

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



REPERCUSIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ALBERGUE BUEN JESÚS, AREQUIPA 2015

Tesis presentada por las bachilleres:

LUZVI YENY ÁLVAREZ QUISPE
MILAGROS SHIRLEY BEGAZO MAYORGA

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

**AREQUIPA- PERÚ
2015**

PRESENTACIÓN

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

S.D.

De conformidad con lo establecido por la Facultad de Enfermería que Ud. Tan acertadamente dirige, presento a su consideración y a la de los señores Miembros del Jurado el presente trabajo de investigación titulado **REPERCUSIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ALBERGUE BUEN JESÚS, AREQUIPA 2015**, requisito necesario para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería.

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

Arequipa, Julio del 2015

Luzvi Álvarez Quispe

Milagros Begazo Mayorga

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

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

De : Dra. Teresa Chocano Rosas
Lic. Yeny Valdivia de Ibarra
Lic. Concepción Arizaga Tovar
Miembros del Jurado Dictaminador

Tesis : REPERCUSIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA
DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ALBERGUE BUEN JESÚS,
AREQUIPA 2015

Bachilleres : LUZVI YENY ÁLVAREZ QUISPE
MILAGROS SHIRLEY BEGAZO MAYORGA

Fecha : 08 de julio del 2015

Reunido el jurado dictaminador y revisado las observaciones, el presente Trabajo de Investigación puede pasar a la fase de sustentación de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos.

Atentamente,


Dra. Teresa Chocano Rosas


Lic. Yeny Valdivia de Ibarra


Lic. Concepción Arizaga Tovar

INFORME DE ASESORIA DE TESIS

A : **Dra. Sonia Nuñez Chavez**
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : **Dra. Gloria L. Nuñez de Pinto**
Asesora del Estudio de Investigación

ASUNTO : **Informe sobre la Asesoría de Tesis Titulada:**

"REPERCUSIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LA CALIDAD VIDA DE
LOS ADULTOS MAYORES DEL ALBERGUE BUEN JESÚS,
AREQUIPA 2015"

AUTORAS : **Bachilleres**
LUZVI YENY ALVAREZ QUISPE
MILAGROS SHIRLEY BEGAZO MAYORGA

FECHA : Arequipa, 11 de Mayo del 2015

Antecedentes : La Asesoría del estudio de Investigación se llevó a caso durante los meses durante los meses setiembre 2014 a marzo 2015, tiempo en que se revisó el enunciado, objetivos, variables, justificación, hipótesis, marco teórico y el planteamiento operacional. Revisión que demando reuniones con las investigadoras las cuales en todo momento manifestaron responsabilidad e interés.

Apreciación Personal : Los resultados de la Investigación permitirá fortalecer los conocimientos sobre la importancia del Cuidado de Enfermería en el Adulto Mayor para mejorar la calidad de vida y disminuir su riesgo a problemas emocionales como la depresión.

Atentamente,



Dra. Gloria L. Nuñez de Pinto



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

Asunto : Dictamen de Proyecto de Tesis:
**REPERCUSIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DE
LOS ADULTOS MAYORES DEL ALBERGUE "BUEN JESÚS".
AREQUIPA, 2014.**

Autoras : Álvarez Quispe, Luzvi Yenny
Begazo Mayorga, Milagros Shirley

Fecha : Arequipa, 10 de Noviembre del 2014

Después de haber subsanado las observaciones hechas por el Jurado Dictaminador, el proyecto queda apto para su ejecución.

Atentamente,



Dra. Teresa Chocano Rosas
Jurado Dictaminador



Lic. Yeny Valdivia de Ibarra
Jurado Dictaminador

Agradezco a DIOS por su infinita bondad, por haberme dado salud, vida, guiarme por el buen camino en este mi proceso de formación académico, gracias a DIOS he logrado concluir mi carrera.

A MIS QUERIDOS PADRES CON AMOR.

Enrique y Francisca por el apoyo incondicional que supieron guiarme por el buen camino de mi carrera, gracias por sus enseñanzas, consejos, comprensión, paciencia y su gran amor los amo papitos, gracias por hacer de mí una mejor persona.

A MI QUERIDA HERMANITA

Karina, Frank y mis sobrinos Maryely y Gianfranco gracias por apoyarme incondicionalmente, brindarme paciencia y comprensión.

A MI QUERIDO AMIGO

Carlos gracias por brindarme tu amistad todo estos años por apoyarme y ser mi mejor amigo recuerda que siempre te llevare en mi corazón.

Luzvi Yeny

Le agradezco a Dios y a la Virgen María por haberme acompañado y guiado siempre a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme mucho amor.

Con mucho cariño A mi querida Madre:

Rosa, quien con su ejemplo, amor, sacrificio dedicación y apoyo absoluto, me ha permitido ser mejor persona en mi vida personal y profesional, te adoro mamá.

A mi familia:

A Mi hermana Rosita por ser mi amiga incondicional, a mis papitos Rosa y Benedicto, a Mi tía Margarita por apoyarme en todo momento, a Mi tío Américo por cumplir el rol de Padre, a mi Tío Elisban; y en general a todos mis tíos y primos que con mucho cariño y estímulo que son parte esencial de mi formación personal y profesional.

Muchas Gracias, los quiero mucho...

Milagros

ÍNDICE

	Pág.
INDICE DE ILUTRACIONES	10
RESUMEN	12
ABSTRAC	13
INTRODUCCION	14
CAPITULO I	
PLANTEAMIENTO TEORICO	
1. PROBLEMA DE INVESTIGACION	16
1.1 Enunciado del Problema	16
1.2 Descripción del Problema	16
1.3 Justificación	18
2. OBJETIVOS	19
3. MARCO TEÓRICO	20
4. HIPÓTESIS	49
CAPITULO II	
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	
1. TECNICA E INSTRUMENTO	50
2. CAMPO DE VERIFICACION	51
2.1 Ámbito Geográfico	51
2.2 Unidades de estudio	51
2.3 Ubicación temporal	51
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	52
4. CRONOGRAMA	53

CAPÍTULO III RESULTADOS

PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	54
CONCLUSIONES	69
RECOMENDACIONES	70
BIBLIOGRAFÍA	71
ANEXOS	74



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla Nº 1 Población de Estudio Según Edad Repercusión de la Depresión en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús, Arequipa 2015	55
Tabla Nº 2 Población de Estudio Según Genero Repercusión de la Depresión en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús, Arequipa, 2015	56
Tabla Nº 3 Población de Estudio Según Lugar de Procedencia Repercusión de la Depresión en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús, Arequipa 2015	57
Tabla Nº 4 Población de Estudio Según Familiar Responsable Repercusión de la Depresión en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús, Arequipa 2015	58
Tabla Nº 5 Población de Estudio Según Estado Civil Repercusión de la Depresión en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús, Arequipa 2015	59
Tabla Nº 6 Población de Estudio Según Nivel de Depresión Repercusión de la Depresión en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús, Arequipa 2015	60
Tabla Nº 7 Población de Estudio Según Calidad de Vida Repercusión de la Depresión en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús, Arequipa 2015	61
Tabla Nº 8 Población de Estudio según Edad y Nivel de Depresión Repercusión de la Depresión en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús, Arequipa 2015	62

Tabla Nº 9	Población de Estudio según Género y Nivel de Depresión Repercusión de la Depresión en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús, Arequipa 2015	63
Tabla Nº 10	Población de Estudio según Familiar Responsable y Nivel de Depresión Repercusión de la Depresión en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús, Arequipa 2015	64
Tabla Nº 11	Población de Estudio según Edad y Calidad de Vida Repercusión de la Depresión en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús, Arequipa 2015	65
Tabla Nº 12	Población de Estudio Según Género y Calidad de Vida Repercusión de la Depresión en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús, Arequipa 2015	66
Tabla Nº 13	Población de Estudio Según Responsabilidad familiar y Calidad de Vida Repercusión de la Depresión en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús, Arequipa 2015	67
Tabla Nº 14	Población de Estudio según Nivel de Depresión y Calidad de Vida Repercusión de la Depresión en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús, Arequipa 2015	68

RESUMEN

El presente estudio de investigación la depresión en el adulto mayor es una enfermedad en constante aumento, acompañada de otras comorbilidades tiene un efecto directo en la supervivencia del adulto mayor. Se ha encontrado igualmente que tiene un efecto directo en la calidad de vida. La investigación se ubica en el campo de Ciencias de la Salud en un nivel Descriptivo y Explicativo. Tiene como objetivos: Determinar la repercusión de depresión en los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús, Identificar la Calidad de Vida en la población de Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús y Establecer la repercusión de la depresión en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús. La Técnica empleada fue la Entrevista para ambas variables, el instrumento es la Cedula de Entrevista, y son: Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage para determinar el nivel de depresión en los Adultos Mayores y la Evaluación de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud; los cuales fueron aplicados a un total de 40 adultos mayores del Albergue Buen Jesús. Los datos se procesaron estadísticamente y fueron interpretados. Lo que condujo a las siguientes conclusiones: Primera: Los resultados muestran el grupo etareo que predomina es de 78 años a más y de sexo Masculino, la mayoría proceden de los departamentos de Arequipa y Puno, son solteros y viudos, y no tienen familiares responsables, y los niveles de Depresión encontrados en la población de estudio son Moderada y Severa. Segunda: Se encontró una Mala Calidad de Vida en los Adultos Mayores. Tercera: Los Niveles de Depresión encontrados influyen en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores.

