

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA
DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO DE MEDICINA
DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018**

Tesis presentada por la Bachiller

Valdivia Vizcarra, Gabriela Patricia

para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Asesor: Dr. Nuñez Bernal, Cesar Augusto

Arequipa – Perú

2018



Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado:1350

AREQUIPA - PERÚ

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS

DECRETO Nº 121 - FMH-2017

Visto el Borrador de Tesis titulado:

“FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018”

Presentado por el (la) Sr. (ta):

GABRIELA PATRICIA VALDIVIA VIZCARRA

Nuestro dictamen es:

FAVORABLE

OBSERVACIONES:

Arequipa, *08 marzo 2018*

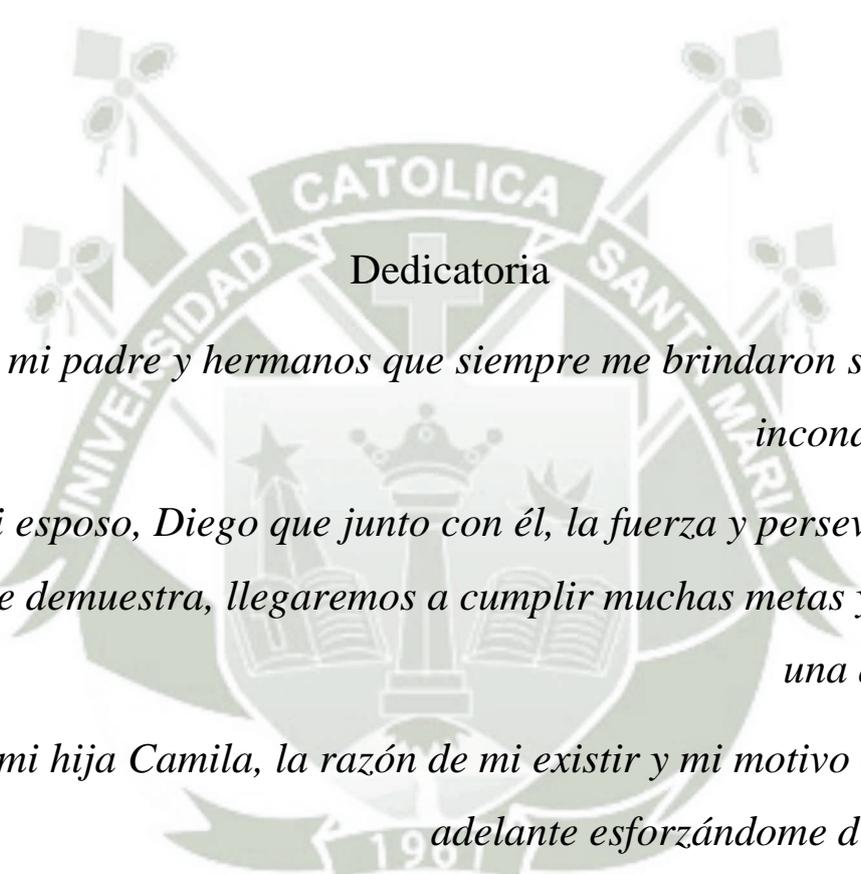
J. Elv
.....
DR. JOSÉ ELISEO ALVARADO ACO

CMP: 14051

Manuel Medina Vásquez
.....
DR. MANUEL MEDINA VÁSQUEZ

Manuel Medina Vásquez
MEDICINA INTERNA
CMP: 11889 - RNE: 20485

Miguel Fernando Farfán Delgado
.....
DR. MIGUEL FERNANDO FARFÁN
DÉLGADO



Dedicatoria

A mi padre y hermanos que siempre me brindaron su ayuda incondicional.

A mi esposo, Diego que junto con él, la fuerza y perseverancia que demuestra, llegaremos a cumplir muchas metas y ésta es una de ellas.

A mi hija Camila, la razón de mi existir y mi motivo a seguir adelante esforzándome día a día.

Y en especial a mi madre Sandra, mi ángel que me guía en todo momento y que por sus enseñanzas, su fuerza, alegría única y su anhelo de ver cumplir mis éxitos, sigo mi camino con la promesa de volvernos a encontrar.

INTRODUCCIÓN

La población de adultos mayores viene incrementándose a nivel mundial debido a las mejoras en los niveles generales de sanidad, las mejoras tecnológicas en la atención de salud, a las mejoras en las condiciones económicas y de vida de la mayoría tanto en países desarrollados y en vías de desarrollo.

En el Perú, en los últimos 35 años, la población de 60 a más años se ha triplicado, aumentando aproximadamente en 1 millón 700 mil personas. Además, en el año 2002, se estimó que la población de adultos mayores fue de 7,68% y que se incrementará a 12% en el año 2020, lo que corresponderá aproximadamente a 3,3 millones de personas.²² Esto hace que se incremente la atención en los sistemas de salud a los adultos mayores de 60 años.

La depresión constituye uno de los síndromes más frecuentes e incapacitantes de la población adulta mayor. Los factores psicosociales (dificultades económicas, aislamiento social, pérdida de seres queridos,...) juegan un papel más importante en su etiopatogenia que en edades más jóvenes. Además, los cambios biológicos propios del envejecimiento, la presencia de déficits cognitivos, la coexistencia de otros problemas médicos y el uso de múltiples medicaciones, hace a los ancianos más vulnerables, por lo cual tienen necesidades diferentes de atención de salud que la población pediátrica y joven.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el 2020 será el mayor problema de salud en el mundo, por encima de todos los padecimientos de este grupo de edad.

Muchas de las características del adulto mayor lo predisponen a la depresión, problema que lleva incluso a duplicarse en relación a la población general, donde la depresión alcanza un 20%, mientras que en adultos mayores llega hasta 36 a 40%.

²² José Juárez M.1, Angélica León F.1 , Vicky Alata Linares2., Assessing the degree of depression of adults over 60 years old to AA.HH “Viña alta” – La Molina, Lima-Perú. 2002.

El trastorno depresivo, presenta algunas características clínicas en adultos mayores a diferencia de los adultos más jóvenes. Por ejemplo, se observa que los adultos mayores se quejan con más frecuencia de dificultades en la memoria y de la concentración.

Asimismo, debido a la relación casi mitificada entre envejecimiento y estado de ánimo deprimido, es posible que un elevado porcentaje de trastornos depresivos en los adultos mayores no se diagnostiquen en forma precisa, no reciban el tratamiento indicado y así compliquen la evolución de otros procesos orgánicos muy frecuentes en esta etapa del ciclo vital.²³

En los años de estudios en el área clínica y durante el internado se ha podido observar esta misma realidad, donde se aprecia gran cantidad de pacientes adultos mayores hospitalizados o que requieren atención ambulatoria, en los que no siempre cuentan con apoyo familiar, y muchos presentan síntomas depresivos que no son considerados en sus planes de estudio y tratamiento.

Los resultados de la presente investigación contribuirán a conocer la magnitud de un importante problema como es la depresión entre los adultos mayores que acuden al Servicio de Medicina del Hospital, para poder establecer medidas de intervención oportunas y permitir la detección de factores predictores para minimizar el impacto negativo sobre la salud del adulto mayor.

²³ Díaz, M. D., Pascual, B. & Calvo, F. (2002). Trastornos afectivos en el anciano. Revista Multidisciplinar de Gerontología, 12, 19-25.

RESUMEN

Antecedentes: Los adultos mayores pueden tener frecuencia elevada de depresión que se relaciona a su entorno sociofamiliar.

Objetivo: Identificar la frecuencia de depresión y los factores sociofamiliares asociados en adultos mayores en el Servicio de Medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2018.

Métodos: Se encuestó una muestra representativa de 250 adultos mayores que cumplieron criterios de selección, para aplicar una ficha de datos, la Escala de depresión geriátrica de Yesavage, la escala de Autonomía de Lawton-Brody y la escala de función familiar FF-SIL. Se comparan variables mediante prueba chi cuadrado y se asocian mediante coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados: El 37.76% de pacientes fueron varones y 62.24% mujeres, con edad promedio de los varones fue de 74.07 ± 6.54 años y para las mujeres de 73.38 ± 8.10 años. El 79.72% de casos tuvieron alguna comorbilidad, siendo la más frecuente hipertensión arterial (22.38%), seguida de la diabetes mellitus (16.78%). Se encontró que 31.47% de adultos mayores eran autónomos, y 68.53% tenían algún grado de dependencia, siendo leve o moderada en 26.57% de casos cada uno, grave en 6.29%, y dependencia total en 9,09% de casos. Según la escala de función familiar se encontró que un 14.69% de las familias eran funcionales, 66.43% tenían una familia moderadamente funcional, en 16.78% la familia fue disfuncional y en 2.10% severamente disfuncional. El 62.94% de adultos mayores tenían algún grado de depresión, siendo leve en 40.56% de casos, moderada en 13.29%, y severa en 9.90%. La depresión se incrementa de 57.14% entre los 60 y 69 años a 63.49% entre los 70 y 79 años, pasando a 67.86% entre los 80 y 89 años y en 100% de adultos mayores de 90 años ($p > 0.05$; $r = 0.16$). Las mujeres tuvieron mayor proporción de depresión (67.42%) comparada con los varones (55.56%), siendo también mayor la depresión severa: 10.11% en varones, 7.41% en mujeres ($p > 0.05$; $r = 0.08$). La depresión es mayor y más severa en los pacientes con dependencia total (30.77%) y con dependencia grave (33.33%), y menor entre los pacientes con dependencia moderada

(10.53%) o leve (2.63%), comparada con 2.22% de depresión grave entre pacientes autónomos ($p < 0.05$; $R = 0.23$).

No se encontró depresión severa en ancianos de familias funcionales, aumentó a 5.26% entre ancianos con familias moderadamente funcionales, y se hizo mayor (29.17%) entre adultos mayores de familias disfuncionales, llegando a 33.33% de ancianos con familias severamente disfuncionales ($p < 0.05$; $R = 0.23$).

Conclusiones: Existe una elevada frecuencia de depresión geriátrica, asociada a la mayor edad, la menor instrucción, la dependencia funcional y la disfunción familiar.

PALABRAS CLAVE: Depresión geriátrica – factores sociodemográficos – autonomía – función familiar.



ABSTRACT

Background: Older adults can have high frequency of depression that is related to their social and family environment.

Objective: To identify the frequency of depression and associated socio-familial factors in older adults in the Medicine Service of the Goyeneche Hospital of Arequipa, 2018.

Methods: A representative sample of 250 older adults who met the selection criteria, to apply a data sheet, the Yesavage Geriatric Depression Scale, the Lawton-Brody Autonomy Scale and the FF-SIL family function scale were surveyed. they compare variables by chi-squared test and are associated by means of Spearman's correlation coefficient.

Results: 37.76% of patients were male and 62.24% female, with average age of males was 74.07 ± 6.54 years and for women 73.38 ± 8.10 years. 79.72% of cases had some comorbidity, the most frequent being hypertension (22.38%), followed by diabetes (16.78%). It was found that 31.47% of older adults were self-employed, and 68.53% had some degree of dependency, being mild or moderate in 26.57% of cases each, severe in 6.29%, and total dependence in 9.09% of cases. In 14.69% the families were functional, 66.43% had a moderately functional family, and in 16.78% the family was dysfunctional or 2.10% severely dysfunctional. The 62.94% of older adults had some degree of depression, being mild in 40.56% of cases, moderate in 13.29%, and severe in 9.90%. Depression increases from 57.14% between 60 and 69 years to 63.49% between 70 and 79 years, going to 67.86% between 80 and 89 years and in 100% of adults over 90 ($p > 0.05$; $r = 0.16$). Women had a higher proportion of depression (67.42%) compared to men (55.56%), with severe depression being also greater: 10.11% in men, 7.41% in women ($p > 0.05$, $r = 0.08$). Depression is greater and more severe in patients with total dependence (30.77%) and with severe dependence (33.33%), and lower among patients with moderate (10.53%) or mild (2.63%), compared with 2.22% severe depression among autonomous patients ($p < 0.05$, $R = 0.23$). No severe depression was found in elderly people of functional families, it increased to 5.26% among the elderly with moderately functional families, and it became higher (29.17%) among older adults of dysfunctional

families, reaching 33.33% of elderly people with severely dysfunctional families ($p < 0.05$, $R = 0.23$).

Conclusions: There is a high frequency of geriatric depression, associated with older age, lower education, functional dependence and family dysfunction.

KEY WORDS: Geriatric depression - sociodemographic factors - autonomy - family function.



INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	ii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	vi
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	1
CAPÍTULO II RESULTADOS	9
CAPÍTULO III DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	41
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	52
BIBLIOGRAFÍA	55
ANEXOS	58
Anexo 1: Consentimiento informado.....	59
Anexo 2 Ficha de recolección de datos	60
Anexo 3. Escala de depresión geriátrica (Yesavage).....	61
Anexo 4. Actividades instrumentadas de la vida diaria (Lawton).....	62
Anexo 5: Test de percepción del Funcionamiento Familiar FF - SIL	64
Anexo 6 Proyecto de tesis.....	65
Anexo 7 Matriz de sistematización de información	101



CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta y la entrevista.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 2), en la escala de depresión geriátrica de Yesavage (Anexo 3), en el índice de autonomía de Lawton (Anexo 4) y en la escala de percepción de la función familiar (FF-SIL; anexo 5).

Materiales:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Servicio de Medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural durante el mes de Enero y Febrero del año 2018.

2.3. **Unidades de estudio:** Pacientes adultos mayores atendidos en el Servicio de Medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa.

Población: Todos los pacientes adultos mayores atendidos en el Servicio de Medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa en el periodo de estudio.

Muestra: Se estudió una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de depresión en adultos mayores = 0.20

q = 1 – p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: n = 245.86 \approx 250 casos

Además los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

2.4. Criterios de selección:

Criterios de Inclusión

- Paciente de 60 años a más
- De ambos sexos
- Que se encuentre en área de hospitalización, en consulta ambulatoria, por emergencia u observación.
- Participación voluntaria en la investigación

Criterios de Exclusión

- Adultos mayores con deterioro cognitivo severo
- Pacientes con trastornos de conciencia
- Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas

3. **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.
4. **Nivel de investigación:** La presente investigación se trata de un estudio Observacional, prospectivo, transversal.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización y Aspectos Éticos

Previa evaluación y aprobación del Comité Institucional de ética de la Investigación en la Universidad Católica de Santa María, se realizaron coordinaciones con la Dirección del Hospital y la Jefatura del Servicio de Medicina para obtener la autorización para realizar el estudio.

Se contactó a los pacientes en sus controles ambulatorios, por emergencia, observación u hospitalizados, verificando que cumplieran los criterios de selección.

Para la recolección de datos, se firmó un consentimiento informado a los sujetos de estudio (Anexo 1) realizando una breve explicación del estudio e indicando que la investigación es de carácter anónimo y confidencial.

Se aplicaron los instrumentos de estudio, sea a través de entrevista o como encuesta. Se permaneció cerca al paciente para aclarar dudas y apoyar en el llenado de los instrumentos.

Una vez concluida la fase recolección de datos, éstos se organizaron para su posterior análisis e interpretación.

5.2. Validación de los instrumentos

La ficha de datos no requirió de validación por tratarse de un instrumento para recolectar información.

La escala de depresión geriátrica consta de 15 ítems con un patrón de respuesta dicotómico (sí o no), las cuales guardan la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación, además que, investiga síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, durante los últimos quince días. La sensibilidad del GDS fue del 92% y la especificidad fue del 89%. De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto indicaban depresión cuando se respondían negativamente. El puntaje de 0-4 se considera normal, 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa.

La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como la investigación clínica. En un estudio de validación de los cuestionarios de GDS para la calificación de los síntomas de la depresión, demostró su cumplimiento en su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ($r = 0.84$, $p < 0.001$)¹⁹.

Además, se concluye que la GDS-15 muestra una aceptable consistencia interna, donde los parámetros de fiabilidad y validez para la versión adaptada han resultado aceptables.^{20 21}

El índice de actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton-Brody es un test que evalúa la capacidad de realizar actividades cotidianas; es ampliamente utilizado en la valoración geriátrica. Tiene coeficiente de reproductividad inter e intraobservador alto (0.94).²⁵

¹⁹ Lenore Kurlowicz, PhD, RN, CS, FAAN, University of Pennsylvania School of Nursing y Sherry A. Greenberg, MSN, GNP-BC, Hartford Institute for Geriatric Nursing, NYU College of Nursing, Geriatric Depression Scale, 2007

²⁰ J. Martínez de la Iglesia, M^o C. Onís Vilches, R. DueñasHerrero*, C. Albert Colomer, C. Aguado Taberné, R. Luque Luque. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación Córdoba, 2002.

²¹ Carine Gómez-Angulo, Adalberto Campo-Arias*, Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial, Bogotá- Colombia, 2010.

²⁵ Ch. Juan Canalejo. A Coruña, ESCALA DE LAWTON Y BRODY Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), Philadelphia Geriatric Center, 2002.

El índice de percepción de la función familiar FF-SIL creado en Cuba por Isabel Lauro Bernal; posee adecuadas propiedades psicométricas para la evaluación del funcionamiento familiar, lo cual posibilita su aplicación en el campo del diagnóstico psicológico de ese importante contexto que es la familia.²⁶

Consta de una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, son un total de 14, 2 por cada una de las 7 variables que mide el instrumento.

Variable que mide	N. de situaciones
Cohesión	1 y 8
Armonía	2 y 13
Comunicación	5 y 11
Permeabilidad	7 y 12
Afectividad	4 y 14
Roles	3 y 9
Adaptabilidad	6 y 10

De cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas que a su vez tienen una escala de puntos.

Escala Cualitativa	Escala Cuantitativa
Casi nunca	1 puntos
Pocas Veces	2 puntos
A veces	3 puntos
Muchas Veces	4 puntos
Casi siempre	5 puntos

²⁶ Hidalgo, Carmen G.; Rodríguez J. Validación del test de percepción de funcionamiento familiar FF SIL en Loja – Ecuador, 2016

Cada situación que responda el usuario mediante un aspa X en la escala de valores cualitativos, según su percepción como miembro familiar. Al finalizar se suma los puntos lo cual corresponde a una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar.

Familia funcional	De 70 a 57 puntos
Familia moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Familia disfuncional	De 42 a 28 puntos
Familia severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento.

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados de manera consecutiva y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central

(promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas, las variables categóricas se presentan como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizó mediante el cálculo del chi cuadrado. La asociación de las variables sociofamiliares a la depresión se valoró mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete estadístico SPSS v.22.0 para Windows.





