



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DEL
PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL REGIONAL
DE LORETO Y DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE
ESSALUD DE ENERO – MAYO DEL 2012”.**

PRESENTADO POR:

BACH. PSIC. GABRIELA VÁSQUEZ MARTÍNEZ ✓

BACH. PSIC. MARIELA DEL LEÓN ZULUOETA ✓

ASESOR:

PSIC. GERMAN MOLINA FERRO

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

IQUITOS – PERÚ

2013



Universidad Científica del Perú

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Iquitos, a los 28 días del mes de diciembre de 2012, siendo las 6:00 pm, el Jurado de Tesis designado según Resolución Decanal N° 274 -2012-FCS-UCP, con cargo a dar cuenta al Consejo de Facultad, integrado por los señores docentes que a continuación se indica:

- MIEMBROS**
- ↓ Méd. Mgr. Edwin Zevallos Bazán **Presidente**
 - ↓ Psic. Mgr. Herminia de los Ríos Sosa **Miembro**
 - ↓ Psic. Mirtha Sandoval Oviedo **Miembro**

Se constituyeron en las instalaciones de Sala de Sesiones del Consejo Directivo de nuestra Universidad, para proceder a dar inicios al acto de sustentación pública de la Tesis Titulada: "PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO Y DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE ESSALUD, DE ENERO A MAYO DEL 2012", de las Bachilleres en Psicología VÁSQUEZ MARTÍNEZ GABRIELA y DEL LEÓN ZULUETA MARIELA, para optar el TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA que otorga la UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ, de acuerdo a la Ley Universitaria N° 23733 y el Estatuto General de la UCP, vigente.

Luego de haber escuchado con atención la exposición de la sustentante y habiéndose formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas de forma.....

El Jurado llegó a la siguiente conclusión:

Indicador	Examinador 1	Examinador 2	Examinador 3	Promedio
A) Aplicación de la teoría a casos reales	2	3	3	
B) Investigación Bibliográfica	3	3	3	
C) Competencia expositiva (claridad conceptual, argumentación, coherencia)	3	2	3	
D) Calidad de respuestas.	2	2	2	
E) Uso de terminología especializada	2	3	3	
Calificación Final	12	13	14	

Aprobado Por: *Mayoría* TRECE

Calificación Final (en letras).....

Legenda:

Indicador	Descripción	Puntaje
A	Deficiente	1
B	Regular	2
C	Satisfactoria	3
D	Optima	4

Psic. Mgr. Herminia de los Ríos Sosa
Miembro

Méd. Mgr. Edwin Zevallos Bazán
Presidente

Psic. Mirtha Sandoval Oviedo
Miembro

La Universidad vive en Ti

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DEL PROGRAMA DEL
ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO Y DEL
CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE ESSALUD DE ENERO – MAYO DEL
2012”.**

DEDICATORIA

Me gustaría dedicar esta tesis a toda mi familia. Para mis padres, por su comprensión y ayuda en momentos malos y menos malos que me han enseñado a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento, me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño, y todo ello con gran dosis de amor y sin pedir nunca nada a cambio. Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles.

A mis padres y hermanos, por su gran y valioso apoyo en todo momento desde el inicio de mis estudios, por su optimismo que siempre me impulso a seguir adelante.

A mis familiares y amigos que tuvieron una palabra de apoyo para mí durante mis estudios.

A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

Gaby.

A Dios todo poderoso por ser quien há estado a mi lado en todo momento dandome las fuerzas necesarias para continuar luchando día trás día y seguir adelante rompiendo todas las barreras que se presentan. Gracias por la familia que tengo, por mis hermanos y por mis amigos. Gracias por darme la vida, por darme un hogar y por darme la fuerza para llegar hasta aquí.

Amis Padres que me dieron la vida. Gracias por todo papá y mamá, por darme una carrera que me ayudo a cumplir parte de mis sueños y aunque hemos pasado momentos difícil ES siempre han estado conmigo. Gracias de todo corazón.

A mis hermanos por estar siempre conmigo apoyandome en todas las decisiones que he tomado em la vida, los quiero mucho.

A mi hijo Christian por ser mi fuente de energia y motivación para seguir superandome, quien me presto El tiempo que Le pertenecia para estudiar y me alento con sus notas: "Te quiero mucho, cuando termines vas ayudar a los niños".

Mariela

A Dios todo poderoso por ser quien há estado a mi lado en todo momento dandome las fuerzas necesarias para continuar luchando día trás día y seguir adelante rompiendo todas las barreras que se presentan. Gracias por la familia que tengo, por mis hermanos y por mis amigos. Gracias por darme la vida, por darme un hogar y por darme la fuerza para llegar hasta aquí.

Amis Padres que me dieron la vida. Gracias por todo papá y mamá, por darme una carrera que me ayudo a cumplir parte de mis sueños y aunque hemos pasado momentos difícil ES siempre han estado conmigo. Gracias de todo corazón.

A mis hermanos por estar siempre conmigo apoyandome en todas las decisiones que he tomado em la vida, los quiero mucho.

A mi hijo Christian por ser mi fuente de energia y motivación para seguir superandome, quien me presto El tiempo que Le pertenecia para estudiar y me alento con sus notas: "Te quiero mucho, cuando termines vas ayudar a los niños".

Mariela

AGRADECIMIENTO

A Dios, por llevarme a su lado a lo largo de esta vida siempre llenándome de alegría y gozo.

Quiero agradecer sinceramente a aquellas personas que intervinieron con sus conocimientos con nosotras para hacer posible la conclusión de esta tesis. Especialmente agradezco a nuestro asesor el Ps. Germán Molina por su asesoría y comprensión.

Gracias a la encargada del Centro del Adulto Mayor de Es Salud y a la Lic. Clara Morey del Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto la Lic. Esperanza Amazifuen por sus recomendaciones y su apoyo en el acceso a la población para la ejecución de esta investigación.

Gracias a mi compañera y amiga Mariela del Rosario León Zuluoeta constante motivación y su gran ayuda cuando enfrentábamos ciertas dificultades, porque su amistad va más allá de un simple apoyo y compañía, por cada uno de sus palabras de aliento o alegría que he necesitado, por ser la mejor compañera que se puede tener.

A mi familia por que siempre han sido un ejemplo, un estímulo a querer vivir y sacarle todo el jugo a la vida, porque dentro de una de sus sonrisas eternas, aprendí que la vida está llena de satisfacciones no materiales.

A mis primos, porque no han dejado que el significado de familia se quede en solo cinco personas.

Gracias a todas y cada una de las personas que participaron en la investigación realizada, ya que invirtieron su tiempo, conocimiento e historias de sus vivencias para ayudarme a completar este proyecto de tesis.

Por último, quiero agradecer a todas aquellas personas que sin esperar nada a cambio compartieron pláticas, conocimientos y diversión. A todos aquellos que durante los 6 años que duró este sueño, lograron convertirlo en una realidad.

A todos ellos, muchas gracias de todo corazón.

Gaby.

Al Psicólogo Germán Molina, por sus enseñanzas y dedicación. Sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su paciencia y su motivación han sido fundamentales en nuestra elaboración y ejecución de la tesis.

A mi compañera y amiga: Gabriela, que ha sido para mí un apoyo importante con la cual he compartido tantas experiencias, y que puedo contar con ella al igual que ella conmigo, aunque ya no estemos juntas como antes siempre estará en mi corazón y sé que sin su apoyo y compañía estos últimos años no hubiesen sido lo mismo.

A mis amigos que saben lo que significa la palabra Amistad, ya que en toda mi permanencia en esta ciudad me apoyaron de diferentes maneras con sus consejos, sus experiencias y sobre todo por motivar mis sueños. Gracias por quererme por lo que soy y como soy. Dios los bendiga.

A la Lic. Esperanza responsable del Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto y a la Lic. Clara Morey responsable del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD-Iquitos. Por habernos permitido realizar la ejecución de nuestra Tesis.

A todos los pacientes que acuden al Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto y al Centro del Adulto Mayor de ESSALUD - Iquitos, porque nos brindaron su tiempo y paciencia.

A todos ellos, muchas gracias

Mariela.

INDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

INDICE

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

MARCO TEORICO REFERENCIAL

	pág.
1.1. Antecedentes.....	15
1.2. Problema de Investigación.....	19
1.3. Objetivos.....	20
1.3.1. Objetivo general.....	20
1.3.2. Objetivos específicos.....	20

CAPÍTULO II MARCO TEORICO

2.1. Marco Teórico Conceptual.....	21
2.1.1. Depresión.....	21
2.1.1.1. Conceptualización de Depresión.....	21
2.1.1.2. Teorías de la Depresión.....	24
2.1.1.3. Causas de la Depresión.....	25
2.1.1.4. Síntomas.....	27
2.1.1.5. Clasificación de los Síntomas de la Depresión.....	30
2.1.1.6. Diagnóstico de la Depresión.....	30
2.1.2. Depresión en la Vejez.....	31
2.1.2.1. El proceso de envejecimiento.....	32
2.1.2.2. Cambios del Proceso de Envejecimiento.....	33
2.1.2.3. Teorías del envejecimiento.....	37
2.1.3. Consecuencias Riesgos de la Depresión.....	39
2.1.4. Factores Sociales, Culturales y Económicos.....	41
2.1.4.1. Factores Sociales.....	41
2.1.4.2. Factores Culturales.....	43
2.1.4.3. Factores Económicos.....	45
2.1.5. Centro-Programa del Adulto Mayor.....	46

2.2. Marco Conceptual.....	51
2.2.1. Depresión.....	51
2.2.2. Entidades de Salud.....	52

CAPÍTULO III
RECURSOS UTILIZADOS

3.1. Recursos Humanos.....	53
3.1. Recursos _ Materiales.....	53
3.1. Recursos – Instalaciones.....	53

CAPÍTULO IV
MÉTODO

4.1. Hipótesis.....	54
4.2. Tipos de Investigación.....	54
4.3. Población y Muestra	55
4.4. Criterios de Inclusión.....	56
4.5. Criterios de Exclusión.....	56
4.6. Técnicas.....	56
4.7. Técnicas de Recolección de Datos.....	58
4.8. Ética.....	59
RESULTADOS.....	60
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	68
CONCLUSIONES.....	76
RECOMENDACIONES.....	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78
BIBLIOGRAFÍA.....	81
ANEXO.....	82

INDICE DE CUADROS

Cuadro N° 01

La prevalencia de la depresión en los pacientes que asisten al programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero a Mayo de 2012..... 60

Cuadro N° 02

Niveles depresión en los pacientes que asisten al programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero a Mayo de 2012..... 61

Cuadro N° 03

Niveles de Depresión en los pacientes que asisten al programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto de Enero a Mayo de 2012..... 63

Cuadro N° 04

Niveles de Depresión en los pacientes que asisten al Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero a Mayo de 2012..... 64

Cuadro N° 05

Comparación de Niveles de Depresión en los Adultos Mayores del Programa del Adulto mayor del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero a Mayo de 2012..... 65

Cuadro N° 06

Características generales de los pacientes los pacientes que asisten al Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de Es Salud..... 66

INDICE DE GRAFICOS

Grafica N° 01

La prevalencia de la depresión en los pacientes que asisten al programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero a Mayo de 2012..... 60

Grafica N° 02

Niveles de depresión en los pacientes que asisten al programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero a Mayo de 2012..... 61

Grafica N° 03

Niveles de depresión en los pacientes que asisten al programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto de Enero a Mayo de 2012..... 63

Grafica N° 04

Niveles de Depresión en los pacientes que asisten al Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero a Mayo de 2012..... 64

Grafica N° 05

Comparación de Niveles de Depresión en los Adultos Mayores del Programa del Adulto mayor del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero a Mayo de 2012..... 65

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La Población adulta mayor en los últimos años ha ido aumentando en grandes porcentajes. A nivel mundial tenemos 606 millones aproximadamente, cifra que para el año 2050 se triplicara. Según el INEI en el Perú se estima se incrementara de 12% a 34%, existiendo una tasa de crecimiento anual de 3.1%.

En la actualidad uno de los problemas que afecta a la mayoría de países y especialmente a los denominados en vías de desarrollo es la crisis económica, social y en donde los valores se van dejando de practicar, así los peruanos vivimos en un mundo donde impera la violencia, producto de una crisis integral, política, social y económica que castiga a amplios sectores sociales. Dentro de este contexto, se excluye del sistema social a un número de seres humanos pertenecientes a los sectores más vulnerables de la población: niños, jóvenes, discapacitados, mujeres y los ancianos quienes son los que sufren violencia social en múltiples facetas. En muchas familias coexiste la jubilación de los Adultos Mayores, de manera esta población aunque por causas diferentes, sufren la pérdida de autoestima y marginación social, las cuales suelen ser generadoras de violencia familiar, afectando su salud mental.

El Adulto Mayor es uno de los grupos más sensibles y vulnerables a los problemas físicos y sociales, por tener ciertas características anatómo-fisiológicas que se deterioran, incrementando el riesgo de enfermar. Así mismo cabe resaltar que la mayoría de los ancianos se han acostumbrado a encargarse de su propia vida, pero debido a los cambios físicos que escapan de su propio control se ven obligados a depender de los demás, experimentan diversas maneras de ser tratados y que muchas veces lleva a generar trastornos depresivos.

La OMS ha calculado que para el año 2020 la depresión ocupará el segundo lugar dentro de enfermedades incapacitantes. Actualmente es ya la segunda causa de incapacidad a nivel mundial entre la población de 15 a 44 años, en ambos sexos. Además, en cuanto a género se refiere, la proporción es de 2 mujeres por cada hombre deprimido. El trastorno

depresivo es una enfermedad que afecta el organismo, el ánimo, la manera de pensar, como uno se valora a sí mismo y la forma en que una persona come y duerme.

Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno pueda liberarse a voluntad propia.

La depresión es uno de los más comunes y más serios problemas de la salud mental que enfrenta la población hoy en día. Millones de personas en todo el mundo, sobreviven en medio de la depresión, ricos, pobres, ciudadanos, campesinos, hombres, mujeres, tanto en países desarrollados como en países en vía de desarrollo. Sin importar razas, nacionalidad o cultura, ésta enfermedad aparece cuando sentimos que nuestra vida no está de acuerdo a nuestras expectativas y tomamos el camino de la resignación y el desánimo sin poder encontrar otra salida. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente “ya basta, me voy a poner bien”. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años.

Al analizar el problema encontramos que según estudios en Salud realizados por la Universidad Mayor de San Marcos en 2008 existe un índice de depresión de 11.7% en Adultos Mayores. Sin embargo en nuestra ciudad son escasos los estudios que podemos encontrar en este grupo etéreo, a pesar que existe una alta población de 6.4% y que está cada vez va aumentando según el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. En la búsqueda de respuestas a diversas interrogantes y a la alta prevalencia a nivel mundial de Depresión las investigadoras plantearon el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de depresión que existe en los pacientes que asisten al programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero - Mayo del 2012?

Los resultados de esta investigación permitirán contribuir a estudios posteriores con similares u otras variables, así mismo buscara incentivar a otros estudiantes y profesionales a especializarse en este grupo humano.

MARCO TORICO REFERENCIAL

1.1. ANTECEDENTES

A Nivel Internacional

- ⊙ RAMÓN GARCÍA, Felipe; GURIDI GONZÁ, María Zayda; MEDINA VALDÉS, Anaí y DORTA GURIDI, Zaily (Nov. 2007. La Habana - Cuba). “Comportamiento de la depresión en el adulto mayor” Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de la depresión del adulto mayor en el área de salud del Policlínico Calabazar, en el periodo comprendido entre julio-enero de 2007. El estudio se realizó por la motivación de los resultados del Diagnóstico y Análisis de la Salud Mental, donde se evidenciaron dificultades con el Programa del Adulto Mayor y un porcentaje elevado de trastornos psiquiátricos. La muestra fue de 200 sujetos mayores de 60 años, notificados en la consulta de Psicología por presentar sintomatología y signos de enfermedad depresiva. A esta población se le aplicó un Cuestionario Multidimensional donde se exploraron diferentes áreas por medio de variables escogidas de acuerdo con los objetivos propuestos; también se aplicó una Escala de Depresión Geriátrica para conocer el comportamiento de la enfermedad depresiva en este grupo etáreo. Se encontró que el grupo de 60-69 años fue el más representativo (57.5 %), donde el sexo femenino fue predominante (58.2%); el nivel escolar predominante fue el primario (44.5 %); la condición socioeconómica prevalente fue la regular (81%); se destacaron las enfermedades crónicas, así como el maltrato psicológico (57.5%), donde el sexo femenino fue el más maltratado. La depresión estuvo presente en 47 % de la población de estudio, teniendo en cuenta la de tipo menor y mayor. En el estudio se evidencia que la familia no juega un papel de sistema de apoyo y ayuda. Los resultados se vaciaron en tablas que

permitieron su análisis y se recomendó realizar Diagnóstico de Salud del Adulto Mayor.

- ⊙ ACOSTA QUIROZ, Christian Oswaldo y GARCÍA FLORES, Raquel (2007. Xalapa - México). “Ansiedad y depresión en Adultos Mayores”. El presente estudio tuvo como objetivo determinar el funcionamiento psicológico en adultos mayores del noroeste de México. Participaron 82 sujetos jubilados pensionados, quienes respondieron la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en su versión corta en español, así como la versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck, para medir los constructos de depresión y ansiedad, respectivamente, tomados como indicadores de funcionamiento psicológico. Los resultados indican la presencia de estos problemas clínicos en los participantes, mas no se identificó relación de estos con el sexo y estado civil. Además, se revelaron en el estudio las excelentes propiedades psicométricas de los instrumentos de medición utilizados.