Palabras Clave: Depresión – Calidad de Vida – Adulto Mayor

Autoras:

- Luzvi Yenny Alvarez Quispe: E-mail: yennyalvarezq@hotmail.com
- Milagros Shirley Begazo Mayorga: E-mail: minnie_mila_0807@hotmail.com

ABSTRACT

This research study depression in the elderly is an illness constantly increasing, accompanied by other comorbidities has a direct effect on the survival of the elderly. It has also been found to have a direct effect on the quality of life. The investigation is located in the field of Health Sciences on a descriptive and explanatory levels. Its objectives: To determine the impact of depression in older adults the Hostel Bom Jesus, Identify the Quality of Life in the elderly population of the Hostel Bom Jesus and establish the impact of depression on the Quality of Life of Older Adults hostel Bom Jesus. The technique used was the interview for both variables, the instrument is the certificate of Interview, and are: Geriatric Depression Scale (GDS) Yesavage to determine the level of depression in older adults and Evaluation of Quality of Life of the Organization World Health; which they were applied to a total of 40 seniors of the Hostel Bom Jesus. The data were processed statistically and were interpreted. This led to the following conclusions: First: The results show the predominant age group is 78 years older and male, most come from the departments of Arequipa and Puno, are unmarried and widowed, and have no family responsibility, and levels of depression found in the study population are moderate and severe. Second, a poor quality of life in older adults found. Third, levels of depression found influence Quality of Life of Older Adults..

Keywords: Depression - Quality of Life - Older Adult

Authors:

- Luzvi Yenny Alvarez Quispe: E-mail: yennyalvarezq@hotmail.com
- Milagros Shirley Begazo Mayorga: E-mail: minnie_mila_0807@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La población correspondiente a los adultos mayores se encuentra en constante crecimiento debido al aumento de la esperanza de vida en nuestra sociedad; esta población sufre cambios en todas las dimensiones de cuando era joven y sobre todo cuando se encuentran lejos de su entorno familiar y los cuidados se alteraran, afectando su Calidad de Vida.

La depresión se describe como un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y acontecimientos de la vida cotidiana.

Es uno de los trastornos de mayor incidencia en la población anciana, encubierta bajo múltiples afecciones de tipo cognitivo, volitivo e incluso somáticos y que pueden llegar hasta la depresión crónica del estado de ánimo.

Suelen caracterizarse por síntomas subjetivos con expresiones verbales alusivas como: “Mis hijos no quieren saber nada de mí”, “Que voy hacer si esta es mi situación”, “La soledad me consume”, “Me quiero morir” o expresiones externas como suspiros, lamentos, llantos, tristeza, etc., que son más frecuentes que los signos objetivos.

En el presente estudio hemos determinado a factores físicos, sociales y psicológicos como principales factores de riesgo que repercutan en la depresión de los adultos mayores y en su calidad de vida.

En cuanto a la dimensión social identificamos aquellos indicadores de vida social que el sujeto ha modificado. La persona no mantiene relaciones con amigos, familiares y una carencia de actividades. A esta dimensión se le ha

atribuido un peso importante en dicho proceso; y que las variables sociales pueden actuar como facilitadoras o limitadoras.

En cuanto a los aspectos psicológicos, sería más correcto tratados como psicosociales. En esta dimensión se observa un sentimiento de soledad. El sujeto es incapaz de generar nuevas respuestas humanas que le ayuden a mantener una vida personal social y activa. La comunicación presenta pérdidas en cantidad y calidad así como el sentimiento de no poder enfrentar esta nueva situación de demencia.

La interacción entre estas tres dimensiones se identifica en la respuesta funcional del sujeto expresada en su calidad de vida, es decir para que el sujeto realice este tipo de actividades debe poner en marcha mecanismos personales que malogran las dimensiones física, social y psicológica, están en un entorno social óptimo donde la red de apoyo y recursos colectivos sean de calidad y en cantidad suficiente.

CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Repercusión de la Depresión en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús, Arequipa 2015.

1.2. DESCRIPCIÓN

a) Área, Campo y Línea

- Área : Ciencias de la Salud
- Campo : Enfermería
- Línea : Depresión- Salud Mental

b) Variables

El estudio de investigación tiene dos variables.

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES
	Datos de las unidades de estudio(características sociodemográficas):	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad 	60 años – 65 años 66 años – 71 años 72 años – 77 años 77 años a más
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sexo 	Femenino Masculino
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lugar de Procedencia 	Arequipa Cusco Puno Moquegua Otras Ciudades
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Familiar Responsable 	Esposo (a) Hijos Otros familiares
DEPRESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfacción con la vida ▪ Presencia de desamparo y desprotección ▪ Inmovilidad y Desesperanza ▪ Problema de memoria 	Límites normales Presencia de depresión
CALIDAD DE VIDA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Función física ▪ Rol físico ▪ Salud física ▪ Vitalidad ▪ Función Social ▪ Rol Emocional ▪ Salud Mental 	Mala Calidad de Vida Buena Calidad de vida

c) Interrogantes Básicas

- ¿Cuál es la frecuencia de depresión en los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús?
- ¿Cómo es la calidad de vida en los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús?
- ¿Cuál es la repercusión de la depresión en la calidad de vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús?

d) Tipo y Nivel del Problema

- Tipo : De Campo
- Nivel de Problema : Descriptivo y Explicativo

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Según los estudios de población del Instituto Nacional de Estadística e Informática del año 2014, a la actualidad, “la población peruana de 60 y más años de edad representa el 9,4% de la población total del país. En términos absolutos, supera los 2 millones 907 mil personas”¹. “Y la población de 65 y más años de edad en el país representa el 6,4% de la población total. En ambas edades se muestra los mayores porcentajes en el departamento de: Arequipa (7,5%) y le sigue las ciudades de Lima y Moquegua (7,3%, en ambos casos)”².

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

La depresión no es tristeza únicamente, es una enfermedad que debe

¹ INEI. Estado de la Población Peruana 2014. Pág.8

² INEI. Estado de la Población Peruana 2014. Pág.18.

ser tratada. Contrario a la creencia popular, la depresión no es una parte natural del envejecimiento. La depresión a menudo puede revertirse con tratamiento inmediato y adecuado. Sin embargo, si no se trata, la depresión puede acelerar el deterioro físico, cognitivo y social, dilatar la recuperación de enfermedades y cirugías, provocar un aumento del uso de la atención médica, y el suicidio. Aún más cuando nuestros adultos mayores enfrentan un abandono de afecto de sus familiares más cercanos como: esposo (a), hijos, etc., hacia ellos, se ve afectada la calidad de vida en sus diferentes ámbitos como lo señala la OMS.

La investigación tiene relevancia científica y humana porque aportara nuevos conocimientos en este proyecto de tal manera que involucren esfuerzos e iniciativas para generar cambios en la conducta individual o actitudes mejorando la calidad de vida en los adultos mayores. Es por eso que debido a su prevalencia, a su papel como uno de los principales factores de riesgo de suicidio y a su repercusión sobre la estructura familiar y social, se considera de gran importancia no solo para el sistema de salud, sino también para mejorar la calidad de vida y un envejecimiento saludable del adulto mayor en la sociedad.

2. OBJETIVOS

- Determinar la frecuencia de depresión en los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús.
- Identificar la calidad de vida en la población de Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús.
- Establecer la repercusión de la depresión en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. ADULTO MAYOR

3.1.1. ETAPA DEL ENVEJECIMIENTO

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.

3.1.2. TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

3.1.2.1. Teoría Fisiológica

Las teorías fisiológicas nos explican el deterioro de los mecanismos fisiológicos con el paso del tiempo.

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 los sistemas cardiovascular, endocrino o nervioso.

Las alteraciones de los mecanismos fisiológicos de la homeostasis, en sistema tan relevantes como los mencionados, incapacitan al

organismo en su conjunto para responder a los cambios medioambientales. La pérdida de mecanismos de adaptación celular o bien la pérdida de células irremplazables, sería uno de los tipos de agentes causantes del deterioro.³

B) Teoría del Debilitamiento del Sistema Inmunológico o Teoría Inmunológica

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 frente a los estímulos proliferativos, no deja de ser una respuesta parcial al envejecimiento.⁴

C) 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.

D) Teorías Sociales

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

³ GARCIA, M., RODRÍGUEZ C., TORONJO A. Enfermería del Anciano. Teorías del Envejecimiento: Enfermería del Anciano. Barcelona – España. 2012 p. 65

⁴ GARCIA, M. op.cit., 2012, pág. 65

- **Teoría de la actividad**

Si a las personas mayores se les priva de algunos papeles, los que quedan no están claramente definidos y, como consecuencia, esto les crea confusión y les conduce a un estado 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 reemplazan a los anteriores, la anomia tiende a interiorizarse y el individuo poco a poco se torna inadaptado, incluso consigo mismo.

- **Teoría de la Continuidad**

Esta teoría mantiene que la última etapa de la vida, prolonga los estadios anteriores. Sostiene que las situaciones sociales pueden presentar una cierta discontinuidad, pero que la adaptación a las diferentes 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 a otros acontecimientos del mismo género está determinada principalmente por el pasado.⁵

3.1.3. CRITERIOS DE DEFINICIÓN Y SELECCIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES A TRAVÉS DE LA VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR 6

Según la aplicación de Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM)

⁵ GARCIA, M. op.cit., 2012, pág. 68

⁶ MINISTERIO DE SALUD. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Peru.2006

inicial se concluye que se encuentra sano, presenta factores de riesgo o tiene alguna afección o daño. 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) Persona Adulta Mayor Activa Saludable.-

Es aquella sin antecedentes de riesgos, 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) Persona Adulta Mayor Enferma.-

Es aquella que presenta alguna afección aguda, sub aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante, y que no cumple los criterios de Persona Adulta Mayor Frágil o Paciente Geriátrico Complejo.

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) Persona Adulta Mayor Frágil.-

Es aquella que cumple 2 o más de las siguientes condiciones:

- Edad: 80 años a mas
- 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 ó más de una caída en el año
- Pluripatología: Tres o más enfermedades crónicas.
- Enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional parcial: Ej. Déficit visual, auditivo, osteoartritis, secuela de ACV, enfermedad de Parkinson, EPOC, insuficiencia cardiaca reciente, y otros.
- Polifarmacia: Toma más de tres fármacos por patologías crónicas y por más de 6 semanas.
- Hospitalización en los últimos 12 meses.
- Índice de Masa Corporal (IMC) menor de 23 ó mayor de 28.

El objetivo principal para las Personas Adultas Mayores Frágiles es la prevención y la atención. Dependiendo de las 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.

D) Paciente Geriátrico Complejo

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

- Edad: 80 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 Ej.: Neoplasia avanzada, Insuficiencia

cardiaca terminal, otra de pronóstico vital menor de 6 meses.