CAPÍTULO II

RESULTADOS

**FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018**

Tabla 1

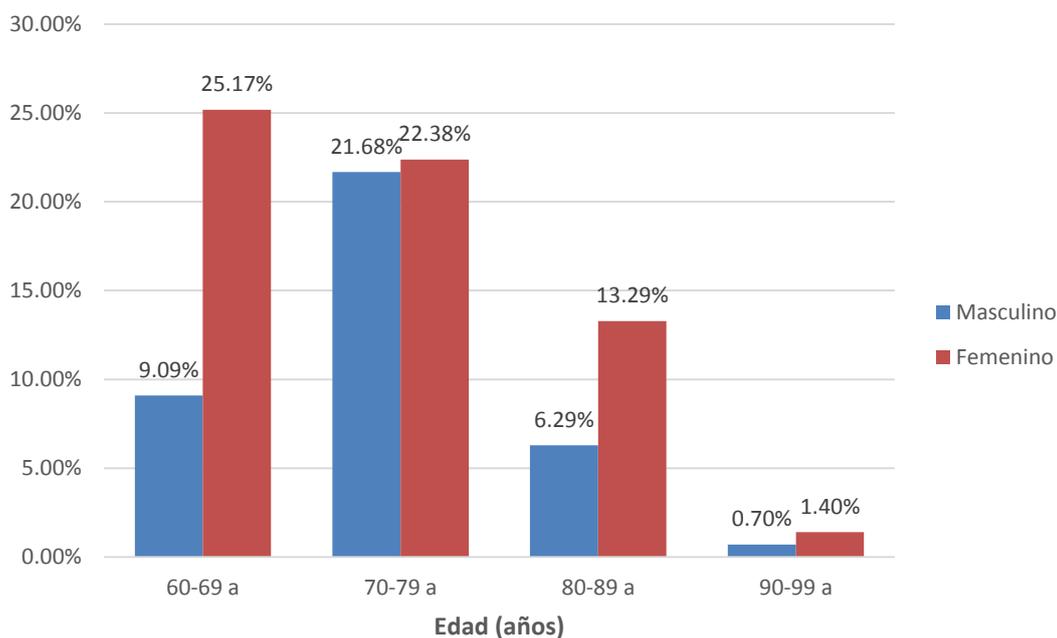
Distribución de pacientes adultos mayores según edad y género

Edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
65-69 a	13	9.09%	36	25.17%	49	34.27%
70-79 a	31	21.68%	32	22.38%	63	44.06%
80-89 a	9	6.29%	19	13.29%	28	19.58%
90-99 a	1	0.70%	2	1.40%	3	2.10%
Total	54	37.76%	89	62.24%	143	100.00%

**FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018**

Gráfico 1

Distribución de pacientes adultos mayores según edad y género



En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la distribución de pacientes adultos mayores según edad y género; el 37.76% de pacientes fueron varones y 62.24% mujeres, estableciendo la edad promedio \pm D. estándar (mín – máx) se obtuvo:

- Masculino: 74.07 \pm 6.54 años (65 – 94 años)
- Femenino: 73.38 \pm 8.10 años (60 – 97 años)

Prueba t = 0.56

G. libertad = 141

p = 0.58

**FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018**

Tabla 2

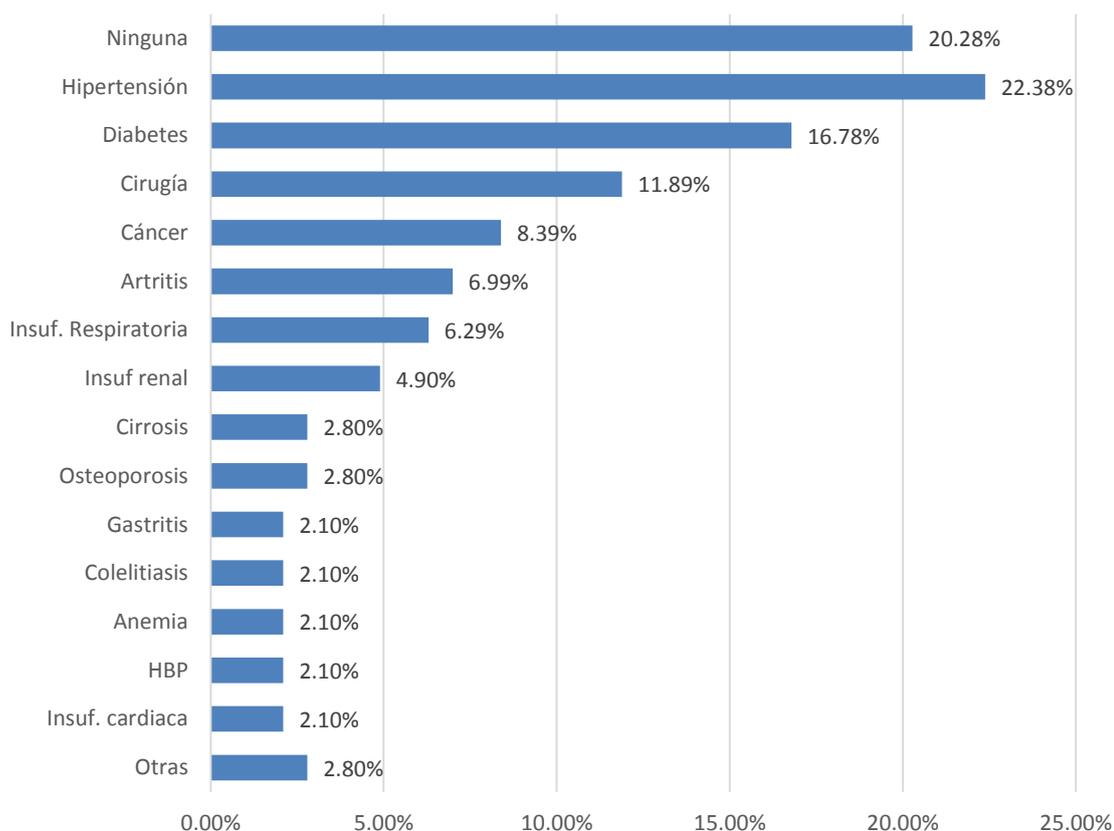
**Distribución de pacientes adulto mayores según presencia de
comorbilidades**

Comorbilidad	N°	%
Ninguna	29	20.28%
Hipertensión	32	22.38%
Diabetes	24	16.78%
Cirugía	17	11.89%
Cáncer	12	8.39%
Artritis	10	6.99%
Insuf. Respiratoria	9	6.29%
Insuf renal	7	4.90%
Cirrosis	4	2.80%
Osteoporosis	4	2.80%
Gastritis	3	2.10%
Colelitiasis	3	2.10%
Anemia	3	2.10%
HBP	3	2.10%
Insuf. cardiaca	3	2.10%
Otras	4	2.80%

**FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018**

Gráfico 2

**Distribución de pacientes adulto mayores según presencia de
comorbilidades**



En la **Tabla y Gráfico 2** se aprecia las comorbilidades de los pacientes adultos mayores evaluados; el 79.72% de casos tuvieron alguna comorbilidad, siendo la más frecuente hipertensión arterial (22.38%), seguida de la diabetes mellitus (16.78%); en 11.89% se realizaron alguna cirugía, 8.39% tenían alguna variedad de cáncer, y en 6.99% artritis, entre otras diversas patologías.

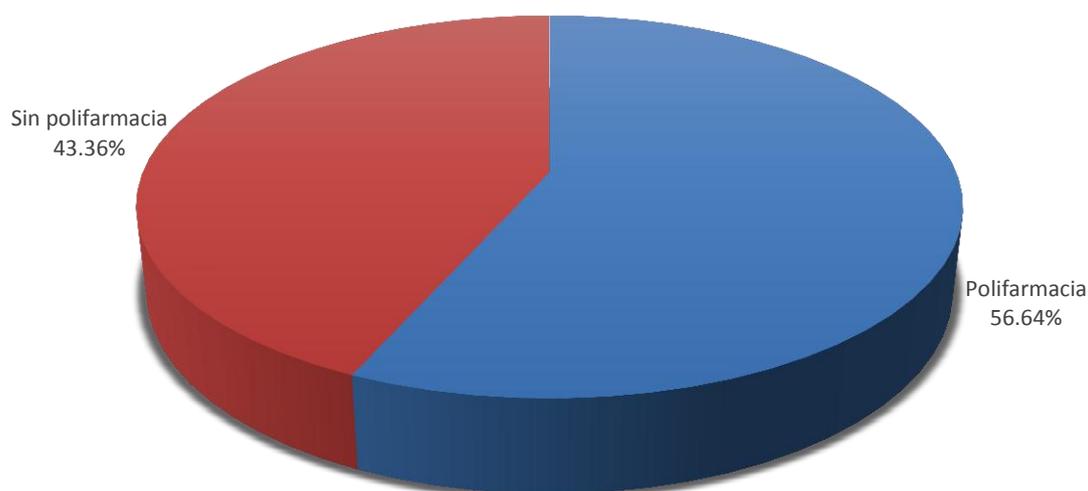
**FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018**

Tabla 3

Distribución de pacientes adulto mayores según presencia de polifarmacia

Polifarmacia	N°	%
Polifarmacia	81	56.64%
Sin polifarmacia	62	43.36%
Total	143	100.00%

Gráfico 3



En la **Tabla y Gráfico 3** se observa que el 56.64% de adultos mayores encuestados consumían más de 3 medicamentos, considerado como polifarmacia

**FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018**

Tabla 4

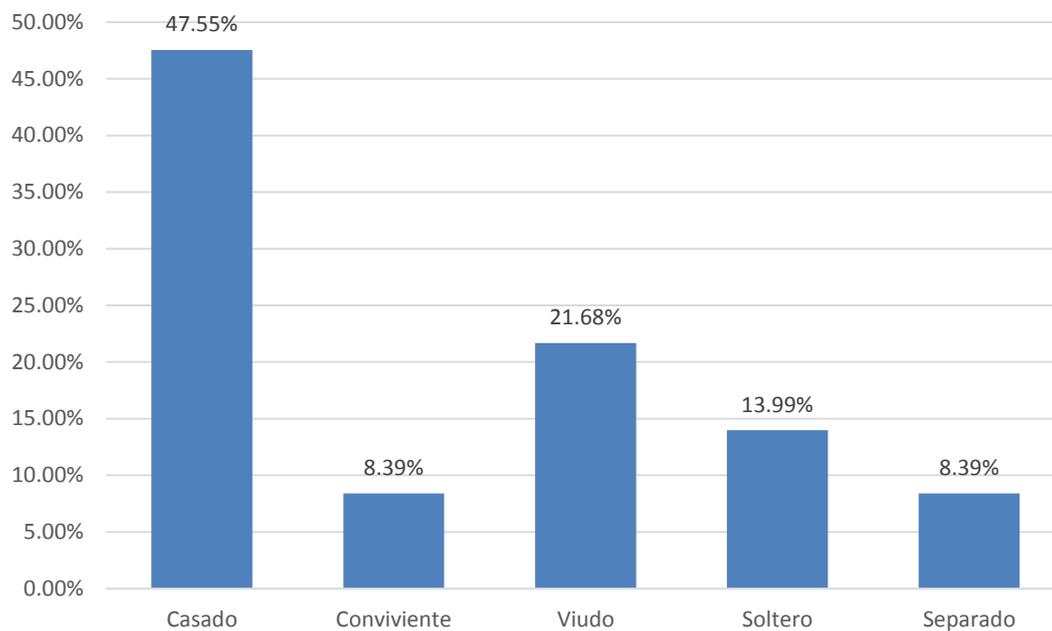
Distribución de pacientes adulto mayores según estado civil

E. civil	N°	%
Casado	68	47.55%
Conviviente	12	8.39%
Viudo	31	21.68%
Soltero	20	13.99%
Separado	12	8.39%
Total	143	100.00%

**FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018**

Gráfico4

Distribución de pacientes adulto mayores según estado civil



La **Tabla y Gráfico 4** muestran el estado civil de los adultos mayores; el 47.55% eran casados, 8.39% convivientes, y 21.68% eran viudos, 13.99% solteros o en 8.39% de casos separados

**FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018**

Tabla 5

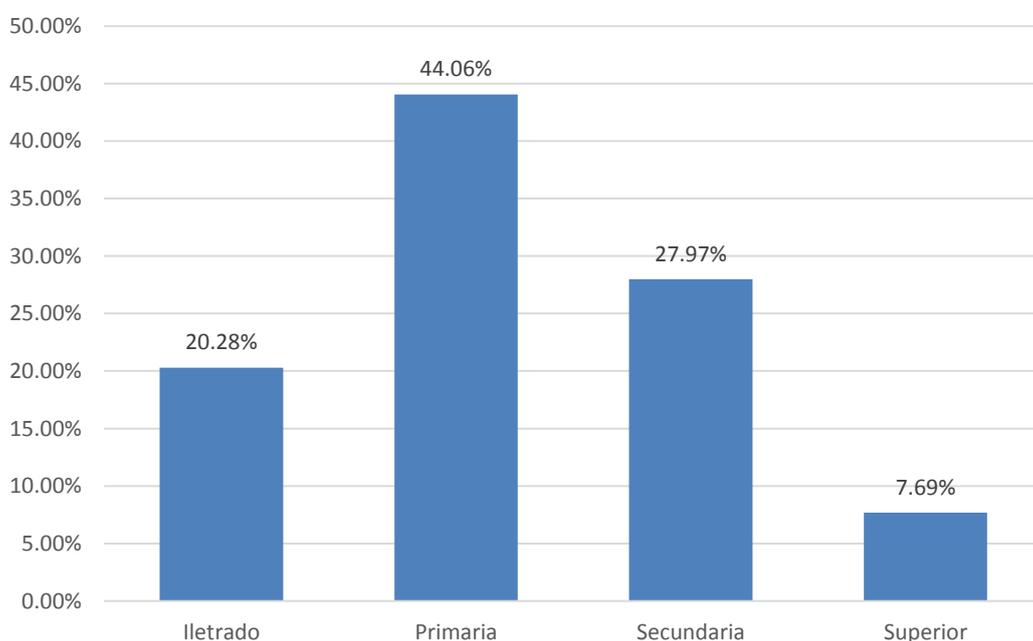
Distribución de pacientes adulto mayores según nivel de instrucción

Instrucción	N°	%
Iletrado	29	20.28%
Primaria	63	44.06%
Secundaria	40	27.97%
Superior	11	7.69%
Total	143	100.00%

FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018

Gráfico 5

Distribución de pacientes adulto mayores según nivel de instrucción



En la **Tabla y Gráfico 5** se observa el grado de instrucción donde el nivel de instrucción iletrado se encontró en un 20.28%, primaria en 44.06%, secundaria en 27.97% o superior en 7.69%.

**FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018**

Tabla 6

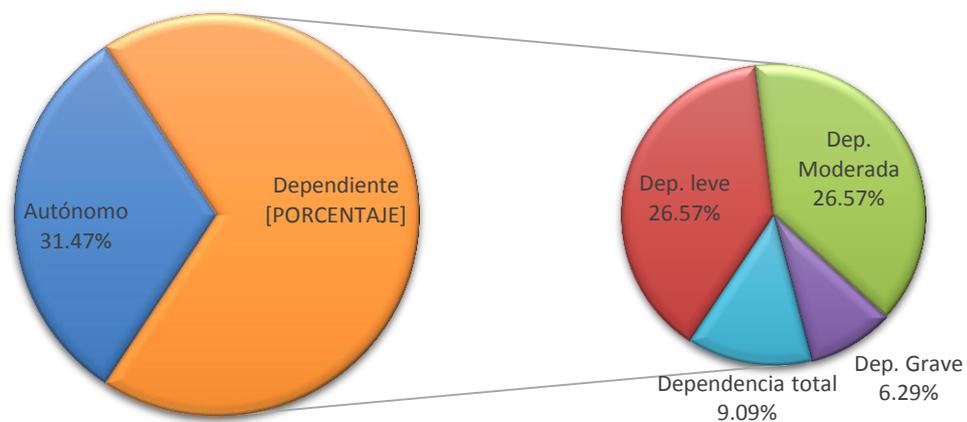
Distribución de pacientes adulto mayores según dependencia funcional

Dependencia	N°	%
Autónomo	45	31.47%
Dep. leve	38	26.57%
Dep. Moderada	38	26.57%
Dep. Grave	9	6.29%
Dependencia total	13	9.09%
Total	143	100.00%

**FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018**

Gráfico 6

Distribución de pacientes adulto mayores según dependencia funcional



En la **Tabla y Gráfico 6**, Según el nivel de autonomía se encontró que 31.47% eran autónomos, y 68.53% tenían algún grado de dependencia, siendo leve o moderada en 26.57% de casos cada uno, grave en 6.29%, y dependencia total en 9,09% de casos

**FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018**

Tabla 7

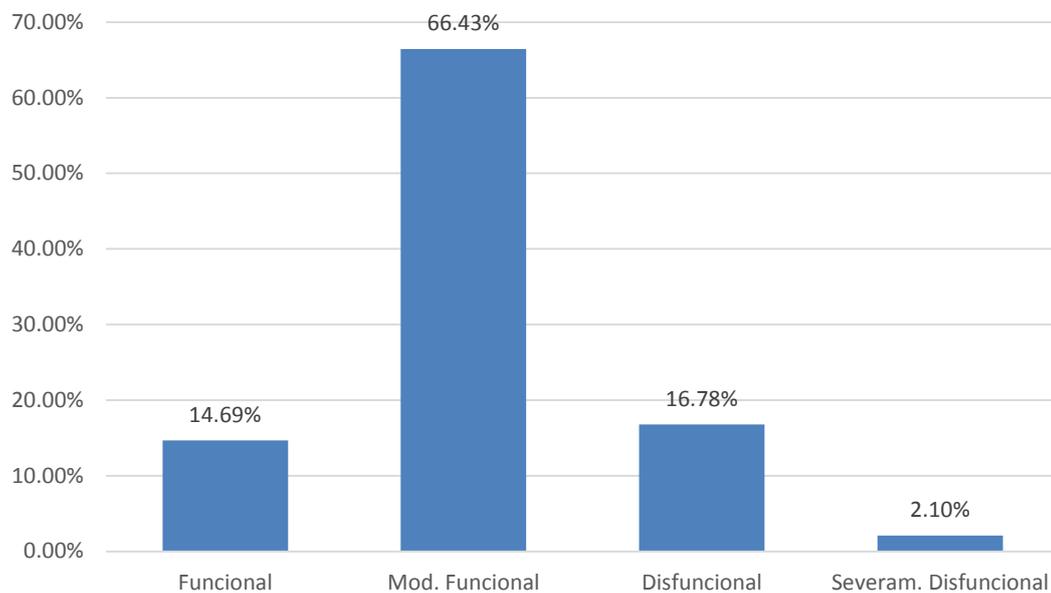
Distribución de pacientes adulto mayores según función familiar

Familia	N°	%
Funcional	21	14.69%
Mod. Funcional	95	66.43%
Disfuncional	24	16.78%
Severam. Disfuncional	3	2.10%
Total	143	100.00%

**FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018**

Gráfico 7

Distribución de pacientes adulto mayores según función familiar



La **Tabla y Gráfico 7** muestran la valoración de la función familiar de los adultos mayores; en 14.69% las familias son funcionales, 66.43% tienen una familia moderadamente funcional, en un 16.78% la familia es disfuncional y el 2.10% de las familias son severamente disfuncionales.

**FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018**

Tabla 8

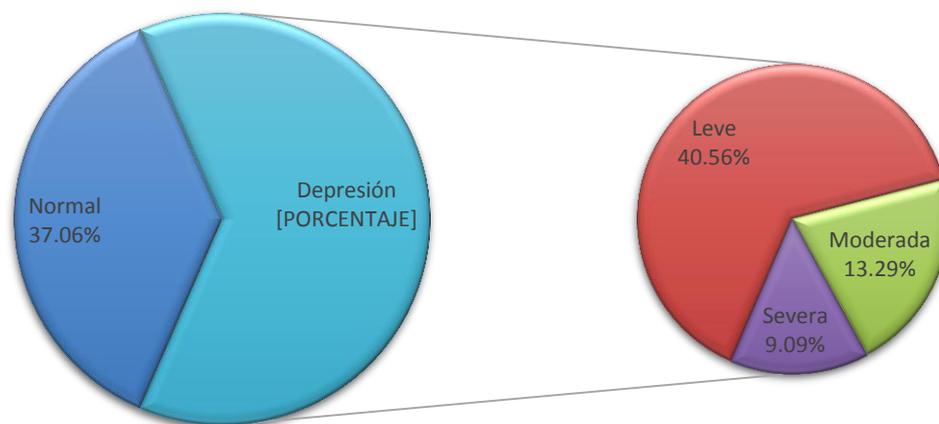
**Distribución de pacientes adulto mayores según presencia y severidad
de depresión**

Depresión	N°	%
Normal	53	37.06%
Leve	58	40.56%
Moderada	19	13.29%
Severa	13	9.09%
Total	143	100.00%

**FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018**

Gráfico 8

**Distribución de pacientes adulto mayores según presencia y severidad
de depresión**



En la Tabla y Gráfico 8, según el test de nivel de depresión de Yesavage se encontró que el 62.94% de adultos mayores tenían algún grado de depresión, siendo leve en 40.56% de casos, moderada en 13.29%, y severa en 9.90%.

**FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018**

Tabla 9

Influencia de la edad de los pacientes en la depresión geriátrica

Edad (años)	Total	Normal		Leve		Moderada		Severa	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
60-69 a	49	21	42.86%	23	46.94%	4	8.16%	1	2.04%
70-79 a	63	23	36.51%	21	33.33%	11	17.46%	8	12.70%
80-89 a	28	9	32.14%	12	42.86%	3	10.71%	4	14.29%
90-99 a	3	0	0.00%	2	66.67%	1	33.33%	0	0.00%
Total	143	53	37.06%	58	40.56%	19	13.29%	13	9.09%

Chi² = 11.11

G. libertad = 28 p = 0.27

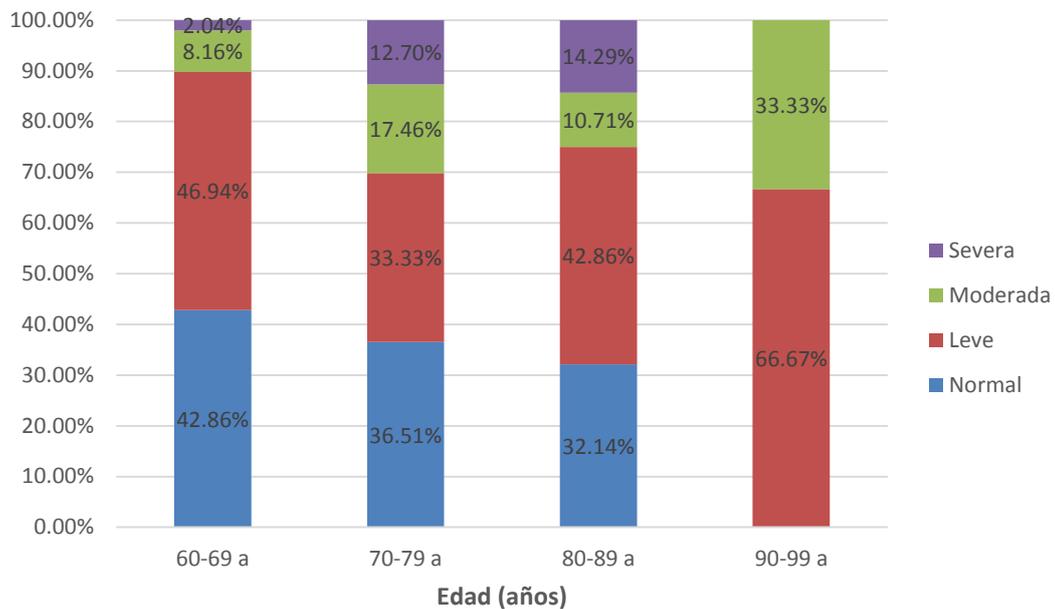
Spearman r = 0.1639

p = 0.051

FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018

Gráfico 9

Influencia de la edad de los pacientes en la depresión geriátrica



En la **Tabla y Gráfico 9** se establece la relación entre la edad y la presencia y severidad de depresión geriátrica; se observa que la depresión se incrementa de 57.14% entre los 60 y 69 años a 63.49% entre los 70 y 79 años, pasando a 67.86% entre los 80 y 89 años y en 100% de adultos mayores de 90 años.

**FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018**

Tabla 10

Influencia del género de los pacientes en la depresión geriátrica

Género	Total	Normal		Leve		Moderada		Severa	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Femenino	89	29	32.58%	40	44.94%	11	12.36%	9	10.11%
Masculino	54	24	44.44%	18	33.33%	8	14.81%	4	7.41%
Total	143	53	37.06%	58	40.56%	19	13.29%	13	9.09%

Chi² = 2.82

G. libertad = 3

p = 0.42

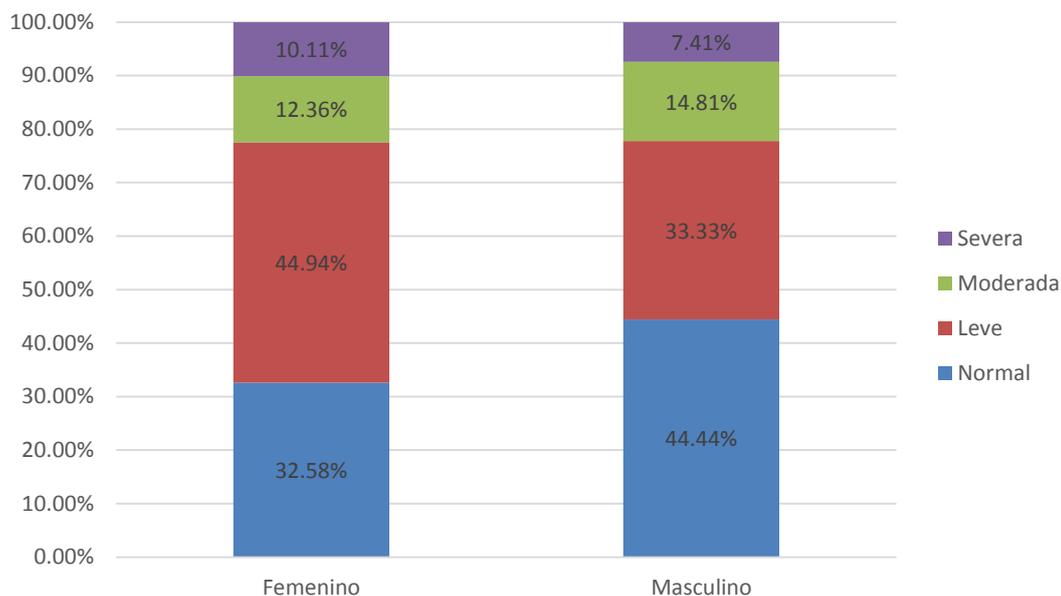
Spearman r = -0.0891

p = 0.29

FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018

Gráfico 10

Influencia del género de los pacientes en la depresión geriátrica



La **Tabla y Gráfico 10** se establece la relación entre el género y la depresión geriátrica; se obtuvo que las mujeres tuvieron mayor proporción de depresión (67.42%) comparada con los varones (55.56%), siendo también mayor la depresión severa (10.11% en varones, 7.41% en mujeres),

**FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018**

Tabla 11

Influencia de las comorbilidades en la depresión geriátrica

Comorbilidad	Total	Normal		Leve		Moderada		Severa	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Con comorbilidad	114	41	35.96%	47	41.23%	13	11.40%	13	11.40%
Ninguna	29	12	41.38%	11	37.93%	6	20.69%	0	0.00%
Total	143	53	37.06%	58	40.56%	19	13.29%	13	9.09%

Chi² = 5.05

G. libertad = 3

p = 0.17

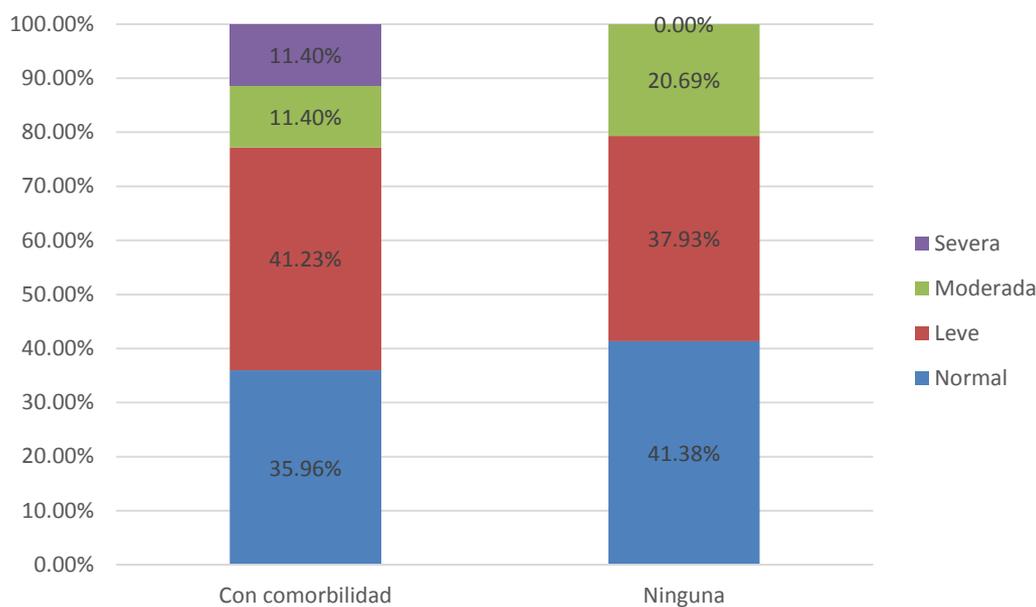
Spearman r = -0.0586

p = 0.48

FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018

Gráfico 11

Influencia de las comorbilidades en la depresión geriátrica



En la **Tabla y Gráfico 11**, se relaciona presencia de comorbilidades con presencia y severidad de depresión donde el 64.04% de pacientes con comorbilidades tuvieron depresión, y 11.40% depresión severa, y 58.62% de controles tuvieron depresión y ninguno severa

**FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018**

Tabla 12

Influencia de la polifarmacia en la depresión geriátrica

Polifarmacia	Total	Normal		Leve		Moderada		Severa	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Con polifarmacia	81	28	34.57%	36	44.44%	8	9.88%	9	11.11%
Sin polifarmacia	62	25	40.32%	22	35.48%	11	17.74%	4	6.45%
Total	143	53	37.06%	58	40.56%	19	13.29%	13	9.09%

Chi² = 3.48

G. libertad = 3

p = 0.32

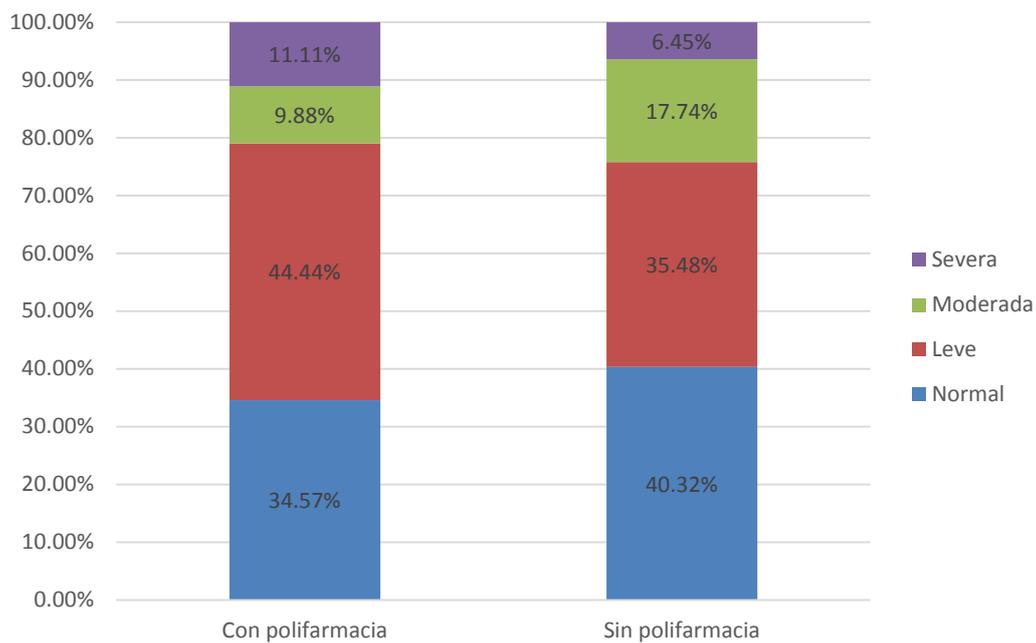
Spearman r = -0.0346

p = 0.68

FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018

Gráfico 12

Influencia de la polifarmacia en la depresión geriátrica



La **Tabla y Gráfico 12** muestran la relación entre polifarmacia y la depresión geriátrica; el 65.43% de casos con polifarmacia tuvieron depresión, y de ellos fue severa en 11.11%; los ancianos sin polifarmacia tuvieron depresión en 59.68% de casos y de ellos 6.45% tuvieron depresión severa

**FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018**

Tabla 13

Influencia del estado civil en la depresión geriátrica

E. civil	Total	Normal		Leve		Moderada		Severa	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Casado	68	26	38.24%	26	38.24%	10	14.71%	6	8.82%
Conviviente	12	3	25.00%	8	66.67%	1	8.33%	0	0.00%
Separado	12	7	58.33%	4	33.33%	0	0.00%	1	8.33%
Soltero	20	10	50.00%	5	25.00%	4	20.00%	1	5.00%
Viudo	31	7	22.58%	15	48.39%	4	12.90%	5	16.13%
Total	143	53	37.06%	58	40.56%	19	13.29%	13	9.09%

Chi² = 14.30

G. libertad = 12 p = 0.28

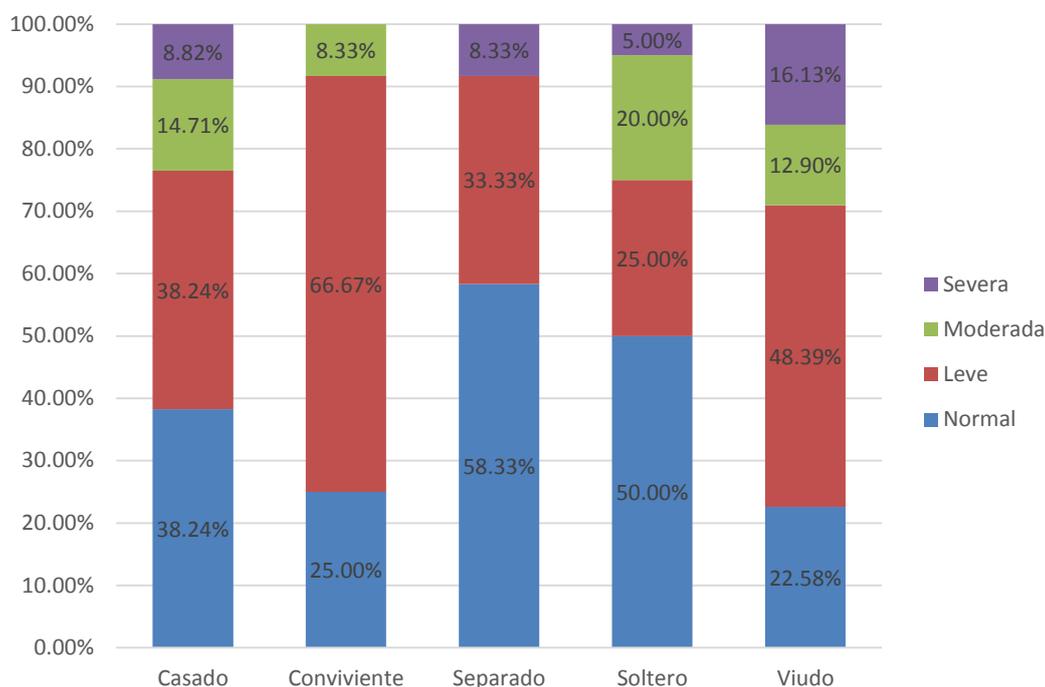
Spearman r = 0.0645

p = 0.44

FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018

Gráfico 13

Influencia del estado civil en la depresión geriátrica



En la **Tabla y Gráfico 13** se muestra la influencia del estado civil en la depresión geriátrica; obtuyéndose depresión en casados en un 61.7%, en convivientes un 74.9%, un 50% en solteros, 77.3% en viudos donde hubo más depresión severa (16.13%), y separados (41.6%)

**FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018**

Tabla 14

Influencia del nivel de instrucción en la depresión geriátrica

Instrucción	Total	Normal		Leve		Moderada		Severa	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Iletrado	29	5	17.24%	16	55.17%	3	10.34%	5	17.24%
Primaria	63	24	38.10%	25	39.68%	9	14.29%	5	7.94%
Secundaria	40	18	45.00%	14	35.00%	5	12.50%	3	7.50%
Superior	11	6	54.55%	3	27.27%	2	18.18%	0	0.00%
Total	143	53	37.06%	58	40.56%	19	13.29%	13	9.09%

Chi² = 10.78

G. libertad = 9 p = 0.29

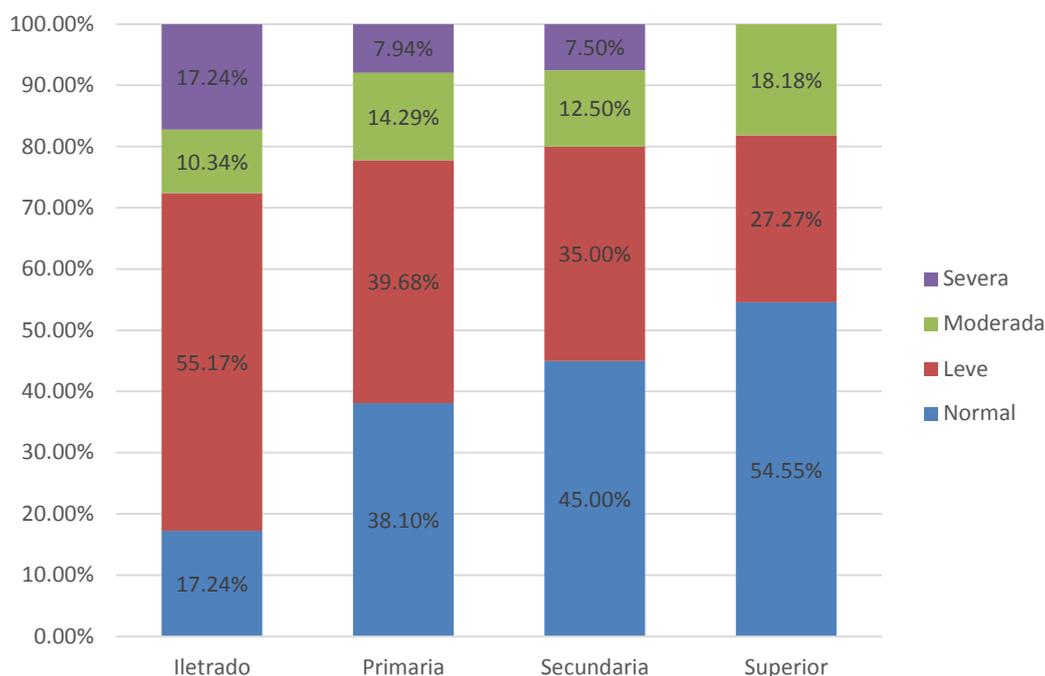
Spearman r = -0.1927

p = 0.02

**FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018**

Gráfico 14

Influencia del nivel de instrucción en la depresión geriátrica



La **Tabla y Gráfico 14** muestran la relación entre el nivel de instrucción y la severidad de la depresión; el 82.76% de ancianos sin instrucción tuvo depresión, siendo severa en 17.24%; el 61.0% de casos con educación primaria tuvo depresión, 7.94% con depresión severa; el 55% de casos con educación secundaria tuvo depresión y fue severa en 7.50%, y cuando la educación fue superior el 45.45% de casos tuvo depresión y ninguno con depresión severa

**FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018**

Tabla 15

Influencia de la dependencia funcional en la depresión geriátrica

Autonomía	Total	Normal		Leve		Moderada		Severa	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Autónomo	45	22	48.89%	14	31.11%	8	17.78%	1	2.22%
Dep. Leve	38	14	36.84%	17	44.74%	6	15.79%	1	2.63%
Dep. Moderada	38	14	36.84%	17	44.74%	3	7.89%	4	10.53%
Dep. Grave	9	2	22.22%	4	44.44%	0	0.00%	3	33.33%
Dep. total	13	1	7.69%	6	46.15%	2	15.38%	4	30.77%
Total	143	53	37.06%	58	40.56%	19	13.29%	13	9.09%

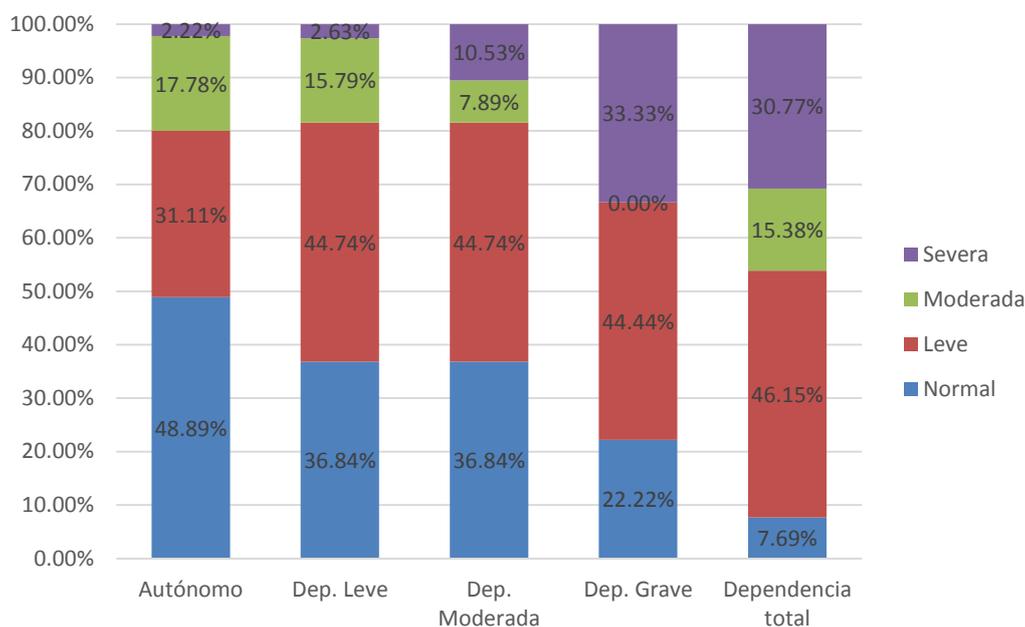
Chi² = 26.35 G. libertad = 12 p = 0.01

Spearman r = 0.2297 p < 0.05

FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018

Gráfico 15

Influencia de la dependencia funcional en la depresión geriátrica



En la **Tabla y Gráfico 15** se observa la relación entre la dependencia funcional y la depresión; la depresión es mayor y más severa en los pacientes con dependencia total (30.77%) y con dependencia grave (33.33%), y menor entre los pacientes con dependencia moderada (10.53%) o leve (2.63%), comparada con 2.22% de depresión grave entre pacientes autónomos

**FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018**

Tabla 16

Influencia de la función familia en la depresión geriátrica

F. familiar	Total	Normal		Leve		Moderada		Severa	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Funcional	21	12	57.14%	4	19.05%	5	23.81%	0	0.00%
Mod. Funcional	95	34	35.79%	46	48.42%	10	10.53%	5	5.26%
Disfuncional	24	5	20.83%	8	33.33%	4	16.67%	7	29.17%
Severam. Disf.	3	2	66.67%	0	0.00%	0	0.00%	1	33.33%
Total	143	53	37.06%	58	40.56%	19	13.29%	13	9.09%

Chi² = 29.03

G. libertad = 9 p < 0.05

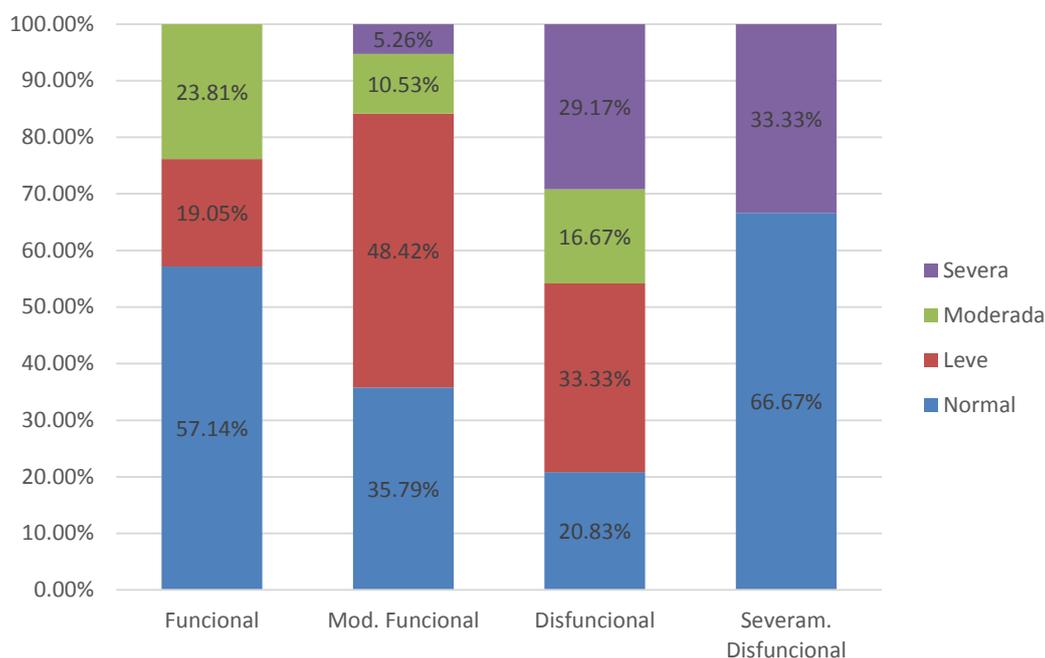
Spearman r = 0.2261

p < 0.05

**FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO
DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018**

Gráfico 16

Influencia de la función familia en la depresión geriátrica



En la **Tabla y Gráfico 16** muestran la relación entre la función familiar y la depresión geriátrica; la depresión severa no se encontró en ancianos de familias funcionales, aumentó a 5.26% entre ancianos con familias moderadamente funcionales, y se hizo mayor (29.17%) entre adultos mayores de familias disfuncionales, llegando a 33.33% de ancianos con familias severamente disfuncionales



CAPÍTULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para identificar la frecuencia de depresión y los factores sociofamiliares asociados en adultos mayores en el Servicio de Medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2018.

