 adultos mayores mujeres, a quienes se les aplicó los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión

- Adultos mayores pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.
- Adultos mayores a partir de 60 años de edad de ambos sexos.
- Adultos Mayores que se encuentre en sus facultades mentales.

- Pacientes que acepten participar en el estudio de investigación y firmen el consentimiento.

Criterios de Exclusión

- Adultos mayores hospitalizados que no acepten firmar el consentimiento informado.
- Adultos mayores psicóticos.
- Adultos mayores hospitalizados que no acepten participar en el estudio de investigación.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización:

- a) Coordinación con la Decana de la Facultad de Enfermería.
- b) Se realizaron gestiones pertinentes con la Dirección Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (HRHD).
- c) Coordinación con Jefa del Departamento de Enfermería de Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
- d) Coordinación con el Jefe del Servicio de Medicina del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (HRHD), para establecer horarios tanto de la mañana y la tarde para la recolección de datos hasta concluir.
- e) En la Recolección de datos se ejecutó en los servicios medicina varones y en el servicio de medicina mujeres del Hospital.
- f) Se Motivó a pacientes adultos mayores hospitalizados, a la participación y colaboración en la recolección de datos.
- g) Al concluir la recolección de datos, se sintetiza en tablas estadísticos.

3.2. RECURSOS

3.2.1. Recursos Humanos

Investigador:

Gonzales Gutiérrez, Alicia.

Colaboradores:

Personal del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa (HRHDE)

3.2.2. Recursos Físicos

Instalaciones del Servicio de hospitalización medicina del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa (HRHDE).

3.6.3. Recursos Económicos

El presupuesto autofinanciado por la investigadora

3.6.4. Recursos Institucionales

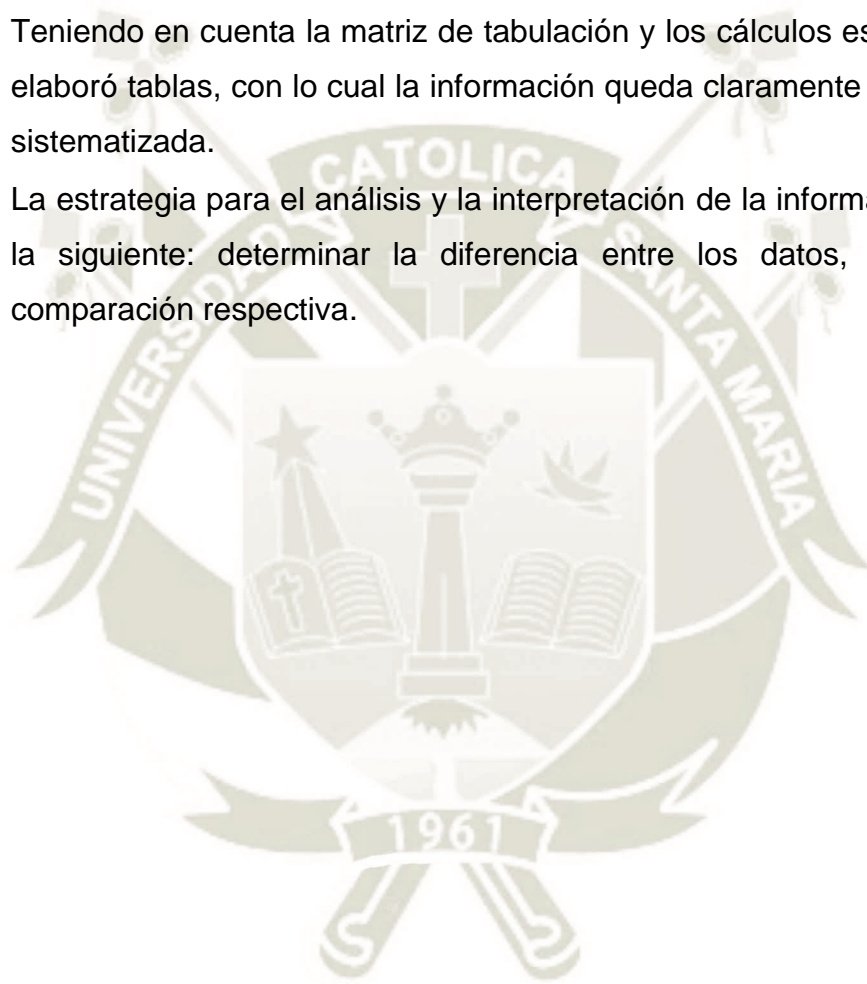
Universidad Católica de Santa María de Arequipa.