El objetivo principal en este grupo es el asistencial, tanto terapéutico cuanto rehabilitador. Requieren de atención geriátrica 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 que 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:

- Está postrado, con discapacidad que le impide acudir al establecimiento de salud
- No acude al tratamiento del daño diagnosticado o bajo tratamiento (médico o quirúrgico, transmisible, no transmisible)
- 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 (Ej. vacunación anti amarilíca, exámenes auxiliares, etc.)

3.1.4. DERECHOS DE LOS ADULTOS MAYORES, LEY N° 28803

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

- a) La igualdad de oportunidades y una vida digna, promoviendo la defensa de sus intereses.
- b) Recibir el apoyo familiar y social necesario para garantizarle una vida saludable, necesaria y útil elevando su autoestima.
- c) Acceder a programas de educación y capacitación que le permitan seguir siendo productivo.

- d) Participar en la vida social, económica, cultural y política del País
- e) El acceso a la atención preferente en los servicios de salud integral, servicios de transporte y actividades de educación, cultura y recreación.
- f) El acceso a la atención hospitalaria inmediata en caso de emergencia.
- g) La protección contra toda forma de explotación y respeto a su integridad física y psicoemocional.
- h) Recibir un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial y administrativo que la involucre.
- i) Acceder a condiciones apropiadas de reclusión cuando se encuentre privada de su libertad.
- j) Vivir en una sociedad sensibilizada con respeto a sus problemas, sus méritos, sus responsabilidades, sus capacidades y experiencias.
- k) Realizar labores o tareas de acorde a su capacidad física o intelectual. No será explotada física, mental ni económicamente.
- l) La información adecuada y oportuna en los trámites para su jubilación.
- m) No ser discriminada en ningún lugar público o privado

3.2. DEPRESIÓN

La depresión es una alteración en el ánimo que se expresa por sentimientos de tristeza, desesperación, ansiedad, sentimiento de culpa y pesimismo.

Hay pérdida de interés en las actividades usuales y síntomas somáticos pueden ser evidentes hay cambios de apetito y patrones de sueño son comunes.

3.2.1. CLASIFICACIÓN CIE 10, DEPRESIÓN ⁷

Para los episodios depresivos es el F32:

- a) F32.0 Episodio depresivo leve
- b) F32.1 Episodio depresivo moderado
- c) F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- d) F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- e) F32.8 Otros episodios depresivos
- f) F32.9 Episodio depresivo sin especificación

3.2.2. ETIOLOGÍA

La etiología de la depresión no es clara; no se ha postulado ninguna teoría o hipótesis que proporcione una explicación clara de la enfermedad. La evidencia continua apoyando varias causas y se reconoce la combinación de factores combinados de influencias genéticas, bioquímicas y psicosociales en un individuo susceptibles a la depresión.

3.2.2.1. Causas Biológicas

Mayor riesgo de padecer de depresión cuando hay una historia familiar, sin embargo la 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.

3.2.2.2. Causas Psicológicas

Eventos que exceden los recursos personales de afrontamiento como puede 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,

⁷ Clasificación de Enfermedades Internacionales. CIE 10. Capitulo 5. Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/>

cambios en la estructura familiar posteriormente son riesgos a desarrollar algún tipo de trastornos depresivos.

3.2.2.3. Causas Sociales

En los seres humanos los vínculos sociales son importantes y en consecuencia 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 invadido el lugar en donde se relaciona; esto es que ciertos tipos de situación cotidiana están estrechamente relacionados con la enfermedad depresiva.

3.2.2.4. Causas Bioquímicas

La depresión se puede relacionar con la deficiencia de neurotransmisores, 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 la movilización del organismo para lidiar con situaciones de estrés. Las neuronas que contienen serotonina participan de manera crítica en la regulación de muchas funciones psicobiológicas como: ánimo, ansiedad, excitación, vigilancia irritabilidad, pensamiento, cognición, apetito, agresión y ritmo cardíaco.

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

3.2.2.5. Teorías Biológicas

A) Genéticas:

Se han Hecho muchas investigaciones considerables sobre las enfermedades depresivas en relación con los factores hereditarios, se sugiere una conexión genética en numerosos estudios; sin embargo, todavía no se demuestra un modo definitivo de transmisión genética.

B) Estudios en Gemelos:

Los estudios en gemelos sugieren un factor genético en la enfermedad por que alrededor del 50% de gemelos mono cigotos son concordantes para la enfermedad.

C) Estudios Familiares:

Casi todo los estudios sobre familias muestra que la depresión es de 1.5 a 3 veces más común entre los parientes biológicos de primer grado que entre la población general .De hecho, la evidencia apoya un mayor riesgo de trastorno depresivo en individuo con historia familiar positiva.

3.2.2.6. Teoría Cognitiva

La primera alteración en la depresión es cognitiva más que afectiva. La causa subyacente del afecto depresivo es vista como depresiones que resultan en actitudes negativas y de frustración. Hay tres distorsiones cognitivas que sirven como base para la depresión:

- a) Expectativas negativas del ambiente
- b) Expectativas negativas de sí mismo
- c) Expectativas negativas del futuro

Estas distorsiones cognitivas surgen de un defecto en el comportamiento cognitivo y el individuo se siente inoportuno, sin valía y rechazo por los demás. La perspectiva para el futuro es de pesimismo y desesperanza. Los teóricos cognitivos creen que la depresión es el producto del pensamiento negativo. En contraste con otros teóricos, que sugieren que el pensamiento negativo se presenta cuando el individuo está deprimido. La terapia cognitiva se enfoca en ayudar al individuo a cambiar lo que piensa; se le enseña a controlar las distorsiones de pensamiento negativo que conducen al pesimismo, letargo, dilatación y baja autoestima.

3.2.3. FISIOPATOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

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

Las sinapsis se establecen entre neurona y neurona, y en la periferia, entre una neurona y un efector (el músculo) en el SNC existe una disposición más compleja. La conexión funcional entre dos neuronas puede establecerse entre el axón y el cuerpo celular, entre el axón y la dendrita (la zona receptiva de la neurona) entre un cuerpo celular y otro o entre una dendrita y otra. La neurotransmisión puede aumentar o disminuir para generar una función o para responder a los cambios fisiológicos. Muchos trastornos neurológicos y psiquiátricos son debidos a un aumento o disminución de la actividad de determinados NT y muchas drogas pueden modificar, algunas (ej. Alucinógenos) producen efectos adversos y otras (ej. Antipsicóticos) pueden corregir algunas disfunciones patológicas.

La liberación del neurotransmisor está siempre acompañada de la casi inmediata eliminación del mismo, de tal manera que tiene poco tiempo para actuar sobre la célula receptora, si esta eliminación falla se

bloquea, el neurotransmisor tiene más tiempo para actuar por lo que aumentan sus efectos. La serotonina es una de estas sustancias transmisoras de información, actúa en muchísimas sinapsis del sistema nervioso y está siendo eliminada continuamente por un proceso de recaptación: es absorbida, captada de nuevo por la neurona que la liberó. Los fármacos ISRS impiden esta recaptación, de tal manera que la serotonina permanece más tiempo de lo normal en la sinapsis, aumentando su efecto sobre las células receptoras.

La teoría existente, por razones todavía desconocidas, esta estrategia de aumentar los niveles de serotonina en las sinapsis ayuda a mejorar los síntomas en la mayoría de las depresiones.

La depresión está caracterizada por la reducción de los niveles de noradrenalina y por el aumento de los receptores 5HT₂ (receptores serotoninérgicos) los receptores pre sinápticos adrenérgicos, que regulan la liberación de noradrenalina pueden ser hiperactivos, disminuyendo la misma cantidad de la misma hendidura sináptica.

3.2.4. TIPOS DE DEPRESIÓN

3.2.4.1. 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 la pérdida, auto culpa, ambivalencia, culpa a los demás.
- Fisiológico: Anorexia o comer demasiado, insomnio o hipersomnia,

dolor de cabeza, dolor en el pecho, u otros síntomas relacionados con la pérdida de alguien significativo.

3.2.4.2. Depresión Moderada

Este tipo de depresión representa una alteración más problemática. Los síntomas relacionados con el trastorno distímico incluyen:

A) Afectivo

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

B) Conductual

Movimientos físicos lentos (por ejemplo retardo psicomotor); 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.

C) Cognitivo

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

D) 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.

3.2.4.3. Depresión Severa

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

A) Afectivo

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

B) 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 (cuando la hay se pueden reflejar pensamientos engañosos) no hay higiene ni arreglo personal; el aislamiento social es común, sin inclinaciones a interactuar con los demás.

C) Cognitivo

Prevalece el pensamiento engañoso, con delirio de persecución y delirios somáticos, confusión indecisión e incapacidad de ser, alucinaciones que reflejan interpretaciones equivocadas del

ambiente, excesiva auto desaprobarción; culpa y pensamientos de suicidio.

NOTA: Debido al bajo nivel de energía y retardo en el proceso de pensamiento, el individuo puede ser incapaz de tener o realizar ideas suicidas .sin embargo, el deseo es muy intenso en esta forma de depresión.

D) Fisiológico

Decaimiento general de todo el organismo ,que se refleja en digestión 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, esto puede reflejar una variación diurna en la concentración de neurotransmisores que afectan el ánimo y la actividad.

3.2.4.4. Trastorno Depresivo Mayor

El trastorno depresivo mayor TDM se caracteriza por animo depresivo o pérdida del interés o placer en las actividades usuales. Hay evidencia se las alteración en el funcionamiento social y ocupacional que han existido por al menos , dos semanas , sin historia de comportamiento maniaco y síntomas que no son atribuidos al uso de sustancias o a una condición médica general .Además el diagnóstico de la depresión se especifica según si es un episodio único (es la primera vez) o recurrente (el individuo tiene una historia de episodios previos).también identifica el nivel de gravedad de los síntomas (leves, moderadas o graves) si hay evidencia de características psicóticas o catatónicas y si se detecta un patrón estacional.

3.2.5. EPIDEMIOLOGÍA

A) Genero

Los estudios indican que la incidencia de trastornos depresivos de manera aproximada es más elevada en las mujeres que en los varones en una proporción de 2 a 1.