Tradicionalmente, se ha identificado la etapa de vida de adulto mayor como la que presenta agudización de problemas, que al hacerse crónicos interfieren con el bienestar. La depresión es un problema muy frecuente de gran impacto y complejidad en la etapa de vida de adulto mayor. Diversas investigaciones demuestran que la depresión mayor aunque también los síntomas depresivos es un importante factor de riesgo de discapacidad, hospitalización y reclusión en instituciones y contribuye a elevar la morbilidad y la mortalidad, por lo que en general sus efectos son similares o incluso peores que los de otras enfermedades crónico- degenerativas, por lo cual ha motivado su estudio.

El presente nos permitirá conocer la magnitud del problema de depresión en una población específica y creciente que es en el adulto mayor, en uno de los hospitales de nuestra ciudad, relacionando diferentes factores influyentes entre ellos al entorno familiar y social, para así poder determinar el problema con el propósito de orientar la planeación de estrategias de intervención.

Para tal fin se encuestó una muestra representativa de 143 adultos mayores que cumpliendo con los criterios de selección y previa explicación del estudio indicando que la investigación es de carácter anónimo y confidencial, contando con su autorización por medio de un consentimiento informado, se aplicaron los instrumentos de estudio, a través de una entrevista permaneciendo cerca al paciente para aclarar dudas y apoyar en el llenado de los instrumentos, lo cuales fueron una ficha de datos, la Escala de depresión geriátrica de Yesavage, la escala de Autonomía de Lawton-Brody y la escala de función familiar FF-SIL

Se compararon variables mediante prueba chi cuadrado y se asociaron mediante coeficiente de correlación de Spearman.

1. Caracterización de población de estudio

- **Edad y Genero:** En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la distribución de pacientes adultos mayores según edad y género; el 37.76% de pacientes fueron varones y 62.24% mujeres, con edad que en 78.32% de casos estuvo entre los 60 y 79 años; la edad promedio de los varones fue de 74.07 ± 6.54 años y para las mujeres de 73.38 ± 8.10 años.
- **Comorbilidades:** En la **Tabla y Gráfico 2** se encuentra la distribución de los pacientes adultos mayores evaluados según sus patologías de fondo; donde el 79.72% de casos tuvieron alguna comorbilidad, siendo la más frecuente hipertensión arterial (22.38%), seguida de diabetes mellitus (16.78%); en 11.89% se realizaron alguna cirugía, 8.39% tenían alguna variedad de cáncer, en 6.99% artritis, 6.29% insuficiencia respiratoria y entre otras diversas patologías. El 56.64% de adultos mayores encuestados consumían más de 3 medicamentos, considerado como polifarmacia (**Tabla y Gráfico 3**).
- **Estado Civil y Grado de Instrucción:** La **Tabla y Gráfico 4** muestran el estado civil de los adultos mayores; el 47.55% eran casados, 8.39% convivientes, 21.68% eran viudos, 13.99% solteros y en 8.39% de casos separados. El nivel de instrucción fue iletrado en 20.28%, primaria en 44.06%, secundaria en 27.97% o superior en 7.69%, como se aprecia en la **Tabla y Gráfico 5**.
- **Nivel de Autonomía:** Según la evaluación de autonomía del paciente adulto mayor con la escala de Lawton se encontró (**Tabla y Gráfico 6**), se encontró que 31.47% de adultos mayores eran autónomos, y 68.53% tenían algún grado de dependencia, siendo leve o moderada en 26.57% de casos cada uno, grave en 6.29%, y dependencia total en 9,09% de casos.

- Unidad Familiar: La **Tabla y Gráfico 7** muestran la valoración de la función familiar de los adultos mayores; determinado con el índice de percepción de la función familiar FF-SIL donde se encontró que el mayor porcentaje que se obtuvo en los pacientes tenían una familia moderadamente funcional (66.43%), en segundo lugar con un 16.78% las familias son disfuncionales, y en 2.10% son severamente disfuncionales.
- Estado de Animo: Al aplicar la escala de depresión de Yesavage (**Tabla y Gráfico 8**), se encontró que en su mayoría (62.94%) de adultos mayores tenían algún grado de depresión, siendo leve en 40.56% de casos, moderada en 13.29%, y severa en 9.90%.

2. Correlación de variables:

En la **Tabla y Gráfico 9** se aprecia la relación entre la edad y la presencia y severidad de depresión geriátrica; se observa que la depresión se incrementa de 57.14% entre los 60 y 69 años a 63.49% entre los 70 y 79 años, pasando a 67.86% entre los 80 y 89 años y en 100% de adultos mayores de 90 años; igualmente se incrementa con la edad la depresión moderada a severa, siendo el mayor porcentaje de depresión moderada entre las edades de 90 a 99 años (33.3%) y severa en el grupo de edad de 80 a 89 años (14.29%). Sin embargo las diferencias por grupos de edad no son significativas ($p > 0.05$), la asociación es directa y de baja intensidad ($r < 0.30$).

Mientras que Duran D¹⁴ seleccionó una muestra de 500 adultos mayores colombianos, donde estableció relación de depresión en el adulto mayor con función a la edad, se encuentran diferencias significativas, siendo mayor en los adultos entre los 60 y 65.

Según Carrillo MG et al¹⁰, estudio realizado a 300 adultos mayores determino, al igual que nuestro estudio, que la relación de grupo de edad y el comportamiento de la depresión no tienen diferencia significativa.

Sin embargo, al igual que en la presente investigación diversos estudios coinciden en afirmar que la mayor prevalencia de depresión incrementa con la edad; Pattern, Sedwack y Russel aseguran que a medida que incrementa la edad, disminuye la posibilidad de ser diagnosticado debido al mayor interés en las enfermedades médicas y no mentales en este grupo de edad, dado que la atención a los desórdenes afectivos en mayores de 60 años de edad se considera un reto para el sistema de salud.

La **Tabla y Gráfico 10** muestran la influencia del género en la depresión geriátrica; las mujeres tuvieron mayor proporción de depresión (67.42%) comparada con los varones (55.56%), siendo también mayor la depresión severa en el grupo femenino (10.11% en mujeres, 7.41% varones), sin embargo, las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$) con una relación débil aunque directa ($r < 0.10$).

Segun A. Segura-Cardona²⁵ et al en un estudio transversal analítico, con fuente de información primaria de 4 248 adultos mayores de 60 años también tuvo como resultado una frecuencia más alta del sexo femenino relacionado con el riesgo depresión, aunque esta asociación tampoco fue significativa.

En contraste, Vázquez et al.¹² donde obtuvo mayor depresión en el grupo etario de 60 a 70 años. Encontró diferencias en la prevalencia de depresión en cuanto a sexo, siendo de mayor frecuencia el sexo masculino (62%), a diferencia de nuestro estudio que hubo mayor prevalencia en el sexo femenino.

¹⁰Carrillo MG, Valdés NE, Domínguez MM, et al. Correlación de estilo de vida y depresión del adulto mayor de Veracruz. *UniverSalud* 2010;6(12):4-10

¹⁴Duran D, Orbegoz-Valderrama LJ, Uribe-Rodríguez AF, et al. Integración social y habilidades funcionales en los adultos mayores. *Univ Psychol* 2008;7(1):263-270

²⁵ Segura-Cardona A., Cardona-Arango D. Segura-Cardona A. y Garzón-Duque M., Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012

En la edad adulta joven, la depresión es más frecuente en las mujeres que en los hombres, sin embargo por diverso estudios, donde varia la frecuencia en cuanto a la relación de genero con depresión, se puede determinar que en la edad adulta mayor las diferencias no resultan tan marcadas como en otras épocas de la vida.²⁴

En la **Tabla y Gráfico 11** muestra la influencia de las comorbilidades en la presencia y severidad de la depresión; aunque el 64.04% de pacientes con comorbilidades tuvieron depresión, y 11.40% depresión severa, y en los paciente sin comorbilidades tuvieron en menor porcentaje, 58.62%, depresión y ninguno severa, las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$) y sin relación significativa entre variables ($r < 0.10$), por lo cual no se obtuvo el resultado esperado debido que la presencia de comorbilidades, que de algún modo, producen cierta discapacidad está fuertemente asociada, con la presencia de síntomas depresivos. Esto se observa también en otros estudios, tanto para la aparición de depresión como para su cronificación.

Según Urbina JR¹⁶ en el adulto mayor la prevalencia de síntomas depresivos encontrado fue del 19,7% (intervalo de confianza (IC) del 95%, 15,9-23,4) los cuales estaban asociados, con la comorbilidad ($p < 0,001$), el deterioro cognitivo ($p < 0,01$) y la discapacidad ($p < 0,05$)

Según Ávila-Funes JA¹³ Mostro una prevalencia de síntomas depresivos en 66%, donde la edad promedio de los participantes fue de $64,4 \pm 8,6$ años y el puntaje obtenido según la escala de depresión geriátrica de Yesavage (EDG) mostró una asociación con la hipertensión arterial ($P < 0,01$), pero no con la presencia de diabetes, neoplasias, enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar o enfermedad cardíaca. Sin embargo, el uso de prótesis dental ($P < 0,01$), la incontinencia urinaria ($P < 0,01$) y las caídas ($P < 0,01$) se asociaron significativamente con los síntomas depresivos.

²⁴ Patten SB, Sedwack B, Russel ML. Major depression: Prevalence, treatment utilization and age in Canada. Can J Clin Pharmacol. 2001; 8:133-1

¹⁶ Urbina JR, Flores JM, García MP, et al. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. Gac Sanit 2007;21(1):37-42

¹⁴Ávila-Funes JA, Marie-Pierre G, Aguilar-Navarro S. Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. Rev Panam Salud Pública 2006;19(5):

La **Tabla y Gráfico 12** muestran la relación entre polifarmacia y la depresión geriátrica; el 65.43% de casos con polifarmacia tuvieron depresión, y de ellos fue severa en 11.11%; los ancianos sin polifarmacia tuvieron depresión en menor porcentaje (59.68% de casos) y de ellos 6.45% depresión severa, siendo menos a comparación de los casos con polifarmacia sin embargo, las diferencias no significativas ($p > 0.05$) y sin relación entre variables ($r < 0.10$).

Si bien en nuestro estudio las variables de, comorbilidades y polifarmacia, no tuvieron diferencia significativa en relación a la depresión, estuvieron presentes en la mayoría de adultos mayores que tenían algún grado de depresión.

Con relación al estado civil, se puede decir que la integración social compensa muchas de las pérdidas de la adultez mayor. Varios autores consideran que la interacción con otros, no sólo en la adultez mayor si no a lo largo de toda la vida, se convierte en un factor protector frente a la aparición de patologías, trayendo como beneficio que la persona aumente su capacidad cognitiva, tenga mejores habilidades de afrontamiento, module su afecto, aumente su calidad de vida y, por ende, su autonomía; lo anterior trae como consecuencia el aumento del nivel de movilidad, de independencia, y el mejoramiento del autoconcepto del adulto mayor. En la **Tabla y Gráfico 13** se muestra la influencia del estado civil en la depresión geriátrica; hubo más depresión severa en viudos (16.13%), o más depresión leve en convivientes (66.67%), mientras que la proporción de adultos mayores sin depresión fue más alta entre los separados (58.33%), solteros (50%) y casados (38.24%). Sin embargo las diferencias no fueron significativas ($p > 0.05$) y la asociación entre variables fue muy baja ($r < 0.10$). Pese a ello al haber mayor frecuencia de depresión en pacientes viudos demuestra que la pérdida de un ser querido, con el que se comparte y se convive, y que se llega a tener cierto grado de dependencia o necesidad de la compañía, genera alteración en lo afectivo, mientras que el soltero, pese a la falta de compañía, no presenta mayor alteración afectiva, y esto se refleja en nuestro estudio, puesto que probablemente el adulto mayor soltero este acostumbrado a vivir sin compañía.

Por lo contrario En Duran D¹⁴ Los resultados muestran diferencias significativas en la integración social en función del estado civil, siendo mayor en los adultos mayores solteros y viudos los que tengan mayor frecuencia de depresión.

La **Tabla y Gráfico 14** muestran la relación entre el nivel de instrucción y la severidad de la depresión; el 82.76% de adultos mayores sin instrucción tuvo depresión, siendo severa en 17.24%; el 61.0% de casos con educación primaria tuvo depresión, 7.94% con depresión severa; el 55% de casos con educación secundaria tuvo depresión y fue severa en 7.50%, y cuando la educación fue superior el 45.45% de casos tuvo depresión y ninguno con depresión severa; por lo cual se observa que a mayor grado de instrucción el nivel de depresión es menor, a pesar de ello, las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$), y la relación entre ambas variables fue de baja intensidad ($r > 0.10$).

Al igual que Segura C.²⁵ Al analizar los resultados se observó que existe una relación en los diferentes niveles de escolaridad de los adultos mayores, a menos escolaridad, mayor es la probabilidad de riesgo de desarrollar depresión; acorde con los reportes de estudios los cuales indican que bajos niveles de educación se relacionan con la presencia de esta discapacidad ya que la autopercepción de salud es diferente.

Ávila-Funes JA¹³ realizó un análisis bifactorial determinando que la presencia o ausencia de síntomas depresivos se asoció con saber leer y escribir.

¹⁴ Duran D, Orbegoz-Valderrama LJ, Uribe-Rodríguez AF, et al. Integración social y habilidades funcionales en los adultos mayores. *Univ Psychol* 2008;7(1):263-270.

²⁵ Segura-Cardona A., Cardona-Arango D. Segura-Cardona A. y Garzón-Duque M., Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012.

Autores como Duran-Badillo¹², Urbina JR¹⁶ encontraron que además de otros factores influyentes en la depresión en el adulto mayor, existe una fuerte relación de esta patología con el deterioro cognoscitivo, lo cual sería motivo para mayor estudio buscando la correlación entre deterioro cognoscitivo y demencia con la depresión, sobretodo en el adulto mayor, siendo la población mas susceptible.

La relación entre la dependencia funcional determinado por el test de Actividades instrumentadas de la vida diaria (Lawton) y la depresión se aprecia en la **Tabla y Gráfico 15**; la depresión es mayor y más severa en los pacientes con dependencia total (30.77%) y con dependencia grave (33.33%), y menor entre los pacientes con dependencia moderada (10.53%) o leve (2.63%), comparada con 2.22% de depresión grave entre pacientes autónomos. Las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$), y con un grado de dependencia regular ($R > 0.20$).

Coincidiendo con Ávila-Funes JA¹³ donde los factores determinantes que más estrecha asociación mostraron con esos resultados fueron, la presencia de alteraciones cognoscitivas ($P < 0,01$), dificultades para realizar las actividades de la vida diaria básicas ($P = 0,03$) e instrumentales ($P < 0,01$), la poca movilidad ($P < 0,01$), dificultad para usar el teléfono ($P < 0,01$) y la autopercepción de tener mala memoria ($P < 0,01$).

¹²Duran-Badillo T, Aguilar RM, Martínez ML, et al. Asociación de velocidad de marcha y síntomas depresivos en adultos mayores de una comunidad urbano-marginal. Desarrollo Científico de Enfermería 2011;19(2):44-47.

¹³Ávila-Funes JA, Marie-Pierre G, Aguilar-Navarro S. Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. Rev Panam Salud Pública 2006;19(5):321-330.

¹⁶Urbina JR, Flores JM, García MP, et al. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. Gac Sanit 2007;21(1):37-42

Con respecto a la autonomía, al igual que lo hallado por algunos autores^{13 25}, este estudio encontró que la mayor prevalencia de riesgo de depresión estuvo asociada con la dependencia por parte del adulto mayor para realizar las actividades diarias.

Situación que parece clara, teniendo en cuenta que la incapacidad en la realización de actividades, la condición de dependencia, la pérdida de control, la sensación de vulnerabilidad y el sentimiento de ser una carga para otra persona o para la familia generan malestar y frustración en el adulto mayor.

Finalmente la **Tabla y Gráfico 16** muestran la relación entre la función familiar, según el *Test de percepción del Funcionamiento Familiar FF - SIL* y la depresión geriátrica; Donde, la depresión severa no se encontró en ancianos de familias funcionales, aumentó a 5.26% entre ancianos con familias moderadamente funcionales, y se hizo mayor (29.17%) entre adultos mayores de familias disfuncionales, llegando a 33.33% de ancianos con familias severamente disfuncionales; las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$) y con una relación de baja intensidad significativa ($r > 0.20$).

Los adultos mayores que poseen escasa red de apoyo familiar y social, así como poco interés en la realización de actividades que involucren estrategias de socialización tienden a presentar más síntomas depresivos que quienes cuentan con una adecuada red de apoyo, como lo reportado en el estudio de Aranda, Pando, Flores, García en el 2001 (13). Esto podría deberse a que al perderse capacidades integrativas y mentales se reduce la posibilidad de responder eficazmente ante el medio y su relación con los demás, perpetuándose así el autoaislamiento, la sensación de soledad y la baja autoestima.

²⁵ Segura-Cardona A., Cardona-Arango D. Segura-Cardona A. y Garzón-Duque M., Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012

Según E. Márquez Cardoso¹⁵, donde analizo la relación entre la depresión y las distintas variables, utilizando la prueba de la χ^2 , determino que los adultos mayores que presentaban un riesgo mayor de trastorno del estado de ánimo (depresión), las familias disfuncionales (7,5 más veces que las funcionales), las personas sedentarias (3,5 más veces que las que realizaban actividad física) y las que tenían algún grado de dependencia (2,3 más veces que las que no tenían dependencia).

Respecto a la asociación entre los síntomas depresivos y el riesgo social, los factores socioambientales actúan como desencadenantes y/o como cofactores de cronificación y de muerte por depresión. Los factores de relación y apoyo social, se encuentran claramente vinculados en la literatura médica a la presencia de síntomas depresivos. Varios estudios realizados, coinciden con el nuestro donde la presencia y severidad de depresión se encuentran relacionados con el grado de autonomía del adulto mayor y funcionalidad de las familias, donde encontramos no solo presencia de depresión sino cierto grado de severidad en aquellos adultos mayores que viven dentro de una familia disfuncional y tienen cierto grado de dependencia.

¹⁵ E. Márquez Cardoso, S. Soriano Soto, A. García Hernández y M.P. Falcón García Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados Unidad de Medicina Familiar. Estado de México, 2005.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Primera.** El 62.94% de los adultos mayores atendidos en el servicio de medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa tienen depresión.
- Segunda.** Los adultos mayores atendidos en el Servicio de Medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa son principalmente mujeres entre 60 y 79 años, con comorbilidades a predominio de hipertensión, con pareja y educación primaria, y dependencia leve a moderada y con algún grado de disfunción familiar.
- Tercera.-** La dependencia funcional y la función familiar influyen significativamente en el grado de depresión en los adultos mayores atendidos en el Servicio de Medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa.