A Nivel Nacional

- ⊙ OLAZO OBANDO, Fressia y ZAPATA SILVA, Ines (2007. Lima – Perú) “Nivel de Depresión según Genero y Apoyo Familiar en Adultos Mayores del Programa de Autocuidado de la Municipalidad de Jesús María”. Tuvo como objetivo determinar el nivel de depresión del adulto mayor según género y grado de apoyo familiar en la Municipalidad de Jesús María. Se utilizó el diseño de estudio descriptivo según el alcance de los resultados, prospectivo de acuerdo con el tiempo de ocurrencia de la variable estudiada y transversal según el número de mediciones, por qué se tomó la información en un solo momento. La muestra fue no probabilística, siendo el tamaño de 30 unidades. Se utilizó la encuesta a través de un cuestionario, el mismo que contenía dos escalas validadas previamente por una prueba piloto y cuya confiabilidad se

estableció por el coeficiente Alfa de Crombach ($\alpha=0.76$), para la escala de valoración del grado de apoyo familiar (índice de Leiton valorado con un $\alpha=0.87$) y la escala de valoración geriátrica de depresión (Yesavage).

Se encontró que el género femenino presentó 47% de depresión entre severa y moderada y que el género masculino se ubica en un 33%; el apoyo familiar fue regular en 50% con mayor percepción del “afecto” (43.3%) y menos en las del “apoyo a la estima” y el “apoyo instrumental”. El nivel de depresión fue de rango moderado en 60% y severo sólo en 20%. La depresión fue considerada como el desorden funcional más común en diferentes edades, tiende a aumentar en el adulto mayor de sexo femenino, siendo diversos los factores etiológicos y elementos asociados como el género y el apoyo familiar, por lo que se impone el desarrollo de alternativas de intervención en materia de consejería de pareja y familiar que favorezcan un envejecimiento saludable y autónomo con calidad de vida.

- ⊙ **ANGULO LÓPEZ, Janet Mabel** (2006.Lima - Perú). Realizó un estudio “Prevalencia de los niveles de depresión en la demencia tipo Alzheimer en personas mayores de 60 años del Instituto Especializado de Ciencias Neurológicas (IECM) y del Alberque San Vicente de Paúl de la ciudad de Lima”. Este estudio buscó especificar las propiedades más importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se sometió al análisis, la investigación fue descriptiva ya que comparó los niveles de depresión obteniendo resultados significativos en la población con demencia de tipo Alzheimer.
- ⊙ **IRRIGOIN CABRERA, Roció del P. MARRUFO MONTENEGRO, Gladys y otros** (2007. Lambayeque - Perú). Realizaron un estudio “Relación entre Factores Sociales, Culturales, Económicos y el Grado de Depresión en el Adulto Mayor. CAM. ESSALUD Chiclayo. Mayo del 2007”.Este estudio es de naturaleza

cuantitativa, descriptiva, transversal y correlacional. Tuvo como objetivo general determinar la relación entre Factores Sociales, Culturales, Económicos y el Grado de Depresión del Adulto Mayor. CAM. ESSALUD Chiclayo. Mayo del 2007". La población estuvo conformada por 500 adultos mayores, que acuden al Centro del Adulto Mayor. Y la muestra fue de 165. Los datos obtenidos mediante una encuesta, cuyo instrumento fue un cuestionario sobre Factores Sociales, Culturales, Económicos y la escala de depresión de Yesavage. Los resultados fueron tabulados y presentados en tablas de doble entrada en las que se clasificó a los elementos de la muestra según las variables en estudio teniendo en cuenta la distribución numérica y porcentual de los datos. Se aplicó la fórmula de Chi Cuadrado con un nivel de significancia de 5% para determinar la relación entre las variables en estudio. Con los resultados de la presente investigación se llegó a la siguiente conclusión, que si existe la relación entre los Factores Sociales, Culturales, Económicos y el Grado de Depresión en el Adulto Mayor.

A Nivel Regional

- ⊙ VARGAS BARDALES, Danitza; ZAMORA ZUMBA, Naheedy Ruiz Pipa, Juana. (2006). Realizaron un estudio Descriptivo Correlacional titulado: "Factores Psicológicos y Sociodemográficos Asociados al Trastorno Depresivo en Consultorios de Psiquiatría y Psicología del Hospital Regional de Loreto. Iquitos-2006". El objetivo de la investigación es determinar la asociación que existe entre los Factores Psicológicos y Sociodemográficos Asociados al Trastorno Depresivo en Consultorios de Psiquiatría y Psicología del Hospital Regional de Loreto durante los meses de Enero a Agosto del 2006. La muestra estuvo constituida por 150 pacientes.

El 100% de pacientes presentaron autoestima baja; el 81.3% disfuncionalidad familiar, el 46% autoritarismo total; el 48% sumisión materna moderada; el 51.3% privación paterno/materna ausente; el 59% eran menores edad; el 55.3% fueron del sexo femenino; el 90.7% presentaron un nivel educativo alto; el 52% presento estado civil inestable y el 52.7% estuvieron sin ocupación. Además se observo que el 49.3% de los pacientes tuvieron trastorno depresivo moderado. Al asociar las variables en estudio se encontró que existe asociación estadísticamente significativa entre las variables estado civil y ocupación; sin embargo no se encontró asociación estadísticamente significativa con las demás variables en estudio.

1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es la prevalencia de depresión que existe en los pacientes que asisten al programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero a Mayo del 2012?

1.2.1. Problemas Específicos:

- ¿Cuáles son los niveles de depresión en un grupo de pacientes que asisten al Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto de Enero a Mayo del 2012?
- ¿Cuáles son los niveles de depresión en un grupo de pacientes que asisten Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero a Mayo del 2012?
- ¿Existen diferencias entre los niveles de depresión entre un grupo de pacientes que asisten al Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero a Mayo del 2012?

1.3. OBJETIVOS:

1.3.1. Objetivo General:

Determinar la prevalencia de la depresión en los pacientes que asisten al programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero a Mayo del 2012.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Determinar los niveles de depresión en un grupo de pacientes que asisten al Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto de Enero a Mayo del 2012.
- Determinar los niveles de depresión en un grupo de pacientes que asisten Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero a Mayo del 2012.
- Comparar los niveles de depresión entre un grupo de pacientes que asisten al Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero a Mayo del 2012.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1.1. DEPRESIÓN

2.1.1.1. Conceptualización de Depresión

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indico que en el año 2000, la depresión ocupa el cuarto lugar dentro de las enfermedades más comunes y que para el año 2020 sería la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas.¹

La palabra depresión viene de la raíz latina “premo”, que nos indica peso, carga, tormento, presión. No existe una definición totalmente aceptada y se ha tratado más bien de describirla en función de algunos síntomas, como por ejemplo, estado de ánimo deprimido, sentimiento de minusvalía, insomnio, anorexia, idea suida, etc.

El Comité para la Prevención y Tratamiento de las Depresiones (PTD) define la depresión como un síndrome que agrupa síntomas somáticos y síntomas psíquicos en torno a un núcleo central, en el que encontramos la tristeza patológica, la pérdida de impulsos, el vacío, etc., que determina un estado de ánimo de tipo negativo característico. Se establece sobre un trastorno biológico en el que intervienen fundamentalmente alteraciones de la neurotransmisión a nivel de la sinapsis del SNC. Esta alteración, puramente funcional, es reversible y puede ser recurrente.

La depresión es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad².

La depresión es uno de los más comunes y más serios problemas de la salud mental que enfrenta la gente hoy en día.

Millones de personas en todo el mundo, sobreviven en medio de la depresión. Ricos, pobres, ciudadanos, campesinos, hombres y mujeres, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. Sin importar razas, nacionalidades o culturales esta enfermedad aparece cuando sentimos que nuestra vida no está de acuerdo a nuestras expectativas y tomamos el camino de la resignación y el desánimo sin poder encontrar ninguna otra salida.³ Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente “ya basta, me voy a poner bien”. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años⁴.

La depresión nunca es algo normal, cualquier persona que experimente síntomas depresivos debe ser diagnosticada y tratada para revertir su condición⁵.

Según el DSM-IV (APA, 2002), la depresión forma parte de los trastornos del estado de ánimo. A su vez en la décima versión de la Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud [CIE-10] (OMS, 1992), la depresión forma parte de los episodios depresivos, ésta puede ser catalogada como, leve, moderada o grave, en función si existe una menor o mayor dificultad, en la persona al desarrollar su actividad social, laboral o doméstica.

Según Díaz Edmundo, “La depresión se puede definir como una experiencia en la que predomina un estado de ánimo triste o irritable, junto con una notoria disminución en la capacidad para experimentar placer a demás de otras características como la pérdida de interés, cambio significativo en el apetito y en el peso, alteraciones en el sueño, sentimientos de culpa, sentimientos de inutilidad, problemas en la

concentración y pensamientos recurrentes sobre la muerte o el suicidio”⁶.

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo que puede presentarse en cualquiera de las etapas del ciclo vital y que se por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por a lo menos 2 semanas. Los síntomas se relacionan con tres alteraciones vivenciales centrales: en el ánimo, en el pensamiento y en la actividad. Los cambios anímicos incluyen tristeza y/o irritabilidad, con una pérdida de interés en actividades hasta entonces queridas. Los cambios cognitivos se centran en un pensar ineficiente, con gran autocrítica. Físicamente las personas deprimidas se tornan menos activas, aunque esto puede ser ocultado por la presencia de ansiedad o agitación⁷.

Desde una perspectiva clínica, el término depresión se utiliza en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad.

La depresión como síntoma es una afección del estado de ánimo que engloba sentimientos negativos tales como tristeza, desilusión, frustración, desesperanza, debilidad, inutilidad, y puede formar parte de la clínica de otros trastornos psíquicos. En un sentido amplio puede ser caracterizado por la vivencia de tristeza o de "sentirse deprimido".

La depresión como síndrome agrupa un conjunto de síntomas psíquicos y somáticos (tristeza patológica, inhibición, sentimientos de culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital) que configura el diagnóstico clínico y psicopatológico.

La depresión como enfermedad configura una entidad nosológica que es definida a partir del síndrome clínico y en la que puede ser delimitada una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico.

2.1.1.2. Teorías de la Depresión

Existen varias teorías que intentan dar razones sobre la depresión

➤ Teoría Conductual

Alude a una falla del refuerzo en la persona, que hace que el que la padece no actúe. Debido a la inactividad el deprimido no encuentra refuerzos en la sociedad y en consecuencia la depresión se perpetúa. Por lo tanto, el tratamiento consiste en una programación de actividades que comiencen a dar al sujeto los refuerzos que necesita.

➤ Teoría Cognitiva

Refiere que la depresión es el resultado de pensamientos inadecuados, debido a una distorsión cognitiva en la que el depresivo distorsiona la realidad, viéndose de forma negativa en la triada cognitiva: el mismo, el mundo y el futuro.

➤ Teoría de la Indefensión Aprendida

Según esta teoría la depresión se debe a la incapacidad para resolver algún problema, asociada con la desesperanza. El problema es la pérdida de la esperanza de conseguir los refuerzos que queremos. La indefensión deprime a la persona porque llega a romper la fe, la esperanza y el amor, que son tres virtudes fuerzas.

➤ Teoría Biológica

Refiere que las personas tienen asignados un equilibrio en los neurotransmisores. Cuando estamos deprimidos hay un desequilibrio en los mismos y que cuando tenemos la mediación adecuada los

neurotransmisores se estabilizan y nuestro estado de ánimo cambia positivamente.

➤ Teoría del Enfoque Experiencial

Establece que la principal causa se sitúa en la represión de sentimientos y la pérdida de autenticidad. La depresión se interpreta como un encuentro con el propio vacío, un estado de confusión y sin sentido que es necesario traspasar para llegar a una mayor consciencia de uno mismo.

2.1.1.3. Causas de la Depresión

La depresión puede estar causada por uno o varios factores, es decir, la etiopatogenia de los trastornos depresivos es multifactorial.

Una gran variedad de factores, tanto biológicos como psicosociales, interaccionando entre sí o no, parecen intervenir en la etiopatogenia de la depresión. La importancia y el peso de cada uno de ellos probablemente difieren según el tipo de depresión.

Entre los factores que están implicados en la etiopatogenia de la depresión se encuentran los siguientes:

A. Factores genéticos:

En términos generales, los resultados de diversos estudios muestran que los familiares de los pacientes con depresión padecen la enfermedad con una frecuencia hasta tres veces superior a la de los familiares de los controles sanos.

B. Factores bioquímicos:

- Alteraciones de los neurotransmisores.

Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe que las personas con depresión grave tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores.

- Alteraciones neuroendocrinológicas.

Las alteraciones más relevantes en esta área han sido detectadas en relación con las llamadas depresiones endógenas. Se han descrito alteraciones en distintos ejes endocrinológicos: eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal, eje hipotalámico-hipofisario-tiroideo, eje somatotropo, glándula pineal y eje lactotropo.

- Alteraciones neurofisiológicas.

La investigación en esta área se ha centrado en los hallazgos observados mediante técnicas como el EEG tradicional o el EEG computarizado, los estudios de las fases del sueño y los estudios de potenciales evocados.

C. Factores psicológicos y/o psicosociales.

- Situaciones estresantes

La muerte de un familiar próximo o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras, divorcio, etc. pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica.

- Personalidad

Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y

tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer depresión.

- La depresión también puede ocurrir con cierto número de enfermedades o trastornos físicos, así como por el uso de distintos fármacos y por el abuso del alcohol o drogas.

2.1.1.4. Síntomas

A. Síntomas afectivos

- La **tristeza patológica**, también denominada **tristeza vital**, humor depresivo o humor disfórico, es el síntoma nuclear del síndrome depresivo. Se caracteriza por su cualidad negativa, desagradable, displacentera, difícil de expresar y a veces difícil de percibir, y que envuelve al sujeto y a todo su mundo relacional intra e interpersonal.
- La **ansiedad**, estado de alerta que se experimenta como un miedo intenso sin causa conocida, que puede manifestarse en la impresión subjetiva del paciente como si estuviese esperando algún acontecimiento terrible, acompañándose de fenómenos de inquietud, intranquilidad, desasosiego, desesperación y necesidad urgente de alivio o ayuda.
- La **irritabilidad**, se suele caracterizar por la reacción desproporcionada e injustificada ante cualquier estímulo, de forma violenta, denotando una hipersensibilidad morbosa, y a menudo con una actitud huraña por parte de los pacientes y tratando de evitar el contacto con los demás.
- La **anestesia del sentimiento o la incapacidad de expresar otros sentimientos u otras preocupaciones por su entorno**, los pacientes suelen estar invadidos por una sensación de vacío interior que les impide experimentar interés por las personas que les rodean.

- La **apatía**, se ha definido como un estado generalizado de indiferencia que envuelve todo el impulso vital y que se manifiesta por el desinterés en todas las actividades del sujeto.

B. Síntomas cognitivo

En general, el curso del pensamiento de los pacientes con depresión se caracteriza por su tendencia al enlentecimiento. También es frecuente la dificultad de ideación o de generar ideas (que puede referirse como un estado de confusión), la pérdida de vivacidad y una disminución general para discurrir, pensar y concentrarse (inhibición del pensamiento), y a menudo la indecisión, las dudas, los escrúpulos morales y la monotonía de las ideas.

El contenido del pensamiento de los enfermos con depresión se caracteriza por una tonalidad pesimista. Son también frecuentes los autorreproches y la valoración negativa de su persona y sus bienes.

C. Síntomas conductuales

El cambio en la conducta habitual del paciente suele ser algo evidente tanto para el paciente como para las personas de su entorno. Clásicamente se han descrito síndromes clínicos en los que predomina la inhibición y otros en los que predomina la agitación. Sin embargo, en un mismo paciente pueden coexistir ambos síntomas.

Habitualmente, la inhibición motora se traduce en una disminución de la actividad. Aparece una disminución progresiva del rendimiento paralela a la apatía y a la abulia. En algunos casos, esto puede alcanzar el grado límite o la incapacidad absoluta para realizar cualquier actividad.

D. Síntomas somáticos

En la constelación de síntomas somáticos que clásicamente son descritos en los síndromes depresivos destaca la alteración del ritmo circadiano del humor. Esta alteración se caracteriza por la variación diurna del estado de ánimo en forma de un empeoramiento matutino y una mejoría repentina.

La alteración del sueño es uno de los síntomas que con frecuencia forma parte de las quejas de los pacientes con depresión. Puede ser referido como insomnio de conciliación (dificultar para iniciar el sueño), medio (dificultad para mantener el sueño, con frecuentes despertares nocturnos) y como despertar precoz (el paciente se despierta antes de lo habitual y ya no puede volver a conciliar el sueño). Además, junto a la astenia y fatigabilidad, que suele ser más intensa durante las primeras horas del día, entre los síntomas vegetativos que pueden formar parte de la clínica de la depresión se encuentran, entre otros, los siguientes:

- Cefaleas o dolores de cabeza.
- Otros dolores: Algias musculares generalizadas y poliartralgias atípicas.
- Síntomas gastrointestinales: La disminución del apetito suele ser el síntoma gastrointestinal más precoz. Aunque menos habitual, puede existir un aumento del apetito junto con ganancia de peso; esto suele relacionarse con la presencia de ansiedad y es más frecuente en mujeres.
- Pérdida de la libido: En general, la pérdida de la libido es uno de los primeros síntomas que aparecen en las etapas iniciales de la depresión, y suele ser uno de los últimos en recuperarse con la mejoría clínica.
- Trastornos del equilibrio.
- Otros síntomas: Sudoración, palpitaciones y/o parestesias.