B) Edad

Varios estudios demuestran que la incidencia de depresión es más elevada en mujeres jóvenes y hay una tendencia a disminuir con la edad. Se observa lo contrario en varones. Con menor prevalencia de los síntomas depresivos en varones jóvenes y más elevados con la edad. Esta presentación se puede relacionar con las diferencias de género en funciones sociales y los cambios que se presentan con la edad. La construcción de estereotipos de género o la socialización genérica promueve las características femeninas típicas, como desamparo, pasividad y emocionalidad que se relaciona con la depresión. Los estudios también muestran que la viudez tiene una fuerte relación con la depresión en varones en comparación con las mujeres.

C) Clase Social

Los resultados de algunas investigaciones indican una relación inversa entre clase social e informes de síntomas depresivos lo cual se relaciona con la accesibilidad de los recursos para tratar con las situaciones estresantes.

D) Raza y Cultura

Los estudios no demuestran una relación consistente entre la raza y el trastorno depresivo. Se encontraron con un problema en la

revisión de las comparaciones raciales, ya que tiene que ver con la clase socioeconómica de la raza investigada. Los factores culturales parecen modificar las manifestaciones clínicas de los trastornos depresivos. Por ejemplo, las quejas físicas, la preocupación, tensión e irritabilidad son expresiones comunes en clases socioeconómicas inferiores. Recriminaciones de culpa y autor reproches son más características de la depresión en culturas anglosajonas.

E) Estado Marital

La mayor incidencia de síntomas depresivos se presenta en los individuos sin relaciones interpersonales cercanas y las personas divorciadas o separadas.

F) Estacionalidad

Varios examinadores patrones estacionales relacionados con los trastornos del ánimo revelados dos periodos prevalentes estacionales: Pacientes con cuadros depresivos recaen o empeoran en otoño e invierno y mejoran en primavera.

3.2.6. CUADRO CLÍNICO

3.2.6.1. Manifestaciones Clínicas Generales

A) Síntomas Emocionales:

Sentimientos de desesperanza, falta de ilusión, irritabilidad, vacío, pesimismo.

B) Alteraciones Cognitivas:

Pensamientos enlentecidos, pensamientos negativos de minusvalía, baja autoestima, incapacidad para desempeñar sus actividades habituales, imposibilidad de realizar proyectos del

futuro, falta de atención y concentración, las ideas de muerte o ideas suicidas están presentes en aproximadamente dos tercios de los pacientes con depresión.

C) Síntomas Volitivos:

Apatía, abulia, pérdida de iniciativa, pérdida de motivación, y disminución de la capacidad de decisión.

D) Alteraciones de la conducta:

Enlentecimiento psicomotriz, dificultad para finalizar tareas o abandono de las mismas, tendencia al encamamiento o conductas suicidas.

E) Alteraciones somáticas:

Hipersomnia, insomnio, pesadillas, disminución del apetito con pérdida de peso, el deseo sexual disminuido.

3.2.6.2. Presentaciones Clínicas Especiales de la Depresión

A) Depresión en síntomas psicóticos:

Algunos cuadros depresivos graves presentan entre sus síntomas alucinaciones y delirios; ej. Delirio de negación: tiene la creencia de que está muerto, de que no existe.

B) Depresión con síntomas atípicos:

Presentan hipersomnia, hiperfagia, ansiedad, síntomas fóbicos u otros síntomas neuróticos asociados.

C) Depresión de síntomas melancólicos:

Predomina la anhedonia, la falta de reactividad estímulos agradables, enlentecimiento psicomotor.

D) Depresión con síntomas catatónicos:

Con presencia de estupor, retraimiento externo, negativismo.

E) Depresión con patrón estacional:

Pacientes con cuadros depresivos recaen o empeoran en otoño e invierno y mejoran en primavera.

3.2.7. DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la vejez. A nivel de los consultorios de médicos generales, aproximadamente uno de cada tres pacientes mayores de 60 años sufren los síntomas de depresión.

La detección temprana en estos síntomas y su tratamiento contribuirá a mejorar el bienestar de los adultos mayores. Así mismo la depresión se refiere a los desórdenes emocionales que se presentan con frecuencia en una persona, tales como angustia, agitación, desesperanza, trastornos del sueño o cambios drásticos del humor.

Algunas de las variables asociadas con la depresión en la tercera edad son: ser mujer, estar separado (a), la viudez, el nivel socioeconómico bajo, insuficiente apoyo social, y cuando ocurren eventos vitales recientes adversos e inesperados. Un factor de riesgo importante es la discapacidad producidas por enfermedades físicas, siendo frecuente la asociación de una patología crónica con una enfermedad depresiva.

La depresión es una enfermedad que afecta a los sentimientos, los ritmos vitales, la concentración, la memoria y la psicomotilidad de las personas. Pero debido a que la depresión es una enfermedad común nos podemos encontrar con tratamientos muy efectivos.

Por tanto, si la persona no busca ayuda médica para erradicarla o por lo menos aminorarla, no solo va sufrir sino que no podrá llevar a cabo sus actividades diarias y ocasionara padecimiento en todo su grupo familiar.

3.2.8. TRATAMIENTO

Todos los medicamentos que aumentan las serotonina, norepinefrina o ambos ,pueden mejorar los síntomas emocionales y vegetativos de la depresión .los fármacos que producen estos efectos incluyen los que bloquean la recaptación presinaptica de los neurotransmisores o bloque los receptores en las terminaciones nerviosas (tricíclicos:ISRS) y los que inhiben la monoaminoxidasa,enzima que participa en el metabolismo de las monoaminas serotonina y de norepinefrina y también son débiles inhibidores de dopamina.

Los efectos colaterales de estos medicamentos se relacionan con la acción bloqueadora del receptor para un neurotransmisor específico .Los fármacos tricíclicos y tetra cíclicos (por ejemplo imipramina, amitritikina, mirtazapina) bloquean la recaptación o los receptores para serotonina y noradrenalina, anticolinérgicos e histamina. Los ESRS son selectivos serotoninérgicos de los inhibidores de recaptación .Otros como el bupropion, venlafaxina y duloxetina la recaptación de serotonina y de norepinefrina y también son débiles inhibidores de dopamina.

El bloqueo de la recaptación de dopamina ocasiona efectos colaterales como temblores arritmias cardiacas disfunción sexual e hipertensión. El bloque de la recaptación de serotonina ocasiona efectos colaterales como alteraciones gastrointestinales, mayor agitación y disfunción sexual. El bloqueo de la recaptación de dopamina provoca activación psicomotora. El bloqueo de la recaptación de acetilcolina provoca boca seca, visión borrosa, constipación y retención urinaria .El bloqueo de la recaptación de histamina produce sedación e hipotensión.

3.2.8.1. Tratamiento Farmacológico

▪ Tratamiento de los Episodios Depresivos

Se basa en cuatro pilares antidepressivos, ansiolíticos, hipnóticos y anti sicóticos.

a) Antidepressivos:

- Antidepressivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: (ISRS) fluoxetina, (prozac), paroxetina (seroxat).
- Ansiolíticos: Cuando el paciente tiene síntomas ansiosos.
- Hipnóticos: cuando presentan trastornos en el sueño.

b) 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.

3.2.8.2. Psicoterapia

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.

A) Terapia cognitivo conductual⁸

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.

B) Terapia Interpersonal⁹

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

⁸ Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N° 2006/0.p.49-51

⁹ Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N° 2006/0.p 52

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.

C) 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.

3.3. CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es una expresión lingüística cuyo significado es inminentemente subjetivo; está asociada con la personalidad de la persona con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, y cuya evidencia esta intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, a su salud y a su grado de interacción social y ambiental y en general a múltiples factores.

Calidad de vida: Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuesta en el año 1994, la calidad de vida es la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.

3.3.1. CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

El envejecimiento de las personas es un proceso natural, irreversible y continuo, durante el ciclo de vida. Igualmente, es indiscutible que toda persona adulta mayor tiene derecho a una mejor calidad de vida.

Según la OMS la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene lugar en la existencia en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive en relación a sus expectativas, sus normas, sus inquietudes, se trata de un concepto muy amplio que está influenciado de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia y sus relaciones sociales así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Según Velandia (1994) es “la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo, del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez.

Calidad de Vida es definida en forma práctica como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo que permita realizar actividades y mantener una sensación positiva de su vida, la medición de la misma es subjetiva debido de estar influenciada por su personalidad y el entorno en el cual se desarrolla el individuo.

3.4. CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA DEPRESION Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

Como mencionamos anteriormente, van pasando los años, el cuerpo cambia; se producen cambios físicos, psicológicos, como en este caso la depresión una enfermedad mental más común en nuestros adultos mayores y se va a caracterizar por un estado de tristeza, melancolía, desmotivación asociado a una serie de síntomas orgánicos como falta o exceso de apetito, falta o exceso de sueño, dolor de alguna región del cuerpo y se ve afectada su calidad de vida.

El rol de enfermería juega un papel muy importante, como es fortalecer las necesidades que nos menciona Virginia Henderson y los patrones funcionales de salud (integración de todas las áreas que afectan al individuo como biológica, psicológica, social y cultural, y espiritual); conjuntamente con terapias psicológicas de nuestros adultos mayores.

3.4.1. LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

El modelo de Virginia Henderson considera que el rol fundamental de enfermería es “Ayudar al individuo enfermo o sano a conservar o a recuperar la salud (o asistirlo en los últimos momentos) para que pudiera cumplir las tareas que realizaría el solo si tuviera la fuerza, la voluntad o tener los conocimientos necesarios. Desde el punto de vista profesional nuestras actuaciones, siempre deberán ir encaminadas a que recupere la independencia lo más rápidamente posible” (1994). Concepto que debemos mantener para cubrir las necesidades básicas y son las siguientes¹⁰:

- 1) Respirar normalmente
- 2) Comer y beber de forma adecuada

¹⁰NUÑEZ, D. Metodología del Cuidado de Enfermería. Arequipa. Perú.2013. p 62

- 3) Eliminar por todas las vías
- 4) Moverse y mantener una postura adecuada
- 5) Dormir y Descansar
- 6) Elegir ropas adecuadas, vestirse y desvestirse
- 7) Mantener la temperatura corporal
- 8) Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
- 9) Evitar los peligros del entorno
- 10) Comunicarse con los demás
- 11) Actuar de acuerdo con la propia fe
- 12) Actuar llevando a cabo acciones que tengan un sentido de autorrealización
- 13) Participar en actividades recreativas
- 14) Aprender a descubrir o a satisfacer la curiosidad de manera que se pueda alcanzar el desarrollo normal y la salud

3.4.2. PATRONES FUNCIONALES

Tiene una estructura de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

3.4.2.1. PATRÓN ROL – RELACIONES

Describe el patrón de los roles y los compromisos, incluye la satisfacción o alteraciones dentro de la familia, trabajo, relaciones sociales y la responsabilidad en estos campos.

