

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS  
MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL  
MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DE PUNO 2017**

**TESIS**

**PRESENTADA POR:**

**GRECIA EVELYN LUQUE BARRIOS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**PUNO – PERÚ**

**2018**

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS  
MAYORES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL

MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DE PUNO 2017

PRESENTADO POR:

GRECIA EVELYN LUQUE BARRIOS



Fecha de sustentación: 13 de agosto del 2018

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADA POR:

PRESIDENTE:

  
Mtra. SILVIA DEA CURACA ARROYO

PRIMER MIEMBRO:

  
M. Sc. RICARDO DARIO NEYRA MENENDEZ

SEGUNDO MIEMBRO:

  
Mg. ZORAIDA NICOLASA RAMOS PINEDA

DIRECTOR / ASESOR:

  
M. Sc. CHRISTIAN WILLIAM JARA ZEBALLOS

Área : SALUD DEL ADULTO

Tema : ADULTO MAYOR

## DEDICATORIA

*Primero agradecer a todos los seres celestiales, que me han guiado por el buen camino, brindándome salud, protección y fuerza para seguir adelante y lograr todas mis metas.*

*A mi familia; mí querida Charito, mi madre, que es y será siempre el motivo de todo; a mi papito Feliz por ser muy a su manera mi impulso para ser mejor; a mi hermana Sharon que ha tomado la decisión de seguir mis pasos, espero no defraudarte.*

*A mi mamita Sabina y a todos mis tíos, gracias por nunca dejarme sola y apoyarme siempre; prometo devolverles con creces todo lo que invirtieron en mí.*

*A mi novio Gustavo por ser mí ayuda, fuerza y ánimo en los momentos en los que quería dejarlo todo.*

*Grecia Evelyn*

## AGRADECIMIENTOS

- A mi Alma Mater la Universidad Nacional del Altiplano Puno, por acogerme y darme la oportunidad de fortalecerme profesionalmente.
- A la facultad de Enfermería, a toda su plana docente y administrativa por impartir en mí no solo conocimientos teóricos y prácticos si no también enseñanzas que recodare toda mi vida.
- A los miembros del jurado calificador: Mtra. Silvia Dea Curaca Arroyo, M. Sc. Ricardo Dario Neyra Menendez, Mg. Zoraida Nicolasa Ramos Pineda; por los aportes y sugerencias brindadas para la culminación de la presente investigación.
- Con mucho cariño, respeto y gratitud al M. Sc. Christian William Jara Zeballos; asesor de tesis, por sus orientaciones, paciencia y buen humor siempre.
- A todas mis compañeras y compañeros por su motivación, ayuda desinteresada y sugerencias que sirvieron para la culminación de este trabajo de investigación.

*Grecia Evelyn*

## ÍNDICE GENERAL

INDICE GENERAL	
INDICE DE FIGURAS	
INDICE DE TABLAS	
ACRONIMOS	
RESUMEN .....	10
ABSTRACT.....	11
CAPITULO I .....	12
INTRODUCCIÓN .....	12
CAPITULO II.....	14
REVISIÓN DE LITERATURA .....	14
2.1. MARCO TEORICO CONCEPTUAL .....	14
2.1.1. DEFINICION: .....	14
2.1.2. SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL PERÚ: .....	14
2.1.3. DEFINICION DE DEPRESIÓN .....	15
2.1.4. EPIDEMIOLOGIA DE DEPRESIÓN: .....	15
2.1.5. NIVELES DE DEPRESIÓN: .....	15
2.1.6. DIAGNOSTICO .....	17
2.1.7. DEPRESIÓN EN ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO .....	19
2.1.8. DEPRESIÓN Y LA PATOLOGIA DE HOSPITALIZACION: .....	20
2.1.9. TEST DE DEPRESION DE YESAVAGE (GDS):.....	24
2.2. ANTECEDENTES .....	25
2.2.1. A NIVEL INTERNACIONAL:.....	25
2.2.2. A NIVEL NACIONAL:.....	25
2.2.3. A NIVEL LOCAL .....	27
CAPITULO III.....	28

MATERIALES Y MÉTODOS .....	28
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION: .....	28
3.2. UBICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN: .....	28
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	29
3.3.1 POBLACIÓN.....	29
3.3.2. MUESTRA .....	30
3.4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN .....	31
3.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	33
3.5.1. LA TÉCNICA.....	33
3.5.2. EL INSTRUMENTO .....	33
3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	35
3.6.1. CONSIDERACIONES ETICAS: .....	35
3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .....	36
CAPITULO IV .....	37
RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	37
4.2. RESULTADOS. ....	37
4.3. DISCUSIÓN .....	41
CONCLUSIONES .....	44
RECOMENDACIONES.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	46
ANEXOS .....	50

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Fotografía del frontis del HRMNB – Fuente: Wikipedia..... 29

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 : Nivel de Depresión en adultos mayores del servicio de Medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno 2017 .....	37
Tabla 2: Nivel de depresión de adultos mayores del servicio de medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno 2017 según patología de hospitalización.....	38
Tabla 3: Nivel de depresión en adultos mayores del servicio de Medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2017 según características personales. ....	39

## ACRÓNIMOS

<b>OMS</b>	: Organización Mundial de la Salud
<b>INEI</b>	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
<b>DSMV – TR</b>	: Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ta edición
<b>EDM</b>	: Episodio Depresivo Mayor
<b>EPOC</b>	: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
<b>TBC</b>	: Tuberculosis
<b>HTA</b>	: Hipertensión Arterial
<b>IRC</b>	: Insuficiencia Renal Crónica
<b>DM</b>	: Diabetes Mellitus
<b>HRMNB</b>	: Hospital Regional Manuel Núñez Butrón
<b>OPS</b>	: Organización Panamericana de la Salud

## RESUMEN

La depresión es un problema con una alta prevalencia a nivel mundial, que está presente en adultos mayores hospitalizados, aumentando su morbilidad, uso de medicamentos, tiempo de estancia hospitalaria, costos en la recuperación y rehabilitación. Es así que se realiza esta investigación, con el objetivo de determinar las características personales y el nivel de depresión de un adulto mayor del servicio de medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno. El tipo y diseño de investigación fue descriptivo simple; la población estuvo constituida de 461 hospitalizados y la muestra por 80 adultos mayores de 60 años del servicio de medicina; la técnica empleada fue la entrevista, se utilizó como instrumento la escala geriátrica de depresión de Yesavage, el test abreviado de 15 preguntas dicotómicas que responde a como se sintió el adulto mayor en la última semana; siendo propicio para casos de hospitalización, clasificando el nivel de depresión en: sin depresión, depresión leve y depresión severa. Se encontró que el nivel de depresión de los adultos mayores es leve con 50% seguido de depresión severa con 45%; se identificó nivel de depresión leve con 23.75% para adultos mayores con patologías respiratorias; el nivel de depresión es severa para la edad comprendida entre 70 y 79 años, depresión leve para el sexo femenino, depresión leve en casados y depresión severa en adultos mayores con grado de instrucción primaria.

**Palabras clave:** Adulto mayor, depresión, hospitalización.

## ABSTRACT

Depression is a problem with a high prevalence worldwide, which is present in hospitalized older adults, increasing their morbidity, use of medications, length of hospital stay, recovery costs and rehabilitation. This is how this research is carried out, with the objective of determining the personal characteristics and level of depression of an older adult in the medical service of the Manuel Núñez Butrón Regional Hospital in Puno. The type and design of the research was simple descriptive; the population consisted of 461 hospitalized and the sample by 80 adults over 60 years of medical service; the technique used was the interview, the Yesavage geriatric depression scale was used as an instrument, the abbreviated test of 15 dichotomous questions that responds to how the older adult felt in the last week; being suitable for cases of hospitalization, classifying the level of depression in: without depression, mild depression and severe depression. It was found that the level of depression in older adults is mild with 50% followed by severe depression with 45%; a level of mild depression was identified with 23.75% for older adults with respiratory pathologies; the level of depression is severe for the age between 70 and 79 years, mild depression for the female sex, mild depression in married and severe depression in older adults with primary education.