2.1.1.5. Clasificación de los Síntomas Depresivos

Tenemos:

A. No Depresión

Muchos pacientes con depresión leve se describen como angustiados más que como enfermos. Se evidencia un descenso del bienestar y falta de interés en las actividades diarias por dos semanas o más, considerando como el primer síntoma de depresión.

B. Probable Depresión

Se presentan ideas negativas y baja autoestima, sentimientos de culpa inapropiados que se experimenta como autorreproche de acciones pasadas, lentitud psicomotor manifestado en un descenso de la actividad motora y también de la actividad verbal, con dificultades en la concentración e indiferencia emocional.

C. Depresión Establecida

Cuando la persona presenta casi todos los síntomas de la depresión y estos le impiden realizar sus actividades de la vida diaria⁸.

2.1.1.6. Diagnóstico de la depresión

Para el médico de atención primaria, el reconocimiento de los pacientes que acuden a su consulta por un cuadro depresivo o la detección de aquellos en los que la depresión es una complicación de otra enfermedad constituyen a menudo un verdadero desafío.

El diagnóstico de la depresión se apoya en consideraciones clínicas:

- La historia clínica: Realización de una anamnesis completa que incluya los datos de los antecedentes familiares, personales, rasgos de personalidad y curva vital.
- Exploración física y psíquica
- Pruebas complementarias para descartar otros procesos

2.1.2. DEPRESIÓN EN LA VEJEZ

Es erróneo creer que es normal que los ancianos se depriman. Por el contrario, la mayoría de las personas de edad se sienten satisfechas con sus vidas. Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera un aspecto normal de la vejez. La depresión en los ancianos, si no se diagnóstica a tiempo, causa un sufrimiento innecesario, esto pasa por que el anciano puede ser reacio a hablar de su desesperanza y tristeza, puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo se prolonga por mucho tiempo. Con un tratamiento adecuado, el Adulto Mayor tendría vida placentera.

Las depresiones subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por los profesionales de salud mental. Los profesionales van reconociendo que los síntomas depresivos en los ancianos se pueden pasar por alto fácilmente. También los profesionales detectan mejor los síntomas depresivos que se deben a efectos secundarios de medicamentos que el anciano está tomando, o debido a una enfermedad física concomitante. Estudios de la eficacia de la psicoterapia demuestran que la depresión en la vejez puede tratarse eficazmente con psicoterapia⁹. Dentro de la depresión contamos con muchos síntomas y comportamientos que pueden inducir a sospechas dicho trastorno. Entre los síntomas emocionales asociados con un estado de ánimo depresivo, se encuentran las ganas de llorar, irritabilidad, miedo, ansiedad, sensación de fracaso y sentimiento de vacío, soledad o inutilidad, así como la pérdida de satisfacción de la vida. Los síntomas emocionales determinan los comportamientos, como aislamiento social, llantos, hostilidad, exposiciones de agresividad, suspicacia o falta de cooperación.

Una postura encorvada y el aspecto desaliñado, así como la más evidente expresión triste pueden ser característicos de depresión. Así mismo en la depresión grave puede haber retardos sicomotor, manifestado por enlentecimiento en los movimientos y discursos y una marcha arrastrando los pies¹⁰.

Estar deprimido es algo más que estar triste o que llorar mucho, o aun más severo que estar cansado. Aun cuando los tres tipos de situaciones están presentes en las manifestaciones que tiene un enfermo que padece de depresión. Además se observan problemas para dormir: sueño inquieto, y despertares frecuentes, que el paciente se incorpore con frecuencia en la madrugada, siendo muy difícil el reiniciar su sueño; presenta además fatiga y una sensación de pérdida de energía, que se manifiesta con una gran dificultad para empezar la mayoría de las acciones que habitualmente realizaba fácilmente. El deprimido puede tener disminución importante en su apetito, lo cual lo lleva a bajar de peso, y también suele tener problemas de concentración y memoria. Otro de los aspectos, que está de manera importante disminuido es el deseo sexual. Es común que las personas, tengan deseo sexual, o tener fantasías al respecto. El enfermo con depresión está materialmente en ausencia del deseo sexual, y por supuesto, esto puede tener cierto impacto en sus relaciones interpersonales, principalmente en el área marital. Un aspecto serio del problema del deprimido es que presenta constantemente ideas de muerte. Estas van desde ya no querer estar vivo, pidiendo a Dios, que “los recoja”, hasta la imaginación de su propia muerte, que en ocasiones, se llevan a cabo¹¹.

Sin embargo la depresión se asocia con frecuencia y puede ser síntoma precoz de una serie de trastornos orgánicos graves como la diabetes, cáncer de páncreas o los trastornos tiroideos. Esta enfermedad no siempre es reconocida por la persona, afectando a los miembros de su familia o a los responsables de su salud, muchos individuos están deprimidos pero al no admitir sus sentimientos ante sí mismo ni ante los demás no son capaces de comprender el cambio que aun afectan sus vidas y su comportamiento con los demás¹².

2.1.2.1. EL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO

El proceso de envejecimiento corresponde a una etapa de la vida del individuo en el cual se pierde progresivamente la capacidad de adaptación y la

aptitud de reaccionar adecuadamente a los cambios. Este deterioro se debe a la disminución del potencial de reserva que se produce naturalmente en todos los órganos y sistemas del cuerpo con el transcurso de los años¹³.

Definimos el envejecer como un proceso dinámico, gradual, natural, e inevitable en el que se dan cambios a nivel biológico, corporal, psicológico y social. El proceso dinámico nos está refiriendo a que no es una etapa rígida, igual para todos y cronológicamente demarcada, por eso decimos que es una parte más del crecimiento del ser humano, como un proceso natural e inevitable¹⁴.

Según la OPS, considera que la etapa del Adulto Mayor comprende aquellas personas que tienen de 60 años a más. En el Perú la denominación a este grupo poblacional de personas Adultas Mayores se dio según la Resolución N 50/141 del 30 de enero de 1996¹⁵.

2.1.2.2. CAMBIOS DEL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

A. Cambios Biológicos

El ser humano evoluciona en su interior de una forma diferente a la evolución de su aspecto biológico y por lo tanto la etapa y el proceso de envejecimiento no deben verse como una etapa final sino como una etapa de maduración y de evolución del ser humano.

- **Problemas de irrigación sanguínea:** la caja toraxica se vuelve más rígida, con la que a su vez disminuye la capacidad respiratoria. Disminuye el ritmo cardiaco, aumenta la presión arterial y disminuye el suministro sanguíneo debido a la disminución del volumen de contracción del corazón.
- **La sexualidad:** La atrofia de las glándulas sexuales no significa que desaparezca la actividad sexual normal, como se ha creído erróneamente.

- **Los sentidos:** en el plano funcional de los procesos sensoriales, el ojo y el oído son los órganos que antes envejecen por lo que se refiere a la limitación de sus funciones.

También se caracteriza por una serie de transformaciones progresivas e irreversibles, en función de la edad. Modificaciones de los tejidos, de los huesos, las glándulas, la postura corporal, el color de los cabellos, el estado de salud, etc¹⁶.

Algunas modificaciones en el Adulto Mayor

- Modificaciones celulares.
- Envejecimiento en la piel.
- Envejecimiento del cabello.
- Envejecimiento en las uñas.
- Envejecimiento óseo.
- Envejecimiento muscular.
- Envejecimiento articular.
- Envejecimiento del Sistema Cardiocirculatorio.
- Cambios en la Función cardiovascular.
- Envejecimiento del Sistema Respiratorio
- Envejecimiento del Aparato Digestivo
- Envejecimiento del Sistema Genitourinario
- Envejecimiento del Sistema Endocrino
- Envejecimiento del Sistema Inmunitario
- Envejecimiento del Sistema Nervioso y de los órganos de los Sentidos.

B. Cambios Psíquicos.

El periodo involutivo se caracteriza psicológicamente por los esfuerzos que debe realizar el individuo para adaptarse a los

cambios biológicos y limitaciones físicas y a las nuevas condiciones de vida que supone el envejecimiento.

Adaptación psicológica: las diversas aptitudes cognoscitivas del individuo se ven afectadas en distinta medida en el proceso del envejecimiento. El descenso de la capacidad intelectual en los ancianos no se produce en función de la cronológica sino que va ligado a enfermedades y circunstancias psicosociales desfavorables.

La memoria: es fundamental para el aprendizaje, ya que lo que no se puede recordar no existe. La memoria inmediata o de hechos recientes disminuye notoriamente, ello conduce a repetir las mismas preguntas y conversaciones.

C. Cambio Sociales.

1. Cambio de Rol individual.

Los cambios de rol individual se plantean desde tres dimensiones:

- Los individuos en su última etapa de vida se hace patente la conciencia de que la muerte está cerca. Uno de los aspectos del desarrollo del individuo es la aceptación de la realidad de la muerte. Esta es vivida por los ancianos como liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas, para otros es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad. Otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia.
- Las relaciones del adulto con la familia cambian, porque suelen convivir con sus nietos e hijos. La relación con sus hijos y nietos pasan distintas etapas. La primera etapa cuando el anciano es independiente y ayuda a los hijos y actúa de porta voz. La segunda etapa cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten,

y la familia suele plantearse el ingreso del anciano en una residencia.

- La ancianidad es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas). Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un conyugue o un amigo van acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad. El sentimiento de soledad es difícil de superar.

2. Cambio de Rol en la Comunidad.

La sociedad valora sólo al hombre activo, capaz de trabajar y generar riquezas. El anciano suele estar jubilado y es una persona no activa, pero tiene más posibilidades de aportar sus conocimientos y realizar nuevas tareas comunitarias. Su papel gira alrededor de dos grandes actividades: la actividad laboral y las tareas comunitarias, tales como asociaciones, sindicatos, grupos políticos. El Hecho de envejecer modifica el rol que se ha desarrollado, pero no el individual.

3. Cambio de Rol Laboral.

El cambio es la jubilación del individuo, pero el anciano debe tomar alternativas para evitar al máximo sus consecuencias negativas. La jubilación es la situación de una persona que tiene derecho a pensión, después de haber cesado de su oficio.

Las consecuencias de la jubilación: La adaptación es difícil porque la vida y sus valores están orientados al entorno, al trabajo y la actividad. Las relaciones sociales disminuyen al dejar al ambiente laboral, los recursos económicos disminuyen.

El anciano debe de conocer las consecuencias de la jubilación, para prevenir sus efectos negativos, y mantener la calidad de vida digna para las personas jubiladas¹⁷.

2.1.2.3. TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO

Para comprender la relación del envejecimiento y la sociedad han sido propuestos un conjunto de teorías¹⁸.

➤ Teoría Psicológica

El envejecimiento psicológico se caracteriza sobre todo por los cambios conductuales, que se relacionan con las influencias ambientales que contribuyen y afectan a las personas que envejecen. El envejecimiento se define como la transformación de un organismo humano tras la edad de la madurez física, de forma que las probabilidades de supervivencia disminuyen constantemente, lo que se acompaña de una permanente transformación de los aspectos de la conducta, las experiencias y los roles sociales.

➤ Teoría de la Actividad.

La teoría de la actividad resalta la importancia de mantener la actividad social, como consecuencia de ella los adultos mayores desarrollan conceptos positivos de sí mismo, ya que la actividad social por si misma resulta beneficiosa y contribuye a que estos alcancen un mayor grado de satisfacción con su vida. También se supone que los adultos mayores necesitan y desean elevados niveles de actividad, igual que las personas más jóvenes.

➤ Teoría del curso de la vida.

Eriksson (1963). Abordó la madurez como un proceso, que percibía el desarrollo de cada persona como un organismo biológico y un ser social,

para ilustrar éste, definió 8 etapas diferentes y propuso que cada persona progrese a través de las mismas, desde el nacimiento hasta la madurez.

➤ **Teoría de la Continuidad.**

Cohels (1982). La continuidad es una percepción subjetiva y cada persona debe adaptarse de modo individual a los cambios, estableciendo vínculos personales para ligar las nuevas experiencias con los anteriores. La continuidad está orientada gran parte a la persona, es decir, orientada al ser humano individual. Solo la persona mayor puede valorar el aquí y el ahora, por la base de la valoración es la consecuencia de la retrospectiva (el recuerdo de pasado).

➤ **Teorías de los Sistemas Orgánicos.**

Brook Bank (1990) refiere que los problemas de salud que afectan a las personas mayores pueden tener su explicación en un cierto grado de difusión del sistema inmunitario, como sucede con enfermedades como cáncer, diabetes, de comienzo en la madurez, demencia senil y algunos trastornos vasculares del sistema neuroendocrino. Y cada sistema corporal puede reaccionar a los cambios de otros sistemas.

El sistema inmunitario tiene menor capacidad para enfrentarse a organismos extraños a medida que el cuerpo envejece y también comete un número menor de errores al identificar tejidos antológicos como cuerpo extraño por lo que aumenta la susceptibilidad a las enfermedades y las anomalías provocadas por las respuestas auto inmunitarias.

➤ **Teoría de la Disociación.**

Según la teoría de la disociación, es el adulto mayor mismo quien comienza a disminuir sus funciones sociales, lo que origina rechazo y aislamiento entre él y la sociedad. Esta teoría señala que la vejez puede ser una etapa altamente satisfactoria cuando la persona mayor acepta la disminución de interacciones y se vuelve en sí mismo.

➤ **Teoría de la Desvinculación.**

Cumming y Henry, (1961). Afirmar que de modo natural, normalmente al llegar a la vejez, comienza un proceso de desvinculación social a través de la disminución paulatina de actividades e interacciones sociales en el entorno ocurriendo todo esto como un mecanismo de preparación para la cercana e inevitable muerte.

Los defensores de esta teoría sostienen que, de hecho, la persona mayor no es abandonada por la sociedad, sino que es la propia persona mayor quien por su propia voluntad decide desvincularse progresivamente.

➤ **Teoría Del Auto Cuidado.**

Dorotea Orem defiende el autocuidado como la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar; afirma por otra parte que el autocuidado es la acción que realiza una persona madura a fin de cuidarse a sí mismo en el ámbito donde se desenvuelve y que las personas comprometidas con su autocuidado se preparen y capaciten para actuar deliberadamente sobre los factores que afectan su funcionamiento y desarrollo.

En resumen el autocuidado es una conducta que se aprende y surge de la combinación de experiencias cognoscitivas y sociales.

El autocuidado de Orem como concepto y estrategia educativa puede ser utilizada durante la vejez, es congruente con las actividades que propone hacer efectiva la promoción de la salud, pues la mayoría de las personas mayores no solo tienen la capacidad física y cognitiva para aprender técnicas de autocuidado si no también para transmitir las a otros.

2.1.3. CONSECUENCIAS Y/O RIESGO DE LA DEPRESIÓN

Una importante consecuencia de la Depresión en los adultos mayores es la aparición de deterioro cognitivo, y la progresiva involución. A veces se confunden Depresión y Demencia, pero los rasgos cognitivos derivados de la Depresión

forman un cuadro llamado Pseudodemencia depresiva: si la persona se trata esa depresión, los síntomas suelen remitir, pero no revertir al estado inicial. Es lógico pensar que cuanto más se tarde en recibir el tratamiento, más difícil es tratar esos síntomas y signos.

También es evidente el abandono de uno mismo y del autocuidado e imagen personal, así como de la higiene, generando cada vez más dependencia para las actividades de la vida diaria. Y otra situación que provoca la Depresión no tratada es que por esas emociones no canalizadas de forma correcta la persona tiende a somatizar y desarrollar patologías psicosomáticas, como alergias, diabetes, gastritis, etc. Por tanto, es algo que perjudica la calidad de vida, ya que le añadiría más fármacos a su tratamiento con lo complejo que resulta la polimedicación para una persona mayor.

La Depresión genera dependencia en la persona mayor, ya que por falta de iniciativa no cuida de sí misma. Así, aumenta el gasto sanitario en cuanto a medicación que tiene que tomar la persona, pensar en alguien que le acompañe o que le haga las tareas domésticas. O incluso si la Depresión ha empeorado notablemente el estado de la persona, que tenga que ingresar en una Residencia, con todo lo que a nivel psicosocial supone, no sólo a nivel económico.

Pero la consecuencia más grave es que la ideación de muerte, es decir, cuando la persona con Depresión dice que quiere morirse, que está harta de vivir, que la vida es muy triste estando tan enferma, etc., le puede llevar al suicidio o al intento de este. Y estos intentos de suicidio no suelen presentarse como llamada de atención, sino con un claro interés que es dejar de vivir. Por tanto, muchos profesionales catalogan la Depresión como “asesino silencioso”, porque genera nuevas patologías, es un marcador de mortalidad en mayores, y hace que la persona se abandone a sí misma hasta no querer vivir, dejar de alimentarse, y morir poco a poco¹⁹.