RECOMENDACIONES

- 1) Ante la necesidad de detectar en el adulto mayor algún disturbio emocional, en este caso síntomas depresivos, y por su alta prevalencia en el subdiagnóstico. Se sugiere realizar una evaluación más integral de los pacientes enfocándose no solo en la parte clínica sino también en el aspecto psicosocial, para que así se detecte de manera temprana este trastorno y dar tratamiento oportuno.
- 2) Se sugiere implementar en el formato de las historias clínicas esquemas de evaluación de estado afectivo para poder así no solo diagnosticar patologías orgánicas sino también psiquiátricas y así poder tratarlas a tiempo con apoyo emocional, diálogo con las familias y en casos más severos derivarlos a la especialidad.
- 3) Realizar intervenciones dirigidas a las familias de los adultos mayores, para fomentar la motivación e integración de éstos, encaminadas a brindar más comprensión y apoyo al adulto mayor así como al estímulo de la función cognitiva, desarrollo social y evitar o detectar oportunamente signos de depresión.
- 4) Se sugiere, formación de grupos de apoyo, realización de actividades recreacionales, y salud ofrecida para los adultos mayores que les permita fortalecer el área afectiva, de la salud, de la familia y sociabilizar entre otros de su edad y así romper con los estigmas de la dependencia, aburrimiento y soledad en esta etapa.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) National Institute of Mental Health - NIH: Depression
- 2) Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: La depresión / Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud; Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración “Carlos Vidal Layseca”. Unidad de Salud Mental. Lima: Ministerio de Salud
- 3) Organización panamericana de la salud: Oficina Regional de la OMS: Guía de diagnóstico y manejo de la depresión
- 4) Jonis, Mauro; Llacta, Diana Depresión en el adulto mayor, cual es la verdadera situación en nuestro país Revista Médica Herediana, Universidad Peruana Cayetano Heredia San Martín de Porres, Perú
- 5) Ministerio de Salud. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago, MINSAL
- 6) Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos Subdirección General de Salud Mental y Subdirección General de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias Servicio Murciano de Salud.
- 7) Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia; 2014.
- 8) Justo Rodríguez Y. Características generales y nivel de ansiedad en los adultos mayores que acuden al Servicio de Geriátrica del Hospital III Yanahuara, Arequipa 2015. Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, 2015
- 9) Ruelas F, Yemira K. Factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010. Tesis para optar el título de licenciadas en enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2011

- 10) Carrillo MG, Valdés NE, Domínguez MM, et al. Correlación de estilo de vida y depresión del adulto mayor de Veracruz. *UniverSalud* 2010;6(12):4-10
- 11) Duran-Badillo T, Aguilar RM, Martínez ML, et al. Asociación de velocidad de marcha y síntomas depresivos en adultos mayores de una comunidad urbano-marginal. *Desarrollo Científico de Enfermería* 2011;19(2):44-47.
- 12) Vázquez MG, Ibarra CP, Banda OL, et al. Prevalencia de la depresión de los adultos mayores con enfermedades crónicas. *Desarrollo Científico de Enfermería* 2010;18(4):155-158.
- 13) Ávila-Funes JA, Marie-Pierre G, Aguilar-Navarro S. Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. *Rev Panam Salud Pública* 2006;19(5):321-330.
- 14) Duran D, Orbegoz-Valderrama LJ, Uribe-Rodríguez AF, et al. Integración social y habilidades funcionales en los adultos mayores. *Univ Psychol* 2008;7(1):263-270.
- 15) E. Márquez Cardoso, S. Soriano Soto, A. García Hernández y M.P. Falcón García. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. *Unidad de Medicina Familiar. Estado de México.*
- 16) Urbina JR, Flores JM, García MP, et al. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit* 2007;21(1):37-42.
- 17) Izal M, Montorio I. Adaptación en nuestro medio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en distintos subgrupos: residentes en la comunidad y asistentes a hospitales de día. *Rev Gerontol* 1996; 6: 329-37
- 18) Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O. Development and validation of a geriatric depression scale: a preliminary report. *J Psychiat Res* 1983; 17 (1): 37-49.
- 19) Lenore Kurlowicz, PhD, RN, CS, FAAN, University of Pennsylvania School of Nursing y Sherry A. Greenberg, MSN, GNP-BC, Hartford Institute for Geriatric Nursing, NYU College of Nursing, Geriatric Depression Scale, 2007.

- 20) J. Martínez de la Iglesia, M^a C. Onís Vilches, R. DueñasHherrero, C. Albert Colomer, C. Aguado Taberné, R. Luque Luque. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación Córdoba, 2002.
- 21) Carine Gómez-Angulo, Adalberto Campo-Arias*, Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial, Bogotá- Colombia, 2010.
- 22) José Juárez M.1, Angélica León F.1 , Vicky Alata Linares2., Assessing the degree of depression of adults over 60 years old to AA.HH “Viña alta” – La Molina, Lima-Perú. 2002.
- 23) Díaz, M. D., Pascual, B. & Calvo, F. (2002). Trastornos afectivos en el anciano. Revista Multidisciplinar de Gerontología, 12, 19-25.
- 24) Patten SB, Sedwack B, Russel ML. Major depression: Prevalence, treatment utilization and age in Canada. Can J Clin Pharmacol. 2001; 8:133-1
- 25) Ch. Juan Canalejo. A Coruña, ESCALA DE LAWTON Y BRODY Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), Philadelphia Geriatric Center, 2002.
- 26) Hidalgo, Carmen G.; Rodríguez J. Validación del test de percepción de funcionamiento familiar FF SIL en Loja – Ecuador, 2016



Anexo 1:
Consentimiento informado

Título del trabajo: Factores sociofamiliares asociados a la depresión geriátrica. Servicio de Medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2018

Investigadora: Gabriela Valdivia Vizcarra, estudiante del programa profesional de Medicina Humana de la UCSM

Estimado (a) señor (a):

Solicitud del consentimiento informado

Me dirijo a usted cordialmente con el fin de solicitar su valiosa colaboración en el mencionado trabajo de investigación, el cual tiene como objetivo: Determinar la frecuencia de depresión en pacientes geriátricos y su relación con factores sociofamiliares asociados en el Servicio de Medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2018

Su participación es completamente voluntaria, se trata de una investigación que no le producirá ningún tipo de daño, con unos objetivos y un propósito bien definidos, en todo momento se respetarán sus derechos humanos y se ceñirá a principios éticos. Tampoco le implicará ningún costo económico.

La información recabada tendrá carácter anónimo y confidencial, por lo tanto, no escriba su nombre y apellido en los instrumentos que se le den para recolectar la información. Esta información será utilizada en el estudio que desarrolla la investigadora y que le sirve como requisito solicitado por la Universidad Católica de Santa María.

Autorización del adulto mayor para participar en la investigación:

Una vez leído este documento y aclaradas mis dudas, consiento en forma voluntaria a participar en el estudio. Asimismo he sido notificado que no aparecerá mi nombre en los instrumentos usados por la investigadora para recoger la información, lo que le da un carácter confidencial a los datos recolectados.

Firma del participante

Fecha: _____

Anexo: 2

Ficha de recolección de datos

Edad: ____ años

Sexo Masculino Femenino

Comorbilidades: Hipertensión Arterial Diabetes Mellitus Artritis

Insuficiencia cardiaca Insuficiencia renal Cirrosis Cirugías

Otros _____

Estado civil

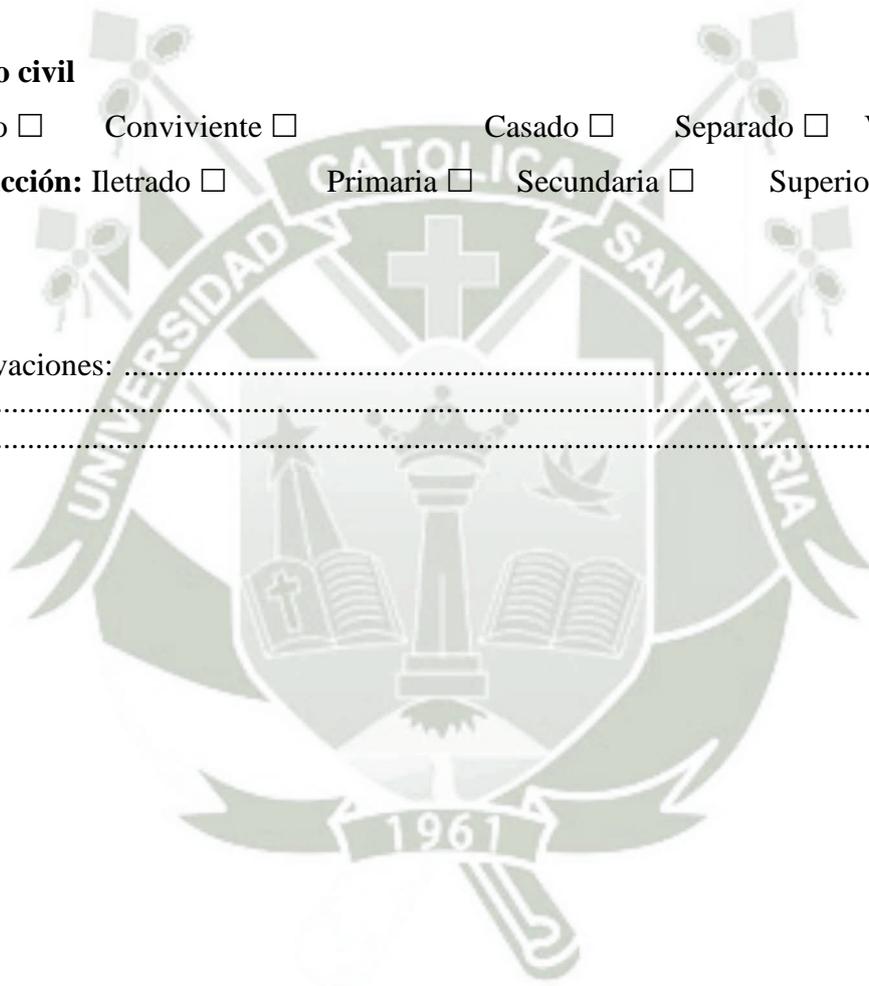
Soltero Conviviente Casado Separado Viudo

Instrucción: Iltrado Primaria Secundaria Superior

Observaciones:

.....

.....



Anexo 3.

Escala de depresión geriátrica (Yesavage)

Escoja la respuesta adecuada según cómo se sintió usted la semana pasada.

1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida? **SI / NO**
2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses? **SI / NO**
3. ¿Siente usted que su vida está vacía? **SI / NO**
4. ¿Se aburre usted a menudo? **SI / NO**
5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo? **SI / NO**
6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar? **SI / NO**
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? **SI / NO**
8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)? **SI / NO**
9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas? **SI / NO**
10. ¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente? **SI / NO**
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento? **SI / NO**
12. ¿De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil? **SI / NO**
13. ¿Se siente usted con mucha energía? **SI / NO**
14. ¿Siente usted que su situación es irremediable? **SI / NO**
15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted? **SI / NO**

Las respuestas en negrita indican depresión. Asigne 1 punto por cada respuesta en negrita.

Normal: 0-4 puntos. Depresión leve: 5-8 puntos. Depresión moderada: 9-11,

Depresión severa: 12-15 puntos.

Anexo 4.

Actividades instrumentadas de la vida diaria (Lawton)

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO:	
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
- No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS:	
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
- Realiza independientemente pequeñas compras	0
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
- Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA:	
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA:	
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
- No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA:	

- Lava por sí solo toda su ropa	1
- Lava por sí solo pequeñas prendas	1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:	
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
- No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:	
- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
- No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS:	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
- Incapaz de manejar dinero	0
Puntuación total:	

Se puntúa cada área conforme a la descripción que mejor se corresponda con el sujeto. Por tanto, cada área puntúa un máximo de **1 punto** y un mínimo de **0 puntos**.

La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de **0 puntos**, mientras que una suma de **8 puntos** expresaría una independencia total.

Dependencia total: 0-1; dependencia grave: 2-3 puntos Dependencia
moderada: 4-5 puntos dependencia leve: 6-7 puntos Autónomo: 8
puntos

Anexo 5:

Test de percepción del Funcionamiento Familiar FF - SIL

A continuación le presentamos una serie de situaciones que puede ocurrir o no en su familia. Necesitamos que Ud. Clasifique y marque con una x su respuesta según la frecuencia en que ocurre la situación.

CN casi nunca, PV pocas veces, AV aveces, MV muchas veces, CS casi siempre

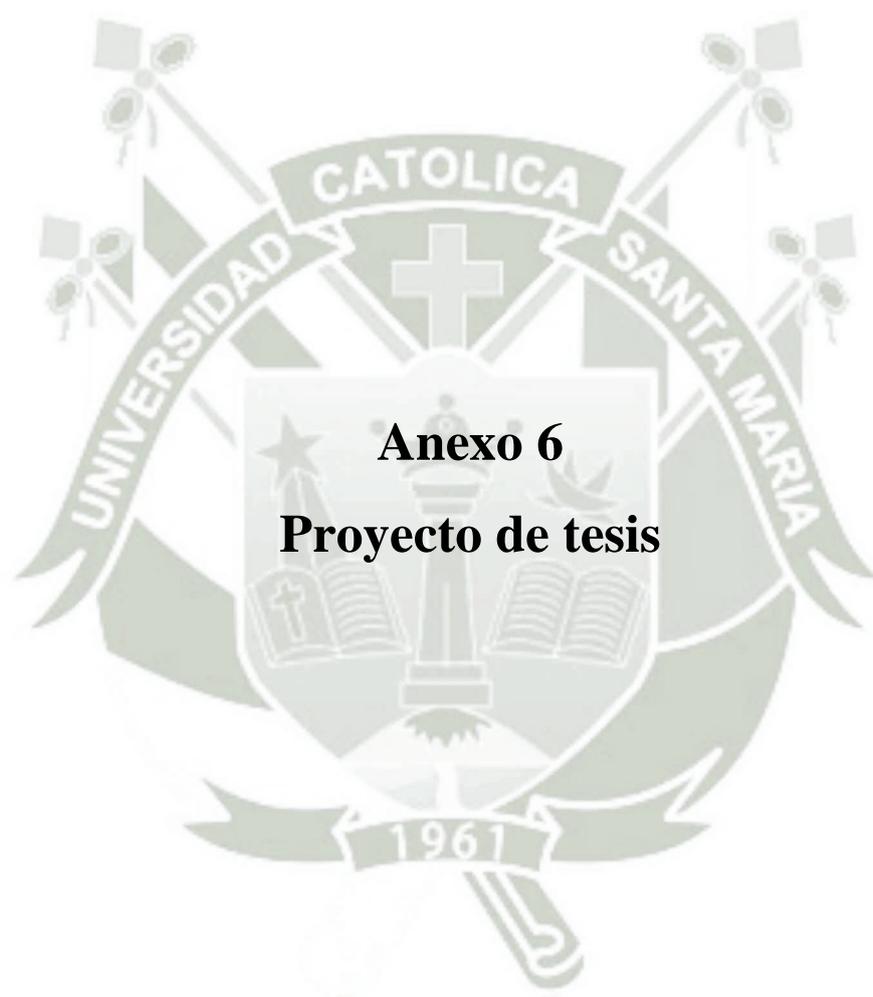
	CN	PV	AV	MV	CS
	1	2	3	4	5
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2. En mi casa predomina la armonía					
3. En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos cariño que nos tenemos.					
PUNTAJE TOTAL					

Calificación: De 70 a 57 puntos familia funcional.

De 56 a 43 puntos familia moderadamente funcional.

De 42 a 28 puntos familia disfuncional.

De 27 a 14 puntos familia severamente disfuncional



Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**FACTORES SOCIOFAMILIARES ASOCIADOS A LA
DEPRESIÓN GERIÁTRICA. SERVICIO DE MEDICINA
DEL HOSPITAL GOYENCHE DE AREQUIPA, 2018**

Proyecto de Tesis presentada por la Bachiller
Valdivia Vizcarra, Gabriela Patricia
para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Asesor: Dr. Nuñez Bernal, Cesar Augusto

Arequipa – Perú

2018

I. PREÁMBULO

La población de adultos mayores viene incrementándose a nivel mundial debido a las mejoras en los niveles generales de sanidad, las mejoras tecnológicas en la atención de salud, y a las mejoras en las condiciones económicas y de vida de la mayoría de países en desarrollo y en vías de desarrollo. Esto hace que se incremente la atención de adultos mayores de 60 años en los sistemas de salud.

En la edad adulta mayor se incrementan además problemas de disfunción orgánica, con problemas musculoesqueléticos, cardiacos, renales y otros, que hace que el paciente en este grupo de edad tenga necesidades diferentes de atención de salud que la población pediátrica y joven. Muchas de las características del adulto mayor lo predisponen a la depresión, problema que lleva incluso a duplicarse en relación a la población general, donde la depresión alcanza un 20%, mientras que en adultos mayores llega hasta 36 a 40%.

En los años de estudios en el área clínica y durante el internado se ha podido observar esta misma realidad, donde se aprecia gran cantidad de pacientes adultos mayores hospitalizados o que requieren atención ambulatoria, en los que no siempre se cuenta con apoyo familiar, y muchos presentan síntomas depresivos que no son considerados en sus planes de estudio y tratamiento. Los resultados de la presente investigación contribuirán a conocer la magnitud de un importante problema como es la depresión entre los adultos mayores que acuden al Servicio de Medicina del hospital, sea en forma ambulatoria como entre los hospitalizados, para poder establecer medidas de intervención oportunas y permitir la detección de factores predictores para minimizar el impacto negativo sobre la salud del adulto mayor.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuáles son los factores sociofamiliares asociados a la depresión geriátrica en adultos mayores. Servicio de Medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2018?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Geriatria - Psiquiatria
- Línea: Depresión geriátrica

b) Operacionalización de Variables

Variable	Indicador	Subindicador	Escala
Variable dependiente			
Depresión geriátrica	Escala de Yesavage	Normal (0-5) Depresión moderada (6-10) Depresión severa (> 10)	Ordinal

Factores Sociofamiliares:			
Variable independiente			
Edad	Fecha de nacimiento	Años	De razón
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Masculino Femenino	Nominal
Estado civil	Unión civil declarada	Soltero, casado, conviviente, separado, viudo	Nominal
Instrucción	Último año aprobado	Iletrado, primaria, secundaria, superior	Ordinal
Comorbilidades	Patologías presentes	Diabetes, hipertensión, artrosis/artritis, cirrosis, otras	Nominal
Autonomía del adulto mayor	Capacidad para realizar actividades (índice de Lawton)	Dependiente / con autonomía	Nominal
Función familiar	Cuestionario FF-SIL	Familia funcional / familia disfuncional	Nominal

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la frecuencia de depresión en los adultos mayores atendidos en el servicio de medicina del Hospital Goyeneche de

Arequipa?

2. ¿Cuáles son las características sociofamiliares de los adultos mayores atendidos en el Servicio de Medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa?
3. ¿Cuál es la relación entre las características sociofamiliares con el grado de depresión en los adultos mayores atendidos en el Servicio de Medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa?

d) **Nivel de investigación:** Se trata de un estudio de campo.

e) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio observacional, prospectivo, transversal.

1.3. Justificación del problema

- **Originalidad:** No hemos encontrado estudios recientes relacionados a la depresión geriátrica y sus factores sociofamiliares en nuestro hospital.
- **Relevancia científica:** Se establece la asociación entre el entorno familiar y social con la presencia de depresión en un grupo poblacional específico y creciente.
- **Relevancia práctica:** permitirá conocer la magnitud del problema de la depresión en la población adulto mayor y los factores sociales que condicionan su aparición.
- **Relevancia social:** Se logrará mejorar la calidad de vida de los adultos mayores que acuden a uno de los hospitales de referencia más importantes de nuestra ciudad.
- **Contemporaneidad:** Debido a que la depresión es un problema de salud pública vigente.
- **Factibilidad:** Por tratarse de un diseño prospectivo en el que se cuenta con instrumentos validados y una población accesible.

- **Motivación personal:** Por realizar una investigación en la especialidad de la geriatría y la psiquiatría.
- **Contribución académica:** por la generación de nuevos conocimientos en el campo de la medicina que servirán de fundamento para futuras investigaciones.
- **Políticas de investigación:** por desarrollar del proyecto en el área de pregrado en medicina.



2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Depresión

2.1.1. Definición

Depresión es un trastorno emocional el cual se caracteriza por la presencia de tristeza, desgano, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y/o falta de concentración, los cuales generan en la persona un malestar interior y dificultan sus interacciones con el entorno. La depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar ¹

La depresión en el adulto mayor es decir a personas mayores de 60 años según la OMS, puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en las labores diarias y la capacidad para afrontar la vida diaria; incluso puede acelerar el deterioro físico, cognitivo y social, dilatar la recuperación de enfermedades y cirugías, provocar un aumento del uso de la atención médica, e incluso el suicidio ²

Los adultos mayores en sus cuadros depresivos pueden evolucionar hacia deterioro cognitivo e incluso a demencia, a pocos años de comenzar la patología depresiva. Así como también que el antecedente de un episodio depresivo constituye factor de riesgo para desarrollar Alzheimer ⁵

¹ National Institute of Mental Health - NIH: Depresión

² Módulo de Atención Integral en Salud Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención. Módulo 6: La depresión / Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud; Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración “Carlos Vidal Layseca”. Unidad de Salud Mental. Lima: Ministerio de Salud.

