

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

“Rafael Donayre Rojas”



TÍTULO

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO DE
ANCIANOS “SAN FRANCISCO DE ASÍS” DE LA CIUDAD DE IQUITOS
2015**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

Presentado por el Bachiller de Medicina Humana

LÍNDER ARÉVALO PINEDO

ASESOR

Dr. RICARDO WILLIAM CHÁVEZ CHACALTANA

Punchana – Iquitos

Perú

2015

ÍNDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria	iii
Reconocimiento	iv
Índice de tablas	v
Índice de gráficas	vi
Resumen	vii
Capítulo I	
1. Introducción	2
2. Planteamiento del Problema	5
3. Objetivos	6
Capítulo II	
4. Marco Teórico	8
5. Hipótesis	17
6. Variables	18
7. Operacionalización de variables	19
Capítulo III	
8. Metodología	21
8.1 Tipo y Diseño de investigación	21
8.2 Población y Muestra	21
8.3 Técnicas e Instrumentos	22
8.4 Procedimiento de Recolección de Datos	23
8.5 Análisis e Interpretación	23
8.6 Protección de los Derechos humanos	23
Capítulo IV	
9. Resultados	25
10. Discusión	33
11. Conclusiones	35
12. Recomendaciones	36
Capítulo V	
13. Referencias Bibliográficas	38
14. Anexos	40

Dedicatoria

A Yavè Nuestro Dios Padre, por la vida y la sabiduría; a la memoria de mi abnegado Padre Hernán (+) y mi adorada Madre Auristela, por su apoyo incondicional y desinteresado en todo este proceso; a mis hermanos Gledis, Clever, Aroldo, Lerner y Rosalinda por sus consejos y preocupación de cumplir mis objetivos.

Reconocimiento

A mis maestros(as) médicos y no médicos de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, quienes con su dedicación formaron en mi persona valores de servicio al prójimo en el sufrimiento e ir en su ayuda y lograr la satisfacción del paciente.

Especial mención a los adultos mayores del Asilo de Ancianos de Iquitos "San Francisco de Asís", por participar activamente en este estudio.

Al Asesor de Tesis, quien con sus conocimientos acertados, hizo posible que esta investigación se hiciera realidad, desde su elaboración y culminación de las conclusiones.

Al personal administrativo de la Facultad de Medicina Humana de la UNAP, quienes dieron su tiempo en los trámites para que se cumpliera con la legalidad del proceso.

Reconocimiento oportuno a los integrantes del Jurado de Tesis, quienes dedicaron su tiempo en revisar e indicar las correcciones para su coherencia en su presentación.

Finalmente a mis compañeros de estudios por dar su aporte sobre el estudio, para enriquecer y lograr que la investigación sea factible a pesar de las dificultades.

Índice de Tablas

Tabla N° 1	Co-morbilidad del adulto mayor
Tabla N° 2	Grado de abandono familiar del adulto mayor
Tabla N° 3	Tiempo de alojamiento del adulto mayor
Tabla N° 4	Grado de depresión del adulto mayor
Tabla N° 5	Edad y Grado de depresión del adulto mayor
Tabla N° 6	Sexo y Grado de depresión del adulto mayor
Tabla N° 7	Procedencia y Grado de depresión del adulto mayor
Tabla N° 8	Nivel de Instrucción y Grado de depresión del adulto mayor
Tabla N° 9	Co-morbilidad y Grado de depresión del adulto mayor
Tabla N° 10	Abandono familiar y Grado de depresión del adulto mayor
Tabla N° 11	Tiempo de alojamiento y Grado de depresión del adulto mayor

Índice de Gráficas

- Gráfica N° 1 Edad del adulto mayor
- Gráfica N° 2 Sexo del adulto mayor
- Gráfica N° 3 Procedencia del adulto mayor
- Gráfica N° 4 Nivel de Instrucción del adulto mayor

Resumen

Prevalencia de depresión en los adultos mayores del asilo de ancianos “San Francisco de Asís” de la ciudad de Iquitos, 2015
Bach. Línder Arévalo Pinedo

Introducción

El trastorno depresivo es uno de los trastornos afectivos más frecuentes en el adulto mayor, disminuye su calidad de vida del anciano y puede abocar en discapacidad, complica el tratamiento de las enfermedades y aumentan el riesgo de presentar nuevas enfermedades, es por ello que el presente estudio tiene el objetivo de determinar su prevalencia en un grupo de adultos mayores que viven sin familia.