**Key words:** Elderly adult, depression, hospitalization.

## CAPITULO I

### INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. Para 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto a 2015.(1)

Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%. En 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos.(2)

La etapa del adulto mayor se sitúa como la última de la vida del ser humano, punto en donde el desarrollo se detiene y los seres humanos tienen como perspectiva el fin de la vida; proceso durante el cual ocurren cambios paulatinos que van haciendo consciente al individuo de que está envejeciendo, no sólo se presentan modificaciones en torno a su salud y al aspecto físico, también se dan en cuanto a la forma de percibir y expresar emociones, afectando su autopercepción y autovaloración, así como en el lugar que se ocupa y el rol que desempeña dentro del medio en el que la persona se desenvuelve. Será entonces cuando hablamos de vejez. (3)

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en esta etapa de vida; las enfermedades toman un gran papel, el 82,5% de la población adulta mayor femenina presentó algún problema de salud crónico. En la población masculina, este problema de salud afecta al 71,9%, habiendo 10,6 puntos porcentuales de diferencia entre ambos. Por otro lado, las mujeres del área urbana 85,0% son las que más padecen de problemas de salud crónica, en tanto que en el área rural y Lima Metropolitana son el 80,6% y 80,2% respectivamente. En todos los ámbitos geográficos, menor proporción de hombres que de mujeres adultas mayores padecen de problemas de salud crónicos.(4)

La concurrencia de patología física y psiquiátrica como depresión puede complicar el diagnóstico, la evolución y el tratamiento de los pacientes. Esto ha llevado a investigar el efecto de esta comorbilidad, determinándose que estos pacientes sufren de mayores niveles de discapacidad y sus costos de atención resultan más altos: permanecen hospitalizados por más tiempo, presentan con mayor frecuencia rehospitalizaciones,

demandan más tiempo profesional y su respuesta a los tratamientos parece ser menos satisfactoria. (5)

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, su prevalencia en este grupo de edad es de 15 a 20 % en la población ambulatoria, pero se incrementa de 25 a 40 % en la hospitalizada; predomina en el sexo femenino y la incidencia de casos nuevos es de 13 % por año. (6)

Lo que se espera hallar con este estudio es el nivel de depresión en adultos mayores hospitalizados ya que no se cuenta con muchos estudios que analicen esto, siendo la depresión, en la mayoría de los casos de hospitalización, pasada a segundo plano o directamente no considerada, si se tomará a la depresión como un problema relevante en la hospitalización, se podría mitigar las complicaciones y generar menor estancia hospitalaria y por ende un tratamiento integral. .

Los resultados obtenidos servirán para tener un sustento acerca de cuál es el nivel de depresión presente en los adultos mayores hospitalizados y cuál es la patología que más los afecta, además serán un aporte a la ciencia en el área de psiquiatría y la salud mental, porque se describirá el nivel de depresión según características personales como la edad, el sexo, el estado civil y el grado de instrucción

Tomando en cuenta las consideraciones planteadas, en el presente trabajo de investigación se formularon los siguientes objetivos:

**a) Objetivo General:**

- Determinar las características personales y el nivel de depresión de adultos mayores del servicio de Medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno – 2017

**b) Objetivos Específicos:**

- Identificar el nivel de depresión en adultos mayores hospitalizados según su patología.
- Identificar el nivel de depresión en adultos mayores hospitalizados según sus características personales: edad, sexo, grado de instrucción y estado social.

## CAPITULO II

### REVISIÓN DE LITERATURA

#### 2.1. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

##### 2.1.1. DEFINICION:

El marco conceptual que sustenta el Plan Nacional Para las Personas Adultas Mayores (PLANPAM 2013 - 2017) se basa en una concepción del envejecimiento como proceso, que se inicia con el nacimiento de las personas y que en sí mismo constituye uno de los mayores logros de la humanidad. En este sentido, de acuerdo a nuestra legislación y desde el punto de vista cronológico de la vejez, se entiende por persona adulta mayor a aquella que tenga 60 o más años de edad. (7)

##### 2.1.2. SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL PERÚ:

Como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en el país, la estructura por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos. En la década de los años cincuenta, la estructura de la población peruana estaba compuesta básicamente por niños/ as; así de cada 100 personas 42 eran menores de 15 años de edad; en el año 2017 son menores de 15 años 27 de cada 100 habitantes. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 10,1% en el año 2017. (8)

El porcentaje de adultos mayores está aumentando en todo el mundo y el Perú no es indiferente a esto; con respecto a la población adulta mayor por departamento, Moquegua y Arequipa tienen los más altos porcentajes 10,6% cada uno, seguido de Lima y la Provincia Constitucional del Callao con 10,4% cada uno, Ica y Lambayeque con 10,0% cada uno, Áncash con 9,9% y Puno con 9,1%. En el otro extremo se encuentran Madre de Dios con 4,8% y Loreto con 6,2%.

Asimismo, las personas octogenarias superan la cifra de 334 mil y la mayoría son mujeres 58,4% son analfabetas, siendo 3,6 veces más alta que en sus pares los hombres 6,8%. Esta situación es más notoria en el área rural, donde el 40,5% de la población adulta mayor es analfabeta, siendo la incidencia del analfabetismo de 60,9% en las adultas mayores, que equivale a casi tres veces la tasa de analfabetismo de los hombres adultos mayores 20,6%.

La mayor proporción de personas de 60 y más años de edad, con algún tipo de problema de salud, no asistió a un establecimiento para atenderse porque no lo consideró necesario, u optó por remedios caseros, o se auto recetó 71,3%. Casi la cuarta parte 23,0% no acudió a un establecimiento de salud porque le queda lejos, o no le genera confianza o se demoran en la atención.(9)

### **2.1.3. DEFINICION DE DEPRESIÓN**

La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia), cansancio o fatiga, que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren. (10)

### **2.1.4. EPIDEMIOLOGIA DE DEPRESIÓN:**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que la depresión afecta al 15% de las personas en la población, presentándose hasta en el 20% de los ancianos. Según las proyecciones de este organismo mundial, dentro de 20 años la depresión será la segunda causa de incapacidad en el mundo, después de las afecciones cardiovasculares, la prevalencia de la depresión aumenta en pacientes hospitalizados y aislados, en estos pacientes los niveles de síntomas depresivos pueden llegar hasta un 50%, también la prevalencia aumenta en ancianos que viven en asilos (11). La depresión es el trastorno mental más frecuente en el país, se estima que 1'700,000 personas la padecen en el Perú, y aunque el número de casos no deja de crecer en todas las edades, la mayor parte de la población no la ubica como un problema grave, pese a que sus efectos pueden ir desde el daño neuronal hasta la muerte a causa del suicidio (12). Se ha observado que este trastorno se presenta con mayor frecuencia en mujeres, en una relación de 1:2 en comparación con los hombres (13).

### **2.1.5. NIVELES DE DEPRESIÓN:**

- **Sin depresión o normal:** Corresponden a personas normales, que no presentan los síntomas depresivos.

- **Depresión leve:** Este tipo de depresión representa una alteración más problemática. Los síntomas incluyen: sentimientos de tristeza, rechazo, impotencia desesperanza, perspectiva desalentadora y pesimista; baja autoestima, dificultad para experimentar placer en actividades, movimientos físicos lentos (por ejemplo retardo psicomotor), postura decaída, posible uso de sustancias, tal vez comportamiento autodestructivo; menor interés en la higiene y arreglo personal, alteraciones del sueño, disminución de libido; dolor de cabeza, dolor de espalda, dolor de pecho, dolor abdominal, fatiga y apatía, procesos de pensamiento retardado, verbalizaciones limitadas, tal vez recriminaciones por fracasos o excusas, dificultad para concentrarse o dirigir la atención, pensamientos obsesivos, repetitivos y negativas, aislamiento social con enfoque en él mismo; los sentimientos mejoran por la mañana y van empeorando conforme el día avanza, esto puede relacionarse con la variación diurna en la concentración de neurotransmisores que afectan el ánimo y el grado de actividad.
- **Depresión Severa.** Con este nivel de depresión los síntomas incluyen: sentimientos de desesperación total, desesperanza y minusvalía; afecto indiferente (sin cambios) en apariencia carente de tono afectivo; sentimientos prevalentes de vacío, soledad, tristeza, no hay higiene ni arreglo personal; el aislamiento social es común; sin inclinaciones a interactuar con los demás, ideas delirantes planes o actos suicidas, produciendo un deterioro significativo del paciente a nivel laboral, familiar y en cuanto al disfrute de su vida, con respecto a su funcionamiento habitual. (14)

El nivel significativo cualitativo en general es intenso, así como la cantidad de síntomas en la mayor parte del tiempo. Aquí el tratamiento farmacológico es imperativo. En general el grado de intromisión en la vida del paciente del trastorno es muy alto, lo mismo que en la enfermedad y el tratamiento, si no hay riesgo suicida el paciente puede ser manejado en casa siempre que se garantice el cumplimiento del tratamiento. La psicoterapia se intensifica cuando el funcionamiento social esta trastornado o prácticamente suprimido y presenta marcada incapacidad funcional. (15)

### 2.1.6. DIAGNOSTICO

Para diagnosticar depresión como Estado Depresivo Mayor (EDM), se basa en la clínica donde la tristeza, la pérdida de interés y la falta de energía son los síntomas más característicos. Primero, es necesario descartar una patología médica que se manifieste como un síndrome depresivo. En segundo lugar, hay que pensar en la depresión cuando algunos síntomas enmascaran el trastorno afectivo, como la seudodemencia depresiva del anciano, los «equivalentes depresivos» (síntomas somáticos como algias, molestias gastrointestinales) y cuando aparecen conductas secundarias a la depresión (consumo de alcohol, oposicionismo en adolescentes). En tercer lugar hay que considerar los errores por exceso, por la utilización excesiva del término «depresión», que a veces se usa indiscriminadamente para designar un síntoma, un síndrome o una enfermedad; así sucede, por ejemplo, al diagnosticar depresión en casos que, en realidad, son trastornos de ansiedad (16).

Los criterios diagnósticos de depresión, tanto en la clínica como en los estudios de investigación que más se utiliza en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSMV-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría son:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los siguientes síntomas es “1” estado de ánimo depresivo o “2” pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco e hipomaniaco. Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maniaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

F. Para distinguir el duelo de un episodio de depresión mayor (EDM), es útil tener en cuenta que en el duelo el afecto predominante es el sentimiento de vacío y pérdida, mientras que en un EDM es el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de esperar felicidad o placer.