⁵ Ministerio de Salud. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago, MINSAL

2.1.2. Epidemiología:

En términos generales, la depresión afecta a más personas de lo que se piensa. Se estima que 1 de cada 4 personas, en algún momento de su vida, sufren de depresión mayor.

La depresión es más frecuente en los años que preceden al retiro o jubilación, disminuye en la década siguiente y, otra vez, su prevalencia aumenta después de los 75 años.

La prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores que viven en la comunidad es de 14 a 25%. La presencia de depresión en los adultos mayores aumenta sus niveles de morbilidad, dada su frecuente interferencia en el tratamiento, rehabilitación de otras patologías y su alta tasa de suicidios los cuales se presentan en un 18%.

Las personas adultas mayores forman el grupo etario que con más frecuencia se suicida. Se estima que la relación entre intentos de suicidios y suicidio consumado es de 1.1/1.0. Es decir, casi todos los intentos de suicidio en adultos mayores, se consuman utilizando los medios más letales, llamados suicidios latentes o pasivos (ej: abandono de tratamiento o rechazo de la ingesta de alimentos).³

La Organización Mundial de la Salud afirma que actualmente, cinco de las 10 causas más importantes de discapacidad en el adulto mayor son de origen psiquiátrico y se piensa que para el 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial.

En América Latina y el Caribe el trastorno depresivo afecta al 5% de la población adulta.

En los países en vías de desarrollo, como en el Perú, la depresión en el adulto mayor va acompañada muchas veces de pobreza y falta de políticas de salud.

³ Organización panamericana de la salud: Oficina Regional de la OMS: Guía de diagnóstico y manejo de la depresión

Actualmente se estima que sólo 56,3% de ancianos tienen acceso a la seguridad social, encontrándose en situación de pobreza 41,7% y en pobreza extrema 19,5%. Y en casas de reposo la prevalencia de depresión se da entre 17 y 20%.

Se han realizado estudios epidemiológicos sobre prevalencia y características de la depresión en poblaciones de adultos mayores de 60 años donde, varios de ellos revela cierto grado de asociación entre depresión y, por ejemplo, enfermedades crónicas, deterioro cognitivo, etc.

Sin embargo, siguen siendo necesarios en nuestro país estudios epidemiológicos sobre depresión en distintas áreas geográficas. Además, es necesario considerar que la depresión no es una condición inherente al adulto mayor, por lo que su subestimación y un inadecuado abordaje generen importantes consecuencias físicas, cognitivas y sociales tanto en el paciente como en su entorno.⁴

2.1.3. Factores de Riesgo

- ✓ Situaciones geriátricas que predisponen o se asocian a la depresión:³
 - La demencia, especialmente de etiología vascular o de Alzheimer.
 - La enfermedad de Parkinson y la Corea de Huntington.
 - El infarto del miocárdico y/o ACV
 - El hipo o hipertiroidismo.
 - Las neoplasias
 - La carencia de ácido fólico o vitamina B12, que pueden acompañar a la desnutrición.

⁴ Jonis, Mauro; Llacta, Diana Depresión en el adulto mayor, cual es la verdadera situación en nuestro país Revista Médica Herediana, Universidad Peruana Cayetano Heredia San Martín de Porres, Perú

³ Organización panamericana de la salud: Oficina Regional de la OMS: Guía de diagnóstico y manejo de la depresión

- Los medicamentos como las benzodiazepinas, los beta-bloqueadores, la digoxina y los esteroides.
- ✓ Sexo: La relación hombre/mujer es de 1:2-3
- ✓ Genética: Los familiares de primer grado presentan una mayor probabilidad de padecer un cuadro depresivo
- ✓ Acontecimientos vitales: Son aquellos eventos que requieren algún tipo de cambio respecto al ajuste habitual del individuo; experiencias, pérdida de familiares u otra circunstancia que alteran las actividades usuales del individuo, causando un reajuste sustancial en su conducta.
- ✓ Factores sociales: Muchos factores sociales predisponentes o de vulnerabilidad se encuentran en el entorno físico y social del individuo, por ejemplo condiciones de abandono, exclusión y rechazo social, dificultades en la adaptación cultural, vivienda inadecuada, violencia, dificultades en las relaciones interpersonales; los problemas de comunicación; y los conflictos con la familia, u otras personas etc
- ✓ Factores psicológicos: Las teorías psicoanalíticas sitúan la vulnerabilidad para la depresión en las etapas tempranas de desarrollo, que se manifiesta en la dificultad para encarar pérdidas posteriores.

Desde el conductismo se ha contemplado la depresión como una respuesta aprendida a situaciones en las que es imposible escapar a un estímulo desagradable.

- ✓ Factores neuroquímicos: Los neurotransmisores que más se han relacionado con la depresión son la noradrenalina y serotonina.

Se ha comprobado que existe una disminución de niveles del metabolito de la NA, 3 metoxi-4 hidroxifenilglicol, en sangre y orina en pacientes depresivos, además de una disminución de los puntos de recaptación de la serotonina, en las plaquetas de enfermos depresivos. Se han observado, además, niveles bajos de 5 hidroxindolacético en pacientes que cometieron suicidio. También se ha observado que la depleción de dopamina aumenta el riesgo de depresión.

- ✓ Factores endocrinos: Se han visto también implicados factores endocrinos, como la alteración en la secreción de hormona del crecimiento (GH), hipersecreción de cortisol, hiperplasia hipofisaria y suprarrenal, alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo.⁶

Perfil de paciente adulto mayor con riesgo de desarrollar cuadro depresivo:

- Antecedentes depresivos previos;
- Enfermedad médica incapacitante, sobretodo si el deterioro supone un cambio drástico y súbito respecto al nivel funcional previo, ej: ECV.
- Enfermedad dolorosa, ej: neoplasia, enfermedad osteoarticular deformante.
- Pérdida reciente de cónyuge.
- Cambio de domicilio habitual o ingreso a una institución.

Perfil de paciente adulto mayor con riesgo de suicidio:

- Género masculino.
- Vivir solo.
- Enfermedad depresiva severa.
- Insomnio persistente.
- Inquietud psicomotora importante.
- Enfermedad médica severa, dolorosa ,y/o incapacitante.
- Pérdida reciente del cónyuge.
- Institucionalizado o dependiente para cuidados a largo plazo..

⁶ Guia de practica clinica de los trastornos depresivos Subdirección General de Salud Mental y Subdirección General de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias Servicio Murciano de Salud

2.1.4. Clasificación

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los más comunes son: la depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas, varían.

1. Depresión severa

Se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras.

Un episodio muy incapacitante puede ocurrir una sola vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida³

2. Distimia

Es un tipo de depresión menos grave, que incluye algunos síntomas crónicos que se presentan a largo plazo, tales como los sentimientos intermitentes de tristeza, el cansancio, o la desmotivación, pero por lo general no resultan incapacitantes, aunque sí interfieren con el funcionamiento y la sensación de bienestar de la persona.

Muchas personas con distimia pueden padecer episodios depresivos severos en algún momento de su vida³.

³ Organización panamericana de la salud: Oficina Regional de la OMS: Guía de diagnóstico y manejo de la depresión

3. Trastorno bipolar:

También se le llama enfermedad maníaco - depresiva. No es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de gran exaltación o euforia (manía) y fases con el estado de ánimo bajo (depresión). Estos cambios de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero generalmente suelen ser graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede manifestar uno o más de los síntomas propios del trastorno depresivo.

En cambio, cuando está en la fase maníaca, la persona puede hablar excesivamente y desarrollar una gran actividad con enormes despliegues de energía; en estas circunstancias, la manía afecta también la manera de pensar, el juicio y el comportamiento con las otras personas. Así, la persona experimenta sentimientos de felicidad o euforia, sobredimensiona sus propias capacidades, comienza a tener proyectos grandiosos, puede tomar decisiones de negocios descabelladas e involucrarse en aventuras o fantasías románticas.³

³ Organización panamericana de la salud: Oficina Regional de la OMS: Guía de diagnóstico y manejo de la depresión

2.1.5. Diagnóstico

Los sistemas internacionales de diagnóstico más utilizados son: el de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV TR), y la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud

Para los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10 y DSM IV-TR, la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional.

Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10)

La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en:

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo, no especificado

Tabla 1. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> – Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras – Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta – Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual – Empeoramiento matutino del humor depresivo – Presencia de enlentecimiento motor o agitación – Pérdida marcada del apetito – Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes – Notable disminución del interés sexual

Fuente: Adaptado de OMS⁵⁶.

En la tabla 2 se exponen los criterios de gravedad de un episodio depresivo, según CIE-10.

Tabla 2. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10
<p>A. Criterios generales para episodio depresivo</p> <ul style="list-style-type: none"> - El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. - El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
<p>B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas. - Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. - Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.
<p>C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad. - Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada. - Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida. - Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones. - Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición. - Alteraciones del sueño de cualquier tipo. - Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber o no síndrome somático*
<p>Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.</p>
<p>Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.</p>
<p>Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.</p>
<p>Fuente: Adaptado de OMS⁵⁶. * Síndrome somático: ver tabla 1.</p>

La aplicación de criterios diagnósticos estandarizados (por ejemplo DSM-IV, DSM-IV-TR) no incluye, elementos de aplicación específica para la población mayor. Al estar basados en características de población adulta, pero de menor edad, los profesionales nos encontramos con dificultades para definir adecuadamente la depresión en el mayor, porque ésta suele presentarse de forma heterogénea. Nos encontramos así, con algunos pacientes mayores con una sintomatología similar a la de los pacientes de menor edad; sin embargo, en edades más avanzadas, la expresión clínica puede ser completamente diferente.²⁷

Tabla 7.- Criterios diagnósticos de episodio Depresivo Mayor^{6,51,57}

DSM-IV-TR*	Presentaciones alternativas#
1. Humor deprimido	• Irritabilidad
2. Pérdida de interés o placer	• Agitación, ansiedad, inquietud
3. Pérdida o ganancia de peso (>5%)	• Quejas somáticas
4. Insomnio o hipersomnia	• Deterioro cognitivo
5. Agitación o retraso psicomotor	• ↓ iniciativa y capacidad de resolver problemas
6. Fatiga o pérdida de energía	• Deterioro en el autocuidado
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos	• Abuso de alcohol u otras sustancias
8. ↓ concentración o indecisión	• Aislamiento social
9. pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida	• Culpa excesiva
	• Paranoia
	• Obsesiones y compulsiones
	• Conflictos conyugales

* Deben incluir al menos 5 criterios de los síntomas relatados, los cuales deben hallarse presentes la mayor parte de cada día de las dos últimas semanas y representar un cambio en el funcionamiento previo. Al menos debe hallarse presente uno de los siguientes síntomas: humor deprimido o pérdida de interés o de placer.
Cualquiera de estas presentaciones es una "señal de alarma" que nos indica que debe realizarse una posterior evaluación. La combinación de irritabilidad, quejas somáticas, y aislamiento social es especialmente sugestivo de depresión en pacientes de 85 y más años.

El diagnóstico de la depresión en el mayor sigue siendo clínico, por lo que para evaluar correctamente una depresión será imprescindible:

- Una historia clínica detallada. Evaluando la forma de presentación de los síntomas, el grado de discomfort asociado a los mismos, y la frecuencia de éstos. Se debe tener en cuenta la severidad del episodio, su duración y la existencia de procesos previos. Dada la influencia genética se recomienda completar una breve historia familiar.

²⁷ Guía práctica: Manejo y prevención de depresión en el Mayor, Sebastià Riu Subirana et al, Barcelona, 2011.

Es recomendable realizar la anamnesis y confirmar los datos con un familiar o informador fiable quien, además, podrá aportar nueva información. Se estudiarán también los posibles factores de riesgo de depresión en el mayor, y que pudieran estar presentes, fundamentalmente aquellos modificables, y los que incrementan también el riesgo de suicidio

- Evaluar los antecedentes médicos. Estudio de la comorbilidad. Historia farmacológica exhaustiva. Consumo y/o abuso de sustancias tóxicas.
- Una exploración física general y neurológica. Debe ser completa, prestando especial atención a la exploración neurológica, que no debe obviar, al menos, la exploración del estado mental, nivel de conciencia, signos de focalidad neurológica, trastornos de la marcha o movimientos anormales.
- Practicar un examen del estado mental: Debe evaluar la existencia de síntomas psicóticos, severidad, riesgo de suicidio, nivel de autoestima y riesgo de daño a otros. Así como determinar la presencia o ausencia de deterioro cognitivo.
- Realizar exploraciones complementarias básicas. Su objetivo será analizar si la sintomatología puede ser secundaria a tratamiento farmacológico o a otra enfermedad sistémica o metabólica, para excluir condiciones médicas que pueden causar síntomas muy similares. Para ello podemos valorar parámetros analíticos como: glicemia, ionograma, calcio, función renal, función hepática, VSG, hemograma, sedimento de orina, hormonas tiroideas, vitamina B12, ácido fólico, niveles de fármacos y ECG³².
- Valorar el nivel de repercusión funcional. Tratando de hacer una correlación entre el curso temporal de los síntomas y el posible declive funcional del paciente⁵¹.
- Realizar tests de cribado

Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15)

La escala de depresión geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS), diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los adultos mayores

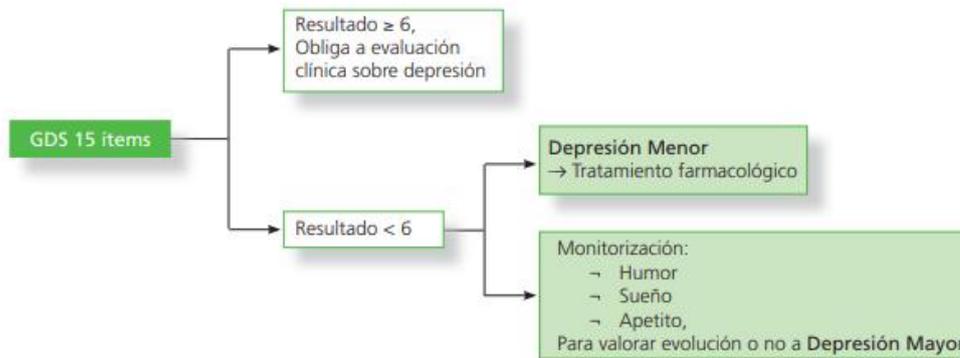
La sensibilidad de esta herramienta fue del 92 %, y la especificidad fue del 89 %.

La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como con la investigación clínica. En un estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo de GDS para la autocalificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos. La versión original, es de 30 ítems, los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión más abreviada, de 15 ítems.¹²

Su contenido se centra en aspectos cognitivo conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el adulto mayor. Cada ítem se valora como 0/1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. Para la versión de 15 ítems, se aceptan los siguientes puntos de corte: Normal: 0-4 puntos. Depresión leve: 5-8 puntos. Depresión moderada: 9-11, Depresión severa: 12-15 puntos.

¹² Yesavage JA, BrinK TL, Rose TL, Lum O. Development and validation of a geriatric depression scale: a preliminary report. J Psychiat Res 1983; 17 (1): 37-49.

ALGORITMO PARA EL CRIBAJE DE DEPRESIÓN EN PERSONAS MAYORES



2.1.6. Tratamiento

El tratamiento de la depresión en el adulto debería ser integral y abarcar todas las intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales y farmacológicas que puedan mejorar el bienestar y la capacidad funcional.

El manejo de la depresión debe incluir psicoeducación, apoyo individual y familiar, coordinación con otros profesionales, atención a las comorbilidades y monitorización regular del estado mental y físico.⁶

La piedra angular del tratamiento de la depresión en el mayor es el farmacológico. De entre los fármacos antidepresivos, se aconseja utilizar los ISRS, debido a que su eficacia terapéutica es similar a la de los ADT, tienen una buena tolerabilidad, y el riesgo de interacciones farmacológicas es bajo. La Terapia Electroconvulsiva es eficaz en el tratamiento de la depresión del mayor. . El tratamiento con psicoterapia está indicado en las depresiones leves-moderadas, mientras que puede ser un tratamiento coadyuvante en el caso de la depresión severa. De entre las diversas modalidades de psicoterapia, la terapia interpersonal y la cognitiva, son las que cuentan con más experiencia en el tratamiento de la depresión del mayor.

⁶ Guia de practica clinica de los trastornos depresivos Subdirección General de Salud Mental y Subdirección General de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias Servicio Murciano de Salud

Existen diversidad de modelos e intervenciones diseñadas para este fin, los modelos escalonados y los de atención colaborativa son quizás los más prometedores. Los modelos escalonados de tratamiento se han desarrollado con el objetivo de maximizar la eficiencia mediante la proporción de las intervenciones menos intensivas según el estado y evolución del paciente.⁷

Figura 1: Modelo escalonado en el manejo de la depresión



Fuente: elaboración propia y adaptación de varias fuentes^{13,123}.

PSICOTERAPIA:

Consiste en una técnica de conversación utilizada para resolver los síntomas de depresión, los problemas de personalidad y carácter o para relacionar qué pudo provocar o empeorar la depresión. La persona que dirige la psicoterapia dirige la conversación de tal forma que ayuda a que desaparezcan sus síntomas³.

La psicoterapia se recomienda como tratamiento de las depresiones leves-moderadas, o como tratamiento asociado al farmacológico en las depresiones moderadas-severas. Existe información que describe una reducción significativa de las recaídas y mejora la adaptación (integración social), y las recurrencias con la terapia cognitiva.

⁷ Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia; 2014.

³ Organización panamericana de la salud: Oficina Regional de la OMS: Guía de diagnóstico y manejo de la depresión

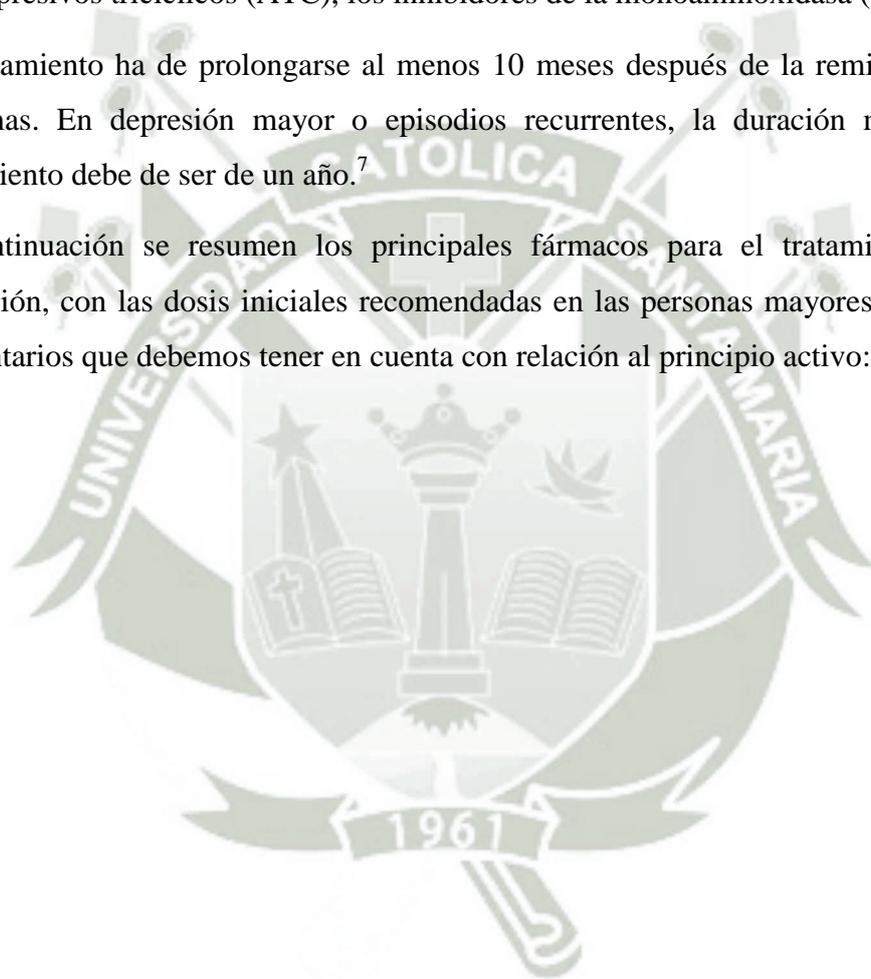
LOS FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS:

Son fármacos dirigidos a mejorar los síntomas asociados a la depresión y existen diferentes tipos según su estructura química y su mecanismo de acción. En general, funcionan aumentando la disponibilidad de neurotransmisores en el cerebro para restaurar el equilibrio químico.

Los principales tipos de antidepresivos utilizados en las personas adultas mayores son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los antidepresivos tricíclicos (ATC), los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO).³

El tratamiento ha de prolongarse al menos 10 meses después de la remisión de los síntomas. En depresión mayor o episodios recurrentes, la duración mínima del tratamiento debe de ser de un año.⁷

A continuación se resumen los principales fármacos para el tratamiento de la depresión, con las dosis iniciales recomendadas en las personas mayores, y algunos comentarios que debemos tener en cuenta con relación al principio activo.²⁷



⁷ Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia; 2014.