Facultad de Enfermería UCSM.

Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (HRHDE)

4. CRITERIO PARA EL MANEJO DE RESULTADOS

- Se empleó una matriz de tabulación para ordenar los datos de los instrumentos aplicados a los adultos mayores hospitalizados.
- Se aplicó el paquete estadístico de SPSS versión 10.0 para Windows 2000.
- Teniendo en cuenta la matriz de tabulación y los cálculos estadísticos se elaboró tablas, con lo cual la información queda claramente organizada y sistematizada.
- La estrategia para el análisis y la interpretación de la información ha sido la siguiente: determinar la diferencia entre los datos, a través de comparación respectiva.





CAPITULO III

RESULTADOS ANALISIS E INTERPRETACION

TABLA N°1

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD.

EDAD	Fr	%
60 – 65	46	57.5
66 – 71	12	15.0
72 – 77	10	12.5
78 a mas	12	15.0
TOTAL	80	100

Fuente: Instrumento elaborado por la investigadora

En la tabla muestra que en relación a la edad de adultos mayores participantes del estudio corresponde al grupo etario de 60 a 65 años donde alcanza el mayor porcentaje con un 57.5 % (n=46) y el menor porcentaje con un 12.5% el grupo etario de 72 a 77 años de edad.

Se deduce que más de la mitad de los adultos mayores varones y mujeres participantes del estudio se encuentra en el grupo etario de 60 a 65 años de edad.

TABLA N° 2

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN GÉNERO.

GENERO	Fr	%
Masculino	40	50.0
Femenino	40	50.0
TOTAL	80	100

Fuente: Instrumento elaborado por la investigadora.

En la tabla muestra la población de estudio según género, el 50%(n=40) de adultos mayores, es de género masculino y el 50%(n=40) participantes del estudio corresponde a al género femenino.

Se deduce que la mitad es de género masculino de adultos mayores participantes del estudio y la otra mitad es de género femenino de Adultos mayores.

TABLA N° 3

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EL LUGAR DE PROCEDENCIA.

LUGAR DE PROCEDENCIA	Fr	%
Arequipa	26	32.5
Cusco	20	25.0
Puno	26	32.5
Moquegua	2	2.5
Otras ciudades	6	7.5
TOTAL	80	100

Fuente: Instrumento elaborado por la investigadora.

En la tabla muestra que en relación al lugar de procedencia de los participantes en el estudio, con mayor porcentaje con un 32.5%(n=26) proceden de la ciudad de Arequipa, con un 32.5%(n=26) proceden de la ciudad de Puno, donde muestra el mismo porcentaje, con menor porcentaje con un 2.5%(n=2) proceden de la ciudad de Moquegua los Adultos mayores participantes en el estudio.

Se deduce que más de la mitad de adultos mayores son procedentes de Arequipa y Puno.

TABLA N° 4

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN.

GRADO DE INSTRUCCION	Fr	%
Analfabeto	6	7.5
Primaria	12	15.0
Secundaria	48	60.0
Superior	14	17.5
TOTAL	80	100

Fuente: Instrumento elaborado por la investigadora.

En la tabla podemos observar que los adultos mayores participantes de estudio, muestra con mayor porcentaje con un 60%(n=48) tienen grado de instrucción secundaria, también muestra con menor porcentaje con 7.5%(n=6) son analfabetos.

Se deduce que más de la mitad de Adultos Mayores tienen grado de instrucción secundaria.

TABLA N° 5

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL	Fr	%
Soltero	4	5.0
Casado	42	52.5
Viudo	30	37.5
Divorciado	4	5.0
TOTAL	80	100

Fuente: Instrumento elaborado por la investigadora.

En la tabla muestra con mayor porcentaje, con un 52.5%(n=42) con estado civil casado, los adultos mayores participantes en este estudio, con menor porcentaje de 5.0%(n=4) de los adultos mayores con estado civil soltero y divorciado muestra el mismo porcentaje.

Se deduce que más de la mitad de Adultos Mayores son casados.

TABLA N° 6

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN FAMILIAR RESPONSABLE.

FAMILIAR RESPONSABLE	Fr	%
Esposos (a)	32	40.0
Hijos	38	47.5
Otros familiares	8	10.0
Ninguno	2	2.5
TOTAL	80	100

Fuente: Instrumento elaborado por la investigadora.

En la tabla muestra que el 47.5%(n=38) de los adultos mayores tienen como familiar responsable a sus hijos, como también podemos observar que el 40.0%(n=32) de los adultos mayores tienen como familiar responsable al esposo o esposa y con un 2.5%(n=2) ningún familiar es responsable de los adultos mayores.