La disforia en el duelo probablemente disminuye de intensidad en días o semanas y se produce en oleadas, las denominadas punzadas del duelo. Estas oleadas tienden a asociarse a pensamientos o recuerdos del difunto. El estado de ánimo deprimido de un EDM es más persistente y no se asocia a pensamientos o preocupaciones específicos. El dolor del duelo puede ir acompañado de humor y emociones positivas que no son

característicos de la intensa infelicidad y miseria que caracteriza a un EDM. El contenido de los pensamientos asociados al duelo generalmente presenta preocupación vinculada a pensamientos y recuerdos del difunto, y no la autocrítica o la rumiación pesimista que se observa en un EDM. En el duelo, la autoestima por lo general se conserva, mientras que en un EDM son frecuentes los sentimientos de no valer para nada y de desprecio por uno mismo. Si en el duelo existen ideas de autoanulación, implican típicamente la percepción de haber fallado al difunto (p. ej., no haberlo visitado con más frecuencia, no decirle lo mucho que lo quería). Si un individuo en duelo piensa en la muerte y en el hecho de morir, estos pensamientos se centran por lo general en el difunto y posiblemente en "reunirse" con él, mientras que en un EDM estos pensamientos se centran en poner fin a la propia vida debido al sentimiento de inutilidad, de no ser digno de vivir o de ser incapaz de hacer frente al dolor de la depresión. (17)

### **2.1.7. DEPRESIÓN EN ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO**

Es característico de las personas mayores el quejarse menos de estar deprimidos y en lugar expresan gran malestar por síntomas corporales con frecuencia asociados a una preocupación constante sobre la posibilidad de tener una enfermedad, aun cuando el médico no tenga indicios para sospechar ninguna. Probablemente, la razón para esto es que muchas personas mayores han sido educadas para no molestar a los médicos con otros problemas que no sean quejas físicas. Intente aceptar las explicaciones del médico de que la causa real de los síntomas es un trastorno emocional. El insistir en análisis y pruebas diagnósticas que se necesitan únicamente retrasará el comienzo del tratamiento.

En ocasiones, se puede tener una enfermedad física que aunque no haya cambiado realmente mucho si parece causarle mayor malestar del habitual. Esto también puede ser un signo de que está desarrollando una depresión. El tratar la depresión subyacente por supuesto no eliminará el trastorno físico pero si hará que éste sea mucho más llevadero. (18)

Algunos estudios indican que aproximadamente la tercera parte de los pacientes que precisan hospitalización por patología médica presentan Trastornos depresivos, muchas veces con sintomatología ansiosa, y el 25% de estos pacientes son susceptibles de un diagnóstico de Depresión Mayor o en cualquier caso de un Trastorno Adaptativo con sintomatología depresiva de intensidad severa (19).

La enfermedad y la hospitalización son consideradas dos circunstancias de la vida que significan una fuerte carga de ansiedad y estrés, por los cambios que implican. Existen factores psicosociales que influyen en las respuestas de las personas ante la enfermedad y hospitalización dentro de los cuales podemos mencionar los siguientes:

- Factores personales: tiene que ver con la edad, el sexo, lugar de procedencia, grado de instrucción, ocupación.
- Factores socioculturales: incluye, respuesta de la familia; factores relacionados con la hospitalización: las condiciones asistenciales y terapéuticas, la sala, la atención del equipo de salud, preparación psicológica del paciente.
- Factores relacionados con el tipo de enfermedad:, la imagen corporal y las medidas terapéuticas

Los mecanismos fisiopatológicos que provocan la depresión alteran la respuesta del sistema inmune disminuyendo su eficiencia y, de esta manera, hacen que el paciente sea más vulnerable a la enfermedad; Igualmente podemos mencionar los efectos secundarios del poli tratamiento al que son sometidos los pacientes Adultos Mayores. (20)

La concurrencia de patología física y psiquiátrica como depresión puede complicar el diagnóstico, la evolución y el tratamiento de los pacientes. Esto ha llevado a investigar el efecto de esta comorbilidad, determinándose que estos pacientes sufren de mayores niveles de discapacidad y sus costos de atención resultan más altos: permanecen hospitalizados por más tiempo, presentan con mayor frecuencia rehospitalizaciones, demandan más tiempo profesional y su respuesta a los tratamientos parece ser menos satisfactoria. (5)

### **2.1.8. DEPRESIÓN Y LA PATOLOGIA DE HOSPITALIZACION:**

#### **- PATOLOGIAS RESPIRATORIAS:**

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), está asociada a la presencia de déficits cognitivos y trastornos mentales, especialmente de tipo ansioso-depresivo. Ello es comprensible, ya que las dificultades para respirar generan ansiedad, y como la situación es persistente, puede manifestarse no solo como ansiedad generalizada, sino incluso como auténticos trastornos de pánico. También es fácilmente entendible que los

pacientes con una enfermedad crónica puedan presentar cogniciones negativas u otros síntomas depresivos que acaben desembocando en un auténtico trastorno de este tipo. Sin embargo, no está totalmente dilucidada la relación entre la EPOC y padecer depresión o su gravedad. Hay diversos estudios en que se observa una gran prevalencia de síntomas o trastornos depresivos en pacientes con EPOC, aunque se han dado cifras muy variables, que oscilan entre el 6 y el 75%. Estas variaciones pueden ser debidas a la variabilidad de las distintas poblaciones estudiadas y/o a los diversos instrumentos utilizados, ya que en algunos casos se valoraban los síntomas de depresión y en otros se restringían a la presencia de cuadros depresivos bien establecidos (21)

Tuberculosis (TBC), a pesar de existir planes operativos y estrategias bien definidas en los aspectos biomédicos para el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad altamente contagiosa, nos encontramos con otro aspecto de la realidad con la que conviven estos pacientes como es la falta de diagnóstico y el desconocimiento de si tiene o no el enfermo un entorno familiar y social lo suficientemente que cumpla con su rol de soporte que le corresponde durante el tratamiento respectivo, según la categoría de ingreso, al programa, para sobrellevar un tratamiento duradero que va desde los 6 a 18 meses, y aún más en casos de multidrogoresistencia.

No es de sorprender, que aún no se reconozca la mayoría de los casos en que existe un trastorno depresivo, debido a que con frecuencia los pacientes deprimidos aquejan problemas físicos; por ejemplo un estudio en un nivel primario de atención se llegó a determinar que el 20% de los pacientes sufrían trastornos depresivos, mientras que solo en 1.2% citó la sensación de depresión en su estado de ánimo como la razón de su visita. Además que los muchos factores que encubre el trastorno depresivo, los médicos clínicos con frecuencia tienen alguna limitación por su propia formación profesional y por su enfoque práctico para reconocer la enfermedad depresiva, lo cual conduce a dar prioridad al tratamiento de síntomas somáticos, sin realizar un estudio exhaustivo en el área psicosocial (22).

## PATOLOGIAS CARDIACAS

Insuficiencia Cardíaca, la depresión es muy frecuente en los pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca, en particular es 3 o 4 veces más frecuente que en la población general de la misma edad. La prevalencia en los pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca varía del 11 al 77% según el instrumento diagnóstico utilizado, la gravedad de los síntomas depresivos y la edad, la salud física y estado funcional de los pacientes.

Los principales mecanismos que se asocian a insuficiencia cardíaca y depresión conocidos son dos: biológicos y psicosociales. En cuanto a los biológicos, hay evidencias de que la depresión y la insuficiencia cardíaca comparten cierta activación neurohormonal, trastornos del ritmo cardíaco, aumento de marcadores de inflamación, incluidos reactantes de fase aguda y también, aunque con menor grado de evidencia, algunas alteraciones de la coagulación, en particular activación plaquetaria. En cuanto a los mecanismos psicosociales, la depresión aumenta el riesgo de incumplimiento terapéutico y de bajo apoyo social, y ambos empeoran el pronóstico de la insuficiencia cardíaca (5).

Hipertensión Arterial (HTA), La prevalencia de depresión en pacientes coronarios ha sido ubicada entre 14% y 47%, siendo máxima en pacientes con angina inestable y aquellos en lista de espera para cirugía de revascularización miocárdica, situaciones ambas fuertemente estresantes. Además de la discapacidad directa producida por el conjunto de síntomas característicos de los padecimientos que lleva a la discriminación de los enfermos y sus familias, provocando un sufrimiento adicional al que produce la enfermedad misma. (23) Debido a que la esperanza de vida cada vez se prolonga más, se ha observado un incremento en la incidencia de pacientes con enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, por este motivo se realizó en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas un estudio observacional transversal de residentes de la colonia las Granjas en donde se encuestaron a 214 individuos mayores de 60 años, reportando una incidencia del 34.5% de depresión y 38.3% de hipertensión siendo más frecuente en el sexo femenino, así mismo fue importante la edad y la inactividad laboral como factores (24).