2.1.4. FACTORES SOCIALES, CULTURALES Y ECONÓMICOS

Los peruanos vivimos en un mundo donde impera la violencia, producto de una crisis integral, política, social y económica que castiga a amplios sectores sociales. Dentro de este contexto, son excluidos del sistema social, un gran número de seres humanos pertenecientes a los más vulnerables de la población: niños, jóvenes, discapacitados, mujeres y ancianos son los que más sufren violencia social en sus múltiples facetas²⁰.

El individuo que envejece ve transformadas sus relaciones con las cosas y consigo mismo, quedando, así, arrojado a una experiencia nueva para la cual la sociedad no lo preparó, y está tan poco le ofrece condiciones que le permita crecer creativamente hacia la nueva condición y vivirla de modo positivo. Ocurre más bien lo contrario. Desde sus cambios de rendimiento productivo, la sociedad ve en la población senescente un sector social improductivo y lo asume como una carga molesta, dejando librado al adulto mayor a su destino de inevitablemente decadencia, el cual parece hacerlo responsable como de un delito.

La vejez desde una perspectiva individual varía tanto debido a factores internos como externos, en cambio si hubiera un equilibrio en el bienestar de estos tres factores sociales, culturales económicos. Mejoría la calidad de vida del adulto mayor permitiendo mejorar el desarrollo de sus facultades. En la medida que estos factores, o uno de ellos se deteriore, la persona se ve imposibilitada de vivir su propia existencia y, comienza lentamente a depender de otros hasta llegar a ser completamente dependiente²¹.

2.2.4.1. FACTORES SOCIALES

El anciano necesita comunicarse, relacionarse con el entorno en forma verbal y no verbal para expresar deseos, opiniones que le permitan relacionarse con la sociedad, mejorando una imagen de sí mismo que corresponda a la realidad²²

El nivel de inteligencia disminuye lo que no le permite una buena comunicación y equilibrio emocional por lo que influye en la calidad de vida.

El adulto mayor presenta una alteración en el aspecto físico, que produce un grave deterioro en las relaciones interpersonales con el resto de la sociedad. A su vez se constituye en una situación que dificulta muy seriamente la obtención de un trabajo, ya que su presencia personal en estas condiciones no es aceptada como consecuencia un aislamiento de la persona afectando su autoestima, lo que a la larga produce depresión.

La familia y los hijos son una fuente constante de apoyo social. El cónyuge y los hijos son los integrantes más comunes e las redes sociales de las personas mayores. Además los hijos son los principales proveedores y receptores del apoyo emocional (confianza, compañía, orientación, etc.) e institucional (ayuda en las labores domésticas y financieras), de tal forma otro de los fenómenos implicados en la marcha de los hijos del hogar quedando los adultos mayores solos, experimentando una sensación de vacío y soledad que puede llevarlos a un estado depresivo si no se interviene a tiempo²³.

Las relaciones familiares están determinadas por múltiples factores. Uno de tipo físico y material y otro de tipo psicológico afectivo, de los que dependen en mayor o menor medida el fortalecimiento y la armonía de las relaciones de la familia, así como bienestar y la seguridad de los adultos mayores. Entre el senescente y su familia se establece casi siempre una relación de ayuda mutua, basada en las actividades de la vida cotidiana, que le permiten seguir sintiéndose útil²⁴.

En nuestra sociedad existen actitudes negativas frente al envejecimiento y por ende frente a las personas mayores de 60 años. En el ámbito familiar estas actitudes van desde la sobreprotección hasta el maltrato en todas sus variantes, que por lo general no es denunciado por las víctimas en tanto significa un enfrentamiento con los agresores que usualmente son sus propios hijos o familiares de los que dependen afectiva y/o económicamente. Mostrando que los principales victimarios de los

adultos mayores lo representan sus hijos adultos con el 44.4 %, los cónyuges 14.6%, pareja actual (afectivo y/o sexual) 9.7%, u otros familiares (nuera, yerno, etc.) 17%. Es necesario destacar que las edades de los hijos agresores fluctúan entre las edades e 26 y 45 años y son en un 68% varones²⁵.

En la sociedad moderna el adulto mayor no tiene un lugar y se tipifica como un hombre marginal. Esta actitud de la sociedad moderna se consolida con la ideología y mitos del envejecimiento, según BARROS en 1994²⁶.

En muchas sociedades prevalece una ideología que se podría tildar de viejísimo, que considera a la vejez como una decadencia física y mental y proyecta sobre los viejos una imagen de discapacidad, inutilidad social, obsolencia y rigidez. Esto repercute sobre los ancianos, que al hacer suyas las ideas mencionadas, acaban por percibirse así mismos en estos términos; de ahí que acepten su deterioro como algo fatal y tienden adoptar una actitud de resignación y apatía frente a lo que les acontece afectando su salud mental²⁷.

2.1.4.2. FACTORES CULTURALES.

Los factores culturales, educacionales, y grupales será la base de sus creencias y sobre sus valores sobre la vida, la religión podrá influir en la forma de actuar ante diferentes situaciones.

El adulto mayor es capaz de opinar y de mantener actitudes que evidencien su forma de pensar, necesita vivenciar y exteriorizar su concepto de trascendencia, está en su derecho de asistir a actos representativos de sus creencias y es capaz de encontrar un significado a su existencia. Necesita elegir sus propios valores y creencias, y nadie puede negarle el mantenimiento de sus convicciones personales frente a lo bueno y lo malo, por la cultura, ideología y religión, frente a la propia vida o muerte, la religión está definida como un conjunto de creencias,

dogmas acerca de la divinidad o la virtud que nos mueve a dar culto a Dios.

El adulto mayor necesita vivir una existencia plena, productiva si se conoce a sí mismo, tiene interés, se siente motivado y es capaz de razonar, mostrando habilidades para solucionar situaciones referidas al aprendizaje. La capacidad sensorial que mantiene el adulto mayor es un factor preciso para mantener las capacidades psíquicas que intervienen en el aprendizaje, el estado anímico puede favorecer la satisfacción de esta necesidad²⁸.

En realidad es evidente que las personas mayores por lo general no reciben un trato adecuado por el contrario muchas veces deben soportar actitudes, comportamientos y maltratos al interior de su familia en la comunidad y la sociedad. Según PROMUDEH (1999), se propone los siguientes mitos referentes al adulto mayor:

“Las personas mayores ya no rinden intelectualmente”. En la adultez los cambios mentales no producen deterioro ni incapacidad. El aprendizaje puede continuar.

“Las personas añosas ya no son productivas...” un cambio característico del envejecimiento es la disminución de la velocidad. Sin embargo, esto no invalida la producción y más bien puede ser una ventaja: La tarea se hace con mayor cuidado y más perfecto.

“A esa edad prefieren estar solos callados y no tienen nada que hacer...” como en cualquier edad las personas adultas mayores, valoran la relación con otras personas, además gustan recordar y compartir sus experiencias. Es una oportunidad para realizar tareas postergadas, estar al servicio de sus semejantes, practicar en programas de voluntariado y en diferentes clubes.

Cada ser humano es tan viejo como se sienta, al respecto citamos un texto de Cicerón (1996)²⁹.

“Nadie envejece solo por vivir un número de años, la gente envejece al abandonar sus ideales”.

“Los años arrugan el rostro, pero perder el entusiasmo arruga el alma.

La preocupación, la duda, el egoísmo, el miedo, la desesperación, estos son largos años que inclinan la cabeza y llevan el espíritu nuevamente al polvo”. (Cicerón 43 a.C.).

2.2.4.3. FACTORES ECONÓMICOS

Envejecer en el Perú generalmente significa, deterioro económico debido a que las pensiones no han aumentado a la par de la inflación. El adulto mayoritariamente, es una persona jubilado(a) y que por ello enfrenta dificultades económicas y problemas en el uso de su tiempo, que le sobra. Las dificultades económicas son producto de las bajas pensiones e ingresos, del exceso de gastos en medicina y medicamentos, y de la dificultad de obtener un empleo rentable. Los problemas se deben a la dificultad de obtener un empleo que permita suplementar sus ingresos, y lo más frecuente es que la persona adulta mayor deba recurrir al apoyo económico de familiares cercanos pues como es de suponer, esa ayuda no puede ser constante, en el contexto en que las remuneraciones son bajas, el empleo y la pobreza afecta a la mayor parte de la población.

Así también después de una vida dedicada al trabajo, la jubilación se presenta como un cambio de vida y de roles sociales, para algunas personas cae como algo muy desagradable en sus vidas, viviendo de repente en una circunstancia en la que no sabe muy bien qué hacer. Sus actividades cotidianas relacionadas con el trabajo de la noche a la mañana han desaparecido y el mundo se les viene abajo, este cambio repentino para lo cual las personas no están preparadas, puede afectar las relaciones con la familia, amigos y pueden llegar a tener problemas depresivos³⁰.

Es importante reconocer las manifestaciones o dependencia que puedan presentarse en el anciano, estas pueden ser debidas a la incapacidad

asociada al desequilibrio psíquico, situaciones de pérdida, conflictos de autoestima, sentimientos de culpabilidad y falta de motivación. Por otra parte la desvalorización asociada a enfermedades invalidantes, demencias, frustración, ansiedad, vulnerabilidad a enfermedades, problemas de incapacidad sensorial, etc. Serán factores a tener en cuenta por su importante influencia en este aspecto.

La situación económica permitirá al adulto mayor el disfrute de ciertas actividades, la comunidad en que se relaciona o grupo de pertenencia, le incluirán o excluirán de las actividades³¹.

2.1.5. CENTRO- PROGRAMAS DE ADULTO MAYOR

➤ **Conceptualización:**

Los Centros y/o programas del adulto mayor son espacios de encuentro generacional orientados a mejorar el proceso del envejecimiento, mediante el desarrollo de programas de integración familiar, intergeneracional, socioculturales, recreativos, productivos y de estilos de vida para un envejecimiento activo.

Existen dos Tipos:

Centro del Adulto Mayor (CAM)

En un Centro y/o Programa del Adulto Mayor se brindan diversos Talleres:

- Taller de Educación Emocional: Para que mejore el manejo de sus emociones y sus relaciones interpersonales familiares y sociales.
- Taller de Memoria: Le ayudará en la mejora y refuerzo de sus capacidades cognitivas.
- Taller de Auto cuidado: Le proporcionará conocimientos sobre aspectos de tu vida física – orgánica, social, mental y espiritual.
- Talleres Artísticos: Para que descubra y desarrolle sus habilidades y potencialidades artísticas.

- Talleres de Cultura Física: A través de la práctica de disciplinas como el Tai-chi, bio - danza, gimnasia y otros.
 - Turismo Social: Le brinda la oportunidad de conocer y disfrutar las diferentes regiones del Perú, sus culturas, costumbres, en circuitos turísticos amicales y accesibles a su economía.
 - Huertos Familiares y Crianza de Animales Menores: Le ofrece la oportunidad de estar en contacto con la naturaleza, desarrollando actividades en el cultivo de plantas hortícola, aromáticas, árboles frutales, así como también la crianza de animales menores (cuyes, patos conejos, etc.) además posibilidades de practicar la elaboración del bonsái, cultivo de Orquídeas, jardinería y vivero de plantas ornamentales.
 - Comedor Social: Encontrará alimentación balanceada, en un ambiente amigable de socialización.
 - Eventos Deportivo – Recreativo: Practicará en su deporte preferido y participará en juegos recreativos que contribuyen al mantenimiento y mejora de sus capacidades psicológicas, físicas y sociales.
- **Actividades que vinculan a las personas mayores con personas de otras edades**
- Eventos de Integración Intergeneracional. : Se promueve el intercambio de experiencias con niños, adolescentes y jóvenes.
 - Campañas de Sensibilización. : Se fomenta caminatas, pasacalles, para revalorar la imagen del adulto mayor.
- **Centro y/o Programa del Adulto Mayor apoya a mejorar los ingresos económicos**

A través del Proyecto de Micro emprendimientos de personas mayores que ofrece:

- Capacitación en Micro emprendimientos: Preparación para constituir y desarrollar una idea de negocio.

- Talleres Ocupacionales: Desarrollan las capacidades creativas de las personas mayores, así como mejora, mantiene y/o restablece las aptitudes psicofísicas.
- Talleres Productivos: Genera un ingreso económico adicional a través de la práctica de las habilidades de gestión de microemprendimiento de las personas adultas mayores.

➤ **Existe atención sanitaria en los Centros y/o Programas del Adulto Mayor**

Sí, a través de la Unidad Básica de Atención al Adulto Mayor.(UBAAM) que brinda atención médica a los adultos mayores afiliados en algunos Centros y/o Programas de Adulto Mayor.

- Prevención, mantenimiento-control de sus enfermedades.
- Otorgamiento de medicinas básicas

➤ **Otros servicios que ofrece el Centro y/o del Adulto Mayor**

Podología, Fisioterapia, Sauna, Gimnasio, Juegos de Mesa y Salón, Cafetería, Peluquería y otros.

➤ **Participantes en los Centros Adulto Mayor**

- Personas adultas mayores aseguradas de ESSALUD (personas de 60 años a más)³².

Programa del Adulto Mayor de MINSA

Definiciones Operativas

Población Objetivo: Es la población objetivo constituida por todas las personas mayores de 60 años a más. Se tendrá en cuenta la población adulta mayor adscrita,

dirigiendo las intervenciones hacia aquellas personas adultas mayores que viven en zonas de mayor riesgo y/o presentan mayor vulnerabilidad, según corresponda.

Estrategias para la Atención de las personas Adultas Mayores: Son un conjunto de acciones o comportamientos cuyo propósito es lograr la atención integral de la PAMs y familias. Las más reconocidas para la atención integral en este grupo etáreo, son las siguientes:

- Fortalecimiento de las capacidades técnicas de los equipos interdisciplinarios.
- Organización y adecuación de los servicios según categorización.
- Manejo estandarizado en el mantenimiento y recuperación de la salud de las PAMs de acuerdo a la realidad regional y local.
- Participación de la familia y la comunidad para mejorar el acceso a la atención integral de salud de las PAMs.
- Fomento de la participación de las PAMs en las acciones de salud.
- Conformación de redes de servicios sociales y de apoyo mutuo intersectorial.
- Articulación de las medicinas tradicionales y complementarias.

Atención Intramural: Es la atención a la persona adulta mayor en el establecimiento de salud por el profesional o técnico de salud, sensibilizando y capacitando según competencias y nivel de complejidad del establecimiento.

Atención de daños agudos no emergencias: Se orienta a dar respuesta a problemas de salud de inicio rápido comprendida dentro de un conjunto de necesidades de salud identificadas. Están relacionadas a problemas de menor complejidad y que no representan amenaza para la vida de la PAM. Se inducen las consultas programadas.

Atención daños sub agudos y crónicos: Representa el abordaje de problemas sub-agudos y crónicos, principalmente trastornos degenerativos no transmisibles, comprendidos dentro del conjunto de necesidades de salud seleccionadas.

Atención de la emergencia: Se orienta a resolver prontamente los problemas que ponen en riesgo la vida y salud de la PAM. Dependiendo de la complejidad de la emergencia se tratará y/o referirá al establecimiento o servicio correspondiente.

Atención integral: Es la atención multidimensional a través de un equipo interdisciplinario. Proceso por el cual se satisface las necesidades de salud a través de la presentación continua y con calidad de los cuidados esenciales de las PAMs considerando las acciones de promoción, prevención y rehabilitación en salud.

Atención extramural: Es la atención que se realiza fuera del establecimiento de salud con el objetivo de extender la atención a los grupos poblacionales prioritarios (pobres y extremadamente pobres) del ámbito de responsabilidad del establecimiento de salud. El adulto mayor puede ser atendido en diferentes espacios como son: domicilio, casas de reposo, círculos de adultos mayores y casas de convivencias (asilos).

Criterios de programación: Son las reglas o pautas a ser aplicadas en la programación del conjunto de actividades y requerimientos de acuerdo al tamaño de población, en un tiempo determinado, capacidad resolutive y demanda, con el objeto de alcanzar las metas programáticas de salud.

El nivel nacional establecerá los criterios de programación de actividades de la etapa de vida adulto mayor. El nivel Regional y local programaran las actividades en función de la población adulta mayor adscrita al ámbito de la región y al establecimiento de salud, según los parámetros establecidos y tomarán en cuenta la presencia o ausencia de otros prestadores de servicios en la zona³³.

2.1. Marco Conceptual

2.2.1. Depresión

Es un trastorno que afecta al organismo (cerebro, el ánimo y la manera de pensar). Se caracteriza por un conjunto de síntomas como la expresión de la afectación de diferentes funciones psicológicas: la tristeza, la desesperanza, la inhibición y la hipoactividad.

La depresión es un síndrome geriátrico frecuente que produce alto grado de incapacidad y aumenta la mortalidad (directamente e indirectamente por comorbilidad con otras enfermedades) en la población geriátrica. Altera la calidad de vida del que la sufre y es, además, un problema social y de salud pública. La prevalencia varía según el medio en el que la estudiemos y según los instrumentos diagnósticos que asumimos. La depresión del anciano tiene formas peculiares de presentación (depresión menor, depresión de inicio tardío, etc.) y, a veces, pueden predominar síntomas físicos o cognitivos. Algunas veces aparecen lesiones orgánicas en el sustrato de la depresión ("depresión vascular"). La terapia antidepresiva en ancianos es frecuentemente complicada por comorbilidad de enfermedades médicas, la polifarmacia y por el aumento de sensibilidad a los efectos de los fármacos. Los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina aportan seguridad, eficacia y reducción de efectos adversos, siendo el grupo de elección en el tratamiento de la depresión en el anciano³⁴.