Se deduce cerca de la mitad de los adultos mayores, están a cargo de los hijos.

TABLA N° 7

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE DEPRESION
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA VARONES.**

NIVEL DE DEPRESION	Fr	%
Normal	3	7.5
Depresión Leve	12	30.0
Depresión moderada	20	50.0
Depresión severa	5	12.5
TOTAL	40	100

Fuente: Instrumento aprobado según Escala de Yesavage.

En la tabla muestra mayor porcentaje, con un 50.0%(n=20) lo que representa que tienen depresión moderada, con un 30.0%(n=12) representa depresión leve, el 12.5%(n=5) representa depresión severa y con un 7.5%(n=3) representa que no presenta depresión los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina varones, participantes en este estudio.

Se deduce niveles según Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage, que la mitad de Adultos Mayores hospitalizados en el servicio de medicina varones presentan depresión moderada.

TABLA N° 8

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE DEPRESIÓN
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA MUJERES.**

NIVEL DE DEPRESION	Fr	%
Normal	1	2.5
Depresión Leve	2	5.0
Depresión moderada	27	67.5
Depresión severa	10	25.0
TOTAL	40	100

Fuente: Instrumento aprobado según Escala de Yesavage.

En la tabla muestra mayor porcentaje, con un 67.5%(n=27) representa que tienen depresión moderada, con un 25.0%(n=10) presentan depresión severa, con un 5.0%(n=2) representa depresión leve y 2.5%(n=1) que no presentan depresión, los participantes en este estudio.

Se deduce niveles según Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage, que más de la mitad presenta depresión moderada y la cuarta parte presenta depresión severa, los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina mujeres.

TABLA N° 9

POBLACIÓN DE ESTUDIO POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN LA DIFERENCIA DEL NIVEL DE DEPRESIÓN EN HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA

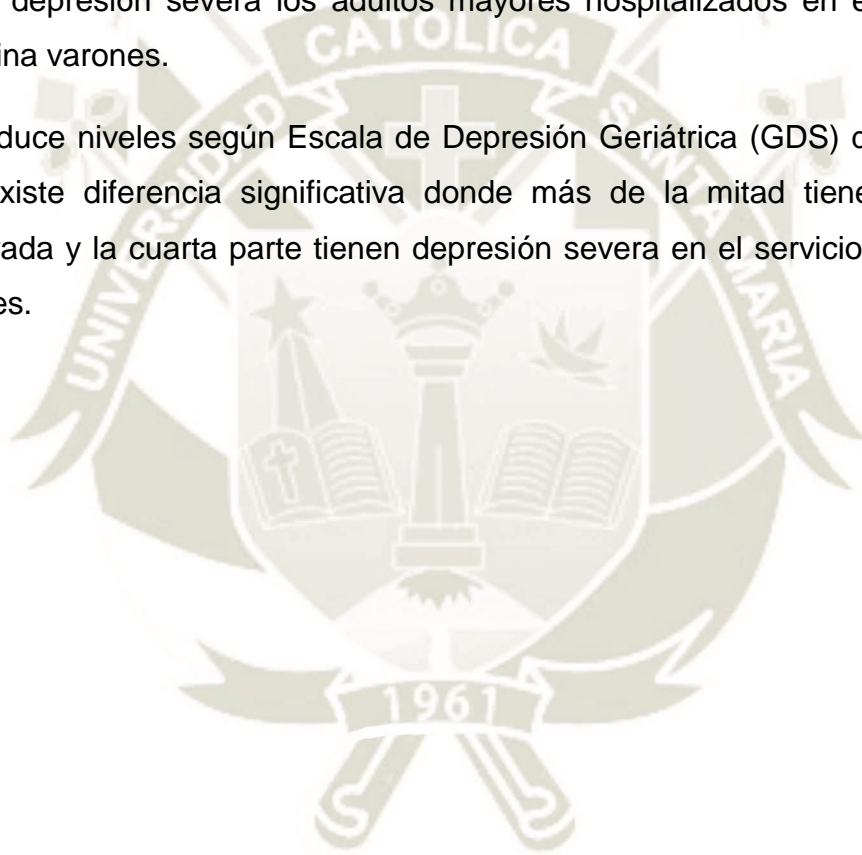
HOSPITALIZACION	N°	NIVEL DE DEPRESION							
		NORMAL		LEVE		MODERADA		SEVERA	
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Servicio de medicina varones.	40	3	7.5	12	30.	20	50.0	5	12.
Servicio de medicina mujeres.	40	1	2.5	2	5.0	27	67.5	5	10
Media Aritmética	40	2	5	7	18	24	57	8	19

Fuente: Instrumento elaborado por la investigadora.