## **PATOLOGIAS RENALES**

Insuficiencia Renal Crónica (IRC), La depresión es la condición psicopatológica más común entre los pacientes con enfermedad renal terminal o insuficiencia renal crónica (IRC), aun así es poco diagnosticada y pasa desapercibida, esta puede ser tomada como una respuesta a la pérdida, sea esta real, anticipada o una fantasía, lo cual es común entre los pacientes que reciben algún tipo de terapia renal sustitutiva (25).

En cuanto a la comorbilidad insuficiencia renal crónica y depresión esta oscila entre 20% a 100%, esto es alarmante ya que los efectos psicológicos y somáticos de la depresión pueden complicar el curso de esta enfermedad, reducir la calidad de vida, reducir la motivación del auto cuidado y aumentar las tasas de hospitalización (26).

## **PATOLOGIAS NEOPLASICAS:**

Cáncer, las altas tasas de depresión en cáncer pueden deberse al estigma, temores, percepciones y síntomas asociados con la enfermedad. Para la mayoría de personas, el temor principal es morir de manera dolorosa; a esto se suma el temor de volverse incapaces y dependientes, tener alteraciones en su apariencia, experimentar cambios en las funciones de su cuerpo y perder la compañía de las personas allegadas. Todas estas respuestas normales ante una crisis de este tipo se asemejan a las descritas ante pérdidas (27).

La adaptación psicosocial al cáncer es un proceso continuo de ajuste de la persona a una variedad de estresores vitales relacionados con la enfermedad. Los indicadores de una adaptación exitosa incluyen el involucramiento activo y continuo en las actividades cotidianas, la habilidad para minimizar algunas alteraciones en los roles vitales y la capacidad de regular el malestar emocional (28).

Se considera que las personas con cáncer son vulnerables a la depresión porque su organismo experimenta alteraciones metabólicas y endocrinas a raíz de la enfermedad y el tratamiento que es debilitante, lo que modifica las respuestas inmunes y de dolor (29). La quimioterapia, terapia hormonal, inmunoterapia y la radioterapia se consideran como procedimientos invasivos que perturban la vida de los pacientes y les recuerda constantemente que tienen cáncer (30). Junto a esto, la inmunoterapia, basada en el uso

de citokinas, y la quimioterapia pueden inducir síntomas depresivos en los pacientes que están sometidos a estos tratamientos (31). Además, en estos tratamientos es usual que las personas tengan una serie de síntomas que causan malestar tales como fatiga, náuseas, vómitos y dolor (28).

## **PATOLOGIAS METABÓLICAS**

Diabetes Mellitus tipo 2, (DM), La diabetes es una enfermedad metabólica crónica y se ha demostrado que pacientes con este padecimiento presentan trastornos de adaptación y reacciones emocionales entre las que se destaca la depresión, la cual conlleva efectos adversos sobre el desempeño físico, social del paciente. Las personas con DM tipo 2 y depresión tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones metabólicas como son las enfermedades tanto micro como macro vasculares, aumentando así la mortalidad. Debido al efecto sinérgico que tienen estas dos enfermedades se ha demostrado que impactan negativamente en el estado de salud. Se relaciona con una baja adhesión a las diferentes actividades de autocuidado, sobre todo con respecto al control de la dieta y el auto-monitoreo de la glucosa. También hay que tomar en cuenta que, en las primeras etapas, posterior al diagnóstico, la persona estará confundida y con dificultad de poner en práctica toda la información brindada por el cuerpo médico, especialmente lo exigido para lograr el control de su enfermedad. Por esta situación se puede generar estados de tensión emocional, ansiedad, depresión, irritabilidad, sentimientos de culpa y auto reproches; creando así un ambiente de estrés lo que se convierte en un factor de riesgo para el control de la enfermedad (32).

### **2.1.9. TEST DE DEPRESION DE YESAVAGE (GDS):**

La GDS-15 consta de 15 ítems con un patrón de respuesta dicotómico (sí o no) que investiga síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, durante los últimos quince días. Excluye intencionalmente los síntomas depresivos somáticos, debido a la alta prevalencia en adultos mayores, que podrían limitar la validez del cuestionario. Se da un punto a cada respuesta sugestiva de un episodio depresivo. Para diligenciar esta escala se necesitan cinco minutos, en promedio. Una primera versión de la escala constaba de 30 ítems (GDS-30) (Yesavage & Brink, 1983)). Posteriormente, se publicó una versión más corta con 15 ítems (GDS-15) (Sheik & Yesavage, 1986) que ha mostrado su utilidad como instrumento de tamizaje en grandes poblaciones.

La GDS-15 muestra similar desempeño psicométrico en diferentes estudios, con valores de consistencia interna entre 0.76 y 0.89.

En adultos mayores hospitalizados, ambulatorios y asistentes a hogares de atención geriátrica, la GDS-15 mostró ser más simple y fácil de administrar; y requirió menor tiempo para ser ejecutada. (33). Los ítems de la escala se presentan en ANEXO A.

## **2.2. ANTECEDENTES**

### **2.2.1. A NIVEL INTERNACIONAL:**

En México, se realizó una investigación sobre la Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado 2007, con el objetivo de determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en adultos mayores de 65 años hospitalizados en el Hospital General de Zona 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Torreón – Coahuila, estudio descriptivo de corte transversal, se utilizaron las escalas de Yesavage para medir la depresión, de Katz y Lawton para la dependencia, y de Folstein, versión lobo para demencia, con los siguientes resultados: de una muestra de 320 personas, se encontró depresión en 50% y dependencia en 62% con la escala de Katz, y en 75% con la de Lawton y que existió asociación entre depresión y edad mayor de 80 años, mayor depresión en el sexo femenino con 59.11%, adultos mayores que viven solos con 68.29%, el 78.06% padecía de enfermedades crónico degenerativas y el 56.16% estaba hospitalizado en el servicio de Medicina Interna.(34)

### **2.2.2. A NIVEL NACIONAL:**

En Lima, se realizó una investigación sobre Apoyo Social y el grado de Depresión en pacientes Adultos de la Sala de Hospitalización del Hospital de Vitarte durante el Periodo Junio – Noviembre 2016, con el objetivo de determinar la asociación entre el apoyo social y el grado de depresión en pacientes adultos de las salas de hospitalización del Hospital Vitarte, es un estudio analítico transversal prospectivo, se utilizó el test de Zung y el cuestionario Duke Unc., con los siguientes resultados: de una muestra de 322 pacientes el 70.3% tenían depresión y un apoyo social bajo, el 92.4% de los pacientes con depresión recibían solo 1 o 2 visitas promedio al mes, el 82.2.% de pacientes con depresión son del sexo femenino, el 33.9% de los que si tenían depresión tenían 65 años a mas, el 61% eran viudos o solteros, 56.8% tenían primaria completa, el 42.4% no tenía ocupación alguna,

el 33.1% tenían comorbilidad con diabetes mellitus tipo 2, el 34.7% hipertensión arterial (35).

En Arequipa, se realizó un estudio sobre síntomas depresivos en enfermedades médicas crónicas en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Goyeneche en febrero 2018, con el objetivo de determinar la relación de los síntomas depresivos con enfermedades médicas crónicas que existe en los pacientes hospitalizados, es un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, de asociación no causal, con un muestreo no probabilístico, se utilizó la escala de Beck II para identificar síntomas depresivos, con los siguientes resultados: de una muestra de 60 pacientes el 28.3% presentan síntomas depresivos moderados seguido de 18.3 % con síntomas leves y graves, el 13.3% de los pacientes con síntomas depresivos tienen entre 61 y 75 años seguido de 16.7% entre 76 y 90 años y 3.3% de 90 a más, el 38.3% de pacientes con signos depresivos moderados son del sexo femenino seguido de un 13.3% en el sexo masculino, el 31.6% de los pacientes con síntomas depresivos tienen nivel primario, el 21.7% son solteros seguido de 18.3% casados, el 16.7% de los pacientes con síntomas depresivos tienen enfermedad crónica digestiva, 30% crónica endocrinológica, el 13.4% crónica respiratoria, el 8.4% crónica cardiológica, el 7% crónica neurológica, 1.7 crónica renal, el 3.3% tiene síndromes depresivos graves (28).

En Chiclayo, se realizó una investigación sobre frecuencia de depresión en pacientes hospitalizados en los servicios de cirugía y medicina del Hospital Regional Docente las Mercedes 2012, con el objetivo de determinar la incidencia de depresión en pacientes hospitalizados, es un estudio descriptivo cuantitativo de corte transversal, se utilizó la escala de Hamilton con los siguientes resultados: de una muestra de 138 pacientes, el 4.3% presentan depresión severa seguido de 27.5% con depresión moderada, 29.7% con depresión leve y 38.4% no presentaron depresión, el 9.1% de depresión severa para el sexo femenino, 36% depresión severa en viudos, 60% de depresión leve en analfabetos, el 57.7% de depresión moderada para personas de 60 años a más, 61.66% para pacientes con enfermedades crónicas, el 33% de hospitalizados tiene un familiar en primer grado con antecedentes de depresión (36).