²⁷ Guía práctica: Manejo y prevención de depresión en el Mayor, Sebastià Riu Subirana et al, Barcelona, 2011

Duloxetine	30-60 mgr	Pocos datos epidemiológicos en personas mayores
Antidepresivo noradrenérgico y serotoninérgico específico (NASSA)		
Principio activo	Dosis inicial	Comentarios
Mirtazapina	30 mgr	Efectivo en depresión severa. Marcado efecto sedante, útil en insomnio. Incremento ponderal. Efecto ansiolítico.
Antidepresivo noradrenérgico		
Principio activo	Dosis inicial	Comentarios
Reboxetina	4 mgr	Efecto desinhibidor
Antidepresivo no selectivo de la recaptación de la serotonina		
Principio activo	Dosis inicial	Comentarios
Trazodona	50 mgr	Efecto sedante. Escaso efecto antidepresivo. Vida media corta.
Inhibidores de la Mono Amino Oxidasa (IMAO)		
Principio activo	Dosis inicial	Comentarios
Fenelcina	15 mgr	Mal tolerado en mayores. Alto riesgo de interacciones con otros antidepresivos
Moclobemida	75-150 mgr	
Antidepresivos tricíclicos (ADT). Aminas secundarias		
Principio activo	Dosis inicial	Comentarios
Desipramina	25-50 mgr	Mejor tolerado en ancianos a dosis bajas
Amitriptilina	25-50 mgr	Mejor tolerado a dosis bajas. Peligroso en cardiópatas
Imipramina	25-50 mgr	Efectos anticolinérgicos
Nortriptilina	25 mgr	Efectos anticolinérgicos
Doxepina	25-50 mgr	Efectos anticolinérgicos
Clomipramina	25 mgr	Efectos anticolinérgicos. Peligroso en cardiópatas.
Antidepresivos tetracíclicos (ADTC)		
Principio activo	Dosis inicial	Comentarios
Mianserina	10-30 mgr	Efecto sedante. Efectos anticolinérgicos. Riesgo de hipotensión y síndrome confusional. Agranulocitosis.
Maprotilina	25-50 mgr	Menores efectos anticolinérgicos que los ADT. No en epilepsia.
Antidepresivos Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS)		
Principio activo	Dosis inicial	Comentarios
Fluvoxamina	50 mgr	Efecto ligeramente sedante
Fluoxetina	10 mgr	Vida media larga. Efecto desinhibidor
Paroxetina	10-20 mgr	Efecto muscarínico. Incremento ponderal. Frecuente síndrome de discontinuación
Sertralina	50 mgr	Escasas interacciones farmacológicas
Citalopram	10-20 mgr	Escasas interacciones farmacológicas
Escitalopram	5-10 mgr	Rapidez de acción. Efectivo en depresión severa. Escasas interacciones farmacológicas. Especialmente bien tolerado en mayores
Antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina (ISRSN)		
Principio activo	Dosis inicial	Comentarios
Venlafaxina	37,5-75 mgr	Efectivo en depresión severa, escasas interacciones farmacológicas

En general se aconseja utilizar, en primer lugar, el grupo de los ISRS por:

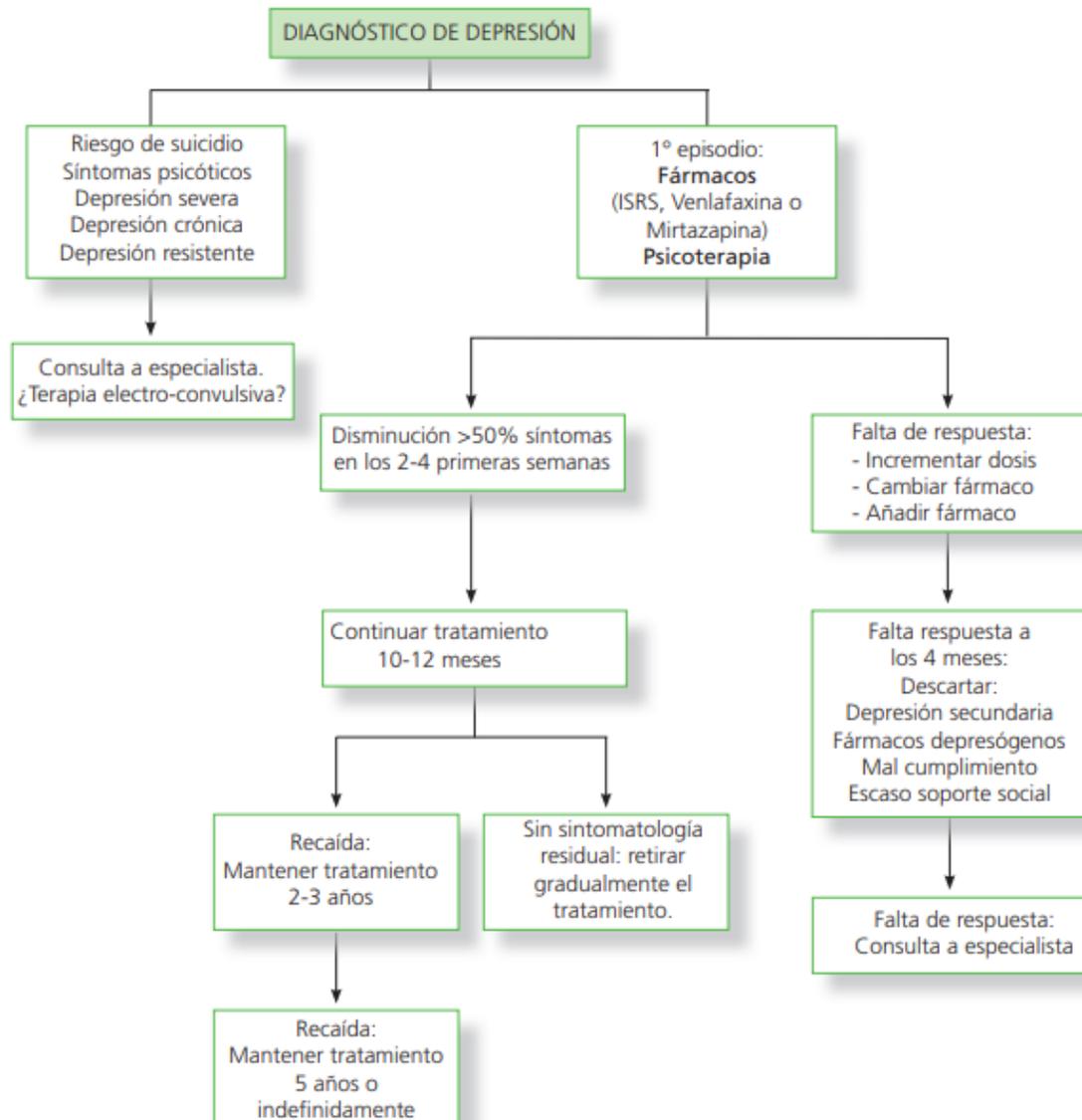
- Perfil de mayor seguridad, sobre todo en cuanto a efectos anticolinérgicos y cardiovasculares
- Mejor tolerabilidad, en gran medida al inicio del tratamiento, y con menores tasas de abandono terapéutico
- Similar respuesta terapéutica a otros AD
- Fácil utilización en la Atención Primaria
- Suficiente experiencia acumulada en su utilización desde hace más de una década⁹⁵.
- Menor riesgo en caso de sobredosis que con los ADT

TERAPIA ELECTROCONVULSIVANTE (TEC):

La Terapia Electroconvulsiva (TEC) es un tratamiento eficaz, ya que las respuestas terapéuticas se sitúan alrededor del 80%. Su principal indicación es la depresión grave de la persona mayor; y debe tenerse siempre en cuenta en caso de falta de respuesta al tratamiento previo (farmacológico), en casos que requieran una respuesta rápida por riesgo vital (por ejemplo, pacientes con grave desnutrición o importante fragilidad); y en presencia de síntomas psicóticos. Uno de los principales efectos adversos es la aparición de amnesia temporal, tanto anterógrada como retrógrada. La utilización de la TEC en mayores parece que muestra similares efectos terapéuticos que en personas más jóvenes. Se aconseja tener precaución en pacientes cardiopatas, por su efecto taquicardizante, así como en los pacientes con demencia, o muy frágiles, por la frecuente aparición de un síndrome confusional agudo.

Los efectos secundarios más frecuentes de la TEC son las cefaleas transitorias, náuseas, alteraciones de la memoria y el síndrome confusional agudo. Consiste en provocar una crisis comicial generalizada mediante una estimulación eléctrica del sistema nervioso. La aplicación unilateral se realiza habitualmente en el hemisferio no dominante, con el objetivo de reducir efectos adversos de tipo cognitivo. El número de sesiones suele ser entre 6-12, aunque no existe un número máximo, y habitualmente con un esquema de 2-3 sesiones semanales.

Algoritmo Terapéutico de la depresión en adultos mayores:



3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

3.1. Autor: Justo Rodríguez Y.⁸

Título: Características generales y nivel de ansiedad en los adultos mayores que acuden al Servicio de Geriátría del Hospital III Yanahuara, Arequipa 2015.

Fuente: Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, 2015

Resumen: Se encuestó una muestra de 160 pacientes, aplicando una ficha de datos y el inventario de ansiedad de Beck (BAI). Se muestran resultados mediante estadística descriptiva. El 33.13% de pacientes geriátricos tuvo niveles mínimos de ansiedad y el 50% niveles moderados; el 16.88% tuvo niveles clínicamente relevantes, con 14.38% de ansiedad moderada y 2.50% con ansiedad grave. La mayor proporción de pacientes tuvo entre 65 y 69 años (25.63%), el 29.38% fueron varones y 70.63% fueron mujeres. El 25.63% de casos no tuvieron instrucción, 18.13% tuvieron educación primaria, 26.25% tenían educación secundaria, sólo 2.50% de pacientes tenían educación superior técnica y 27.50% educación universitaria. El 9.38% de casos fueron solteros, 53.13% eran casados, 30% viudos y 7.50% divorciados. Un 93.75% vive acompañado y 6.25% vive solo, y se encontró dependencia funcional en 6.88% de casos. Un 11.88% de adultos mayores no tienen enfermedades relevantes, y el 30% tiene dos patologías, 25.63% tiene tres y 10% tiene 4 enfermedades; el 12.50% de casos no recibe medicación, 26.88% toma un medicamento, 29.38% toma dos, 15% toma tres, 8.75% toma cuatro medicamentos, y 7.50% toma de cinco a más medicinas.

La ansiedad clínicamente relevante se relaciona más con la baja instrucción, el ser divorciado o viudo, vivir solo y el mayor número de enfermedades o de medicamentos.

⁸ Justo Rodríguez Y. Características generales y nivel de ansiedad en los adultos mayores que acuden al Servicio de Geriátría del Hospital III Yanahuara, Arequipa 2015. Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, 2015

A nivel nacional

3.2. **Autor:** Ruelas F, Yemira K.⁹

Título: Factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010.

Fuente: Tesis para optar el título de licenciada en enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2011

Resumen: El objetivo general fue determinar los factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores. El estudio fue de tipo descriptivo de correlación y de corte transversal. La población estuvo constituida por 44 adultos mayores que conforman el grupo “Edad de Oro”. La técnica utilizada fue la entrevista y los instrumentos un cuestionario de factores biopsicosociales y la Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage. Los resultados evidenciaron que los factores biopsicosociales influyen mayoritariamente en el nivel de depresión leve, donde el factor biológico indica un 38,6%, el factor psicológico un 50% y el factor social un 34,1%. El factor biológico más relevante indica la disminución de la libido con un 59,1%, seguido por el factor psicológico, donde el sentimiento de soledad y autoestima evidenciaron un 50% cada uno y en el factor social, las dificultades económicas influyen con un 59,1%, entre los más principales.

⁹ Ruelas F, Yemira K. Factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín, 2010. Tesis para optar el título de licenciadas en enfermería, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2011

A nivel internacional

3.3. **Autor:** Carrillo MG, Valdés NE, Domínguez MM, Marín S.¹⁰

Título: Correlación de estilo de vida y depresión del adulto mayor en Veracruz.

Fuente: UniverSalud, 2010; 6(12):4-10

Resumen: El objetivo de este estudio fue mostrar si existe alguna correlación entre el estilo de vida y la presencia de depresión o no en los adultos mayores que habitan en la ciudad de Veracruz. Este estudio incluyó 300 adultos mayores, de 60 y más años de edad, de ambos sexos y que tuvieran por lo menos dos años de vivir en la ciudad de Veracruz. Previo consentimiento, se les aplicó el test MiniMental; la escala FANTASTIC para medir estilo de vida y la escala de Yesavage y Brink para depresión. Se aplicó la prueba de correlación de Pearson. Por grupos de edad, el comportamiento de la depresión fue igual. El estilo de vida calificado como excelente se presentó en el mayor porcentaje de esta población (58%). Se observó correlación positiva débil entre estilo de vida y depresión ($r= 0.46$).

¹⁰ Carrillo MG, Valdés NE, Domínguez MM, Marín SF. Correlación de estilo de vida y depresión del adulto mayor en Veracruz. UniverSalud, 2010; 6(12):.

4. **Objetivos.**

4.1. **General**

Identificar la frecuencia de depresión y los factores sociofamiliares asociados en adultos mayores y su frecuencia en el Servicio de Medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2018.

4.2. **Específicos**

- 1) Describir las características sociofamiliares de los adultos mayores atendidos en el Servicio de Medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa.
- 2) Establecer la relación entre las características sociofamiliares con el grado de depresión en los adultos mayores atendidos en el Servicio de Medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa.

5. **Hipótesis**

Es probable que las características sociofamiliares de los adultos mayores atendidos en el Servicio de Medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa se asocien a la presencia de depresión.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta y la entrevista.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1), en la escala de depresión geriátrica de Yesavage (Anexo 2), en el índice de autonomía de Lawton (Anexo 3) y en la escala de percepción de la función familiar (FF-SIL; anexo 4).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** La presente investigación se realizará en el Servicio de Medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizará en forma coyuntural durante el mes de Enero del año 2018.

2.3. **Unidades de estudio:** Pacientes adultos mayores atendidos en el Servicio de Medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa.

2.4. **Población:** Todos los pacientes adultos mayores atendidos en el Servicio de Medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa en el periodo de estudio.

Muestra: se estudiará una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

Z α = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de depresión en adultos mayores = 0.20

q = 1 – p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: n = 245.86 \approx 250 casos

Además los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

Criterios de selección:

- ♦ **Criterios de Inclusión**

- Paciente de 60 años a más
- De ambos sexos
- Hospitalizado o en consulta ambulatoria, por emergencia u observación.
- Participación voluntaria en la investigación

- ♦ **Criterios de Exclusión**

- Adultos mayores con deterioro cognitivo severo
- Pacientes con trastornos de conciencia
- Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Previa evaluación y aprobación del Comité Institucional de ética de la Investigación en la Universidad Católica de Santa María, se realizarán coordinaciones con la Dirección del Hospital y la Jefatura del Servicio de Medicina para obtener la autorización para realizar el estudio.

Se contactará a los pacientes en sus controles ambulatorios u hospitalizados verificando que cumplan los criterios de selección.

Para la recolección de datos, se firmara un consentimiento informado a los sujetos de estudio (Anexo 1) realizando una breve explicación del estudio e indicando que la investigación es de carácter anónimo y confidencial.

Se aplicarán los instrumentos de estudio, sea a través de entrevista o como encuesta. Se permanecerá cerca al paciente para aclarar dudas y apoyar en el llenado de los instrumentos.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

a) Humanos

- Investigadora
- Asesor.

b) Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

La ficha de datos no requiere de validación por tratarse de un instrumento para recolectar información.

La escala de depresión geriátrica consta de 15 ítems con un patrón de respuesta dicotómico (sí o no), las cuales guardan la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación, además que, investiga síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, durante los últimos quince días. La sensibilidad del GDS fue del 92% y la especificidad fue del 89%. De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto indicaban depresión cuando se respondían negativamente. El puntaje de 0-4 se considera normal, 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa.

La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como la investigación clínica. En un estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo de GDS para la autocalificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ($r = 0.84$, $p < 0.001$)¹⁹

El índice de actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton-Brody es un test que evalúa la capacidad de realizar actividades cotidianas; es ampliamente utilizado en la valoración geriátrica.

¹⁹ Lenore Kurlowicz, PhD, RN, CS, FAAN, University of Pennsylvania School of Nursing y Sherry A. Greenberg, MSN, GNP-BC, Hartford Institute for Geriatric Nursing, NYU College of Nursing, Geriatric Depression Scale, 2007

El índice de percepción de la función familiar FF-SIL creado en Cuba por Isabel Lauro Bernal; consta de una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, son un total de 14, 2 por cada una de las 7 variables que mide el instrumento.

Variable que mide	N. de situaciones
Cohesión	1 y 8
Armonía	2 y 13
Comunicación	5 y 11
Permeabilidad	7 y 12
Afectividad	4 y 14
Roles	3 y 9
Adaptabilidad	6 y 10

De cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas que a su vez tienen una escala de puntos.

Escala Cualitativa	Escala Cuantitativa
Casi nunca	1 puntos
Pocas Veces	2 puntos
A veces	3 puntos
Muchas Veces	4 puntos
Casi siempre	5 puntos

Cada situación que responda el usuario mediante un aspa X en la escala de valores cualitativos, según su percepción como miembro familiar. Al finalizar se suma los puntos lo cual corresponde a una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar.

Familia funcional	De 70 a 57 puntos
Familia moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Familia disfuncional	De 42 a 28 puntos
Familia severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en las fichas de investigación serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribirán los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz se diseñará en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

c) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizará mediante el cálculo del chi cuadrado. La asociación de las variables sociofamiliares a la depresión se valorará mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2016 y el paquete SPSSv.22.0.

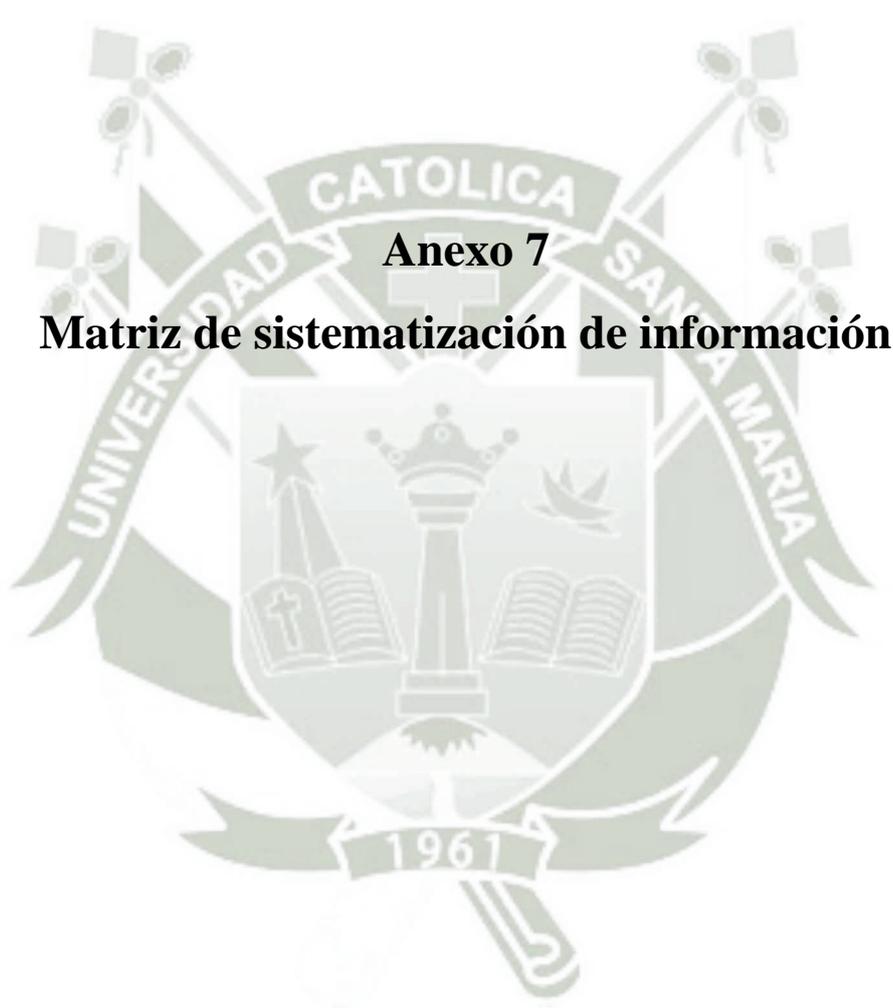
IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Diciembre 17				Enero 18				Febrero 18				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1. Elección del tema													
2. Revisión bibliográfica													
3. Aprobación del proyecto													
4. Ejecución													
5. Análisis e interpretación													
6. Informe final													