En la tabla muestra que el promedio 57% tienen depresión moderada y un promedio de 19% representa que tienen depresión severa los adultos mayores hospitalizados en los servicios de medicina.

También muestra con mayor porcentaje con un 67.5%(n=27) representa que tienen depresión moderada, y el 25.0%(n=10) tienen depresión severa los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina mujeres. El 50.0%(n=20) representa que tienen depresión moderada y el 12.5%(n=5) representa que tienen depresión severa los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina varones.

Se deduce niveles según Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage, que existe diferencia significativa donde más de la mitad tienen depresión moderada y la cuarta parte tienen depresión severa en el servicio de medicina mujeres.



CONCLUSIONES

- PRIMERA.** Se Identifica el nivel de depresión en los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina varones, con un 50.0% lo que representa que tienen depresión moderada, con un 30.0% representa depresión leve, el 12.5% representa que presentan depresión severa y el 7.5 % no presenta depresión los participantes del estudio.
- SEGUNDA.** Identificamos el nivel de depresión en los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina mujeres con mayor porcentaje, con un 67.5% tienen depresión moderada, con un 25.0% presentan depresión severa, 5.0% presenta depresión leve y el 2.5% no presenta depresión los participantes en este estudio.
- TERCERA.** Se Determina la diferencia que existe entre el nivel de depresión de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina varones y servicio de medicina mujeres. Se concluye que existe diferencia significativa, donde más de la mitad presenta depresión moderada y la cuarta parte presentan depresión severa los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

RECOMENDACIONES

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, que durante la formación académica se continúe brindando conocimiento en cuanto al cuidado de Enfermería humanizado para poder brindar una atención de calidad priorizando la salud mental en nuestros Adultos Mayores.

Al Departamento de Enfermería del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, realizar actividades educativas desarrollando cursos, talleres de promoción y prevención de la depresión garantizando el ambiente que favorezca los ámbitos psicológicos, físicos, sociales y espirituales de los pacientes hospitalizados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INEI. Situación De La Población Adulta Mayor; 2020.
<https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor.pdf>
2. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition; 2016.
https://dsm.psychiatryonline.org/pbassets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf
3. OMS. Depresión; 2020.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
4. Minsa. Plan Nacional De Fortalecimiento De Servicios De Salud Mental Comunitaria; (2018 – 2021).
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
5. R.M. N°084-MINSA (2020).
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/455338-084-2020-minsa>
6. MERCHÁN MAROTO, Esteban, CIFUENTES CÁCERES Raúl. Teorías Psicosociales Del Envejecimiento; 2019.
<http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>
7. CISNEROS G, Fanny. Teorías y Modelos De Enfermería; 2005.
<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
8. LICAS TORRES, Martha Paulina. Nivel de Depresión del Adulto Mayor En Un Centro De Atención Integral S.J.M - V.M.T Lima; 2014.
9. Calderón M., Diego, Epidemiología de la depresión en el adulto mayor; 2018.
<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3408>

10. BELLVER ABARDÍA, Rocio. Fisiopatología de la depresión: características principales; 2015.
<https://www.lifeder.com/fisiopatologia-depresion/>
11. Institutos Nacionales de la Salud. Las personas mayores y la depresión; 2017.
https://www.nlm.nih.gov/health/publications/espanol/las-personas-mayores-y-la-depresion/las-personas-mayores-y-la-depresion_154573.pdf
12. ACOSTA LOPEZ, Ana. Prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor de los Centros de Vida en Cartagena. Colombia; 2016.
13. LLANES TORRES, Haydeé, LÓPEZ SEPÚLVEDA, Mabel Yeleinis, VÁZQUEZ AGUILAR, Jorge Luis, HERNÁNDEZ PÉREZ Raúl. Factores Psicosociales que Inciden en la Depresión del Adulto Mayor en Cuba; 2015.
14. Zuly Bibiana SUAREZ MORALES, Zuly Bibiana, Luz Karina CARDENAS MOSQUERA, Luz Karina. Características sociodemográficas y la depresión en el adulto mayor a partir de la encuesta nacional de demografía y salud. Colombia; 2015.
15. MONTENEGRO VALDIVIA, Jessica del Milagro, SANTISTEBAN BALDERA, Jessica Medaly. Factores Psicosociales asociados a la Depresión en Adultos Mayores del Centro Poblado Los Coronados Mochumí Lambayeque. Perú; 2016.
16. ARÉVALO PINEDO, Linder. Prevalencia de Depresión en los Adultos Mayores del Asilo de Ancianos “San Francisco De Asís” de La Ciudad de Iquitos; 2015.
17. ÁLVAREZ QUISPE, Luzvi Yeni, BEGAZO MAYORGA, Milagros Shirley. Repercusión de La Depresión en la Calidad de vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús en Arequipa; 2015.
18. GAMARRA HANCCO, Eddy Jesús. Correlación entre el Nivel de Dependencia Funcional y el Nivel de Depresión en Adultos Mayores Que Acuden al Servicio de Geriatria y Padiomi del Hospital III Yanahuara. Arequipa; 2017.