### 2.2.3. A NIVEL LOCAL

En Puno, se realizó un estudio sobre terapia cognitivo conductual en la disminución de la depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, marzo – mayo 2017, con el objetivo de evidenciar la terapia cognitivo conductual en la disminución de la depresión en pacientes geriátricos, investigación de tipo experimental prospectivo de corte transversal explicativo, se utilizó la escala de depresión de Yesavage y la terapia cognitivo conductual, con los siguientes resultados: de una muestra de 104 pacientes geriátricos 81 que representa el 77.9% presentan depresión y de estos 81 el 58.0% son del sexo femenino, el mayor porcentaje de depresión se halló entre las edades de 60 – 69 años con 42% seguido de 32.1% con 70 – 79 años y de 80 a más con 25.9%, el 59.3% de pacientes deprimidos son analfabetos y no existieron pacientes con instrucción superior deprimidos, el 43.2% son casados, seguidos de 33.2% de viudos, el 61.7% dedicados a labores de hogar, 50.6% proviene del área urbana seguido de 49.4% proviene del área rural, el mayor porcentaje de pacientes con depresión es 27.2% con patologías respiratorias seguido de 24.7% con patologías renales, 11.1% con patologías cardiovasculares, 11.1% patologías gástricas, 11.1% con otros tipos de patologías, el 8.6% con patologías endocrinas, 3.7% patologías neurológicas y 2.5% con colagenopatias (37).

## CAPITULO III

### MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION:

El tipo y diseño de investigación fue descriptivo simple ya que permitió obtener información precisa sobre la variable de estudio en un espacio y tiempo determinado

#### 3.2. UBICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

Se realizó en el departamento de Puno, que se encuentra ubicado en la región sur este del Perú, en la frontera con Bolivia entre los 13000- 17018 y los 71008- 68050 de longitud oeste del meridiano de Greenwich, tiene una superficie de 72385.55 km<sup>2</sup>, según el censo de 2015, la población del departamento es 141,065 habitantes. (38)

El Hospital Regional Manuel Núñez Butrón (HRMNB), está ubicado en el barrio Victoria, distrito, provincia y departamento de Puno.

Límites:

- Por el Norte : Con el Jr. Ricardo Palma
- Por el Sur : Con el Jr. José Antonio Encinas
- Por el Este : Con la Av. Sol
- Por el Oeste : Con el Jr. Tacna

El Nosocomio brinda atención integral en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de los pacientes, dicho hospital está construido por un mono bloque de 3 pisos con 3 alas y dos pabellones anexos con una capacidad de 320 camas disponibles. Presta servicios al público en general en las áreas de ambulatoria, hospitalización y emergencia.

El servicio de medicina del HRMNB, cuenta con dos pabellones A y B que hacen referencia a medicina especialidades y medicina interna, con un total de 57 camas disponibles divididas en 10 ambientes, que prestan atención a la población puneña en especialidades como: Nefrología, neumología, cardiología, neurología, dermatología, psiquiatría, gastroenterología, unidad de diálisis y cuidados intermedios.



Figura 1: Fotografía del frontis del HRMNB – Fuente: Wikipedia.

### 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 3.3.1 POBLACIÓN

La población estuvo constituida por 461 adultos mayores hospitalizados en el Servicio de Medicina A y B del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno en el 2017.

#### **Adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina del HRMNB en el 2017.**

Servicio de Medicina	N° de AM
Enero	48
Febrero	24
Marzo	56
Abril	50
Mayo	43
Junio	35
Julio	43
Agosto	25
Septiembre	31
Octubre	37
Noviembre	33
Diciembre	36
<b>TOTAL</b>	<b>461</b>

Fuente: Unidad de Estadística del HRMNB – 2018

### 3.3.2. MUESTRA

La muestra se obtuvo mediante el muestreo no probabilístico. Se utilizó este tipo de muestreo puesto que nuestro número de pacientes es reducido. La muestra estuvo constituida por pacientes adultos mayores hospitalizados del servicio de Medicina del HRMNB que cumplieron los criterios de inclusión.

Se calculó el tamaño de la muestra con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N - 1) + Z^2pq}$$

#### Donde:

n: Muestra

N: Población

Z: nivel de confianza del 95% (1.96).

p: proporción de pacientes con depresión (0.5)

q: complemento de p (0.5)

d: precisión (0.1)

#### Reemplazando:

$$n = \frac{(461)(1.96^2)(0.5)(0.5)}{0.1^2(461 - 1) + (1.96^2)(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{442.7444}{4.6 + 0.9604}$$

$$n = \frac{442.7444}{5.5604}$$

$$n = 79.6246$$

Se consideró 80 adultos mayores hospitalizados.

#### a) Criterios de Inclusión:

- Pacientes que den su consentimiento informado
- Pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del hospital regional Manuel Núñez Butrón de Puno, por alguna enfermedad orgánica.

- Pacientes con capacidad cognitiva conservada.
- Pacientes con más de 24 horas de hospitalización.
- Pacientes mayores de 60 años.

**b) Criterios de Exclusión:**

- Pacientes con negativa de participar en el presente estudio
- Pacientes que no posean capacidad cognitiva conservada o que no estén en capacidad de que se les aplique el instrumento.
- Pacientes con tiempo de hospitalización igual o menor a 24 horas.
- Pacientes menores de 60 años.

**3.4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN**

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIA		ESCALA DE VALORACION
<b>DEPENDIENTE: Nivel de depresión</b>	1.¿Está usted satisfecho con su vida?	SI	NO	Sin depresión: 0 - 5 Depresión Leve: 6 - 10 Depresión Severa: 11 - 15
	2.¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	NO	
	3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO	
	4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	NO	
	5. ¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	SI	NO	
	6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SI	NO	
	7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO	

	8. ¿Se siente con Frecuencia desamparado?	SI	NO	
	9. ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SI	NO	
	10. ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	NO	
	11. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	SI	NO	
	12. ¿se siente inútil o despreciable como está Usted actualmente?	SI	NO	
	13. ¿Se siente lleno de energía?	SI	NO	
	14.¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	NO	
	15. ¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que usted?	SI	NO	
<b>INDEPENDIENTES Características personales</b>	Patología de hospitalización	Respiratorias Cardiacas Gástricas Renales Neurológicas Neoplásicas Metabólicas Otros	Cualitativa	

...van

...vienen

	Edad	60 – 69 años 70 – 79 años 80 – 89 años 90 años a más	Cuantitativa
	Sexo	Varón Mujer	Cualitativa
	Grado de Instrucción	Primaria Secundaria Superior Incompleto Superior Completo Sin Instrucción	Cualitativa
	Estado Civil	Soltero Casado Divorciado Viudo	Cualitativa

### 3.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 3.5.1. LA TÉCNICA

La técnica empleada fue la entrevista porque permitió a la tesista crear un ambiente grato para que el adulto mayor pueda acceder a participar en la investigación; la misma que duró en promedio 15 minutos en los cuales se pidió a los adultos mayores hospitalizados su participación en el llenado del instrumento y su consentimiento firmado.

#### 3.5.2. EL INSTRUMENTO

El instrumento que se utilizó fue la escala geriátrica de depresión de Yesavage (Test abreviado); aplicado a través de la entrevista que consistió en su primera parte de la presentación de la tesista solicitando la colaboración del adulto mayor en la investigación; seguido de 5 ítems correspondientes a las características personales del adulto mayor: edad, sexo, grado de instrucción, estado civil y la patología de hospitalización; el

instrumento es de auto reporte compuesto por 15 reactivos que miden la presencia de la sintomatología depresiva mediante preguntas directas, 10 de ellas miden la presencia de síntomas (“¿Siente que su vida está vacía?”), que son los ítems 3, 4, 5, 6, 7, 8,10,12,13,14; mientras que 5 son considerados ítems inversos que miden la perdida de interés (“¿En el fondo está satisfecho con su vida?”) que son ítems 1,2,9,11,15. Es una escala dicotómica en la que el entrevistado responde sí o no. El puntaje más bajo que se puede obtener es 0 y el más alto es 15, en dónde altas puntuaciones sugieren altos riesgos de presentar depresión. Existen evidencias de que el instrumento funciona adecuadamente como prueba de cribaje tomando en cuenta diferentes condiciones sociodemograficas, como nivel educativo y edad (39), Ver anexo A.

#### a) POBLACIÓN OBJETIVO

La Escala de Yesavage se utiliza cuando hay alguna indicación de alteración afectiva. Se ha utilizado extensamente en entornos comunitarios y de hospitalización

#### b) VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

En estudios en los Estados Unidos, se ha encontrado que la Escala de Yesavage tiene una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89% cuando se evalúa contra criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido apoyadas, tanto mediante la práctica como la investigación clínica.

#### c) PUNTOS FUERTES Y LIMITACIONES

La Escala de Yesavage no es un sustituto para una entrevista diagnóstica por profesionales de salud mental. Es una herramienta útil de detección en el entorno clínico para facilitar la evaluación de la depresión en los adultos mayores.