La depresión es un trastorno en el estado de ánimo donde aparecen sentimientos de dolor profundo, ira, frustración y soledad e impiden que la persona continúe con su vida ordinaria de forma normal durante un tiempo prolongado³⁵.

Los niveles de Depresión según Yesavage son:

- No Depresión.- No presenta sintomatología depresiva.
- Probable Depresión.- Es una enfermedad que se caracteriza por la pérdida de interés en las cosas.
- Depresión Establecida.- Llamada también depresión profunda se manifiesta con síntomas de mayor gravedad que continúan durante un largo periodo de tiempo y hace posible continuar con una vida normal, esto influye en: Pensamientos, sentimientos y conducta. Tiene menor control de su estado de ánimo y sentimientos, descubriendo su propia persona.

2.2.2. Entidades de Salud

Entidad de Salud a la que Pertenece: Institución de Salud de la que es parte, a través de su aseguramiento. En nuestro país existen dos grandes entidades a las pertenece toda persona y son:

- Entidad Prestadora de Salud (ESSALUD)
Los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores, cualquiera sea el régimen laboral o modalidad a la cual se encuentren sujetos; y los derecho habientes de las personas antes mencionadas: el cónyuge o el concubino a que se refiere el Artículo 326 del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo, de acuerdo a la calificación que efectuará ESSALUD, siempre que no sean afiliados obligatorios.
- Ministerio de Salud (MINSA)
Aquellos que no pertenecen a ESSALUD o que pertenecen al sistema integral de seguro (SIS).

CAPITULO III

RECURSOS UTILIZADOS

3.1. Recursos Humanos:

Investigadoras:

Bach. Gabriela Vásquez Martínez

Bach. Mariela del Rosario León Zuluoeta

Asesoramiento:

Psic. Germán Molina Ferro

Equipo Técnico:

Estadístico

Digitadora

3.2. Recursos - Materiales:

Instrumentos:

Ficha de Consentimiento Informado

Ficha de datos referenciales

Escala de Depresión de Yesavage

Insumos:

Lápiz

Lapiceros

Borradores

Engrapador

Copias

Folder manila

3.3. Recursos - Instalaciones:

Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto

Centro del Adulto Mayor de ESSALUD.

CAPITULO IV

MÈTODO

4.1 . Hipótesis

Existe prevalencia significativa de depresión en los pacientes que asisten al Programa del Adulto mayor del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero a Mayo del 2012.

4.2. Tipo de Investigación

El presente estudio de investigación se encuentra enmarcado dentro del enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, porque se enfatizó el razonamiento deductivo y los atributos medibles de las variables de depresión y entidad a la que pertenece, permitiendo recolectar y analizar la información a través de la aplicación de técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales.

El diseño de investigación que comprendió este estudio es tipo: No experimental, Transeccional-Descriptivo y Comparativo.

No experimental, porque la investigación sistemática y empírica en la que las variables depresión y entidad a la que pertenece no se manipularon. Las diferencias sobre las relaciones entre las variables se realizan sin intervención o influencia directa, y dichas relaciones se observan tal como se han dado. **Transeccional - Descriptivo**, porque tuvo como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan las variables depresión y entidad a la que pertenece, recolectando datos en un solo momento y en un tiempo determinado, con el propósito de describir las variables en los grupo de estudio. **Comparativo**, porque busca comparar las variables Niveles de depresión y la entidad a la que pertenecen.

4.3. Población y Muestra

La población del estudio estuvo constituida por 200pacientes en total, de los cuales 76asisten al Programa del Adulto mayor del Hospital Regional de Loreto y 124pacientes, que asisten al Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero – Mayo del 2012.

Para determinar la muestra se efectuó un muestreo no probabilístico, en donde se invitó a participar a los pacientes que asisten al Programa del Adulto mayor del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero - Mayo del 2012 y que cumplan con los criterios de inclusión y de exclusión del presente estudio.

La fórmula para obtener la muestra fue la siguiente:

$$N = \frac{Z^2 (p) (q) (n)}{(n-1) E^2 + Z^2 (p) (q)}$$

N = Muestra

Z = Coeficiente de confianza; para un nivel de confianza de 95% es igual a 1.96

P = Proporción de usuarios satisfechos, en base a estudiantes previos es igual a 0.5

q = Resulta 1 – p

E = Error máximo permisible es de 5% que equivale a 0.05

n = Tamaño de la población que acude al Programa del Adulto Mayor del HRL y al Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero – Mayo del 2012.

El Tamaño de la muestra estuvo conformado por 132 pacientes,46 asistieron al Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto y 86 asistieron al Centro del Adulto Mayor de ESSALUD durante los meses de Enero – Mayo del 2012.

4.4. Criterios de inclusión

1. Todo paciente que acuda al Programa del Adulto mayor del Hospital Regional de Loreto y al Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero a Mayo del 2012.
2. Paciente que se encuentre lucido (Se aplica a la persona que piensa o se expresa con precisión y claridad, en un estado mental normal).
3. Que tenga 60 años de edad a más.
4. Consentimiento escrito del paciente para acceder al estudio.

4.5. Criterios de Exclusión

1. Pacientes con demencia senil.
2. Pacientes extranjeros.
3. Pacientes que se nieguen a participar en el estudio.
4. Pacientes con un nivel de comprensión lectora deficiente.
5. Pacientes que se encuentren en un estado de confusión por una crisis sicótica aguda, trastorno cerebral crónico, estados de coma, etc.
6. Pacientes menores de 60 años.

4.6. Técnicas

Los instrumentos que se usaron para la recolección de los datos son:

- **Ficha de datos referenciales**, que será aplicada a través de una encuesta en forma individual.

- **La escala de Depresión de Yesavage**

Descripción:

En nuestro país, Perlado F. (1987) realizó una primera traducción al castellano de la versión de 30 ítems, siendo González F. (1988), quien realiza los primeros estudios de validación, pero introdujo modificaciones sustanciales que desnaturalizaban la versión original (la redujo a 20 ítems y transformó la escala de respuesta). Una segunda adaptación al castellano fue validada por Ramos-Brieva y Cols (1991) y Salamero y Cols (1995).

En el estudio se utilizó. El test de Yesavage con versión de 15 ítems ya que existen múltiples traducciones, y en fecha reciente Aguado C. y Cols (2000) han presentado un primer avance de su estudio de adaptación y validación.

El test de con versión de 15 ítems, trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas (DICO: Dos y TÓMICO: Partes, es decir se refiere a la DIVISIÓN en 2 partes) si / no, diseñado en su versión original para ser auto-administrado, si bien se admite también su aplicación hetero-administrada (que otra persona lo administre), leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada; en este caso el entrevistador no debería realizar interpretaciones sobre ninguno de los ítems, incluso si es preguntado respecto al significado de alguno de ellos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular, en lo posible, tendencias a responder en un solo sentido. El marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa, con tendencia a utilizar más este último en la aplicación auto-administrada.

Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano.

INTERPRETACION DEL TESTYESAVAG

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. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0-30 ó 0-15, según la versión.

Para la versión de 30 ítems los puntos de corte propuestos en la versión original de la escala son los siguientes:

No depresión	0-9 puntos
Depresión moderada	10-19 puntos

Depresión severa 20-30 puntos

Para la versión de 15 ítems se aceptan los siguientes puntos de corte:

No depresión	0-5 puntos
Probable depresión	6-9 puntos
Depresión establecida	10-15 puntos

Su simplicidad y economía de administración, al no requerir estandarización previa y sus buenos valores de sensibilidad y especificidad han hecho que esta escala sea ampliamente recomendada en el cribado general del paciente geriátrico y en el diagnóstico diferencial de la pseudo-demencia por depresión. Sin embargo, son necesarios más estudios para adaptar la escala y sus puntos de corte a nuestro medio, con especial referencia a las versiones reducidas.

PROPIEDADES PSICOMETRICAS

Para la versión de 30 ítems los índices psicométricos establecidos son buenos, con una elevada consistencia interna, elevados índices de correlación con otras escalas como las de Hamilton y Zung, y buena validez predictiva (sensibilidad 84 %, especificidad 95 %, para un punto de corte ≥ 15 ; y del 100 % y 80 %, respectivamente, para un punto de corte ≥ 11), datos estos confirmados en los estudios realizados en nuestro medio.

La versión de 15 ítems tiene un alto grado de correlación con la versión de 30 ítems y similar validez predictiva, con una sensibilidad entre el 80 y el 90 % y una especificidad algo menor, entre el 70 y el 80%, para el punto de corte ≥ 6 ; puntos de corte más altos (≥ 10), mejoran la especificidad con una sensible reducción de la sensibilidad (92 % y 72 %, respectivamente, en el estudio de Emerson L.). En los estudios realizados en nuestro país, la versión de 15 ítems ha demostrado una fiabilidad inter e intraobservador muy alta, con una validez predictiva similar a la referida: sensibilidad del 80 % y especificidad del 75 % para el punto de corte ≥ 5 . El aumento del punto de corte produjo, en estos estudios, un pequeño aumento de la especificidad con una pérdida notoria de

sensibilidad (por ej., para un punto corte ≥ 6 , la sensibilidad fue del 68 % y la especificidad del 83%)³⁶.

4.7. Técnicas de Recolección de datos

La recolección de datos se obtuvo mediante los siguientes procedimientos:

Se solicitó a la Gerencia General de ESSALUD de la Red Asistencial Iquitos y al Director del Hospital Regional de Loreto la autorización correspondiente para la aplicación de la Ficha de Datos referenciales y la escala de Depresión de Yesavage, dándole a conocer los objetivos del trabajo de investigación.

Se realizó una entrevista de forma personal e individual con los pacientes que acuden al programa del adulto mayor del Hospital Regional de Loreto y al Centro de Adulto Mayor de Iquitos, para lo cual se trabajó siguiendo estos pasos:

- Entrega de Ficha de Consentimiento Informado, para su respectiva firma.
- Aplicación de la Ficha de Datos Referenciales.
- Finalmente se procede a la aplicación de la escala de Depresión de Yesavage.

Posteriormente los datos fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS versión 19 para el entorno Windows XP. Se aplicará la estadística descriptiva la misma que nos permitirá establecer la prevalencia de depresión.

4.8. Ética

Los derechos humanos de los pacientes que acudieron al programa del adulto mayor del Hospital Regional de Loreto y al Centro de Adulto Mayor de Iquitos, fueron respetados permaneciendo en el anonimato, de tal forma que ninguna de las preguntas del instrumento atentó contra la salud física, psicológica y moral de los sujetos en estudio. Así como el respeto a su decisión voluntaria de participar en la presente investigación.

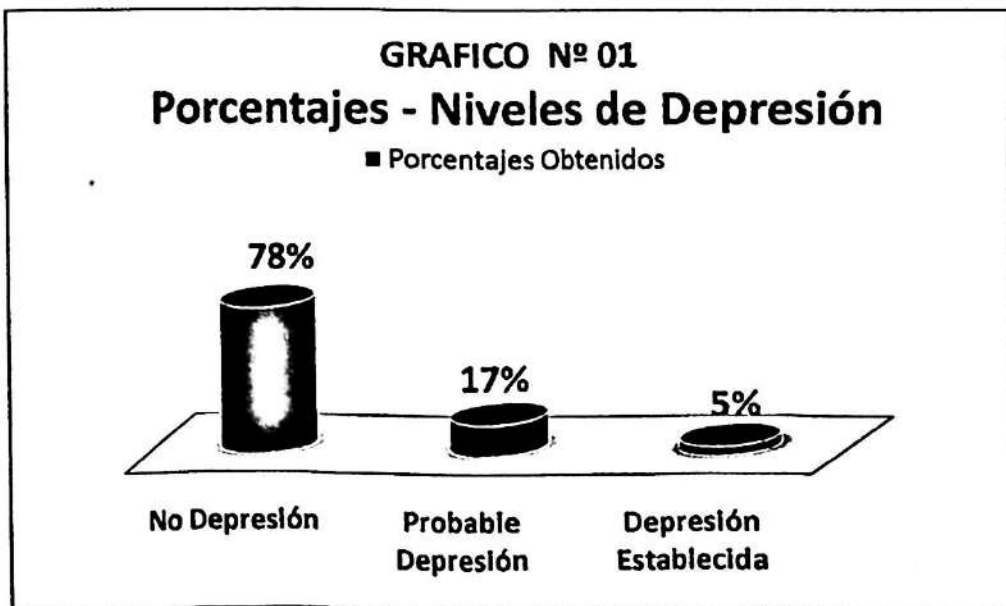
CAPITULO V

RESULTADOS

CUADRO N° 01

Prevalencia depresión en los pacientes que asisten al programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero a Mayo de 2012.

Niveles de Depresión	N°	Porcentajes Obtenidos
No Depresión	103	78%
Probable Depresión	22	17%
Depresión Establecida	7	5%
Total	132	100%

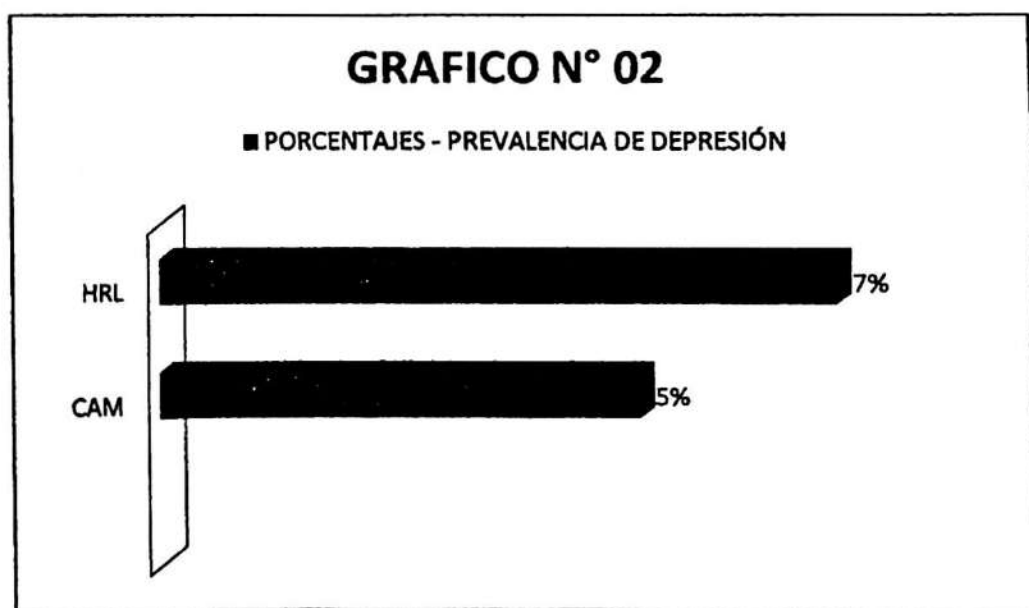


La prevalencia de Depresión Establecida según la escala de Depresión de Yesavage en el Adultos Mayores del Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de Es Salud fue de 5%.

CUADRO N° 02

Prevalencia de la depresión en los pacientes que asisten al programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero a Mayo de 2012

ENTIDAD	DEPRESIÓN	
	N°	%
CAM	4	5%
HRL	3	7%
	7	5%



La prevalencia de Depresión Establecida según la escala de Depresión de Yesavage en pacientes del Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de Es Salud fue de 5%.

Usando la fórmula de Prevalencia:

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de Casos}}{\text{Total de pacientes en estudio}}$$

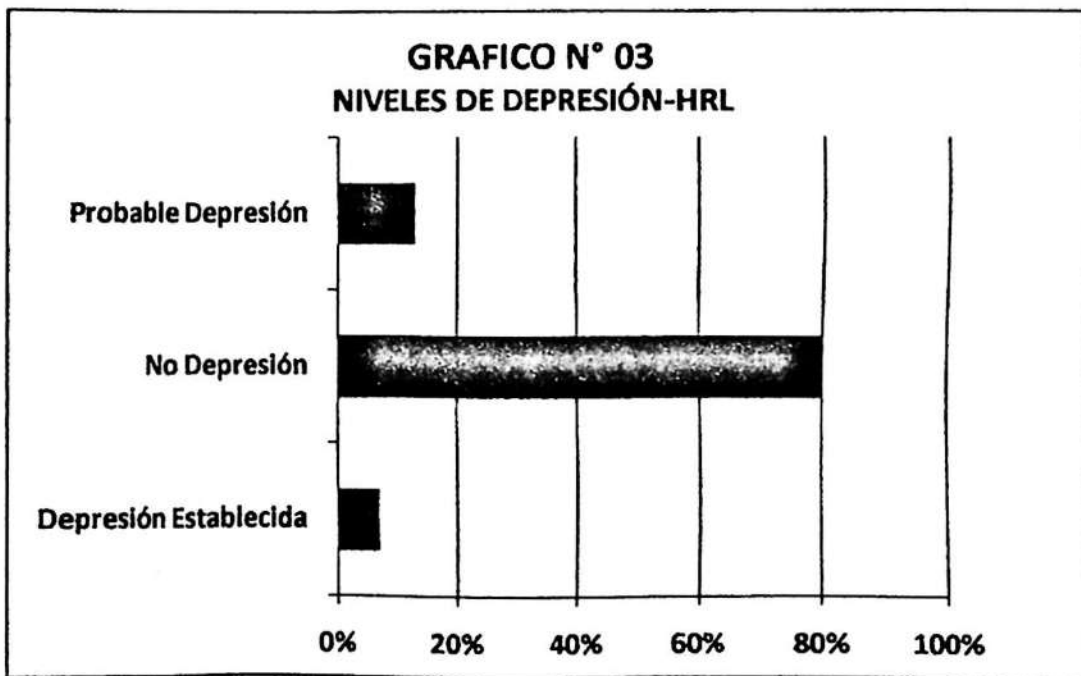
$$\text{Prevalencia} = \frac{7}{132}$$

$$\text{Prevalencia} = 0.053030303030303$$

CUADRO N° 03

Niveles de Depresión en los pacientes que asisten al programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto de Enero a Mayo de 2012.