Objetivo

Determinar la prevalencia de depresión en los adultos mayores del Asilo de ancianos “San Francisco de Asís” de la ciudad de Iquitos, 2015

Metodología

El presente estudio es de tipo cuantitativo de diseño descriptivo transversal prospectivo y correlacional, se evaluó a 44 adultos mayores de ambos sexos sin impedimento mental, que se encuentran en el Asilo de ancianos “San Francisco de Asís” de la ciudad de Iquitos, se les aplicó el test de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

Resultados

Se evaluaron 44 adultos mayores del Asilo de ancianos “San Francisco de Asís” de la ciudad de Iquitos, el 34.1% presentan entre 65 a 69 años de edad; el 81.8% son del sexo masculino, el 43.2% proceden de la zona urbana y el 63.6% tienen un nivel de instrucción primaria. El 77.3% de los adultos mayores tienen un abandono familiar. El 38.3% de los adultos mayores tienen un tiempo de alojamiento en el asilo entre 1 a 2 años, y el 20.5% \leq 6 meses

Las principales co-morbilidades fueron: la hipertensión arterial (59.1%), artrosis (31.8%), accidente cerebrovascular (31.8%), enfermedad renal (22.7%), diabetes mellitus (20.5%) y osteoporosis (18.2%).

El 40.9% tienen un grado de depresión; el 34.1% tienen depresión leve y el 6.8% depresión moderada; no se encontró casos de depresión severa

La depresión del adulto mayor alojado en el asilo se asoció a la presencia de co-morbilidad ($p=0.042$) y con los que tienen mayor abandono familiar ($p=0.023$).

Los adultos entre los 80 a más años ($p=0.231$), del sexo masculino ($p=0.331$), los que proceden de la zona urbana ($p=0.359$), los que tienen nivel de instrucción primaria ($p=0.07$) y los que tienen \leq 6 meses de alojamiento ($p=0.510$) presentaron con mayor frecuencia depresión, pero la relación no fue significativa.

Conclusiones

La prevalencia de depresión en los adultos mayores del Asilo de ancianos “San Francisco de Asís” es leve a moderada y está asociada a la presencia de co-morbilidad y con los que tienen mayor abandono familiar.

Palabras claves: Depresión, adulto mayor, Iquitos

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, que se produce a través de todo el ciclo de vida, sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma, la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez, están directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta, los estilos de vida, exposición a factores de riesgo y posibilidades de acceso a la educación y a la promoción de la salud en el transcurso de la vida ¹.

En nuestro país se estima que la población adulta mayor es de 2'620,460 persona, el 8.7% de la población total, concentrada en la ciudad de Lima, cerca de 850.000 persona. En el Perú la población adulta mayor tiene un crecimiento anual del 3.6%, del 2011 al 2021 aumentara en 1'106,074 personas, para el 2050 se proyecta que será el 21% de la población total ².

La vejez sí es motivo de preocupación y de alerta para los que conducen el Estado. Es un motivo más que nos mueve a desarrollar acciones integrales conducentes a mejorar la capacidad productiva del país; mejorar la calidad de vida para tener más años productivos como aquellas que aseguren el acceso a servicios idóneos de salud; en el campo médico, seguridad social y las prestaciones de salud son fundamentalmente de tipo curativo. La situación se agrava cuando esta población tiene enfermedades crónicas y degenerativas y cuando tienen que atender familiares ancianos con estas enfermedades y sin ninguna protección financiera ³.