#### d) VALORACION DEL TEST:

La escala de depresión geriátrica – Test de Yesavage consta de 15 ítems con respuestas dicotómicas (sí/no), dentro de las cuales las respuestas son afirmativas los ítems 2,3,4,6,8,9,10,12,14 y 15, y negativas en los ítems 1,5,7,11,13 dichos ítems serán valorados de la siguiente manera:

Ítems (-) si = 0 No = 1

Ítems (+) si = 1 No = 0

La puntuación máxima es de 15 puntos, y la mínima, de 0 puntos. Los puntos de corte son los siguientes. (40)

### Niveles de Depresión según puntaje del Test de Yesavage

NIVELES DE DEPRESION	PUNTUACION
SIN DEPRESION O NORMAL	0 – 5
DEPRESION LEVE	6 – 10
DEPRESION SEVERA	11 – 15

Fuente: Modulo N°4 de evaluación del estado mental y emocional del adulto mayor OPS/OMS

### 3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- La recolección de datos se realizó de enero a marzo del 2018 previa autorización del departamento de investigación del HRMNB de Puno.
- Los adultos mayores fueron captados en el servicio de Medicina A y B del HRMNB de Puno.
- La captación de adultos mayores se realizó tres veces por semana, respetando su libre albedrio.
- La recolección de datos se realizó continuamente de 11 a.m a 8 p.m por la tesista.
- Antes de aplicar el instrumento, se estableció comunicación cordial con el adulto mayor explicando el propósito de la investigación.
- Se obtuvo el consentimiento primero en forma verbal luego firmada o con huella digital en caso de adultos mayores que no pudieran firmar.
- Se aplicó el instrumento considerando los criterios planteados en la investigación.

#### 3.6.1. CONSIDERACIONES ETICAS:

Para asegurar la participación de los adultos mayores en la investigación se garantizó su anonimato y confidencialidad respetando en todo momento su opinión; al tratarse de adultos mayores que padecían de enfermedades se tuvo mayor cuidado y énfasis en respetar su autonomía tal es el caso que algunos de los participantes accedían a colaborar con la investigación siempre y cuando un familiar este presente y corrobore con lo planteado por la tesista. Ver anexo B

### 3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

- Se codificaron los cuestionarios (enumerándolos)
- Se trasladó la información al programa EXCEL.
- Se construyó la matriz de datos, en el programa estadístico SPSS.
- Finalmente se procedió a utilizar cuadros y gráficos para mostrar los resultados según los objetivos planteados.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.2. RESULTADOS.

**Tabla 1 : Nivel de Depresión en adultos mayores del servicio de Medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno 2017**

<b>NIVEL DE DEPRESIÓN</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Sin depresión	4	5.00%
Depresión leve	40	50.00%
Depresión severa	36	45.00%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100.00%</b>

Se aprecia que de un total de 80 adultos mayores entrevistados, el 50 % presenta un nivel de depresión leve, seguida de depresión severa con 45% y con un mínimo porcentaje 5% de adultos mayores hospitalizados sin depresión.

**Tabla 2: Nivel de depresión de adultos mayores del servicio de medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno 2017 según patología de hospitalización**

PATOLOGIAS DE HOSPITALIZA CIÓN	NIVELES DE DEPRESION							
	SIN DEPRESIÓN		DEPRESIÓN LEVE		DEPRESIÓN SEVERA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Respiratorias	0	0.00%	19	23.75%	10	12.50%	29	36.25%
Cardíacas	0	0.00%	3	3.75%	3	3.75%	6	7.50%
Gástricas	1	1.25%	5	6.25%	1	1.25%	7	8.75%
Renales	0	0.00%	3	3.75%	3	3.75%	6	7.50%
Neurológicas	2	2.50%	3	3.75%	3	3.75%	8	10.00%
Neoplásicas	0	0.00%	0	0.00%	8	10.00%	8	10.00%
Metabólicas	0	0.00%	4	5.00%	8	10.00%	12	15.00%
Otros	1	1.25%	3	3.75%	0	0.00%	4	5.00%
<b>TOTAL</b>	4	5.00%	40	50.00%	36	45.00%	80	100.00%

Los niveles de depresión de los adultos mayores según su patología de hospitalización fue del 36.25% para las patologías respiratorias, con 23.75% de depresión leve y 12.50% de depresión severa; seguido de las enfermedades metabólicas con 15.00% donde el 10.00% obtuvieron nivel de depresión severa seguido del 5.00% de nivel de depresión leve; así mismo se encontró un 10.00% en patologías neurológicas y neoplásicas.

**Tabla 3: Nivel de depresión en adultos mayores del servicio de Medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2017 según características personales.**

CARACTERÍSTICAS PERSONALES	NIVEL DE DEPRESIÓN								
	SIN DEPRESIÓN		DEPRESIÓN LEVE		DEPRESIÓN SEVERA		TOTAL		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
<b>EDAD</b>									
60 – 69	1	1.25%	17	21.25%	6	7.50%	24	30.00%	
70 – 79	2	2.50%	10	12.50%	13	16.25%	25	31.25%	
80 – 89	1	1.25%	10	12.50%	11	13.75%	22	27.50%	
90 a más	0	0.00%	3	3.75%	6	7.50%	9	11.25%	
<b>TOTAL</b>	4	5.00%	40	50.00%	36	45.00%	80	100.00%	
<b>GRADO INSTRUCCIÓN</b>	<b>DE</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Sin instrucción		2	2.50%	7	8.75%	13	16.25%	22	27.50%
Primaria		0	0.00%	11	13.75%	15	18.75%	26	32.50%
Secundaria		1	1.25%	8	10.00%	6	7.50%	15	18.75%
Superior completo		1	1.25%	3	3.75%	0	0.00%	4	5.00%
Superior incompleto		0	0.00%	11	13.75%	2	2.50%	13	16.25%
<b>TOTAL</b>		4	5.00%	40	50.00%	36	45.00%	80	100.00%
<b>SEXO</b>		<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Varón		3	3.75%	18	22.50%	17	21.25%	38	47.50%
Mujer		1	1.25%	22	27.50%	19	23.75%	42	52.50%
<b>TOTAL</b>		4	5.00%	40	50.00%	36	45.00%	80	100.00%
<b>ESTADO CIVIL</b>		<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Soltero		0	0.00%	2	2.50%	0	0.00%	2	2.50%
Casado		2	2.50%	25	31.25%	18	22.50%	45	56.25%
Viudo		2	2.50%	11	13.75%	18	22.50%	31	38.75%
Divorciado		0	0.00%	2	2.50%	0	0.00%	2	2.50%
<b>TOTAL</b>		4	5.00%	40	50.00%	36	45.00%	80	100.00%

Los niveles de depresión según sus características personales como son edad, grado de instrucción, sexo y estado civil.

En los que respecta a la edad, se encontró que el 31.25% comprendido entre los 70 y 79 años, el 16.25% presentó un nivel de depresión severo y el 12.50% depresión leve; seguido del 30.00% de adultos mayores con edades entre 60 y 69 años donde el 21.25% presentó depresión leve y el 7.50% depresión severa.

En el grado de instrucción, se aprecia que el 32.50% de adultos mayores cuentan con primaria donde el 18.75% presentó depresión severa y el 13.75% depresión leve; seguido del 27.50% de adultos mayores que no cuentan con instrucción de los cuales el 16.25% presentó depresión severa y el 8.75% depresión leve.

En cuanto al sexo, se observa que el 52.50% fueron mujeres de las cuales el 27.50% presentó depresión leve y el 23.75% presentó depresión severa; seguido de un 47.50% de varones de los cuales el 21.25% presentó depresión severa y el 22.50% depresión leve.

En los que respecta al estado civil, se aprecia que el 56.25% de adultos mayores son casados de los cuales el 31.25% presentó depresión leve y el 22.50% depresión severa; seguido por 38.75% de adultos mayores viudos donde el 22.50% presentó depresión severa y el 13.75% depresión leve.

### 4.3. DISCUSIÓN

Los síntomas depresivos tienen un impacto en la calidad de vida de los adultos mayores, muy independientemente de las afecciones que trae el envejecimiento; a eso sumarle el padecimiento de alguna patología, la estancia de la hospitalización en las salas de un hospital público, hacen que el adulto mayor sufra y este sufrimiento sea silencioso, puesto que los ancianos han sido educados de una manera en la que no deben referir síntomas que no sean somáticos, esto trae consigo consecuencias graves, como un aumento en las dolencias físicas, dificultades para la adherencia al tratamiento, prolongada estancia hospitalaria, problemas de adaptación, alejamiento de la familia y una muerte precoz.

Sin embargo, la depresión es una condición que puede ser tratada cuando se reconoce y es posible disminuir la intensidad de los síntomas y prevenir episodios nuevos. Pero en nuestro medio esto parece ser un tanto difícil puesto que los síntomas depresivos están camuflados por síntomas consecuentes de patologías y que los profesionales de la salud que laboran en hospitales públicos, debido a las condiciones en las que trabajan, no presentan el debido diagnóstico de síntomas depresivos es así que se muestran los resultados obtenidos en esta investigación.

Se encontró que el nivel de depresión de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del HRMNB concuerda a nivel internacional con la investigación de MARTÍNEZ (2007) donde encontró 50% de depresión y en el ámbito regional, LANZA (2017) encontró 77.9% de depresión, cabe resaltar que ambas investigaciones usaron el test de Yesavage como instrumento de medición de depresión.