Fecha de inicio: 01 de Diciembre 2017

Fecha probable de término: 10 de Febrero 2018





Anexo 7
Matriz de sistematización de información

N°	Edad	Cat edad	Sexo	Comorbilidad	Polifarmacia	E civil	Instrucción	Puntaje funcional	Funcionalidad	Puntaje dependencia	Dependencia	Puntaje Yesavae	Depresión
1	71	70-79 a	Fem	Cáncer	Si	Viudo	Secundaria	49	Mod. Funcional	3	Grave	13	Severa
2	86	80-89 a	Fem	Cáncer	Si	Casado	lletrado	45	Mod. Funcional	5	Moderada	13	Severa
3	76	70-79 a	Mas	Ninguna	No	Soltero	Secundaria	54	Mod. Funcional	8	Autónomo	1	Normal
4	70	70-79 a	Mas	Diabetes	Si	Separado	lletrado	30	Disfuncional	2	Grave	13	Severa
5	79	70-79 a	Mas	Diabetes, colelitiasis	Si	Casado	Primaria	38	Disfuncional	7	Leve	7	Leve
6	65	60-69 a	Mas	Hipertensión	Si	Viudo	Superior	48	Mod. Funcional	8	Autónomo	1	Normal
7	65	60-69 a	Fem	Osteopenia	Si	Soltero	Secundaria	61	Funcional	8	Autónomo	4	Normal
8	65	60-69 a	Mas	Ninguna	No	Soltero	Superior	30	Disfuncional	7	Leve	5	Leve
9	66	60-69 a	Fem	Gastritis, AR	Si	Soltero	Superior	48	Mod. Funcional	8	Autónomo	7	Leve
10	86	80-89 a	Fem	Gastritis, AR	No	Viudo	Primaria	52	Mod. Funcional	5	Moderada	13	Severa
11	85	80-89 a	Mas	Hipertensión	Si	Conviviente	Primaria	51	Mod. Funcional	8	Autónomo	4	Normal
12	70	70-79 a	Mas	Ninguna	No	Viudo	lletrado	55	Mod. Funcional	0	Dependencia total	7	Leve
13	70	70-79 a	Fem	Ninguna	No	Viudo	Primaria	47	Mod. Funcional	8	Autónomo	9	Moderada
14	66	60-69 a	Fem	Hipertensión	Si	Viudo	lletrado	49	Mod. Funcional	5	Moderada	5	Leve
15	69	60-69 a	Mas	Cirugía	No	Casado	Primaria	41	Disfuncional	6	Leve	5	Leve
16	73	70-79 a	Fem	Diabetes	Si	Casado	lletrado	44	Mod. Funcional	8	Autónomo	3	Normal
17	66	60-69 a	Fem	Artritis	Si	Casado	Primaria	48	Mod. Funcional	5	Moderada	6	Leve
18	66	60-69 a	Fem	Ninguna	No	Separado	Secundaria	53	Mod. Funcional	7	Leve	7	Leve
19	69	60-69 a	Fem	Ninguna	Si	Casado	Primaria	53	Mod. Funcional	6	Leve	8	Leve
20	71	70-79 a	Fem	Artritis	No	Casado	Primaria	54	Mod. Funcional	7	Leve	10	Moderada
21	75	70-79 a	Fem	Hipertensión	Si	Casado	Secundaria	40	Disfuncional	6	Leve	8	Leve
22	72	70-79 a	Fem	Hipertensión	Si	Casado	Secundaria	38	Disfuncional	7	Leve	9	Moderada
23	71	70-79 a	Mas	Insuf renal	Si	Casado	Primaria	36	Disfuncional	4	Moderada	4	Normal
24	68	60-69 a	Mas	Hipertensión, cirugía	Si	Casado	Primaria	51	Mod. Funcional	7	Leve	7	Leve
25	68	60-69 a	Fem	Cirugía	No	Separado	Primaria	35	Disfuncional	6	Leve	5	Leve

N°	Edad	Cat edad	Sexo	Comorbilidad	Polifarmacia	E civil	Instrucción	Puntaje funcional	Funcionalidad	Puntaje dependencia	Dependencia	Puntaje Yesavae	Depresión
26	74	70-79 a	Mas	Ninguna	No	Casado	Secundaria	46	Mod. Funcional	5	Moderada	10	Moderada
27	88	80-89 a	Fem	Hipertensión	Si	Viudo	Primaria	47	Mod. Funcional	8	Autónomo	6	Leve
28	68	60-69 a	Fem	Diabetes	No	Separado	Secundaria	48	Mod. Funcional	7	Leve	3	Normal
29	72	70-79 a	Fem	Hipertensión	Si	Casado	Primaria	47	Mod. Funcional	5	Moderada	4	Normal
30	80	80-89 a	Mas	Hipertensión	Si	Viudo	lletrado	47	Mod. Funcional	3	Grave	8	Leve
31	82	80-89 a	Fem	Hipertensión	Si	Casado	Secundaria	51	Mod. Funcional	5	Moderada	3	Normal
32	68	60-69 a	Fem	Ninguna	No	Casado	Primaria	47	Mod. Funcional	5	Moderada	4	Normal
33	69	60-69 a	Fem	Hipertensión	Si	Conviviente	Primaria	47	Mod. Funcional	5	Moderada	3	Normal
34	68	60-69 a	Fem	Ninguna	Si	Conviviente	Primaria	45	Mod. Funcional	6	Leve	5	Leve
35	81	80-89 a	Fem	Hipertensión	Si	Viudo	Primaria	55	Mod. Funcional	5	Moderada	5	Leve
36	71	70-79 a	Fem	Diabetes	Si	Conviviente	Secundaria	49	Mod. Funcional	7	Leve	7	Leve
37	65	60-69 a	Fem	Artritis	Si	Casado	Primaria	56	Mod. Funcional	5	Moderada	6	Leve
38	72	70-79 a	Fem	Diabetes	No	Viudo	Secundaria	37	Disfuncional	4	Moderada	4	Normal
39	76	70-79 a	Fem	Cirugia	No	Casado	Secundaria	54	Mod. Funcional	6	Leve	7	Leve
40	65	60-69 a	Fem	Artritis	Si	Casado	Secundaria	48	Mod. Funcional	7	Leve	4	Normal
41	67	60-69 a	Mas	Hipertensión	Si	Casado	Secundaria	54	Mod. Funcional	7	Leve	4	Normal
42	87	80-89 a	Fem	Artritis	No	Separado	Primaria	46	Mod. Funcional	5	Moderada	5	Leve
43	69	60-69 a	Fem	Diabetes	Si	Conviviente	Primaria	48	Mod. Funcional	5	Moderada	8	Leve
44	74	70-79 a	Mas	Hipertensión	Si	Casado	lletrado	38	Disfuncional	5	Moderada	7	Leve
45	68	60-69 a	Fem	Hipertensión	Si	Separado	Primaria	47	Mod. Funcional	5	Moderada	3	Normal
46	66	60-69 a	Fem	Hipertensión	Si	Casado	lletrado	47	Mod. Funcional	4	Moderada	4	Normal
47	69	60-69 a	Fem	Cirugia	Si	Conviviente	Secundaria	45	Mod. Funcional	8	Autónomo	7	Leve
48	72	70-79 a	Fem	Cirugia	No	Casado	Secundaria	52	Mod. Funcional	5	Moderada	7	Leve
49	82	80-89 a	Fem	Ninguna	No	Separado	Primaria	47	Mod. Funcional	5	Moderada	4	Normal
50	73	70-79 a	Mas	Cirugia	No	Casado	lletrado	47	Mod. Funcional	8	Autónomo	3	Normal

N°	Edad	Cat edad	Sexo	Comorbilidad	Polifarmacia	E civil	Instrucción	Puntaje funcional	Funcionalidad	Puntaje dependencia	Dependencia	Puntaje Yesavae	Depresión
51	88	80-89 a	Mas	Hipertensión	Si	Viudo	Primaria	64	Funcional	4	Moderada	10	Moderada
52	72	70-79 a	Mas	Artritis	Si	Casado	Primaria	55	Mod. Funcional	3	Grave	5	Leve
53	66	60-69 a	Fem	Ninguna	No	Casado	Secundaria	45	Mod. Funcional	5	Moderada	8	Leve
54	71	70-79 a	Fem	Diabetes	Si	Soltero	Secundaria	45	Mod. Funcional	4	Moderada	6	Leve
55	72	70-79 a	Fem	Cirugia	Si	Separado	Primaria	47	Mod. Funcional	8	Autónomo	2	Normal
56	69	60-69 a	Mas	Hipertensión	Si	Viudo	Secundaria	58	Funcional	8	Autónomo	5	Leve
57	82	80-89 a	Fem	Insuf renal	No	Casado	-	56	Mod. Funcional	5	Moderada	5	Leve
58	75	70-79 a	Fem	Cirugia	No	Separado	-	54	Mod. Funcional	6	Leve	3	Normal
59	87	80-89 a	Fem	Cirrosis	No	Casado	Primaria	50	Mod. Funcional	6	Leve	5	Leve
60	85	80-89 a	Fem	Hipertensión	Si	Viudo	lletrado	47	Mod. Funcional	8	Autónomo	6	Leve
61	86	80-89 a	Fem	Cirugia	No	Viudo	Primaria	44	Mod. Funcional	8	Autónomo	4	Normal
62	83	80-89 a	Mas	Diabetes	Si	Casado	Primaria	50	Mod. Funcional	6	Leve	5	Leve
63	74	70-79 a	Mas	Diabetes, prostata	Si	Casado	Primaria	44	Mod. Funcional	5	Moderada	7	Leve
64	80	80-89 a	Mas	Insuf renal	Si	Casado	Primaria	45	Mod. Funcional	8	Autónomo	2	Normal
65	74	70-79 a	Mas	Insuf cardiaca	Si	Casado	Primaria	41	Disfuncional	1	Dependencia total	15	Severa
66	72	70-79 a	Fem	Insuf respiratoria	No	Casado	lletrado	36	Disfuncional	1	Dependencia total	15	Severa
67	66	60-69 a	Mas	Hipotiroidismo	No	Soltero	Superior	69	Funcional	8	Autónomo	2	Normal
68	73	70-79 a	Mas	Ninguna	No	Casado	Superior	48	Mod. Funcional	8	Autónomo	3	Normal
69	76	70-79 a	Mas	Artritis	No	Casado	Primaria	53	Mod. Funcional	4	Moderada	4	Normal
70	82	80-89 a	Mas	Cirugia	No	Viudo	lletrado	55	Mod. Funcional	5	Moderada	6	Leve
71	76	70-79 a	Fem	Diabetes	Si	Casado	Primaria	55	Mod. Funcional	5	Moderada	4	Normal
72	83	80-89 a	Fem	Diabetes	No	Separado	Secundaria	54	Mod. Funcional	6	Leve	4	Normal
73	67	60-69 a	Mas	Diabetes	Si	Casado	lletrado	59	Funcional	7	Leve	1	Normal
74	70	70-79 a	Mas	Ninguna	No	Casado	Primaria	47	Mod. Funcional	8	Autónomo	5	Leve
75	66	60-69 a	Fem	Hipertensión	Si	Separado	Primaria	47	Mod. Funcional	8	Autónomo	4	Normal

N°	Edad	Cat edad	Sexo	Comorbilidad	Polifarmacia	E civil	Instrucción	Puntaje funcional	Funcionalidad	Puntaje dependencia	Dependencia	Puntaje Yesavae	Depresión
76	67	60-69 a	Fem	Cirugia	No	Conviviente	lletrado	47	Mod. Funcional	5	Moderada	6	Leve
77	68	60-69 a	Fem	Insuf renal	Si	Conviviente	lletrado	52	Mod. Funcional	4	Moderada	5	Leve
78	75	70-79 a	Fem	Diabetes	si	Casado	Secundaria	49	Mod. Funcional	5	Moderada	7	Leve
79	89	80-89 a	Fem	Insuf cardiaca + renal, fibrosis pulmonar	Si	Viudo	lletrado	68	Funcional	0	Dependencia total	5	Leve
80	76	70-79 a	Mas	Ninguna	No	Conviviente	Primaria	30	Disfuncional	8	Autónomo	9	Moderada
81	65	60-69 a	Fem	Ninguna	No	Soltero	Superior	62	Funcional	8	Autónomo	11	Moderada
82	73	70-79 a	Mas	Hipertensión, HBP	Si	Viudo	Secundaria	50	Mod. Funcional	7	Leve	1	Normal
83	74	70-79 a	Fem	Ninguna	No	Casado	lletrado	44	Mod. Funcional	8	Autónomo	9	Moderada
84	77	70-79 a	Mas	Anemia	No	Viudo	Superior	51	Mod. Funcional	8	Autónomo	5	Leve
85	65	60-69 a	Fem	Ninguna	No	Casado	Primaria	46	Mod. Funcional	6	Leve	5	Leve
86	75	70-79 a	Fem	Ninguna	No	Casado	lletrado	44	Mod. Funcional	8	Autónomo	8	Leve
87	69	60-69 a	Mas	Colelitiasis	No	Casado	Primaria	51	Mod. Funcional	8	Autónomo	2	Normal
88	65	60-69 a	Fem	Hipertensión	No	Soltero	Primaria	50	Mod. Funcional	8	Autónomo	10	Moderada
89	64	60-69 a	Fem	Ninguna	No	Casado	lletrado	48	Mod. Funcional	8	Autónomo	5	Leve
90	80	80-89 a	Fem	Cáncer	Si	Viudo	Primaria	47	Mod. Funcional	5	Moderada	12	Severa
91	74	70-79 a	Mas	Ninguna	No	Casado	Primaria	67	Funcional	7	Leve	1	Normal
92	73	70-79 a	Fem	Cirrosis, osteoporosis	No	Viudo	lletrado	39	Disfuncional	7	Leve	8	Leve
93	76	70-79 a	Fem	Cirrosis	Si	Soltero	Secundaria	56	Mod. Funcional	6	Leve	4	Normal
94	74	70-79 a	Fem	Gastritis	No	Casado	Primaria	30	Disfuncional	8	Autónomo	3	Normal
95	97	90-99 a	Fem	Hipertensión, insuf renal, insuf respiratoria	Si	Casado	Primaria	51	Mod. Funcional	0	Dependencia total	7	Leve
96	65	60-69 a	Fem	Artritis, cirrosis, oestoporosis	Si	Soltero	Secundaria	29	Disfuncional	8	Autónomo	13	Severa
97	89	80-89 a	Fem	Hipertensión, insuf respiratoria	Si	Viudo	lletrado	55	Mod. Funcional	0	Dependencia total	6	Leve
98	76	70-79 a	Fem	Diabetes, insuf cardiaca	Si	Viudo	lletrado	31	Disfuncional	7	Leve	9	Moderada
99	74	70-79 a	Mas	Diabetes	Si	Casado	Primaria	66	Funcional	6	Leve	9	Moderada
100	70	70-79 a	Fem	Ninguna	No	Casado	Primaria	48	Mod. Funcional	8	Autónomo	3	Normal

N°	Edad	Cat edad	Sexo	Comorbilidad	Polifarmacia	E civil	Instrucción	Puntaje funcional	Funcionalidad	Puntaje dependencia	Dependencia	Puntaje Yesavae	Depresión
101	60	60-69 a	Fem	Hipertensión, diabetes	Si	Conviviente	Secundaria	55	Mod. Funcional	8	Autónomo	5	Leve
102	89	80-89 a	Fem	Hipertensión	Si	Viudo	lletrado	48	Mod. Funcional	0	Dependencia total	8	Leve
103	78	70-79 a	Mas	Hipertensión, Parkinson, HBP	Si	Casado	Primaria	51	Mod. Funcional	2	Grave	8	Leve
104	66	60-69 a	Fem	Ninguna	No	Viudo	Secundaria	67	Funcional	8	Autónomo	0	Normal
105	65	60-69 a	Mas	Cáncer	No	Casado	Secundaria	60	Funcional	8	Autónomo	4	Normal
106	72	70-79 a	Fem	Hipertensión, diabetes, cirugía	Si	Casado	lletrado	37	Disfuncional	5	Moderada	12	Severa
107	76	70-79 a	Mas	Hipertensión	Si	Separado	Primaria	52	Mod. Funcional	5	Moderada	7	Leve
108	71	70-79 a	Mas	Ninguna	No	Casado	Primaria	62	Funcional	8	Autónomo	4	Normal
109	89	80-89 a	Mas	Hipertensión	Si	Casado	Primaria	61	Funcional	8	Autónomo	2	Normal
110	70	70-79 a	Mas	Ninguna	No	Casado	Secundaria	60	Funcional	6	Leve	9	Moderada
111	68	60-69 a	Fem	Cirugía	No	Casado	Secundaria	60	Funcional	7	Leve	4	Normal
112	65	60-69 a	Fem	Cáncer	No	Soltero	Primaria	41	Disfuncional	8	Autónomo	9	Moderada
113	70	70-79 a	Fem	Cáncer	Si	Viudo	lletrado	36	Disfuncional	7	Leve	8	Leve
114	84	80-89 a	Fem	Aneurisma aortas	Si	Casado	lletrado	56	Mod. Funcional	1	Dependencia total	11	Moderada
115	94	90-99 a	Mas	Fibrosis pulmonar	Si	Casado	Secundaria	51	Mod. Funcional	0	Dependencia total	9	Moderada
116	72	70-79 a	Fem	Fibrosis pulmonar	Si	Soltero	Superior	44	Mod. Funcional	4	Moderada	2	Normal
117	92	90-99 a	Fem	Fx cadera	Si	Viudo	Primaria	61	Funcional	3	Grave	7	Leve
118	74	70-79 a	Fem	Hipertensión	Si	Soltero	Primaria	47	Mod. Funcional	6	Leve	10	Moderada
119	67	60-69 a	Fem	Cáncer	Si	Soltero	Primaria	40	Disfuncional	7	Leve	3	Normal
120	88	80-89 a	Fem	Cirugía	No	Viudo	Secundaria	52	Mod. Funcional	1	Dependencia total	12	Severa
121	70	70-79 a	Fem	Cáncer	No	Casado	lletrado	61	Funcional	0	Dependencia total	8	Leve
122	79	70-79 a	Mas	Insuf renal	Si	Soltero	Primaria	26	Severam. Disfuncional	0	Dependencia total	4	Normal
123	73	70-79 a	Mas	Diabetes	Si	Soltero	Secundaria	50	Mod. Funcional	8	Autónomo	5	Leve
124	65	60-69 a	Mas	Cirugía	No	Viudo	Primaria	50	Mod. Funcional	5	Moderada	4	Normal
125	68	60-69 a	Fem	Cáncer	Si	Casado	Primaria	54	Mod. Funcional	8	Autónomo	5	Leve

N°	Edad	Cat edad	Sexo	Comorbilidad	Polifarmacia	E civil	Instrucción	Puntaje funcional	Funcionalidad	Puntaje dependencia	Dependencia	Puntaje Yesavae	Depresión
126	66	60-69 a	Fem	Colelitiasis	Si	Casado	Secundaria	52	Mod. Funcional	7	Leve	3	Normal
127	86	80-89 a	Fem	Osteopenia	Si	Casado	Primaria	64	Funcional	3	Grave	2	Normal
128	65	60-69 a	Fem	Ninguna	No	Soltero	Secundaria	57	Funcional	7	Leve	0	Normal
129	71	70-79 a	Fem	Diabetes	Si	Casado	Primaria	46	Mod. Funcional	6	Leve	5	Leve
130	82	80-89 a	Mas	Diabetes	Si	Conviviente	lletrado	40	Disfuncional	5	Moderada	4	Normal
131	70	70-79 a	Mas	Cirugia	Si	Viudo	Primaria	35	Disfuncional	3	Grave	15	Severa
132	76	70-79 a	Mas	Ninguna	No	Soltero	Secundaria	51	Mod. Funcional	8	Autónomo	1	Normal
133	85	80-89 a	Mas	Anemia, insuf respiratoria	Si	Casado	Primaria	44	Mod. Funcional	4	Moderada	10	Moderada
134	72	70-79 a	Mas	Ninguna	No	Soltero	Superior	25	Severam. Disfuncional	8	Autónomo	3	Normal
135	78	70-79 a	Fem	Cáncer	No	Casado	lletrado	29	Disfuncional	7	Leve	13	Severa
136	74	70-79 a	Mas	Hipertensión, diabetes, cáncer, anemia	Si	Viudo	Superior	69	Funcional	3	Grave	2	Normal
137	69	60-69 a	Fem	Ninguna	No	Casado	Primaria	54	Mod. Funcional	8	Autónomo	3	Normal
138	65	60-69 a	Fem	Ninguna	No	Soltero	Secundaria	48	Mod. Funcional	8	Autónomo	7	Leve
139	70	70-79 a	Mas	Cáncer	Si	Casado	Secundaria	48	Mod. Funcional	7	Leve	2	Normal
140	74	70-79 a	Mas	Fibrosis pulmonar, gota	Si	Casado	Primaria	25	Severam. Disfuncional	0	Dependencia total	14	Severa
141	65	60-69 a	Mas	Insuf venosa	No	Viudo	Superior	58	Funcional	8	Autónomo	9	Moderada
142	70	70-79 a	Fem	Diabetes	No	Casado	Secundaria	46	Mod. Funcional	8	Autónomo	9	Moderada
143	69	60-69 a	Mas	Diabetes	No	Conviviente	Primaria	53	Mod. Funcional	8	Autónomo	5	Leve