Es significativamente frecuente la presencia de síntomas depresivos en esta etapa de la vida, se calcula que entre el 10 y el 45% de la población mayor de 65 años ha presentado dichos síntomas en algún momento de su vida. La etiología está conformada por múltiples factores que interactúan recíprocamente, entre ellos se encuentran aspectos sociales como la jubilación, la muerte de allegados, abandono y otros aspectos de orden biológico como el deterioro cognitivo, que se ven reflejados en el estado de salud y nutrición del adulto mayor ⁴.

Es bien sabido que la depresión en el anciano es con frecuencia no detectada y por lo tanto no tratada, siendo este un padecimiento potencialmente tratable. La presencia de sintomatología depresiva, tiene un impacto negativo en la calidad de vida de quien la sufre, así como en aspectos relacionados con morbilidad, esto último de manera particular en

el anciano debido a la frecuente comorbilidad de: trastornos médicos no psiquiátricos y su asociación con patología depresiva, presentes simultáneamente en una interacción compleja, la cual dificulta su identificación ⁵.

Los estados depresivos son los grandes causantes de reacciones suicidas ya que en todo deprimido existe un suicida en potencia. Se dice que hay depresión siempre que aparezca un fallo en el tono neuropsíquico, ya sea pasajero o perdurable. Se trata de un estado sintomático y no de una situación inherente. La depresión puede variar desde un ligero abatimiento hasta el estupor; en su forma más ligera, el anciano infeliz tiene un sentimiento de incapacidad, desaliento, inutilidad y pérdida de interés por las actividades habituales. En la depresión un poco más profunda hay una constante tensión desagradable; cada experiencia se acompaña de pena, y el enfermo puede estar temeroso, preocupado, angustiado, agitado o perplejo y padecer un sufrimiento físico o emocional ⁶. Las dolencias corporales, tales como cefalea, tensión cefálica, fatiga, falta de apetito, constipación y otras, son muy comunes, así como insomnio, ideas de culpa y autoacusación, y aparece la idea del suicidio ⁷. La expresión facial característica es de decepción, desesperanza y temor; las comisuras bucales se inclinan hacia abajo y la mirada permanece fija. Los grupos de músculos antagonistas muestran cierto desequilibrio, con contracción ligera de flexores y abductores, de tal manera que aparece la llamada "actitud de flexión" de la depresión. Los movimientos se ejecutan lentamente ⁸. Por otra parte, un episodio depresivo en un paciente de edad avanzada puede ser difícil de diferenciar de la demencia, pues ambos pueden cursar con apatía, dificultad de concentración y alteraciones de memoria ⁹.

Toda asistencia geriátrica se define como el conjunto de niveles asistenciales hospitalarios y extrahospitalarios, sanitarios y sociales destinados a prestar atención interdisciplinaria, integrada, integral y especializada a las personas mayores que habitan en un determinado sector asistencial ¹⁰. Estos sectores asistenciales pueden tener diversos nombres y objetivos según el país, tales como asilos, casas de cuidado para ancianos o casas-hogar para la tercera edad. Sin embargo, las formas directas de adaptación y aplicación de tales conceptos tienen divergencias y carencias debido a que no toda atención asistencial posee servicios médicos ni toda atención sanitaria es multidisciplinaria; aunque de cierta forma estos elementos asistenciales aparecen aisladamente, conforman la única ayuda presente en el medio social.

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

En países como el Perú, el proceso de envejecimiento se desarrolla acompañado de pobreza, inequidades, falta de oportunidades, con una baja cobertura de la seguridad social ¹¹ y falta de políticas de salud. Actualmente, se estima que solo 56,3% de ancianos de las urbes tienen acceso a la seguridad social, encontrándose en situación de pobreza 41,7% y en pobreza extrema 19,5% ¹².

Los problemas de salud mental adquieren una importancia especial, durante el envejecimiento. La depresión es uno de los tres problemas prioritarios, en esta área, seguido de las demencias y el consumo en exceso de alcohol y medicamentos.