Ante esto los resultados difieren con 2 investigaciones a nivel nacional, CARITA (2018) encontró 18.3% de depresión leve y 23.3% con depresión moderada y DIAZ (2012) encontró 29.7% de pacientes con depresión leve, 25.5% de depresión moderada y el 38.4% no presentaron depresión; esto podría atribuirse a que en ambas investigaciones se emplearon dos tipos de escalas distintas para medir la depresión, Beck II y Hamilton respectivamente, aunque las diferencias socioeconómicas, culturales, y ambientales también son diferentes a las de nuestra región. (37)

Respecto al nivel de depresión según la patología de hospitalización, se evidenció que solo existe diferencia numérica y que los síntomas depresivos están presentes en adultos mayores hospitalizados por diferentes patologías: siendo en nuestra región las patologías respiratorias las de mayor porcentaje, esto es corroborado por LANZA (2017) que

encontró 27.2% de pacientes con depresión que padecían patologías respiratorias; estos resultados también son corroborados a nivel nacional por DIAZ (2012) y LLANGE (2017) donde encontraron 61.66% de pacientes con patologías crónicas que presentaban depresión en algún nivel y el 33.1% presentaban depresión y patologías metabólicas respectivamente; en el ámbito internacional, MARTINEZ (2007) encontró que el 78.06% padecía depresión y alguna enfermedad crónico degenerativa; lo cual indica que los signos depresivos están presentes en adultos mayores hospitalizados siendo estos independientes de los propios de una patología.

Con respecto a las características personales: para la edad, los resultados difieren a nivel regional con LANZA (2017), donde encontró que el 42% de depresión lo tuvieron los adultos mayores con edades entre 60 a 69 años, seguido del 32.1% para las edades comprendidas entre los 70 y 79 años; esto podría deberse a que la población estudiada fue mayor en este grupo de edad, al tratar la edad no se puede esperar coincidir puesto que es muy variante; la OMS menciona que el 25% de las personas adultas mayores de 65 años padecen algún trastorno psiquiátrico, siendo más común la depresión hasta los 75 años, además en aquellos adultos mayores que padecen alguna patología médica, la probabilidad de padecer depresión es del 40%. (41)

En el grado de instrucción, los resultados de esta investigación concuerdan con las investigaciones de CARITA (2018) donde el 31.6% de pacientes hospitalizados con depresión cuentan con grado de instrucción primario, y con DIAZ (2012) que encontró que el 60% de los pacientes con depresión leve son analfabetos; esto se puede referir a que a medida de que el nivel educativo aumenta la sintomatología depresiva tiende a disminuir, esto se debe a que los adultos mayores con un grado de instrucción superior comprenden mejor sus patologías lo que podría reducir el estrés y por ende los síntomas de depresión.

En lo que respecta al sexo, los resultados se asemejan con las investigaciones de: LANZA (2017), CARITA (2018) y LLANGER (2017), encontraron que el 58%, 38.3% y 82.2 % de mujeres padecían mayor nivel de depresión que los adultos mayores varones respectivamente; esto podría deberse al esto puede deberse al factor hormonal ya que después de la menopausia los niveles de estrógenos se ven reducidos al mínimo lo que puede traer consecuencias en el estado anímico de las mujeres adultas mayores, se puede deber también a que en nuestra sociedad son las mujeres las que son responsables del

cuidado de los hogar y del criar y cuidar a los hijos lo que hace que estén todo el tiempo bajo constante presión (35).

Respecto al estado civil, los resultados concuerdan a nivel regional con LANZA (2017) que encontró 43.2% de adultos mayores con depresión casados, seguido de 33.2% por viudos; a nivel nacional LLANGE (2017) y DIAZ (2017), encontraron que el 61% y 36% de pacientes con depresión eran viudos solteros respectivamente, esto podría deberse a que por los cambios fisiológicos que trae el envejecimiento la relación con la pareja se torna un tanto complicada, a esto sumarle que en esta etapa es muy común la pérdida del conyugue lo que hace que el adulto mayor pase a ser un ser solitario, vulnerable, descuidado y todos estos factores hacen que el adulto mayor se torne depresivo y pierda las ganas de seguir viviendo. (35)

## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** El nivel de depresión de los adultos mayores del servicio de medicina del Hospital regional Manuel Núñez Butrón de Puno es en su mayoría leve, seguido de cerca por depresión severa y un mínimo porcentaje no presentó depresión.

**SEGUNDA:** El nivel de depresión de los adultos mayores del servicio de medicina del Hospital regional Manuel Núñez Butrón de Puno según su patología es leve correspondiente a las patologías respiratorias, seguido de depresión severa en patologías metabólicas y neoplásicas.

**TERCERA:** El nivel de depresión de los adultos mayores del servicio de medicina del Hospital regional Manuel Núñez Butrón de Puno según sus características personales es severa para la edad comprendida entre los 70 y 79 años, depresión leve para el sexo femenino, depresión leve para los casados y depresión severa para los adultos mayores con grado de instrucción primaria.

## RECOMENDACIONES.

- **AL MINISTERIO DE SALUD (MINSA)**, implementar e incentivar el uso de programas de salud mental y estilos de vida saludables como meditación, relajación, yoga y lamasería para los trabajadores de salud; puesto que es necesario mejorar el ambiente, trato y servicio de los que laboran en los hospitales públicos.
- **A LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE PUNO (DIRESA)**, implementar la utilización de test diagnósticos de depresión validados de aplicación rápida como el Test de Yesavage, Beck II, Hamilton; en el primer contacto con el paciente adulto mayor para así poder detectar precozmente casos de depresión, disminuir dolencias y reducir la estancia hospitalaria.
- **A LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DE PUNO**, realizar una mayor capacitación para el personal que labora en la hospitalización con adultos mayores en temas de envejecimiento saludable y de creación de redes de apoyo; para que nuestros ancianos sean menos vulnerables y poder aminorar el impacto que representa llegar a esta etapa de vida.
- **A LOS EGRESADOS Y FUTUROS INVESTIGADORES**, indagar más sobre temas de salud mental en adultos mayores, y ampliar la información recaudada comparando los resultados de los test utilizados para que los datos, resultados y conclusiones puedan generalizarse.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. Envejecimiento [Internet]. Envejecimiento. 2017. p. 1–2. [acceso 05 de noviembre 2017] Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>.
2. OMS. Centro de prensa Envejecimiento y salud [Internet]. Envejecimiento y salud. 2017. p. 1–5. [acceso 05 de noviembre 2017] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
3. Crespo Vallejo J. Determinar la Prevalencia de la Depresión en Adultos Mayores, en Asilos de la Provincia del Cañar. [Tesis para optar el grado de Licenciado]. Cañar: Universidad de Cuenca; 2011.
4. INEI. Situacion de la poblacion adulta mayor Enero-Febrero-Marzo 2017 [Internet]. 2017. p. 1–62. [acceso 05 de noviembre 2017] Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico\\_poblacion-adulta-mayor-abr-may-jun2016.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-abr-may-jun2016.pdf)
5. Rojas Gómez M. Incidencia de Depresión en Pacientes Hospitalizados, Departamento de Medicina Interna, Hospital Regional de Occidente. [Tesis para optar el grado de Magister]. Guatemala: Universidad de San Carlos; 2010.
6. Raj A. Depression in the elderly. J Postgrad Med 2004;115(6):26-42.
7. Ley de las personas Adultas Mayores. Publicado en el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013 -2017, Ley N° 28803, Artículo N° 2, [consultado el 6 de Mayo de 2018].
8. Instituto nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Adulta Mayor 2017. [internet]. 1 -62. [acceso 12 de diciembre 2017] disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n01\\_adulto-oct-nov-dic2017.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n01_adulto-oct-nov-dic2017.pdf)
9. Instituto nacional de Estadística e Informática. Estado de la población Peruana 2013. [Internet].1–40. [acceso 12 de diciembre 2017] disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1\\_095/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1_095/libro.pdf)
10. Ministerio de Salud. Dirección general de Salud de las Personas. Dirección de Salud Mental: Guía Técnica "Guía de Práctica Clínica en Depresión". 2017 [Internet] p. 17-24 [acceso 12 de diciembre 2017] disponible en:

- [http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1084\\_dgsp261.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1084_dgsp261.pdf)
11. Meléndez J. Prevalencia de depresión y factores asociados en ancianos residentes en la ciudad de Puno – Julio 2000. Tesis. Puno, Perú. Universidad Nacional del Altiplano Puno, Escuela Profesional de Medicina Humana. 2000.152p.
  12. MINSA, Módulo de Atención Integral en Salud Mental / La depresión. Lima, Perú. Coordinación Nacional de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz. 2016. [acceso 23/07/2017]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgps>
  13. Rojtenberg, S. Depresiones y antidepresivos: de la neurona y de la mente, de la molécula y de la palabra. 2001. Editorial Panamericana. 1° Ed. 1; pag. 4.
  14. Townsend, N. Navarro N. Fundamentos de Enfermería en Psiquiatría. 4ta edición - Mexico DF. Grand - hill interamericana editores 2011.
  15. 22. Remick, R. Diagnostico y tratamiento de la Depresion en Atencion Primaria: Una Actualizacion Clinica y el Examen. CMAJ. 2002; 167 (11); 1253-60.
  16. Castro, E., Del Río, J., & Flórez, J. (2014). Fármacos antidepresivos y antimaniacos. En J. Flórez, Farmacología Humana (Sexta edición ed., págs. 533-544). Barcelona, Barcelona, España: Elsevier
  17. Ministerio de Salud. 2ª Edición. Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago 2013.
  18. Monterroso Karim G. Tipos de Depresión en personas de la tercera edad [Tesis para obtener el grado de Psicóloga]. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar; 2012.
  19. Alberdi J, Díaz A, Iglesias F, Louzao S. Depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital General. Galicia Clínica, La coruña: 2013; 74(4):161–74.
  20. Novel G, Lluch M, Lopez M. Enfermería psicosocial y salud mental. 2da edición. Barcelona: Masson; 2006.
  21. Roncero C. Ansiedad y depresión en el paciente con EPOC. Monogr Arch Bronconeumol.[En línea].2016.[acceso 14 de julio 2018];3(5):129-132. Disponible en: <http://separcontenidos.es/revista/index.php/revista/article/view/148/296>
  22. Valencia Miranda A. Niveles de Depresión en Pacientes con Tuberculosis en la Red de Servicios de Salud N° 5. [Tesis para optar el grado de Especialista en Neumología]. Arequipa: Universidad Mayor de San Marcos; 2002.