Resultados del Test	HRL	
	N°	%
No Depresión	37	80%
Probable Depresión	6	13%
Depresión Establecida	3	7%
Total	46	35%

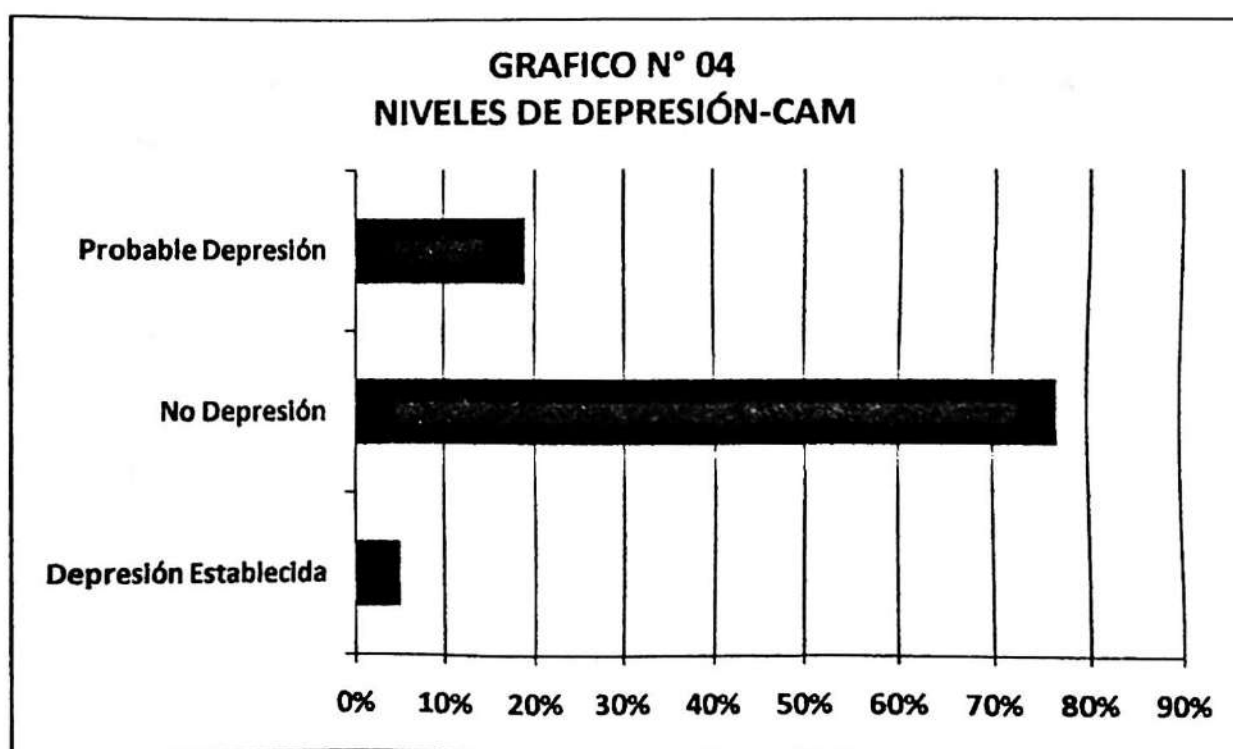


En el Programa del Adulto mayor del Hospital Regional de Loreto el Nivel de No depresión fue la que prevaleció con un 80% de la muestra de la población en estudio y los Niveles de Probable Depresión y Depresión Establecida son de 13% y 7% respectivamente (Grafica N° 03).

CUADRO N° 04

Niveles de Depresión en los pacientes que asisten al Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero a Mayo de 2012.

Resultados del Test	CAM	
	N°	%
No Depresión	66	77%
Probable Depresión	16	19%
Depresión Establecida	4	5%
Total	86	65%

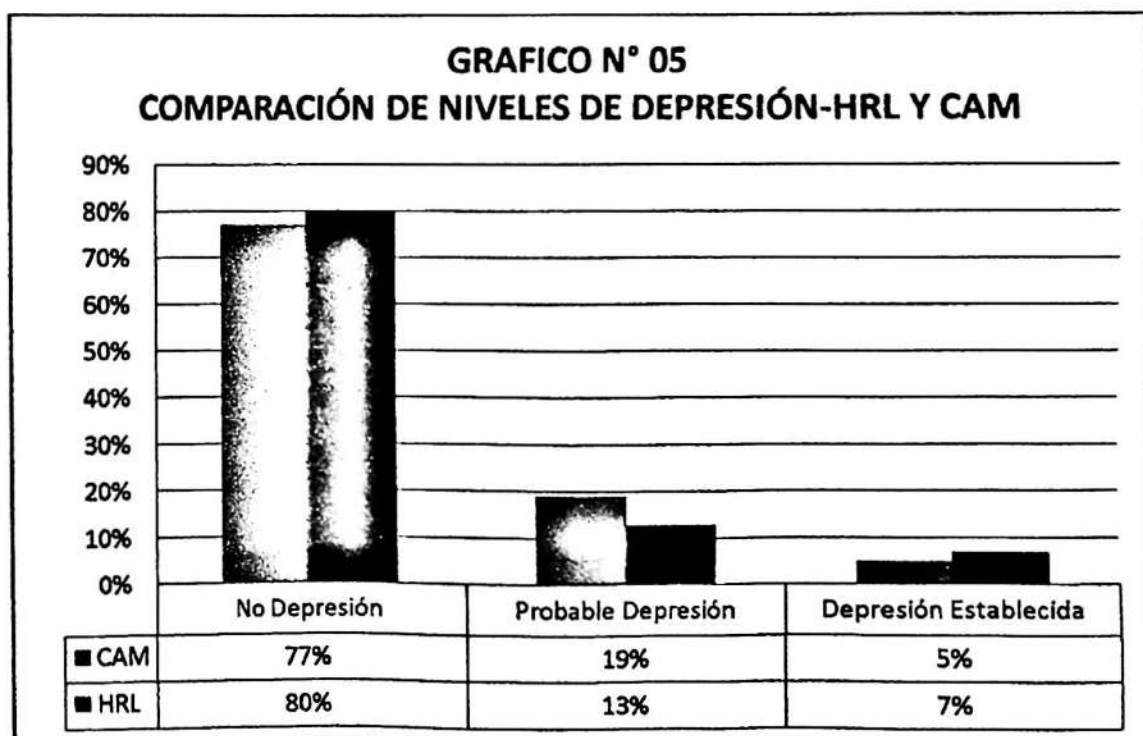


En el Centro del Adulto Mayor de ESSALUD el Niveles de No depresión fue la que destacó con un 77% de la muestra de la población en estudio y los Niveles de Probable Depresión y Depresión Establecida son de 19% y 5% respectivamente (Grafica N° 04).

CUADRO N° 05

Comparación de Niveles de Depresión en los Adultos Mayores del Programa del Adulto mayor del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero a Mayo de 2012.

COMPARACIÓN	CAM		HRL		Total
	N°	%	N°	%	
No Depresión	66	77%	37	80%	78%
Probable Depresión	16	19%	6	13%	17%
Depresión Establecida	4	5%	3	7%	5%
Total	86	65%	46	35%	100%



Los pacientes Adultos Mayores del Programa del Adulto mayor del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD presentaron mayormente un Nivel de No depresión con un 77%(66/86).

CUADRO N° 06

COMPARACIÓN DE DATOS REFERENCIALES DE LOS PACIENTES
QUE ASISTEN AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO Y AL CENTRO DEL ADULTO
MAYOR DE ESSALUD

DATOS REFERENCIALES	CAM		HRL	
	N	%	N	%
Edad (años):				
- 60 a 64	8	9.3%	6	13%
- 65 a 69	31	36%	7	15%
- 70 a 74	23	28%	13	28%
- 75 a más	24	43%	20	43%
TOTAL	86	100,0	46	100,0
<i>Edad Promedio</i>	Promedio ± DE		Promedio ± DE	
	±		±	
Sexo:				
- Femenino	78	91%	44	96%
- Masculino	8	9%	2	4%
TOTAL	86	100,0	46	100,0
Procedencia:				
- Rural	11	13%	9	20%
- Urbana	75	87%	37	80%
TOTAL	86	100,0	46	100,0
Estado Civil:				
- Soltero	7	8%	9	20%
- Conviviente	0	0%	1	2%
- Casado	36	42%	15	33%
- Separado	3	3%	1	2%
- Viudo	40	47%	20	43%
TOTAL	86	100,0	46	100,0
Grado de instrucción:				
- Primaria completa	16	19%	4	9%
- Primaria incompleta	21	24%	26	57%
- Secundaria completa	8	9%	2	4%
- Secundaria incompleta	6	7%	9	20%
- Sin Instrucción	0	0%	3	7%
- Superior técnica	4	5%	0	0%
- Superior universitario	31	36%	2	4%
TOTAL	86	100,0	46	100,0

Aceptación:				
- Aceptado	82	95%	43	93%
- No aceptado	4	5%	3	5%
TOTAL	86	100,0	46	100,0
Vive con:				
- C/Familia	12	14%	4	9%
- C/Hijos	45	52%	29	63%
- C/Pareja	20	23%	6	13%
- Solo	9	10%	7	15%
TOTAL	86	100,0	46	100,0
Labor que Desempeña				
- Activ. Hogar	38	44%	21	46%
- Cuid.Niet	1	1%	2	4%
- Nada	22	26%	14	30%
- Espf.	25	29%	9	20%
TOTAL	86	100,0	46	100,0
Relaciones Familiares:				
- Buena	68	79%	29	63%
- Regular	18	21%	16	35%
- Mala	0	0%	1	2%
TOTAL	86	100,0	46	100,0
Perdida de Familiar:				
- Si	64	74%	31	67%
- No	22	26%	15	33%
TOTAL	86	100,0	46	100,0
Paseos:				
- Nunca	1	1%	2	4%
- A veces	41	48%	29	63%
- Siempre	44	51%	15	33%
TOTAL	86	100,0	46	100,0

CAPITULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente trabajo de Investigación la prevalencia de la depresión en los pacientes que asisten al programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero a Mayo de 2012, la población estuvo conformada de 200 Adultos Mayores y la muestra lo constituyó 132.

La etapa del Adulto Mayor corresponde a aquella persona de 60 años a más, en donde el ser humano atraviesa por un proceso dinámico gradual, natural e inevitable, proceso en que ocurren cambios a nivel biológico, psicológico y social; estos cambios en algunos casos conllevan a la aparición de un trastorno frecuente en la actualidad, como la depresión. Ella es considerada como una enfermedad propia de nuestra cultura, crea además problemas de salud pública por su alto índice de mortalidad, donde incluyen muchas veces los factores sociales, culturales y económicos (edad, sexo, grado de instrucción, labor, aceptación familiar, distracciones, pérdidas, etc.), debido a que el hombre es un ser biopsicosocial y por tanto enfrenta constantes situaciones de adaptación al medio donde vive, así mismo teniendo en cuenta nuestro punto de vista, el poblador peruano se desenvuelve en condiciones adversas, impidiendo su desarrollo normal y amenazando en forma permanente su integridad física y mental. Además la sociedad peruana no es homogénea, sino que presenta grandes contrastes socioeconómicos y culturales entre sus habitantes.

En la investigación se plantearon como objetivo la prevalencia de la depresión en los pacientes que asisten al programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero a Mayo de 2012.

Los resultados obtenidos nos muestran que sí existe relación entre ambas instituciones con respecto a los Niveles de Depresión, aunque el porcentaje de depresión establecida no es significativa, esto lo atribuimos a que los Adultos Mayores que asisten a dichas Instituciones donde se brinda atención a sus necesidades físicas, psíquicas y sociales; se promueve la integración familiar y social del Adulto; contribuyendo a elevar su nivel

cultural; orientar y estimular su participación social en actividades productivas acorde con sus necesidades e intereses.

Referente al primer objetivo específico Determinar la prevalencia de la depresión en los pacientes que asisten al programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero a Mayo de 2012.

En el Cuadro N° 01 los resultados obtenidos en nuestro estudio nos revelaron que la tasa es del 5% de la muestra presentan un estado de Depresión Establecida, el 17% Probable Depresión y el 78% presenta un estado de No Depresión, por lo que observamos que la depresión establecida no es significativa en nuestro estudio en comparación al porcentaje de los adultos mayores que presentan un estado normal en relación con la depresión, pero sin embargo la probable depresión es un porcentaje significativo que nos indica que existe riesgo de que ésta población si no es diagnosticada a tiempo puede llegar a sufrir depresión establecida. Al comparar con nuestro marco teórico según, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que en el año 2000 la depresión ocupaba el cuarto lugar dentro de las enfermedades más frecuentes, y que para el año 2020 estará en la segunda de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas.

Comparando con el estudio realizado por IRRIGOIN CABRERA, Roció del P. MARRUFO MONTENEGRO, Gladys y otros de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo de Lambayeque – Perú. 2007. Refiere que la tasa de Depresión establecida es del 4.24%, de Probable Depresión es de 30.30% y de No Depresión es de 65.46%. En nuestro estudio la tasa de Depresión establecida es del 7%, de Probable Depresión es de 13% y de No Depresión es de 80%. Usándose la escala de Depresión de Yesavage (Aguado C y cols. 2000), entonces podemos decir que en ambos estudios que, la depresión establecida no es significativa, esto puede deberse a las razones ya especificadas en el párrafo anterior según nuestro criterio ya que el estudio de Lambayeque también se usó a la población Adulto Mayor del CAM ESSALUD de la ciudad de Chiclayo y básicamente lo que brinda el CAM ESSALUD son los mismos metas de manera de cubrir la necesidades del Adulto Mayor que acude a estas instituciones en todo el país y su meta es la misma.

En el Cuadro N° 02: Se refiere a la prevalencia de Depresión establecida en el total de la muestra (132); en el Centro del Adulto Mayor de ESSALUD la tasa de Depresión

establecida es del 5% (4/86) y en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto la tasa de Depresión Establecida es del 7% (3/46) entonces resulta un 5% (7/132). Los resultados obtenidos nos muestran que existen diferencias significativas de depresión entre los Adultos Mayores del Programa del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD pero el resultado de la Depresión Establecida no es significativa, es decir existe verosimilitud de un 82.3% entre la muestra de ambas entidades. Para comprobar la hipótesis y determinar si existen diferencias significativas de depresión entre los pacientes de ambas entidades se utilizó la prueba estadística Chi Cuadrado (χ^2) no encontrándose diferencias significativas entonces SE RECHAZA LA HIPOTESIS formulada “Existen diferencias significativas de depresión entre los pacientes que asisten al Programa del Adulto mayor del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero a Mayo del 2012”.

Existe una prevalencia de Depresión Establecida de un 4.24% en adultos mayores, según el estudio realizado por la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo de Lambayeque – Perú. 2007 que es una investigación de tipo cuantitativa, descriptiva, transversal y correlacional y en la presente investigación de tipo No experimental, Transeccional-Descriptivo y Comparativo se dio una prevalencia de 5% de Depresión Establecida. Existe similitud entre ambos estudios.

CUADRO N° 03: Se aprecian los Niveles de Depresión en los pacientes que asisten al programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto de Enero a Mayo de 2012, se obtuvo un mayor porcentaje en el Nivel de No Depresión con un 80% (37/46), el nivel de Probable Depresión es del 13% (6/46) y de Depresión Establecida es de 7% (3/46); 46 representa el 35% de la muestra total. Por lo tanto podemos observar con las cifras encontradas en el nivel de probable depresión la percepción de la falta de apoyo emocional para el Adulto Mayor sobre todo por parte de la familia puede constituir un factor predisponente para el padecimiento de un trastorno depresivo y otros trastornos psiquiátricos.

CUADRO N° 04: Representa los Niveles de Depresión en los pacientes que asisten al Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero a Mayo de 2012, se alcanzó un mayor porcentaje en el Nivel de No Depresión con un 77% (66/86), el nivel de Probable

Depresión es de 19% (16/86) y de Depresión Establecida es del 5% (4/86); 86 representa el 65% del total de la muestra. Estos resultados demuestran que las actividades que se realizan semanalmente, el trato diario entre los adultos mayores contribuyen con la alta tasa de No depresión en ellos, considerando también los posibles cambios emocionales por el notable porcentaje en el nivel de probable depresión encontrado en nuestro estudio.