Al perder sus vínculos afectivos por encontrarse en una institución, el anciano pierde asimismo los roles sociales que durante su vida o algún tiempo llevó a cabo, lo que influye en su autoestima, en la concepción de su vida futura y en la manera en la que debe socializar con su entorno. El adulto mayor institucionalizado puede verse afectado de diferentes maneras, una de las cuales es el deterioro del amor propio ya que se valora negativamente a sí mismo; puede presentarse una adaptación deficiente debida a la pérdida de sus roles sociales y funcionalidad al ingresar en alguna institución, resultando de esto un evidente deterioro senil de la personalidad y una posible visión limitada del futuro.

Es por ello que el presente estudio tuvo el objetivo de determinar la prevalencia de depresión en los adultos mayores que se encuentran en el asilo de anciano San Francisco de Asís, con el propósito de dar una mejor atención integral a este grupo poblacional, los resultados ayudan y contribuyen para recomendar y hacer que estos adultos mayores mejoren su estado físico y tengan una mejor calidad de vida.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la prevalencia de depresión en los adultos mayores del Asilo de Ancianos "San Francisco de Asis" de la ciudad de Iquitos?

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general:

- Determinar la prevalencia de depresión en los adultos mayores de Asilo de ancianos "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos, 2015

3.2. Objetivos Específicos:

- Conocer las características sociodemográficas del adulto mayor (edad, sexo, procedencia, nivel de instrucción) del Asilo de ancianos "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos.
- Identificar la comorbilidad de los adultos mayores alojados en el Asilo de ancianos "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos
- Identificar el grado de abandono familiar del adulto mayor del Asilo de ancianos "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos
- Conocer el tiempo de alojamiento del adulto mayor del Asilo de ancianos "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos
- Relacionar el grado de depresión con las características, la comorbilidad, el grado de abandono familiar y el tiempo de alojamiento del adulto mayor del Asilo de ancianos "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos

CAPÍTULO II

4. MARCO TEÓRICO

a. Adulto mayor

En el año 1984, la Organización Mundial de la Salud establece el uso del término “Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 años y más y de esta manera evitar múltiples denominaciones como viejas, ancianas, geronte, entre otras. En los países en vías de desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud considera como Personas Adultas Mayores a aquellas que tienen 60 o más años de edad, de acuerdo al estándar técnico aplicado, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento. A partir del año 1996, la Organización de las Naciones Unidas denomina a este grupo poblacional Personas Adultas Mayores (PAM) de conformidad con la Resolución 50/141 aprobada por su Asamblea General ³.

b. Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso normal del individuo en donde se presenta hasta una disminución del 25 a 30 % de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano, produciéndose un cambio en la homeostasis y una afectación en la vitalidad orgánica, aumentando la vulnerabilidad al presentar enfermedades crónicas y degenerativas, más la predisposición genética, estilos de vida inadecuados y condiciones socio-económicas transitorias y ambientales nocivos, hacen que el estado de salud funcional de la persona mayor aumente el riesgo de transitar desde la independencia a la dependencia. El envejecimiento es un proceso universal, progresivo, asincrónico e individual. Universal porque afecta a todos los seres vivos. Progresivo porque se produce a lo largo de todo el ciclo vital en forma inevitable. Asincrónico porque los diferentes órganos envejecen a diferente velocidad. Individual porque depende de condiciones genéticas, ambientales, sociales, educacionales y de estilo de vida de cada individuo. En este contexto la funcionalidad es el principal indicador del estado de salud de las personas adultas mayores, que llegan a un envejecimiento activo ¹³.