A) Cambios en la Familia

En la actualidad la familia, su estructura y composición, ha experimentado cambios significativos que van a repercutir en la vejez. En otros tiempos donde convivían varias generaciones

(padres, hijos y abuelos), tanto los recursos afectivos y emocionales como los materiales se unían para proporcionar un ambiente uniforme para todos. Además es en la familia donde se origina las primeras manifestaciones de sociabilidad humana, se desarrolla la personalidad, y donde la calidad de las relaciones es más intensa que en cualquier otro institución.

Los cambios más significativos en la transformación de la familia podríamos resumirlo en:

- Cambios demográficos en la pirámide de población, mayor proporción de sujetos de edades maduras y menor número en los jóvenes.
- Tendencia generalizada a la emancipación por parte de los hijos.
- La inclusión mayoritaria de la mujer al mundo laboral fuera del domicilio. Mayor número de personas ancianas viudas que viven sola y que prefieren hacerlo de forma independiente, en lugar de una convivencia impuesta.

B) Rol Individual y en el Seno de la Familia

Cuando el anciano es independiente, en principio tiene cubiertas no solo las necesidades personales y del cónyuge en el caso de que lo haya (fisiológicas de vivienda, económicas sociales y de salud), sino que sirve de soporte importante para los hijos. Materialmente, debido a la mejora de las pensiones y al aumento de la renta disponible de los jubilados, cada vez más existe más padres ancianos que ayudan económicamente a los hijos que puedan tener necesidades materiales, como puede ser el desempleo, enfermedad, crisis matrimonial, etc.

En el plano afectivo, las personas mayores pueden servir de ayuda a los hijos con los nietos, no solo con la transmisión de los valores

familiares, sino de acompañamiento y apoyo, recogida y traslado a los centros de estudios, etc.

A la vez pueden servir de ayuda a la unidad familiar, tramitando y gestionando aquellas cuestiones que por motivos laborales los hijos no disponen de tiempo para realizarlas.

El Mayor problema surge cuando el anciano tiene alguna dependencia o problema de salud que le limita en sus actividades, y es la familia la responsable de satisfacer las necesidades.

En estas situaciones, los papeles se invierten, y en ocasiones los mayores tienen que pasar a formar parte de la vida del hogar.

C) Rol dentro de la Comunidad

El rol del anciano dentro de la comunidad también cambia, fundamentalmente por el cese de la actividad laboral (jubilación). La consideración social, a pesar de las verbalizaciones que se realizan, es diferente para la persona trabajadora (que es productiva y genera una riqueza, utilizable para la comunidad), que para la persona que ya ha cesado en el trabajo (donde ya no genera ningún aporte comunitario).

Lo que olvida la sociedad es que, al aumentar la expectativa de vida, las capacidades de las personas de edad avanzada son muchos mejores, situación que debería tenerse en cuenta como recursos de aportación de conocimientos, ayuda en tareas sociales (voluntariado, asociaciones culturales, grupos de ayuda espiritual, etc.), y participación activa en todas las áreas comunitarias.

Las Investigaciones han demostrado que las personas de edad avanzada, que cuentan con el apoyo emocional de sus amigos y de

su familia, tiene un nivel, más bajo de hormonas de estrés circulando en las sangre y están menos expuestos a morir en un futuro próximo, que las que se sienten solas y aisladas.

Tampoco podemos ignorar la influencia de los animales de compañía, que demuestra que los mayores se sienten más felices cuando tienen animales de compañía, en especial si cuidan activamente de los mismos.

3.4.3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

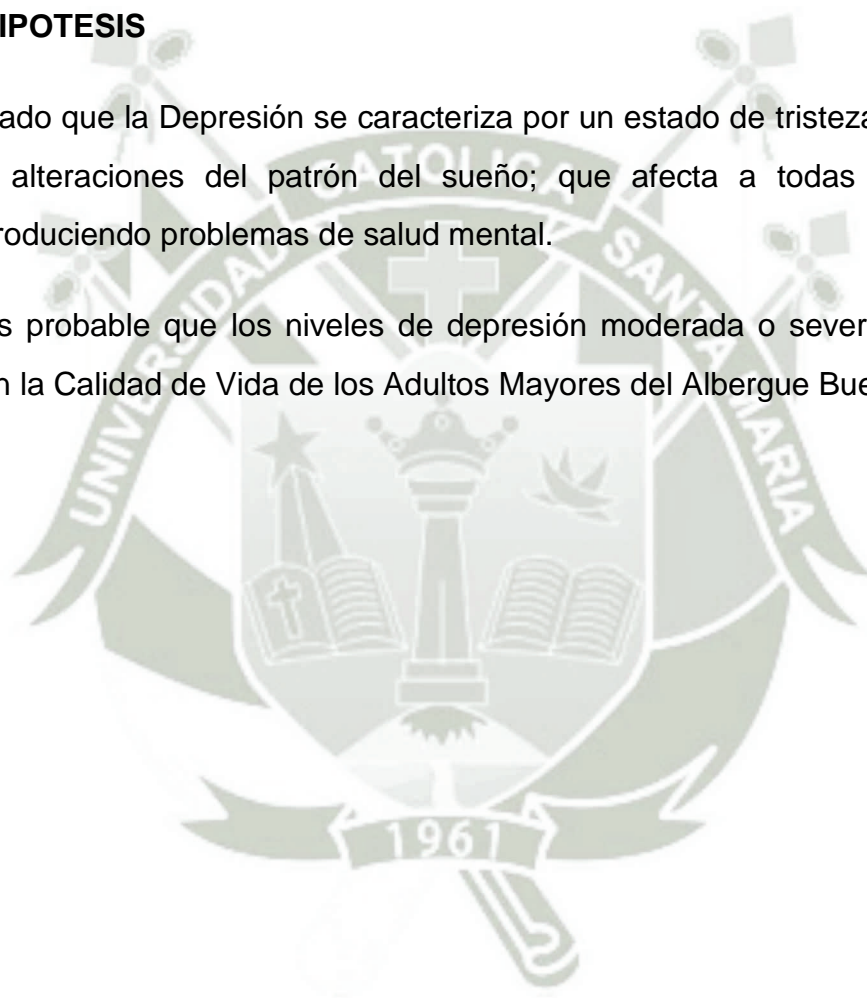
- a) Ayudar a la persona adulto mayor a desarrollar un concepto positivo de sí mismo.
- b) Asegurar que las necesidades básicas elementales como son: Nutrición, sueño, ejercicios y hábito intestinal estén cubiertos.
- c) Ofrecer esperanza
- d) Conversar con el adulto mayor deprimido y conservarlo otra vez de la palabra de que el futuro puede ser el mejor.
- e) Fortalecer la capacidad individual para manejar sus problemas emociones, así como la comunicación y socialización.
- f) Eliminar y minimizar la limitación puesta por el problema de salud que tiene.
- g) Procurar que el adulto mayor realice su auto cuidado, estimularlo al manejo de sus finanzas y en general que dirija su vida.
- h) Ayudarlo a aceptar su enfermedad así como la muerte de familiares y amigos.
- i) Protegerlo de tentaciones de suicidio y otros riesgos como son, vigilar ventanas y retirar objetos punzocortantes.

También valoramos que el cuidar es un acto de forma individual que cada persona se da a si misma cuando adquiere autonomía y que, del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona, temporal o definitivamente, cuando requiere ayuda, para cubrir sus necesidades vitales, es por eso que nuestras personas adultos mayores necesitan mucho de familiares, amigos, equipo de salud y sociedad en general.

4. HIPOTESIS

Dado que la Depresión se caracteriza por un estado de tristeza, melancolía y alteraciones del patrón del sueño; que afecta a todas las edades, produciendo problemas de salud mental.

Es probable que los niveles de depresión moderada o severa repercutan en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús.



CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTO, MATERIAL DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICA

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

1.2. INSTRUMENTO

1. El instrumento para la primera variable Depresión, es la CEDULA DE ENTREVISTA, Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage, consta de 15 ítems. Si bien existen muchos instrumentos para medir la depresión consiste de 15 preguntas. De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente. El puntaje de 0-4 se considera normal,

según la edad, educación y quejas; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa. El cuestionario corto resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a moderada que pueden concentrarse por lapsos breves o se fatigan con facilidad.

2. Y el instrumento para la segunda variable de Calidad de Vida, también es la CEDULA DE ENTREVISTA, Evaluación de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, está diseñado evaluar la calidad de vida en personas de edad avanzada. Los ítems han sido derivados de los instrumentos EUROHIS-QOL y WHOQOL-OLD. Está compuesto por 13 ítems que evalúan a través de una escala de 5 grados (muy malo-muy buenos; muy insatisfecho-muy satisfechos; ninguna/nada-completamente) la percepción subjetiva sobre la calidad de vida. El cuestionario hace referencia a las últimas dos semanas. Para su corrección, se obtiene una puntuación total que oscila entre 0 y 100. A mayor puntuación, mejor calidad de vida.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. ÁMBITO GEOGRÁFICO

La investigación se llevara a cabo en el Albergue Buen Jesús perteneciente a la Beneficencia Pública de Arequipa, el cual alberga Adultos Mayores, ubicado en el complejo de Jesús s/n ubicado en el distrito de Paucarpata.

2.2. UNIDADES DE ESTUDIO

Las unidades de estudio están constituidas por 40 Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús, constituyendo el universo, tomadas a juicio del investigador.