19. KURLOWICZ, Lenore, PhD, RN, CS, FAAN. University of Pennsylvania School of Nursing y Sherry A. Hartford Institute for Geriatric Nursing, NYU College of Nursing La Escala De Depresión Geriátrica De Yesavage; 2007.
<https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-4-spanish.pdf>





ANEXO 1

DATOS SOCIODEMOGRAFICAS

1. ¿QUÉ EDAD TIENE UD.?

- a) 60 años - 65 años
- b) 66 años – 71 años
- c) 72 años – 77 años
- d) 78 años a más.

2. SEXO:

- a) Masculino
- b) Femenino

3. ¿DE DONDE ES USTED

- a) Arequipa
- b) Cusco
- c) Puno
- d) Moquegua
- e) Otras ciudades

4. ¿CUÁL ES SU GRADO DE INSTRUCCIÓN?

- a) Analfabeto
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

5. ESTADO CIVIL

- a) Soltero(a)
- b) Casado(a)
- c) Viudo(a)
- d) Divorciado(a)

6. FAMILIAR RESPONSABLE

- a) Esposo
- b) hijos
- c) otros familiares
- d).ninguno

ANEXO 2

CEDULA DE ENTREVISTA

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA YESAVAGE

	CUESTIONARIO	SI	NO
1	¿Está usted básicamente satisfecho de su vida?	SI	NO
2	¿Ha abandonado muchas veces sus actividades e intereses?	SI	NO
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4	¿Se encuentra con frecuencia aburrido?	SI	NO
5	¿Está alegre y de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6	¿Teme que le vaya a suceder algo malo?	SI	NO
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo'?	SI	NO
8	¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido?	SI	NO
9	¿Prefiere quedarse en casa más que salir fuera y hacer cosas nuevas?	SI	NO
10	¿Siente que tiene más problemas con la memoria que la mayoría?	SI	NO
11	¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora?	SI	NO
12	¿Se siente inútil o despreciable en su situación actual?	SI	NO
13	¿Se siente usted lleno de energía?	SI	NO
14	¿Se encuentra usted sin esperanza ante su situación?	SI	NO
15	¿Piensa que la mayoría de la gente está mejor que usted?	SI	NO
TOTAL			

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....

Identificado (a) con DNI.....Otorgo mi consentimiento para
participar en la investigación titulada:

**NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN
EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA DE AREQUIPA, 2020.**

Presentado por la señorita: Alicia Gonzales Gutiérrez, para fines de obtención
del Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Declaro haber sido informado de la naturaleza, objetivos, fines y alcances de
la presente investigación.

También declaro haber sido informado de mis derechos y obligaciones que
como unidad de estudio me atañen, así como del respeto a los principios de
beneficencia, anonimato y confidencialidad de la información, trato digno y
justo, participación voluntaria y libre determinación.

USUARIO (A) PARTICIPANTE



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO



"AÑO DE LA UNIVERSALIDAD DE LA SALUD"

CONSTANCIA

Lo que suscribe la Dirección del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, hace constar que la señorita:

ALICIA GONZALES GUTIERREZ

Ha procedido a la recolección de datos, a través de una cedula de entrevista a los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina varones y mujeres del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa entre los días 25, 27 y 29 de Agosto del 2020, conforme al reporte brindado por la Jefatura de Hospitalización Medicina. Teniendo en cuenta el oficio N°004- FENF-2020.

Se expide el presente documento a solicitud de la interesada

Arequipa, 31 de Agosto del 2020

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Hospital Regional Honorio Delgado

.....
Dr. RICHARD HERNANDEZ MAYORI
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 38328

Dirección Av. Alcides Carrión N° 505 Cercado teléfono 231818 anexo 212 – 233812
Pág. Web: www.hrhdaqp