En la vejez la expresión de las enfermedades, suele ser más oculta, atípica y los síntomas se modifican; por ejemplo, aumenta el umbral del dolor, cambia la regulación de la

temperatura y el balance hidroelectrolítico, se modifican los mecanismos compensatorios como taquicardia y polipnea, incluso en algunas ocasiones, existiendo compromiso y los signos y síntomas clásicos aparecen normales. Es así como una de las primeras manifestaciones de enfermedades en el adulto mayor se produce, a través de alteraciones de la funcionalidad, que se constituye en el signo de alerta más significativo. Es innegable que la nutrición en su conjunto influye en la longevidad. Dado que la buena nutrición y la buena salud son inseparables, los efectos de una dieta defectuosa aparecen tarde o temprano. En la etapa geriátrica es importante una buena nutrición para conservar la salud y prolongar la vida al retardar la aparición de enfermedades crónico-degenerativas, cáncer, artritis y osteoporosis ¹³.

c. Situación del Adulto mayor en el Perú

El Instituto Nacional de Estadística e Informática, presenta a partir del trimestre octubre-noviembre-diciembre 2013 el Informe Técnico Situación de la Población Adulta Mayor, con la finalidad de aproximarse, a una visión cuantificada del grupo y análisis del contexto en el que se desarrollan ¹⁴.

En el 38,2% de los hogares del país vive entre sus residentes habituales, al menos una persona de 60 y más años de edad. En el área rural, el 40,6% de hogares tiene algún adulto mayor y en el área urbana 34,4%.

El 60,2% de los adultos de 60 y más años de edad son jefas o jefes de hogar, el 25,8% son esposas o esposos, el 10,0% son padres/ madres/ suegra/o y el 4,0% está constituido por otro pariente.

Según tipo de hogar, los adultos de 60 y más años de edad conforman el 41,4% de hogares de tipo nuclear. Se observa que en el 33,7% de hogares extendidos se encuentra alguna persona adulta mayor, y el 16,4% de hogares son unipersonales, constituidos por una persona adulta mayor.

El 18,0% de los hogares integrados con al menos un adulto mayor, se beneficiaron de algún programa alimentario, como Vaso de Leche, Comedor Popular, entre Otros.

Respecto con similar trimestre del año 2012, la proporción de hogares beneficiarios casi se mantuvo sin variación.

El 28,7% de los hogares del área rural con al menos un adulto mayor se beneficiaron de algún programa alimentario; en el área urbana fue 15,0% y en Lima Metropolitana el 11,3%. Al comparar con el trimestre octubre-diciembre 2012, se incrementó en 2,4 puntos porcentuales, en el área urbana

En el trimestre octubre-diciembre 2013, la población de 60 y más años de edad que sabe leer y escribir es mayor en Lima Metropolitana (90,7%) que en el área urbana (80,3%) y rural (53,7%); presentándose una diferencia de 37 puntos porcentuales favorables a Lima Metropolitana comparado con el área rural. Entre el área urbana y rural la brecha es de 26,6 puntos porcentuales; entre Lima Metropolitana y el área urbana, 10,4 puntos porcentuales.

El 67,1% de la población de 60 y más años de edad aprendió a hablar en su niñez el Castellano, el 32,2% el Quechua, Aymara u Otra lengua nativa

El 83,0% de la población adulta mayor femenina presentó algún problema de salud crónico. En la población masculina, este problema de salud afecta al 69,2%. Por otro lado, las mujeres de Lima Metropolitana y área urbana estuvieron más expuestas a presentar algún problema de salud crónico (86,6% y 83,9% respectivamente), que las del área rural (77,4%).

En el trimestre bajo análisis, el 46,3% de adultos mayores del país han padecido algún síntoma o malestar y el 41,4% alguna enfermedad o accidente. Comparando con similar trimestre del año anterior, se presentó una disminución en la prevalencia de alguna enfermedad o accidente, de 1,4 puntos porcentuales, y con síntoma o malestar en 3,5 puntos porcentuales.

Del total de la población adulta mayor de 60 y más años de edad, el 74,8% tiene algún seguro de salud, sea público o privado. Relacionando estos resultados con los de igual trimestre del año anterior aumentó en 4,8 puntos porcentuales.