CUADRO N° 05: Se observa que los Niveles de Depresión en los pacientes que asisten al Programa del Adulto mayor del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero a Mayo de 2012; la muestra de la población Adulta Mayor del Hospital Regional de Loreto es de 46 y constituye un 35% de la cantidad de la muestra total (del 100%), dentro de esta población se encontraron 37 casos de Adultos Mayores que no indican Depresión y estos representan un 80% de la población de esta entidad y por ende es donde se observa la mayor concentración de Adultos Mayores, luego también se encontraron 6 casos con una Probable Depresión que simbolizan un 13% y 3 casos con Depresión Establecida que representan un 7% de la muestra tomada de la población de Adultos Mayores que asisten al Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto. Al observar los resultados se obtuvo que la muestra de la población del Centro del Adulto Mayor es de 86 y constituye un 65% del total de la muestra (del 100%), dentro de esta población se encontraron 66 casos de Adultos Mayores que no indican Depresión y estos representan un 77% de la población de esta entidad y por ende es donde se observa la mayor concentración de Adultos Mayores, luego también se encontraron 16 casos con una Probable Depresión que simbolizan un 19% y 4 casos con Depresión Establecida que representan un 5% de la muestra tomada de la población de Adultos Mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor en la ciudad de Iquitos. En comparación con el estudio realizado por IRRIGOIN CABRERA, Roció del P. MARRUFO MONTENEGRO, Gladys y otros de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo de Lambayeque – Perú. 2007, se encontraron 108 casos con No Depresión del 65.45% de la muestra (165 es la muestra de una población de 500 Adultos Mayores), luego se puede apreciar que encontraron 50 casos con una Probable Depresión que representan un 30.30% y 7 casos con Depresión establecida con un 4.24%.

CUADRO N° 06: Se aprecian los porcentajes de las características generales de los pacientes que asisten al Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto y del

Centro del Adulto Mayor de ESSALUD que es la ficha de datos referenciales que son: la edad, lugar de procedencia, sexo, estado civil, grado de instrucción, aceptación, con quien vive, ocupación, relaciones familiares perdida de familiar y paseos de diversión.

Respecto a la edad se encontró que están agrupadas por intervalos de años de edad, en los de Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD entre las edades de 60 a 64 años de edad representan un 9.3%, en cambio entre las edades de 65 a 69 años de edad representan un 36% entre las edades de 70 a 74 años de edad representan un 28% y entre las edades de 75 a más de edad representan un 43% de la muestra; en los Adultos mayores del Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto entre las edades de 60 a 64 años de edad representan un 13%, en cambio entre las edades de 65 a 69 años de edad representan un 15% entre las edades de 70 a 74 años de edad representan un 28% y entre las edades de 75 a más de edad representan un 43% de la muestra. Se puede deducir que del porcentaje encontrado de Probable Depresión y Depresión establecida el del mayor rango de edad es de 75 a más, esto puede ser, de acuerdo a las entrevista directa con los Adultos Mayores ya que se referían sentirse aislados por sus familias y por las progresiva pérdida de algunas de sus capacidades estando consientes de esto.

Referente al sexo se encontró que en los de Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD que un 91% de los Adultos Mayores son del sexo femenino y un 9% son del sexo masculino; en los Adultos mayores del Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto un 96% de los Adultos Mayores son del sexo femenino y un 4% son del sexo masculino. Se deduce de esto que al ser comparado con los resultados del estado civil la mayoría de ellas son viudas por lo tanto es dable el resultado de que la mayoría de la población que asista a estas instituciones sea del sexo femenino.

Referente al lugar de procedencia se encontró que en los de Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD un 11% de la población es del área rural y 87% del área urbana y en los Adultos mayores del Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto un 20% de la población es del área rural y 80% del área urbana. Se puede resaltar en este punto que en el Programa del Adulto Mayor del HRL es mayor el porcentaje de los Adultos Mayores que proceden del área rural en comparación con los Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD esto puede ser debido a que la

mayoría de los Adultos mayores inscritos en el Programa del Adulto Mayor del HRL son personas provenientes de diferentes extractos sociales y muchos de ellos no concluyeron su educación a diferencia de la población que acude al Centro del Adulto Mayor de ESSALUD que son en su mayoría profesionales, que nacieron y vivieron aquí y trabajaron en alguna entidad del estados de donde se jubilaron y por ende pueden asistir a dicho centro.

Referente al estado civil se encontró que en los Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD el estado civil sitúa a los viudos como el grupo de mayor incidencia con el 47%, el de casado fue de 42% y los de Soltero, Separado y conviviente fue de 7%, 3% y 0% respectivamente y en los Adultos mayores del Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto, el estado civil sitúa a los viudos como el grupo de mayor incidencia con el 43%, el de casado fue de 33% y los de Soltero 20%, Separado y conviviente fue de 2%. Este resultado puede deberse a que por ser la mayoría viuda buscan sentirse parte de algo, no sentirse solos (las) y para tener actividad constante, entonces acudir a estas instituciones cubren muchas de sus necesidades.

Referente al grado de instrucción se encontró que en los de Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD un 36% tienen un grado de instrucción Superior Universitario que es la de mayor incidencia, 36% grado de instrucción de Primaria completa, un 19% primaria incompleta, 9% secundaria completa, 7% secundaria incompleta y un 0% sin instrucción y en los Adultos mayores del Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto un 57% tienen un grado de instrucción primaria incompleta que es la de mayor incidencia, 20% grado de instrucción de secundaria incompleta, un 9% Primaria completa, 9% primaria completa, 7% sin instrucción, 4% secundaria completay 0% grado de instrucción superior técnica. Lo resaltante en este punto es que en el Programa del Adulto Mayor del HRL es mayor el porcentaje de los Adultos Mayores que no concluyeron la primaria en comparación con los Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD en donde el mayor porcentaje tiene un grado de instrucción de superior universitario, esto puede ser debido a que son personas provenientes de diferentes extractos sociales y que por diferentes dificultades familiares y económicas no lograron concluir sus estudios, a diferencia de la población que acude al Centro del Adulto Mayor de ESSALUD.

Referente a la **aceptación** se encontró que en los Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD un 95% de Adultos mayores se siente aceptados por sus familias que es la de mayor incidencia y un 5% de no aceptado y en los Adultos mayores del Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto un 93% de Adultos mayores se siente aceptados por sus familias que es la de mayor incidencia y un 5% de no aceptado. Según estos resultados no sintieron pérdida de la aceptación por parte de sus familiares a raíz de llegar a esta etapa de su vida pudiendo así encontrar bienestar emocional y psicológico para enfrentar algunos factores estresantes.

Referente a **con quien vive** se encontró se encontró que en los Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD un 52% de los Adultos Mayores vive con sus hijos, un 23% vive con sus parejas, un 23% vive con su pareja, un 14% vive con su familia y un 10% vive solo. En los Adultos mayores del Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto un 63% de los Adultos Mayores vive con sus hijos, un 15% vive solo, un 13% vive con su pareja y un 9% vive con la familia. En este punto los resultados nos demostraron que la muestra por ser en mayor porcentaje del sexo femenino entonces la mayoría es viuda y a raíz de esta pérdida viven con sus hijos para no estar solas, ya que muchos estudios nos indican que uno de los motivos más frecuentes asociados al trastorno depresivo es la pérdida de la pareja.

Referente a **labor que desempeña** se encontró que los Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD, 44% se dedica a Actividades del hogar que es la actividad de mayor incidencia, siendo el cuidado de nietos el de menor incidencia con un 1%, otras actividades y no tiene actividad laboral tiene un 20% y 26% respectivamente y en los Adultos mayores del Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto 46% se dedica a actividades del hogar que es el de mayor incidencia siendo el cuidado de nietos el de menor incidencia con un 4%, no tiene actividad labor y otras actividades al tiene un 30% y 20% respectivamente. Estos hallazgos manifiestan que por ser la mayoría sino es en su totalidad son jubiladas y tienen un ingreso mensual para satisfacer sus necesidades básicas por ello la mayoría refería dedicarse a las actividades del hogar, asistir a la iglesia, a grupos de oraciones y las instituciones (Programa o Centro del Adulto Mayor).

Referente al **relaciones familiares** se encontró que los de Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD el 79% de los Adultos Mayores tienen buenas relaciones familiares y un 21% relaciones regulares y no se encontró casos que tengan una mala relación familiar; en los Adultos mayores del Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto el 63% tienen buenas relaciones familiares, 35% relaciones familiares regulares y un 2% tienen malas relaciones familiares. Este resultado puede deberse a que por sentir una aceptación positiva por parte de sus familiares refieren que los lazos familiares constituyen la principal fuente de apoyo para enfrentar las situaciones estresoras.

Referente a la **perdida de familiares** se encontró que en los de Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD el 74% de los Adultos Mayores perdieron a algún familiar cercano y un 26% no perdieron a familiar alguno, en los Adultos mayores del Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto un 67% perdieron algún familiar cercano y un 33% no perdió familiar cercano. Por consiguiente en este punto los resultados nos demuestran que a pesar de la pérdida pudieron superarla gracias al apoyo y la percepción de apoyo que tienen de sus familiares.

Referente a los **paseos de diversión** se encontró que en los de Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD, el 51% de los Adultos Mayores participan en los paseos que organiza la institución y/o que realiza con su familia, un 48% lo hace algunas veces y 1% no lo hace y con los Adultos mayores del Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto un 63% realiza paseos de diversión a veces, paseos que organiza el programa o que puedan a realizar con su familia, un 33% siempre lo hace y un 4% no lo hace. Estos hallazgos nos demuestran que el entretenimiento es una fuente desestresante primordial en toda edad y juega un papel importante en la calidad de vida del Adulto Mayor.

Como hemos explicado anteriormente el Adulto Mayor atraviesa por diferentes dificultades, los problemas se deben a la pérdida de algún familiar y/o el apoyo de sus familiares además de la falta de dinero que no les permite participar muchas veces de algunas actividades del Centro o Programa del Adulto Mayor, actividades que los ayuda a sobrellevar las deficiencias que se presentan debido a su edad entonces estas actividades hacen que se sientan, capaces, felices, sobrellevar las dificultades y las situaciones estresoras.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

En el presente trabajo de investigación hemos llegado a las siguientes conclusiones:

1. La prevalencia de la depresión en los pacientes que asisten al programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero - Mayo del 2012 es de 5%. Esto lo atribuimos a que dichas instituciones brindan atención a sus necesidades físicas, psíquicas y sociales; lo cual promueve la integración familiar y social del Adulto Mayor contribuyendo a su salud y satisfacción de necesidades e intereses.
2. Los niveles de depresión encontrados en un grupo de pacientes que asisten al Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto de Enero - Mayo del 2012; es No depresión 80%, Probable depresión 13% y Depresión establecida 7%. Debido a que su población tiene un 57% de un grado de Instrucción primaria incompleta, un 63% tienen buenas relaciones familiares y el 35% tiene relaciones familiares, afectando el aspecto emocional del Adulto Mayor.
3. Los niveles de depresión encontrados en un grupo de pacientes que asisten al Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero - Mayo del 2012; es de No depresión 77%, Probable depresión 19% y Depresión establecida 5%. Pudieser que porque su población tiene un 36% de instrucción superior y un 74% tiene buenas relaciones familiares lo que satisface su aspecto emocional.
4. No existe diferencia significativa en los niveles de depresión entre un grupo de pacientes que asisten al Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero - Mayo del 2012. Debido a que las características (sexo, edad, grado de instrucción, procedencia, grado de aceptación, etc.) que presentan dichas poblaciones son casi similares.

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los resultados de la investigación se recomienda lo siguiente:

1. A los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud realizar investigaciones acerca del Adulto Mayor, enfatizando en variables no exploradas (Comparación entre variables: sexo, edad, grado de instrucción, etc.), incluyendo las variables estudiadas en esta investigación en poblaciones diferentes con la finalidad de contrastar estos resultados y de esta manera contribuir al aporte de evidencias próximas a la realidad, comparando con otros escenarios.
2. Las Instituciones de ESALUD y MINSA deben descentralizar los Centros y Programas de Adulto Mayor en los diferentes distritos con el objetivo de aperturar el apoyo psicológico a esta población, enfatizando la atención integral en la Salud Mental.
3. Realizar pruebas de Tamizaje para detectar depresión en aquellas personas que acuden a los Programas y Centros de Adulto Mayor, para así brindar apoyo emocional y psicológico de forma adecuada a través de un profesional del área de la salud mental y de cierto modo contribuir a mejorar la calidad de vida de estas personas.
4. La institución del Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto y el Centro del Adulto Mayor de ESSALUD, deben exhortar a que se incrementen las actividades donde participen los familiares de sus asociados y de esta manera compartan experiencias que garanticen un mayor desenvolvimiento integral del adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS, (2002). Depresión.
<http://paho.org/spanish/DPI/100/100feature02.htm>
2. ZALDIVAR PÉREZ, Dionisio, (1994). Que es la Depresión.
<http://www.queesladepresion/queesladepresion.pho>
3. STREHELER, (2002). Cuidados Integrales del Adulto Mayor.
http://pero.wanadoo.es/aniorte_nic/trabaj_enfermer_ancianid.htm
4. ANTONINI, Cecilia, (1992). Depresión en la Actualidad.
<http://www.infodoctor.org/neuro/Art15.htm>
5. LANGARICA, Raquel, (1997), "Gerontología y Geriatria". Nueva Editorial Interamericana. México.
6. DIAZ, Edmundo. (2007), " La Depresión" Revista Psiquiátrica N° 246
www.elmundosalud/.es/especialidades/2005/09/psiquiatria/depresion/minio/html
7. Ministerio de Salud (2009), "Guía Clínica de Tratamiento de Personas con Depresión" MINSAL. Octubre.
8. LOPEZ TRIGOSO, José Antonio. "La Depresión en el Paciente Anciano" del Centro Municipal de Tercera Edad. Área de Bienestar Social –Ayuntamiento de Malaga.
www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD013.pdf
9. BRUNNER y SUDDARTH, (1998). Enfermería Médico quirúrgico 8ª edición, Editorial México, Volumen I.
10. CHUECA, Ubaldo, (1998). Depresión del Adulto Mayor.
http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/trabaj_enfermer_ancianid.htm
11. MARTÍNEZ, J, (1998). Estados Depresivos, Trastornos afectivos Síntomas. Diagnóstico Tratamientos.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0138-65572007000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. STLOUKAL, Libor, (2004). La Ansiedad y la Depresión son muy Frecuentes en el Adulto Mayor.
http://www.fao.org/sd/dim_pe3_040901_es.htm ONU

13. BARKE, Mary, (1998). Enfermería gerontológica. Cuidados del Adulto Mayor. 2da Edición, Editorial. Madrid – España.
14. BARROS, Carme, (2000): “Aspectos Sociales del Envejecimiento”, en la acción de los ancianos: Un desafío para los años noventa”. OPS, pub. Científica N° 546. Washington.
15. HERNÁNDEZ, Antonie, (2002). Envejecimiento como Modelo Integral del Adulto Mayor. www.terra.es/personal/enveje.htm
16. GRAN ENCICLOPEDIA. “La Tercera Edad- jubilación”, hobby, Demencia senil. Viudez Vol. 6 Rueda y Follo Editores, S.A. Pag 3.
17. ANZOLA, P Elías, (1996). “La atención de los ancianos: Un desafío para los años Noventa”. OPS, pub. Científica N° 546. Washington.
18. POTTER, P. A. y PERRY, A.G. (2000). Fundamentos de la Enfermería. Vol. II Mosby, Madrid.
www.unileon.es/temario.php?cod=1102101&elementoID
19. LORENTE, Elena (2011). “La Depresión en los Mayores-Consecuencias y Depresión”.
<http://www.vedasaviduria.com>
20. EPAS,(1999). “Adulto Mayor”. Educación para el Autocuidado. Vol. VII, Chile.
21. CECILIA (2004). Componentes de la Calidad de Vida del Adulto Mayor y Factores Asociados.
<http://www.psiconet.com/tiempo/educacion/clace4.htm>
22. GARCÍA, Simón. (2001). Representaciones Sociales de la Vejez e Imagen de sí en el Adulto Mayor.
www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000013.pdf
23. FERNÁNDEZ BALLESTEROS, Rocío/OTROS (1999). Que es la Psicología de la Vejez. 2da Edición. España. Pág. 129, 130.
24. MARTÍNEZ SÁNCHEZ, i, (1999). El Adulto Mayor en la Familia. Su Relación con los jóvenes. Rev. Cubana Enfermería.
25. MINDES, (2002). Los Adultos Mayores dentro del ámbito Familiar y en la Sociedad.
<http://www.mindes.gob.pe/pncvfs/1maltrato.htm>

26. BARROS, Carne, (2000): "Aspectos Sociales del Envejecimiento", en la acción de los ancianos: Un desafío para los años noventa". OPS, pub. Científica N° 546. Washington.
27. EZPELETA, David, (1996). Políticas y Sistemas de Atención Social del Adulto www.upch.edu.pe/cpgvac/maestrias/medicina/m_geriatria.htm
28. GARCÍAS RODRÍGUEZ, (2003) Difusión e Integración Socio-Cultural para el Adulto Mayor. www.gobiernosantiago.cl/.../Gobierno_Regional_Enlinea
29. CICERON, (1996). En la Historia han Circulado Diversos Mitos Erróneos sobre la Vejez. www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/.../MPLL_TESIS.pdf?...1
30. FERNÁNDEZ BALLESTEROS, Rocío/OTROS (1999). Que es la Psicología de la Vejez. 2da Edición. España. Pág. 131, 132.
31. HARMAN, (2002). Factores Económicos, la ayuda Social y la Predisposición de la Sociedad hacia los Ancianos. http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/trabaj_enfermer_ancianid.htm
32. MINSA. (2005). "Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores". Lima. www.essalud.gob.pe/presentaciones-sociales
33. MINSA.(2008) "Día Mundial del Adulto Mayor". www.minsa.gob-pe
34. LOPEZ TRIGO, José Antonio (2009) "Depresión en el paciente anciano". Centro Municipal Tercera Edad – Área de Ayuntamiento de Málaga-España. Pág. 1. www.plenamente.com.br/diagnostico-transtornos
35. "Depresión oculta en sujetos en condiciones complejas"- Rev. Cubana Med. Milit; 36 (2). Pág. 2. scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572007000200006&script...
36. JUÁREZ M, José y otros(2011)."Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH - Viña alta- La Molina". Lima-Perú.Revista Horizonte Medico- Volumen 12(2).