23. Romero C. E., et. al., Depresión y Enfermedad Cardiovascular. *Rev Urug Cardiol* 2007;22:1-16.
24. Alfaro M. O., Et al., Prevalencia de enfermedades crónicas en los adultos mayores residentes de la colonia las Granjas, de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México, *BIOFARBO*. Dic 2010;18(2):71-78.
25. Chilcot J, Wellsted D, Da-Silva M, Farrington K. Depression on Dialysis. *Nephron Clin Pract* 2008;108:256-64.
26. Blumenfield M, Strain J. Renal Disease. En: Blumenfield M, Strain J, 12 C, editors. *Psychosomatic Medicine*. Falta la edicion ed. Falta ciudad: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 157-75.
27. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *JNCI Monogr* 2004;32:57-71.
28. Carita Flores G. Síntomas Depresivos en Enfermedades Médicas Crónicas en Pacientes Hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Goyeneche Febrero. [Tesis para optar el grado de Medico Cirujano]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2018.
29. Ballenger, J. C., Davidson, T. R. T., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Jones, R. D. & Berard, R. M. F. (2001). Consensus Statement on Depression, Anxiety, and Oncology. *J. Clin Psychiatry*, 62 (Suppl 8), 64-67.
30. Knobf, M. T., Pasacreta, J. V., Valentine, A. & McCorkle. (1998). Chemotherapy.
31. Raison, C. L. & Miller, A. H. (2003). Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. *Biol. Psychiatry*, 54, 283-294.
32. Nouwen, Arie, et al, "Prevalence of Depression in Individuals with Impaired Glucosa Metabolismo or Undiagnosed Diabetes", *Diabetes Care*, Marzo, 2011, Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3041222/>
33. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatr Res* [Internet]. 1 de enero de 1982 [citado 17 de agosto de 2018];17(1):37-49. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022395682900334?via%3Dihub>
34. Martínez-Mendoza JA, Martínez-Ordaz VA, Esquivel-Molina CG, Velasco-Rodríguez VM. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2007;45(1):21-8.

35. LLange Conde J. Apoyo Social y el grado de Depresión en Pacientes Adultos de las Salas de Hospitalización del Hospital de Vitarte durante el periodo Junio- Noviembre. [Tesis para optar el grado de Medico Cirujano]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2017.
36. Díaz Granda I. Frecuencia de Depresión en Pacientes Hospitalizados en los Servicios de Cirugía y Medicina del Hospital Regional Docente las Mercedes. [Tesis para optar el grado de Medico Cirujano]. Chiclayo: Universidad de San Martín de Porres; 2012.
37. Lanza Pacheco D. Terapia Cognitivo Conductual en la Disminución de la Depresión en Pacientes Geriátricos Hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, Marzo – Mayo. [Tesis para optar el grado de Medico Cirujano]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2017.
38. Municipalidad Provincial de Puno (noviembre de 2007). «Características generales». Plan de desarrollo urbano de la ciudad de Puno 2008 - 2012. Diagnóstico (Proyecto). Puno, Perú. p. 284
39. Yesavage, J. A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang V., Adey, M. & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*. 17(1), 37-49. Extraído de EBSCOhost.
40. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación del estado mental y emocional del adulto mayor. Módulos de valoración Clínica [Internet]. :47–56.[acceso el 12 de julio del 2018]  
Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo4.pdf>
41. OMS. Centro de prensa Salud Mental y los Adultos Mayores [Internet]. Envejecimiento y salud. 2017. p. 1 -5 [acceso 28 de julio de 2018] Diponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

# ANEXOS

## ANEXO A

### ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA – TEST DE YESAVAGE

Sr. o Sra. Reciba usted mi saludo, mi nombre es Grecia Evelyn Luque Barrios, soy Bachiller en Enfermería de la Universidad Nacional Del Altiplano Puno, actualmente estoy realizando mi estudio de investigación en coordinación con el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón; a fin de obtener información sobre el nivel de depresión de los adultos mayores, para lo cual le solicito su colaboración a través de su respuesta.

La información brindada será de carácter anónima para lo cual se solicita sea usted muy sincero con sus respuestas.

Lea cuidadosamente y responda las siguientes preguntas.

#### Datos generales:

1. **Edad: .....**
2. **Sexo:**
  - Masculino ( )
  - Femenino ( )
3. **Grado de instrucción**
  - Primaria ( )
  - Secundaria ( )
  - Superior Incompleto ( )
  - Superior Completo ( )
  - Sin instrucción ( )
4. **Estado civil**
  - Soltero ( )
  - Casado ( )
  - Divorciado ( )
  - Viudo ( )
5. **Patología de hospitalización**
  - Respiratoria ( )
  - Cardiaca ( )

Gástrica	(    )
Renal	(    )
Neurológica	(    )
Neoplásica	(    )
Metabólica	(    )
Otros	(    )

**INSTRUCCIONES:**

**Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido usted durante la ÚLTIMA SEMANA.**

1. ¿Está usted satisfecho con su vida?	SI	NO
2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	NO
5. ¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	SI	NO
6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SI	NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado?	SI	NO
9. ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SI	NO
10. ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	NO
11. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	SI	NO
12. ¿se siente inútil o despreciable como está usted actualmente?	SI	NO
13. ¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI	NO
15. ¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	SI	NO

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION

**ANEXO B****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La presente investigación titulada “Características personales y Nivel de Depresión en Adultos Mayores del Servicio de Medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2017”. Es conducida por: Grecia Evelyn Luque Barrios, bachiller de la escuela profesional de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano; cuyo objetivo principal es Determinar las características personales y el nivel de depresión en adultos mayores del servicio de Medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno 2017

Estimado (a) señor (a): Me dirijo a usted cordialmente con la finalidad de solicitar su colaboración en el mencionado trabajo de investigación Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta, esto le tomará 15 minutos aproximadamente de su tiempo.

Su participación es completamente voluntaria, la información que se recoja será anónima y confidencial, no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento de su participación. Igualmente, puede retirarse sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora, o no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

**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 esta investigación

.Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario con preguntas; reconozco que la información que yo provea, es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio. He sido informado de que puedo hacer preguntas en cualquier momento asimismo he sido notificado que no aparecerá mi nombre en los instrumentos usados por la investigadora para recoger la información.

---

Firma del participante

Fecha: \_\_\_\_\_

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>INDICADORES</b>
<p><b>PROBLEMA PRINCIPAL:</b></p> <p>¿Cuáles son las características personales y el nivel de depresión de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno?</p> <p><b>PROBLEMAS SECUNDARIOS</b></p> <p>P<sub>1</sub>: ¿Cuál es el nivel de depresión según la patología de hospitalización?</p> <p>P<sub>2</sub>: ¿Cuál es el nivel de depresión según sus características personales?</p>	<p><b>OBJETIVO PRINCIPAL:</b></p> <p>Determinar las características personales y el nivel de depresión de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno.</p> <p><b>OBJETIVOS SECUNDARIOS</b></p> <p>O<sub>1</sub>: Identificar cual es el nivel de depresión según patología.</p> <p>O<sub>2</sub>: Identificar cual es el nivel de depresión según sus características personales.</p>	<p><b>VARIABLES DE LA INVESTIGACION</b></p> <p><b>ESPECIFICAS :</b></p> <p><b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel de Depresión</li> </ul> <p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patologías</li> <li>- Características Personales.</li> </ul>	<p><b>PARA LA VARIABLE DEPENDIENTE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Depresión normal : 0 – 5</li> <li>- Depresión leve: 6- 10</li> <li>- Depresión severa: 11 – 15</li> </ul> <p><b>PARA LA VARIABLE INDEPENDIENTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respiratorias</li> <li>- Cardiacas</li> <li>- Gástricas</li> <li>- Neuronales</li> <li>- Metabólicas</li> <li>- Neoplásicas</li> <li>- Renales</li> <li>- Otros</li> <li>- Sexo</li> <li>- Estado civil</li> <li>- Grado de Instrucción</li> <li>- Edad</li> </ul>

ANEXO D