Por ámbito geográfico, destaca Lima Metropolitana con el 77,2% de afiliados a algún seguro de salud, seguido por el área rural con 76,4% y área urbana con 71,7%.

Según tipo de seguro de salud, el 38,0% de los adultos mayores acceden solo al Seguro Integral de Salud (SIS), y el 30,8% a EsSalud. Comparando con similar trimestre del año anterior, la proporción de asegurados con Seguro Integral de Salud se incrementó en 8,8 puntos porcentuales; mientras que, los asegurados en EsSalud disminuyeron en 3,4 puntos porcentuales.

La tasa de ocupación de la Población Económicamente Activa urbana adulta mayor en el trimestre de análisis fue 98,7%, en similar trimestre del año anterior llegó a 98,4%.

En relación con la tasa de desempleo abierto de la Población Económicamente Activa adulta mayor en el trimestre que se analiza fue 1,3%, en similar periodo del año anterior alcanzó el 1,6%.

d. Depresión

La depresión es un estado de ánimo triste, una alteración del humor en el que la tristeza es patológica, desproporcionada, profunda, abarcando la totalidad del ser. El paciente deprimido pierde el interés e incluso la ilusión de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas. Junto a la tristeza aparecen otros síntomas, como alteraciones del sueño, del apetito, síntomas somáticos y alteraciones del contenido del pensamiento que complican la vida del paciente, interfiriendo en la calidad de la misma ¹⁵.

Los sistemas internacionales de diagnóstico más utilizados son: el de la Asociación Psiquiátrica Americana ¹⁶ (DSM IV TR), y la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud.¹⁷ Éstos han logrado consensar la nomenclatura psiquiátrica mediante una delimitación sindromática de entidades bien definidas. Sin embargo, su rigidez ha reducido la visión del amplio rango de presentaciones clínicas que ofrecen los pacientes ancianos, quienes manifiestan síndromes atípicos, dificultando su diagnóstico y tratamiento.

En la práctica clínica predominan algunos síndromes:

- depresión mayor equivale, en términos generales, a la categoría antes denominada depresión atípica, psicótica y endógena. Baste recordar a la melancolía involutiva, acompañada de graves síntomas ansiosos, cuyo horario, predominantemente matutino, puede acompañarse de agitación y/o inquietud marcada.
- depresión menor, correspondería a la antes englobada en el rubro depresión neurótica; comúnmente acompañada de ansiedad.¹⁸ La asociación depresión/ansiedad es frecuente en viejos-jóvenes (60 a 75 años) hasta en un 47.5% según Beekman y cols.¹⁹ Otros autores²⁰ reportan que, a mayor edad (viejos-viejos, mayores de 75 años), esta díada es menor.

e. Consecuencias de la depresión en el anciano

- Aislamiento social.
- Soledad
- Baja calidad de vida
- Incremento del uso de los servicios de salud.
- Deterioro cognitivo.
- Riesgo de cronicidad.
- Mayor riesgo de evento vascular y de mortalidad.
- Riesgo de pérdida funcional y de incapacidad.
- Alto riesgo de suicidio

f. Diagnóstico de depresión

Al igual que con otros síndromes psiquiátricos geriátricos, las claves para efectuar el diagnóstico de depresión en la vejez son la historia del paciente y la historia colateral que aporta un miembro de la familia. La depresión puede desarrollarse por primera vez en la tercera edad o ser una recurrencia de un trastorno afectivo previo. Suele ser menos evidente y franca que en otras etapas de la vida. Puede presentarse clínicamente como en

la edad media de la vida y cumplir los Criterios del Trastorno Depresivo Mayor ²¹ que a continuación se exponen:

Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de éstos debe de ser estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o la capacidad para el placer:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o en casi todas las actividades.
- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (5 % del peso total en un mes).
- Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor. Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

Si bien existen muchos instrumentos para medir la depresión, la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), creada por Yesavage, et al., ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores. El cuestionario largo GDS es una herramienta breve de 30 puntos en el que los participantes deben responder por sí o por no con respecto a cómo se sintieron en la última semana. En 1986, se creó un cuestionario corto GDS, que consiste de 15 preguntas. Para la versión corta, se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación. De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente. El puntaje de 0-4 se considera normal, según la edad, educación; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa. El cuestionario corto resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a

moderada que pueden concentrarse por lapsos breves o se fatigan con facilidad. Se puede completar en 5 a 7 minutos ^{22,23}.