BIBLIOGRAFIA

1. Barriga Hernández, Carlos (2005). Investigación Educativa. Texto Autoinstruccionado. Edit. U.N. Mayor de San Marcos. 1° Edición. Lima-Perú.
2. Castillo, Lucinda y Herrera Wilder (2010). Investigación Educativa. Texto Autoinstruccionado. Fondo Editorial FACHSE-PCAD. 1° Edición. Lima-Perú.
3. Diario, El Peruano (2003,17 de julio)“Ley del Adulto Mayor”. Lima.
4. Fernández García, Rosario (2005)“Teorías Sobre el Envejecimiento”N° 20. Vol.– 3.
5. INEI (2008)“Censos Nacionales 2007 XI de Población y VI de Vivienda”. Lima.
6. Instituto Nacional de la Salud Mental “Depresión”. EE.UU. Publicación de NIH Núm. SP 09 3561 Modificado en enero del 2009.
<http://www.nimh.nih.gov>
7. MINSA. (2005). “Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores”. Lima.
8. Vega Vega, José. (1996)“Desarrollo Adulto y Envejecimiento. Ed. Síntesis Psicológica”.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 01

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto voluntariamente participar en la tesis de licenciatura de GABRIELA VÁSQUEZ MARTÍNEZ Y MARIELA DEL ROSARIO LEÓN ZULUOETA, Bachilleres de la facultad de ciencias de la salud, carrera profesional de psicología de la Universidad Científica del Perú.

Dicha investigación consiste en determinar la "PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO Y DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DE ESSALUD de Enero - MAYO DEL 2012" La participación se basa en responder a dos cuestionarios que toma aproximadamente entre 25 a 30 minutos.

Por su parte, las investigadoras se comprometen a conservar el anonimato de los datos obtenidos.

Se agradece por su colaboración.

Firma: _____

ANEXO 02

FICHA DE DATOS REFERENCIALES**OBJETIVO:**

Determinar las diferencias significativas entre los niveles de depresión de los pacientes del Programa del Adulto mayor del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero – Mayo del 2012.

INSTRUCCIÓN:

Las Bachilleres en Psicología de la UCP lo(a) saludan cordialmente y al mismo tiempo les piden su colaboración para realizar la encuesta que consta de interrogantes a las que responderá de acuerdo a su criterio marcando con una (X), al mismo tiempo de que lo(a) acompañara durante el llenado del mismo para resolver cualquier duda.

DATOS GENERALES**DATOS GENERALES**

1. Edad :
2. Lugar de procedencia : Urbana () Rural ()
3. Sexo : F () M ()
4. Estado civil:

a) Soltero (a)	c) Conviviente	
b) Casado (a)	d) Viudo (a)	e) Divorciado (a)
5. Grado de Instrucción:

a) Primaria completa	d) Secundaria incompleta	g) Superior universitario
b) Primaria incompleta	e) Sin Instrucción	
c) Secundaria completa	f) Superior técnica	
6. Siente que dentro de su familia es aceptado: Si () No ()
7. Con quién vive usted:

a) Con sus hijos	c) Con los familiares
b) Con su pareja	d) Solo

8. Que labor desempeña usted en el hogar:
- a) No hace nada
 - b) Cuida de sus nietos
 - c) Actividades del hogar
9. Como son las relaciones familiares:
- a) Buena
 - a) Regulares
 - b) Malas
10. Ha sufrido la pérdida de algún familiar cercano: ¿Qué tiempo hace?
- a) < 1 año
 - c) 3 años
 - b) 2 años
 - b) + de 4 años
11. Cada qué tiempo realiza paseos de diversión:
- a) Siempre
 - b) A veces
 - c) Nunca

ANEXO 03

ESCALA DE YESAVAGE

OBJETIVO:

Determinar el grado de depresión en los Adultos Mayores del Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto y del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de Enero – Mayo del 2012.

INSTRUCTIVO:

De acuerdo a su criterio responda a las preguntas con la respuesta SI o NO.

Preguntas	Respuesta
1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	
3. ¿Siente que su vida está vacía?	
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	
5. ¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo la mayor parte del tiempo?	
6. ¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	
7. ¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	
8. ¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	
9. ¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	
10. ¿Le da la impresión que tiene más trastornos de memoria que los demás?	
11. ¿Cree que es agradable estar vivo?	
12. ¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	
13. ¿Se siente lleno de energía?	
14. ¿Se siente que su situación es angustiosa, desesperada?	
15. ¿Cree que la mayoría de la gente se encuentra en mejor situación que usted?	

ANEXO 04

VALORACIÓN DE LA ESCALA DE YESAVAGE

Item	Preguntas a realizar	1 punto si responde:
1.	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2.	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
3.	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4.	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
5.	¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo la mayor parte del tiempo?	NO
6.	¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	SI
7.	¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	NO
8.	¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	SI
9.	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
10.	¿Le da la impresión que tiene más trastornos de memoria que los demás?	SI
11.	¿Cree que es agradable estar vivo?	NO
12.	¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	SI
13.	¿Se siente lleno de energía?	NO
14.	¿Se siente que su situación es angustiosa, desesperada?	SI
15.	¿Cree que la mayoría de la gente se encuentra en mejor situación que usted?	SI

Puntuación Total de:

- 0-5 : Normal (No presenta sintomatología depresiva).
 6-9 : Depresión Leve (Es una enfermedad que se caracteriza por la pérdida de interés en las cosas).
 >10 : Depresión establecida (Llamada también depresión profunda se manifiesta con síntomas de mayor gravedad que continúan durante un largo periodo de tiempo y hace posible continuar con una vida normal, esto influye en: Pensamientos, sentimientos y conducta. Tiene menor control de su estado de ánimo y sentimientos, descubriendo su propia persona).

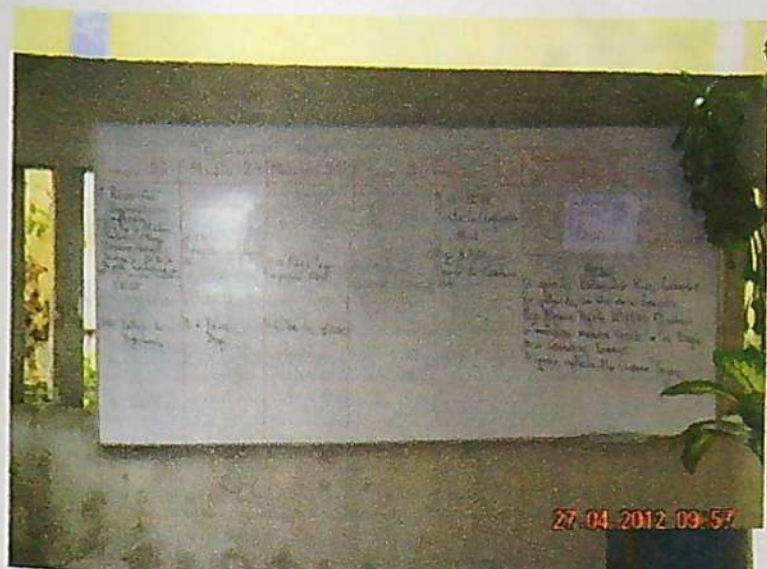
ANEXO 05

CENTRO DEL ADULTO MAYOR ESSALUD



CENTRO DEL
ADULTO MAYOR DE
ESSALUD





PROGRAMACIÓN SEMANAL DEL CAM ESSALUD

INSCRIPCIONES EN EL CAM ESSALUD



PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL GENERAL



ACTIVIDADES DE
ADULTOS MAYORES
EN EL CAM-ESSALUD



**PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL REGIONAL
DE LORETO**





**ACTIVIDADES DE
ADULTOS MAYORES
EN EL PROGRAMA DEL**



MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición Conceptual	Indicador	Definición Operacional	Escala	Preguntas
<p>Variable Dependiente</p> <p>➤ Depresión</p>	<p>Es un estado de de abatimiento acompañado de disminución de la capacidad de respuesta a los estímulos.</p> <p>Es una de las formas más frecuentes de la perturbación psíquica.</p> <p>El trastorno depresivo o tristeza patológica es un trastorno del afecto, definida por su</p>	<p>Niveles de Depresión</p>	<p>Se define como un trastorno que afecta al organismo (cerebro, el ánimo y la manera de pensar). Se caracteriza por un conjunto de síntomas como la expresión de la afectación de diferentes funciones psicológicas: la tristeza, la desesperanza, la inhibición y la hipo actividad.</p> <p>Los niveles de Depresión según Yesavage son:</p> <p>➤ No Depresión.- No presenta sintomatología depresiva.</p>	<p>Nominal</p>	<p>Se evalúa a través del test de Yesavage, con 15 preguntas.</p> <p>➤ No Depresión 0-5 puntos</p> <p>➤ Probable Depresión 6-9 puntos.</p> <p>➤ Depresión establecida 10 a más.</p>

	etiología y curso del desarrollo propio que se caracteriza fundamentalmente por dos síntomas típicos, que son la tristeza patológica o vital y el desgano.		
		<p>➤ Probable Depresión.- Es una enfermedad que se caracteriza por la pérdida de interés en las cosas.</p> <p>➤ Depresión Establecida.- Llamada también depresión profunda se manifiesta con síntomas de mayor gravedad que continúan durante un largo periodo de tiempo y hace posible continuar con una vida normal, esto influye en: Pensamientos, sentimientos y conducta. Tiene menor control de su estado de ánimo y sentimientos, descubriendo su propia persona.</p> <p>En nuestro países existen dos grandes entidades a las pertenece toda persona y son</p>	

<p>Variable Independiente</p>	<p>➤ Entidad de Salud a la que Pertenece</p>	<p>Instituciones de Salud de la que es parte la persona, a través de su aseguramiento o no.</p>	<p>Clasificación de Entidad de Salud a la que pertenece</p>	<p>➤ ESSALUD</p> <p>Entidades Prestadoras de Salud Los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o en calidad de socios de cooperativas de trabajadores, cualquiera sea el régimen laboral o modalidad a la cual se encuentren sujetos; y los derecho habientes de las personas antes mencionadas: el cónyuge o el concubino a que se refiere el Artículo 326 del Código Civil, así como los hijos menores de edad o mayores incapacitados en forma total y permanente para el trabajo, de acuerdo a la calificación que efectuará ESSALUD, siempre que no sean afiliados obligatorios.</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Entidad a la pertenece</p> <p>➤ ESSALUD</p> <p>➤ MINSA</p>
--------------------------------------	----------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------	---------------------------------------------------------------

FICHA REFERENCIAL					
Datos Referenciales					
➤ Edad	Edad:Periodo entre la fecha de nacimiento y la fecha del último cumpleaños del sujeto.	Periodo de Edad	Edad:Periodo entre la fecha de nacimiento y la fecha del último cumpleaños del sujeto	Ordinal	Edad que tiene Usted a) 60 a 64 años b) 65 a 69 años c) 70 a 74 años d) 75 a más años
➤ Lugar de Procedencia	Lugar de donde proviene la persona	Clasificación del Lugar de procedencia	Se Refiere al lugar donde proviene la persona, es decir el lugar donde vive. Consta de los siguientes Urbana, cuando la persona procede de la ciudad Rural, cuando la persona procede la	Ordinal	Lugar de procedencia: a) Urbana b) Rural
			➤ MINSA Aquellos que no pertenecen a ESSALUD o aquellos que pertenecen al Sistema Integral de Seguro SIS.		

<p>➤ Sexo</p>	<p>Condición orgánica que distingue al varón de la mujer.</p>	<p>Clasificación del Sexo.</p>	<p>zonas aledañas o apartadas</p> <p>Definida como la característica biológica que diferencia al varón de la mujer.</p> <p>Consta</p> <p>Masculino, cuando el sujeto en estudio fue varón</p> <p>Femenino, cuando el sujeto en estudio fue mujer.</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Sexo</p> <p>a) Masculino</p> <p>b) Femenino</p>
<p>➤ Estado Civil</p>	<p>Unión conyugal o marital de las personas, a causa de cualquier derecho y deberes sociales, económicos, como religiosos o legales.</p>	<p>Clasificación del Estado Civil</p>	<p>Estado Civil: Estado de las personas respecto a sus deberes y derechos sociales, económicos, religiosos y legales en relación a la vida en pareja se considera los siguientes niveles:</p> <p>Unión Estable: Cuando esta unido a su cónyuge civil o religioso (casado) o unión libre. (conviviente)</p> <p>Unión Inestable: Cuando tuvo</p>	<p>Nominal</p>	<p>Estado Civil</p> <p>a) Soltero (a)</p> <p>b) Casado (a)</p> <p>c) Conviviente</p> <p>d) Viudo (a)</p> <p>e) Divorciado (a)</p>

<p>➤ Grado de Instrucción</p>	<p>Periodo de larga preparaci3n profesional o de capacitaci3n para la actividad productiva futura. Despu3s de un largo periodo de instrucci3n al individuo.</p>	<p>Clasificaci3n del Nivel educativo.</p>	<p>Referida al nivel de estudios formales completo o incompleto alcanzado por el sujeto.</p> <p>Consta de dos niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel educativo bajo <p>Es cuando el sujeto de estudio alcanza primaria completa o incompleta, secundaria incompleta o no tiene instrucci3n.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel educativo alto <p>Es cuando el sujeto de estudio alcanza secundaria completa, t3cnico y superior</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Grado de Instrucci3n:</p> <p>a) Sin Instrucci3n</p> <p>b) Primaria Incompleta</p> <p>c) Primaria Completa</p> <p>d) Secundaria Incompleta</p> <p>e) Secundaria Completa</p> <p>f) Superior T3cnica</p> <p>g) Superior Universitaria</p>
-------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

desenlace conyugal y no est3 unido a ning3n v3nculo conyugal. (soltera, divorciado y viudo)

<p>➤ Aceptación</p>	<p>Aprobación de por parte de las demás personas hacia tu persona.</p>	<p>Clasificación de la Aceptación</p>	<p>Se define como el desco de aprobación que tiene el adulto mayor de los integrantes de su familia.</p>	<p>Nominal</p>	<p>Siente que dentro de su familia es aceptado: a) Si () b) No ()</p>
<p>➤ Con quien Vive</p>	<p>Personas con las que se desenvuelve la persona en su hogar.</p>	<p>Clasificación de con quien vive</p>	<p>Se refiere a las personas con las vive el adulto mayor desarrollándose en su medio ambiente, pudiendo ser su esposo(a), hijos(a), hermano(a), cuñados(as), entre otros.</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Con quien vive usted: a) Con sus hijos b) Con su pareja c) Con los familiares d) Solo</p>
<p>➤ Ocupación</p>	<p>Es la actividad laboral que desempeña la persona dentro de la sociedad expresadas en un trabajo. El trabajo es una experiencia económica y una posición social que da estabilidad e independencia económica y una</p>	<p>Clasificación de la Ocupación</p>	<p>Refiere al tipo de actividad que realiza el sujeto en estudio. Se considera los siguientes niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con Ocupación: cuando tiene vínculo laboral con empresas, instituciones o independientemente. • Sin Ocupación: cuando no tiene vínculo laboral, dedica a los quehaces del hogar o cuidado de sus hijos Referida a la relación 	<p>Nominal</p>	<p>Que labor desempeña usted en el hogar: a) No hace nada b) Cuida de sus nietos c) Otras actividades del hogar</p>

<p>➤ Relaciones Familiares</p>	<p>posición social.</p>	<p>Relaciones interpersonales familiares que existen entre las personas.</p>	<p>que se establece entre el adulto mayor y su familia.</p>	<p>Nominal</p>	<p>Como consideras tus relaciones familiares: a) Buenas b) Regulares c) Malas</p>
<p>➤ Pérdida familiar</p>	<p>Muerte de un miembro de familia cercano a la persona.</p>	<p>Clasificación de la Pérdida familiar.</p>	<p>Se refiere a las veces que realiza una actividad recreativa al aire libre el adulto mayor para relajarse.</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Ha sufrido la pérdida de algún familiar cercano: ¿Qué tiempo hace? a) < 1 año b) 2 años c) 3 años d) + de 4 años</p>
<p>➤ Paseos de Diversión</p>	<p>Salidas de campo que realiza la persona</p>	<p>Clasificación del tiempo de paseos</p>		<p>Nominal</p>	<p>Cada qué tiempo realiza paseos de diversión: a) Siempre b) A veces c) Nunca</p>