2.2.1. Criterios de Inclusión

- a) Adultos Mayores que no sean Psicóticos.
- b) Adultos Mayores que desean participar en el estudio y estén compensados.

2.2.2. Criterios de Exclusión

- a) Adultos Mayores Psicóticos.
- b) Adultos Mayores que no desean participar en el estudio.

2.3. TEMPORALIDAD

El estudio es coyuntural para el año 2015.

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- a) Coordinación con el Decanato de la Facultad de Enfermería.
- b) Coordinación con la Beneficencia Pública de Arequipa.
- c) Coordinación con la administradora del Albergue Buen Jesús.
- d) Coordinación con la enfermera Jefe del Albergue Buen Jesús para establecer los horarios tanto de la mañana y la tarde para la recolección de datos.
- e) Motivación a los adultos mayores para que la entrevista sea confiable y veraz.
- f) Los horarios de trabajo serán mañana y tarde, para la aplicación del instrumento.
- g) Al concluir la recolección de datos, se sintetizaran en tablas estadísticas.

4. CRONOGRAMA

Actividades	Tiempo							
	SET	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	
Elaboración del Proyecto	X							
Descripción del Marco Teórico	X	X						
Recolección de Datos			X	X	X			
Sistematización, análisis e interpretación de los datos						X		
Informe Final							X	



CAPÍTULO III
RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Tabla N° 1

**Población de Estudio Según Edad, Repercusión de la Depresión en la
Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús,
Arequipa 2015**

EDAD	Fr.	%
60 – 65 años	6	15.0
66 – 71 años	5	12.5
72 – 77 años	6	15.0
78 a más	23	57.5
TOTAL	40	100.0

Fuente: Instrumento elaborado por las investigadoras.

En la tabla N° 1 podemos observar que el mayor porcentaje de adultos mayores participantes del estudio corresponde a una edad de 78 a más años con un 57.5%(n=23) y al grupo etareo de 60 a 77 años con un 42.5%(n=17)

De lo que se deduce que más de la mitad de los adultos mayores participantes del estudio se encuentra en la edad de 78 años a más.

Tabla N° 2

**Población de Estudio Según Género, Repercusión de la Depresión en la
Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús,
Arequipa, 2015**

GÉNERO	Fr.	%
Femenino	19	47.5
Masculino	21	52.5
TOTAL	40	100.0

Fuente: Instrumento elaborado por las investigadoras.

De acuerdo al sexo en nuestra población de estudio se encontró en la tabla N° 2 que el mayor porcentaje correspondió al género masculino con un 52.5 % (n=21) y el 47.5 % correspondió al género Femenino.

De lo cual se deduce que más de la mitad de adultos mayores son de género masculino.

Tabla N° 3

Población de Estudio Según Lugar de Procedencia, Repercusión de la Depresión en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús, Arequipa 2015

LUGAR DE PROCEDENCIA	Fr.	%
Arequipa	13	32.5
Cusco	10	25.0
Moquegua	1	2.5
Puno	13	32.5
Otras Ciudades	3	7.5
TOTAL	40	100 %

Fuente: Instrumento elaborado por las investigadoras.

En la tabla N° 3 observamos que un 32.5% (n=13) de los participantes procedían de la ciudad de Arequipa, los adultos mayores procedentes de la ciudad de Puno tuvieron el mismo porcentaje. Los adultos mayores procedentes de la ciudad de Cusco y Moquegua se encontraron en un 27.5% (n=11)

Se concluye que el mayor porcentaje de Adultos Mayores procedían de las Ciudades de Arequipa y Puno.

Tabla N° 4

**Población de Estudio Según Familiar Responsable, Repercusión de la
Depresión en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del
Albergue Buen Jesús, Arequipa 2015**

FAMILIAR RESPONSABLE	Fr.	%
Hijos (as)	12	30.0
Esposo (a)	1	2.5
Otros Familiares	9	22.5
Ninguno	18	45.0
TOTAL	40	100 %

Fuente: Instrumento elaborado por las investigadoras.

En la tabla N° 4 podemos observar que el mayor porcentaje de adultos mayores no tenían un familiar responsable con un porcentaje de 45%(n=18). El 30% (n=12) de los participantes estaban a cargo de sus hijos.

De lo que se concluye que más de $\frac{1}{4}$ del total no está a cargo de ningún familiar, siendo la población más vulnerable para tener problemas de depresión.

Tabla N° 5

**Población de Estudio Según Estado Civil, Repercusión de la Depresión
en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue
Buen Jesús, Arequipa 2015**

ESTADO CIVIL	Fr.	%
Soltero (a)	20	50.0
Casado (a)	0	0.0
Divorciado (a)	4	10.0
Viudo (a)	16	40.0
TOTAL	40	100.0

Fuente: Instrumento elaborado por las investigadoras.

En la tabla N° 5 encontramos que el mayor porcentaje de adultos mayores tenía un estado civil soltero (50% n=20) seguido por los viudos (40% n=16).

De lo que se deduce que la mitad de Adultos Mayores son Soleteros y Viudos.

Tabla N° 6

Población de Estudio Según Nivel de Depresión, Repercusión de la Depresión en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús, Arequipa 2015

NIVEL DE DEPRESIÓN	Fr.	%
Normal	8	20.0
Leve	10	25.0
Moderada	18	45.0
Severa	4	10.0
TOTAL	40	100.0

Fuente: Instrumento aprobado según Escala de Yesavage.

En la tabla N° 6 podemos observar que el mayor porcentaje de adultos mayores presentó un Nivel de Depresión Moderada 45% (n=18), el 25%(n=10) Depresión Leve y el 10% Depresión Severa; un 20% no presentó Depresión.

De lo que se deduce que el más de la mitad (80%) de Adultos Mayores se encuentran con un Nivel de Depresión de leve a Severa.

Tabla N° 7

**Población de Estudio Según Calidad de Vida, Repercusión de la
Depresión en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores
del Albergue Buen Jesús, Arequipa 2015**

CALIDAD DE VIDA	Fr.	%
Buena Calidad	14	35.0
Mala Calidad	26	65.0
TOTAL	40	100.0

Fuente: Instrumento aprobado según EUROHIS-QOL y WHOQOL-OLD.

En la tabla N° 7, se encontró que el mayor porcentaje de adultos mayores 65 % (n=26) tiene una Mala Calidad de Vida y un 35.0% (n=14) una Buena Calidad de Vida.

De lo que se deduce que más de la mitad de los Adultos Mayores tiene una Mala Calidad de Vida, probablemente por el grupo etareo al que pertenece y no tengan familiares responsables como muestran los resultados en los cuadros anteriores.

Tabla N° 8

Población de Estudio según Edad y Nivel de Depresión, Repercusión de la Depresión en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús, Arequipa 2015

EDAD	TOTAL	NIVEL DE DEPRESIÓN							
		NORMAL		LEVE		MODERADA		SEVERA	
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
60 – 65 años	6	3	7.5	0	0.0	3	7.5	0	0.0
66 - 71 años	5	2	5.0	1	2.5	2	5.0	0	0.0
72 – 77 años	6	2	5.0	1	2.5	2	5.0	1	2.5
78 a mas	23	1	5.0	8	20.0	11	27.5	3	7.5
TOTAL	40	8	20.0	10	25.0	18	45.0	4	10.0

Fuente: Instrumento elaborado por las investigadoras

Según la prueba de Chi Cuadrado para proporciones ($\chi^2 = 28.505$), se aprecia que el Nivel de Depresión y la Edad presento Relación Estadística Significativas ($p < 0.05$).

En la tabla N° 8 observamos que la población de adultos mayores con mayor edad (78 a más) tiene la mayor prevalencia de depresión 55% (n=22). Dentro de este grupo el 27.5% (n=11) presento depresión moderada. Solo el 7.5% presento depresión severa (n= 3). El grupo etareo de 72 a 77 años le siguió fue el segundo en prevalencia de depresión con un 10% (n= 4).

De lo que se deducimos que a mayor edad mayor es la presencia de depresión en la población adulto mayor.

Tabla N° 9

Población de Estudio según Género y Nivel de Depresión, Repercusión de la Depresión en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús, Arequipa 2015

GENERO	TOTAL	NIVEL DE DEPRESIÓN							
		NORMAL		LEVE		MODERADA		SEVERA	
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Femenino	19	6	15.0	2	5.0	8	20.0	3	7.5
Masculino	21	2	5.0	8	20.0	10	25.0	1	2.5
TOTAL	40	8	20.0	10	25.0	18	45.0	4	10.0

Fuente: instrumento elaborado por las investigadoras

Según la prueba de Chi Cuadrado para proporciones ($\chi^2 = 16.622$), se aprecia que el Nivel de Depresión y el Género presentan una Relación Estadística Significativas ($p < 0.05$).

Según tabla Nª 9 se encontró que la prevalencia de depresión fue mayor en los adultos mayores de género masculino con un 47.5%(n=19). El género femenino presento una prevalencia de depresión del 32.5% (n=13)

De lo que se deduce que más de un cuarto de adultos mayores del sexo masculino tienen depresión moderada y severa.

Tabla N° 10

**Población de Estudio según Familiar responsable y Nivel de Depresión,
Repercusión de la Depresión en la Calidad de Vida de los Adultos
Mayores del Albergue Buen Jesús, Arequipa 2015**

FAMILIAR RESPONSABLE	TOTAL	NIVEL DE DEPRESIÓN							
		NORMAL		LEVE		MODERADA		SEVERA	
		Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Hijo (a)	12	0	0.0	2	5.0	7	17.5	3	7.5
Esposo (a)	1	1	2.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Otros Familiares	9	0	0.0	4	10.0	5	12.5	0	0.0
Ninguno	18	7	17.0	4	10.0	6	15.0	1	2.5
TOTAL	40	8	20.0	10	25.0	18	45.0	4	10.0

Fuente: instrumento elaborado por las investigadoras

Según la prueba de Chi Cuadrado para proporciones ($\chi^2 = 47.703$), se aprecia que el Nivel de Depresión y el Género presento Relación Estadística Significativas ($p < 0.05$).