La sensibilidad del GDS fue del 92% y la especificidad fue del 89% cuando la evaluación se realizó con criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como las investigaciones clínicas. En un estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo de GDS para la auto calificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ($r = 0.84$, $p < 0.001$) ^{22,23}.

g. Antecedentes de investigación

HOYL y col. (2000) ²⁴ evaluaron a 110 adultos mayores en la clínica geriátrica ambulatoria de un hospital docente de la Universidad. Los pacientes respondieron un cuestionario que incluyó la escala de depresión geriátrica (GDS) e información demográfica. Usando la puntuación GDS 15 ítems como estándar de referencia para clasificar a temas tan deprimido, se evaluaron características de prueba de los 5-GDS. 47% clasificado como deprimido. Los sujetos deprimidos y no deprimidos fueron similares con respecto a la demografía, nivel educativo y comorbilidades.

FALCON y col. (2011) ²⁵ Evaluaron a 98 adultos mayores, 61 hombres y 37 mujeres del servicio de medicina interna del Hospital "Alberto Fernández Montes de Oca" del municipio San Luis, Cuba. Según la escala de Yessavage, 13 tenían una depresión ligera asociada, 9 moderada y 7 de ellos severa para un 44%, 31% y 24% respectivamente. La hipertensión arterial es la causa más frecuente de las crónicas tanto para hombres como para mujeres seguidas de los Accidentes Vasculares Encefálicos y las enfermedades respiratorias para el sexo femenino, mientras que en los hombres la segunda y tercera causa respectivamente son la Diabetes Mellitus y los AVE. El 80.8 % y 72.2 % de los pacientes que sufren Depresión moderada y severa tienen una participación social nula. Mientras que los pacientes con Depresión y una participación social activa solo padecen una forma ligera de la enfermedad y en un porcentaje inferior de forma moderada.

MÜHLENBROCK y col. (2011) ²⁶ Se realizó un estudio descriptivo en pacientes mayores de 60 años hospitalizados antes de cumplir 24 horas desde el ingreso al servicio de

Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago – Chile. Se entrevistaron 131 pacientes, de los cuales 64 eran mujeres (48,85%) y 67 hombres (51,15%); se le aplicó la escala de depresión geriátrica abreviada Yesavage-15 además de una entrevista semiestructurada que incluyó datos personales previa firma de un consentimiento informado aprobado por el comité de ética del hospital. El rango de edad fue de 60 a 96 años de edad cumplidos, con un promedio de 74,35 años (Desviación Estándar (DE) \pm 8,22). De los evaluados, un 22,13% (29) obtuvo un test de Yesavage positivo (diagnóstico de depresión), siendo un 28,12% (18) en mujeres y 16,41% (11) en hombres; $p = 0,129$. Del total de positivos, el 89,6% (26) se identificó en la categoría de depresión leve a moderada (puntaje mayor o igual a 6) y un 10,3% (3) en la de depresión severa (puntaje mayor a 10). Tanto el puntaje promedio 3,63 (DE \pm 2,99) como la moda fue de 3 puntos.