En la tabla N° 10 la prevalencia de depresión fue mayor en los adultos mayores que se encontraban a cargo de sus hijos (30% $n= 12$) seguido por aquellos que no estaban a cargo de ningún familiar (27.5% $n=11$). Los adultos mayores que se encontraban a cargo de otros familiares presentaron una prevalencia del 22.5%($n= 9$) de depresión.

La depresión moderada fue la de mayor prevalencia en el grupo de adultos mayores que tenían hijos.

Tabla N° 11

Población de Estudio según Edad y Calidad de Vida, Repercusión de la Depresión en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús, Arequipa 2015

Edad	TOTAL	CALIDAD DE VIDA			
		Buena Calidad de Vida		Mala Calidad de Vida	
		Fr.	%	Fr.	%
60 – 65 años	6	3	7.5	3	7.5
66 - 71 años	5	3	7.5	2	5.0
72 – 77 años	6	3	7.5	3	7.5
78 a mas	23	5	12.5	18	45.0
TOTAL	40	14	35.0	26	65.0

Fuente: instrumento elaborado por las investigadoras.

Según la prueba de Chi Cuadrado para proporciones ($\chi^2 = 11.059$), se aprecia que el Nivel de Depresión y el Grupo Etareo presento Relación Estadística Significativas ($p < 0.05$).

En la tabla Nª 11 observamos que la mayor prevalencia de mala calidad de vida se encontró en la población de 78 años a mas (45% n=18).

De lo que se deduce que a mayor edad menos nivel de calidad de vida.

Tabla N° 12

Población de Estudio Según Género y Calidad de Vida, Repercusión de la Depresión en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús, Arequipa 2015

Género	TOTAL	CALIDAD DE VIDA			
		Buena Calidad de Vida		Mala Calidad de Vida	
		Fr.	%	Fr.	%
Femenino	19	11	27.5	8	20.0
Masculino	21	3	7.5	18	45.0
TOTAL	40	14	35.0	26	65.0

Fuente: instrumento elaborado por las investigadoras

Según la prueba de Chi Cuadrado para proporciones ($\chi^2 = 20.529$), se aprecia que la Calidad de Vida y el Género presentan una Relación Estadística Significativas ($p < 0.05$).

En la tabla N° 12 el 27,5%(n=11) de mujeres presento una buena calidad de vida en contraste con los varones que solo el 7.5%(n=3) presento buena calidad de vida. Un mayor porcentaje de varones presento mala calidad de vida (45% n= 18)

De esto se concluye que los adultos mayores del género masculino presentan una mala calidad de vida.

Tabla N° 13

**Población de Estudio Según Responsabilidad familiar y Calidad de Vida,
Repercusión de la Depresión en la Calidad de Vida de los Adultos
Mayores del Albergue Buen Jesús, Arequipa 2015**

FAMILIAR RESPONSABLE	TOTAL	CALIDAD DE VIDA			
		Buena Calidad de Vida		Mala Calidad de Vida	
		Fr.	%	Fr.	%
Hijo (a)	12	3	7.5	9	22.5
Esposo (a)	1	1	2.5	0	0.0
Otros Familiares	9	3	7.5	6	15.0
Ninguno	18	7	17.5	11	27.5
TOTAL	40	14	35.0	26	65.0

Fuente: instrumento elaborado por las investigadoras

Según la prueba de Chi Cuadrado para proporciones ($\chi^2=6.948$), se observa que la Calidad de Vida y el Familiar Responsable no presento relación estadística significativa ($p > 0.05$).

En la tabla N° 13 observamos que el mayor porcentaje 27.5% (n=11) que no tienen familiar presentan una mala calidad de vida y un 22.5% (n=9) que a pesar de tener hijos tienen una mala calidad de vida.

De lo que se deduce que más de la mitad de los adultos mayores presentan una mala calidad de vida.

Tabla N° 14

Población de Estudio según Nivel de Depresión y Calidad de Vida
Repercusión de la Depresión en la Calidad de Vida de los
Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús,
Arequipa 2015

NIVEL DE DEPRESIÓN	TOTAL	CALIDAD DE VIDA			
		Buena Calidad de Vida		Mala Calidad de Vida	
		Fr.	%	Fr.	%
Normal	8	6	15.0	2	5.0
Leve	10	2	5.0	8	20.0
Moderada	18	6	15.0	12	30.0
Severa	4	0	0.0	4	10.0
TOTAL	40	14	35.0	26	65.0

Fuente: Instrumento aprobado según Escala de Yesavage y EUROHIS-QOL y WHOQOL-OLD

Según la prueba de Chi Cuadrado para proporciones ($\chi^2 = 21.978$), se aprecia que el Nivel de Depresión y calidad de vida presento Relación Estadística Significativa ($p < 0.05$).

Según la Tabla N° 14 el mayor porcentaje de participantes con depresión (60% $n=24$) presentaba una mala calidad de vida. Solo el 20% ($n=8$) de pacientes con depresión presentaba buena calidad de vida.

De lo que se deduce que casi la mitad de la población total presenta depresión moderada, severa y mala calidad de vida.

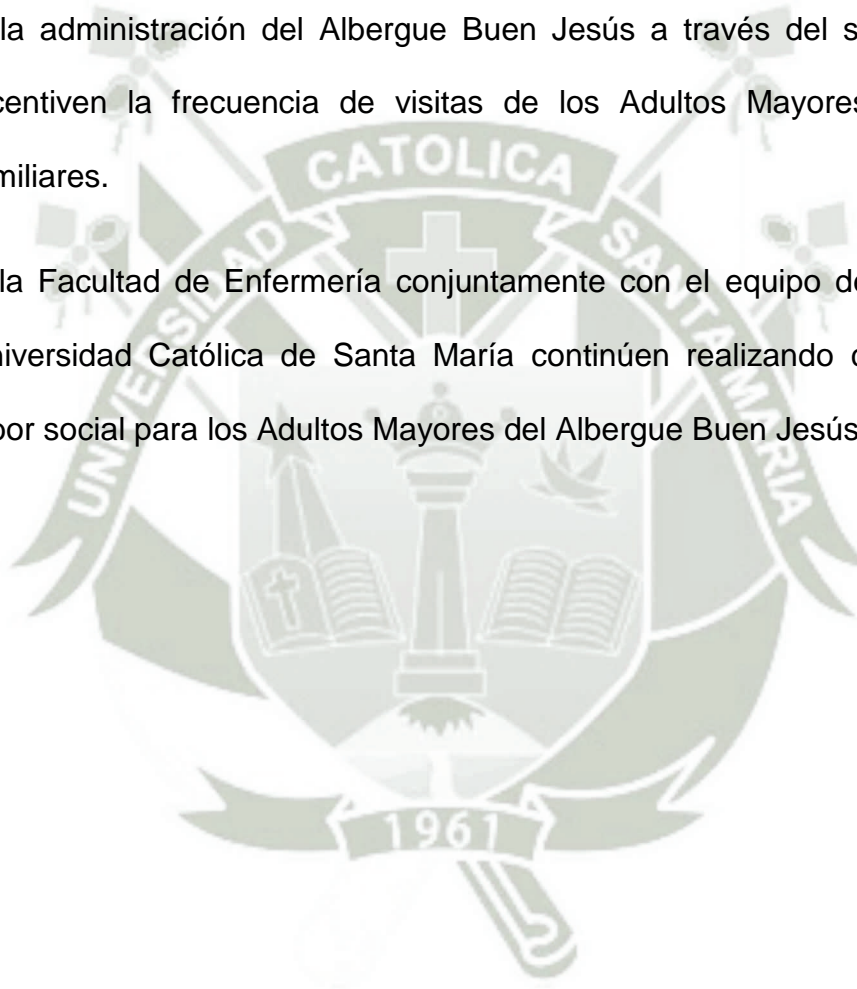
CONCLUSIONES

Los resultados muestran lo siguiente:

1. Se determinó que la frecuencia de depresión en los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús participantes del estudio, presentan un mayor nivel de depresión moderada y severa, que corresponde a una edad de 78 años a más, siendo más vulnerable el género masculino y el lugar de procedencia las ciudades de Arequipa y Puno.
2. Se identificó que el mayor porcentaje en los adultos mayores tienen mala calidad de vida, seguido de un menor porcentaje que lleva una buena calidad de vida.
3. En relación a la repercusión 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.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a la administración del Albergue Buen Jesús, se coordine acciones para incentivar el programa de rehabilitación y actividades de entrenamiento, recreación para los adultos mayores.
2. A la administración del Albergue Buen Jesús a través del servicio social incentiven la frecuencia de visitas de los Adultos Mayores que tienen familiares.
3. A la Facultad de Enfermería conjuntamente con el equipo de salud de la Universidad Católica de Santa María continúen realizando campañas de labor social para los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús.



BIBLIOGRAFÍA

1. BOBES G. J. Salud Mental, Enfermería Psiquiátrica. 1994.
2. BRUNEER Y SUDDART. Enfermería Medico Quirúrgica. 10 ed. 20
3. BURKE M. M. Enfermería Gerontológica. Cuidados Integrales del Adulto Mayor. 2a ed. 2009.
4. GARCIA H. M. Enfermería y Envejecimiento. 1a ed. 2012.
5. GARCIA L. M. y colaboradores. Enfermería Geriátrica. España. 2012
6. KATHLEEN S. B. Psicología del desarrollo: Adulthood y Vejez. 7a ed. 2009.
7. MANCHEGO A., ZEA M., GUTIERREZ J. Salud Mental. 1a ed. 2008
8. MICHELI F., FERNANDEZ P., MANULA M. Neurología en el Anciano. 2a ed. 2010
9. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. España. 2008.
10. MINSa. Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: La depresión. 2005.
11. MINSa. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. 1a ed. 2006.
12. NOBEL M. G., LLUCH C. M., LOPEZ DE V., M. Enfermería Psicosocial y Salud Mental. 2003.
13. NUÑEZ DE A. D. Metodología del Cuidado de Enfermería. Arequipa. Perú. 2013
14. PAPALIA D., STERNS H. Desarrollo del adulto y vejez. 3 ed. 2003.

15. RIGOL C. A., UGALDE A. M. Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría. 2da Edición.
16. STANLEY M., BLAIR K. A., BEARE P. Enfermería Geriátrica. 3a ed. México. 2009.
17. TOWNSEND M., Fundamentos de Enfermería en Psiquiatría. 4a ed. México. 2011
18. VERA M., "Significado de la Calidad de Vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia". Lima. Perú. 2006.

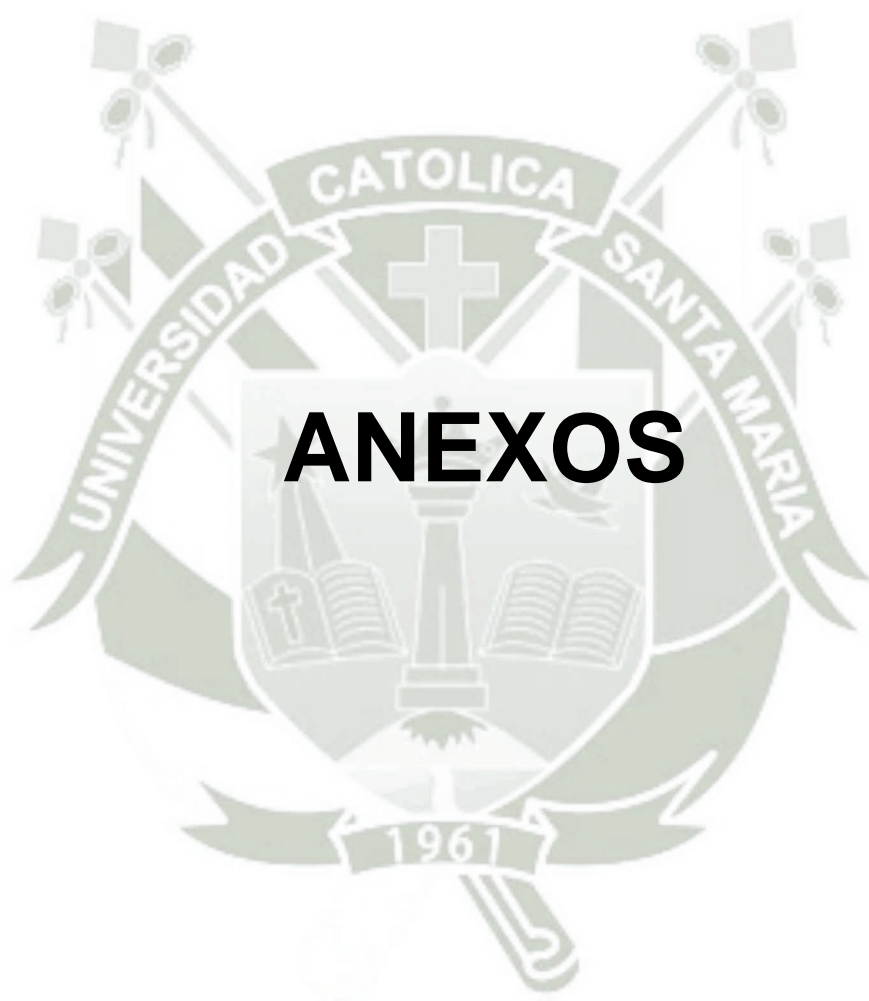


HEMEROGRAFIA

1. Revista Instituto Nacional de Estadística e Informática. Año 2014.
2. Revista de Salud Física, Mental y Espiritual. Año 2010
3. Revista Scielo. La calidad de vida en los Adultos Mayores. Cuba 2009.
4. Vida Digna, Boletín N° 7 Poblaciones Vulnerables. Perú. 2013

INFORMATOGRAFÍA

1. Centro de Investigación Biomédica en Red Salud Mental (Acceso Setiembre 2014) URL disponible en: <http://cibersam.isp.ndsite.net/opencms/opencms/system/modules/es.oneclick.cibersambi/elements/jsp/busqueda/ficha.jsp?banner=bannerbusqueda.jpg&instrumento=281>
2. Escala de Depresión Geriátrica. Servicio de Andaluz de Salud – Consejería de Salud (Acceso Octubre 2014) URL disponible en: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/test_de_yesavage.pdf
3. Depresión en el Adulto Mayor (Acceso Noviembre 2014) URL disponible en: <http://escuela.med.pac.cl/publ/manualgeriatria/pdf/depresión.PDF>
4. Depresión. DMedicina.com. (Acceso Noviembre 2014) URL disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/psiquiatricas/depresion.html>
5. INEI: Demanda de Atención del Adulto Mayor por Problemas de Salud 2006 – 2010 (Acceso Marzo 2015) URL disponible https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Eb1041/libro.pdf



ANEXO N° 1

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

I. ¿QUÉ EDAD TIENE USTED?

60 años – 65 años

66 años – 71 años

72 años – 77 años

77 años a más

II. SEXO

Masculino

Femenino

III. ¿DE DÓNDE ES USTED?

Arequipa

Cusco

Puno

Moquegua

Otras Ciudades

IV. FAMILIAR RESPONSABLE

Esposo (a)

Hijos

Otros familiares

Ninguno

V. ESTADO CIVIL

Soltero (a)

Casado (a)

Divorciado (a)

Viudo (a)

ANEXO N° 2

**CEDULA DE ENTREVISTA
ESCALA DE YESAVAGE**

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	No
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SÍ	No
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	No
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	No
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	No
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SÍ	No
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	No
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	No
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SÍ	No
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	No
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SÍ	No
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	No
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	No
PUNTUACIÓN TOTAL – V15		

ANEXO N° 3

CEDULA DE ENTREVISTA

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

WHOQOL--AGE

Nos gustaría que pensara en su vida en las dos últimas semanas. Pensando en las dos últimas semanas...

	MUY MALA	MALA	NI BUENA NI MALA	BUENA	MUY BUENA
Q1 ¿Cómo calificaría usted su calidad de vida?	1	2	3	4	5

	MUY INSATISFECHO	INSATISFECHO	NI INSATISFECHO NI SATISFECHO	SATISFECHO	MUY SATISFECHO
Q2 ¿Cómo de satisfecho está con su audición, visión y demás sentidos?	1	2	3	4	5
Q3 ¿Cómo de satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
Q4 ¿Cómo de satisfecho está consigo mismo?	1	2	3	4	5
Q5 ¿Cómo de satisfecho está con su capacidad para realizar sus actividades de la vida diaria (cotidianas)?	1	2	3	4	5
Q6 ¿Cómo de satisfecho está usted con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
Q7 ¿Cómo de satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive (su casa)?	1	2	3	4	5
Q8 ¿Cómo de satisfecho está con el modo en que utiliza su tiempo?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son sobre cómo de completamente usted experimenta o ha sido capaz de hacer determinadas cosas en las últimas dos semanas.

		NINGUNA	UN POCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	COMPLETAMENTE
Q9	¿ Tiene usted suficiente energía para su vida diaria?	1	2	3	4	5
Q10	¿ Cuánto control tiene sobre las cosas que le gusta hacer?	1	2	3	4	5
Q11	¿Hasta qué punto está usted satisfecho con sus oportunidades para continuar alcanzando sus objetivos (logrando sus metas) en la vida?	1	2	3	4	5
Q12	¿ Tiene usted suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
Q13	¿Cómo de satisfecho está con sus relaciones íntimas en su vida?	NADA 1	UN POCO 2	MODERADAMENTE 3	MUCHO 4	COMPLETAMENTE 5

SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PÚBLICA DE AREQUIPA



DE LA CARIDAD AL BIENESTAR

CONSTANCIA

La que suscribe, Gerenta General de la Sociedad de Beneficencia Pública de Arequipa, hace constar que la señorita:

LUZVY YENY ALVAREZ QUISPE

Ha procedido a la recolección de datos, a través de una cédula de entrevista a los adultos mayores, albergados en el Centro de Atención Residencial Adulto Mayor "El Buen Jesús, entre los días 16, 17, 19 y 21 de febrero del 2015, conforme al reporte brindado por la Administradora de dicho Programa, deducido en la Comunicación Interna No. 113-2015-SBA-DCARAM.

Se expide la presente a solicitud de la interesada, y para los fines que considere convenientes.

Arequipa, 27 de mayo del 2015



ALDO PINOCHA Y AGUIRRE
GERENTA GENERAL

Original Interesado
CPV:

SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PÚBLICA DE AREQUIPA



DE LA CARIDAD AL BIENESTAR

CONSTANCIA

La que suscribe, Gerenta General de la Sociedad de Beneficencia Pública de Arequipa, hace constar que la señorita:

MILAGROS SHIRLEY BEGAZO MAYORGA

Ha procedido a la recolección de datos, a través de una cédula de entrevista a los adultos mayores, albergados en el Centro de Atención Residencial Adulto Mayor "El Buen Jesús, entre los días 16, 17, 19 y 21 de febrero del 2015, conforme al reporte brindado por la Administradora de dicho Programa, deducido en la Comunicación Interna No. 113-2015-SBA-DCARAM.

Se expide la presente a solicitud de la interesada, y para los fines que considere convenientes.

Arequipa, 29 de abril del 2015



Original Entregado
CPV.



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 251210 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERU

INFORME N° 0161 -CB- 2015

A : Doctora SONIA NUÑEZ CHAVEZ
DECANO DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

De : COORDINACIÓN DE BIBLIOTECAS. SECCIÓN PROCESOS TÉCNICOS

Asunto : Evaluación de la Producción Intelectual

Expediente : 2015-0161

Fecha : 3 de junio de 2015

De acuerdo a lo dispuesto, informo a usted que la tesis:

REPERCUSIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL ALBERGUE BUEN JESÚS, AREQUIPA 2015.

Autor(es):

BEGAZO MAYORGA MÍLAGROS SHIRLEY/ALVAREZ QUISPE LUZVI YENY

Ha sido sometida a la plataforma de originalidad Turnitin obteniendo **24 %** en el sumario de coincidencias en el marco teórico pero las citas y referencias, se han hecho correctamente

Es cuanto informo para conocimiento y fines consiguientes

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
Facultad de Enfermería

RECEPCIÓN

FECHA: 03 JUN 2015
HORA: 11:33

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

PROF. AMÉRICO HERRERA VERA

Coordinación de Bibliotecas, Hemeroteca y Videoteca