LISIGURSKI y col. (2012) ²⁷ en su estudio de la Valoración Geriátrica Integral de las características de la población mayor de 60 años del distrito de Barranca, incluyeron a 90 adultos mayores, con una media de la edad de 68,5 \pm 7,3 años. Los adultos mayores que habitan el distrito de Barranca presentan 40% de dependencia funcional (CI = 0, 29-0, 50), 52, 2% de deterioro cognitivo (CI = 0,37-0,58) y 41,7% de depresión (CI = 0,32-0,52). El 95,6% de habitantes presenta por lo menos un síndrome o problema geriátrico (CI= 0,91-0,99), los más frecuentes fueron: riesgo y problema social en 86.6% (CI = 0,79-0,93), privación visual 82,2% (CI = 0,74-0,90) y malnutrición en 80% (CI= 0,71-0,88)

JUAREZ y col. (2012) ²⁸ en su estudio de corte transversal tipo entrevista de carácter descriptivo, realizado durante la primera semana de Junio del 2010. Se realizaron visitas en todas las casas (280) de 18 de las 23 manzanas del asentamiento humano “Vina Alta” en la Molina. Se identificó a 112 adultos mayores de 60 años y se entrevistó a 68 de ellos, quienes fueron evaluados por los investigadores (previo entrenamiento) mediante la Escala de depresión geriátrica de Yesavage de 15 ítems (GDS-15). La edad media fue de 67,82 años (60-83) 53.3% fueron mujeres; el 51.67% presentó depresión en algún grado según el GDS-15; 33,3% eran analfabetos; y 70%, casados. Al contrastar los resultados del grado de depresión se verificó que no existían diferencias significativas en cuanto a género, grado de instrucción, edad y estado civil. Se identificó una alta prevalencia de depresión (51.67%) que no estuvo asociada a ninguna de las variables del estudio

RODRIGUEZ y col (2013) ²⁹ realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal a 112 ancianos, remitidos por los médicos de familia a la consulta de Psicogeriatría y Demencia del Policlínico "Cristóbal Labra", durante el período de julio a diciembre de 2011. Los datos se recogieron de las historias clínicas. Para el diagnóstico de la patología se aplicó el test de Yesavage y el Mini mental de Folstein. La depresión se diagnosticó al 25 % de los ancianos remitidos a consulta; la misma se incrementó con la edad, el bajo nivel educacional y la presencia de enfermedades como osteoartritis y alteraciones sensoriales. Los síntomas principales fueron los trastornos del sueño en el hombre y la tristeza y llanto en la mujer. La depresión es una entidad frecuente y poco diagnosticada, el uso de la Medicina Natural y Tradicional constituye una alternativa de tratamiento para la misma.

5. HIPOTESIS

- El adulto mayor del Asilo de ancianos "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos tienen un grado moderado de depresión, el cual se relaciona con la edad, la procedencia, el sexo, nivel de instrucción, comorbilidad, el tiempo de alojamiento y el abandono familiar.

6. VARIABLES

Variable Dependiente

- Depresión

Variables Independientes

- Características sociodemográficas
 - Edad
 - Sexo
 - Procedencia
 - Nivel de Instrucción
- Co-morbilidad
- Abandono familiar
- Tiempo de alojado en el Asilo de ancianos

Variable interviniente

- Adulto mayor

7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA
FACTORES SOCIO-DEMOGRAFICOS	DNI	Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del ocurrir el parto	Continua
	DNI:	Sexo: características sexuales de la persona	Nominal
	Dirección de la paciente registrada en el registro del asilo de ancianos	Urbano: adulto mayor que procede de la zona céntrica o dentro del perímetro urbano de la ciudad. Urbanomarginal: adulto mayor que procede de áreas alejadas del perímetro urbano. Rural: adulto mayor que procede de pueblos, caseríos aledaños de la ciudad.	Nominal
	Nivel de instrucción registrado en del asilo de ancianos	Nivel de instrucción: último año cursado por el adulto mayor	Nominal
CO-MORBILIDAD	Ficha médica del establecimiento	Co-Morbilidad: Enfermedad crónica que padece el adulto mayor.	Nominal
ABANDONO FAMILIAR	Ficha médica del establecimiento	Abandono familiar: cuando los familiares no atiende semanas o meses al adulto mayor	Nominal
TIEMPO DE ALOJAMIENTO	Ficha médica del establecimiento	Tiempo de alojamiento: tiempo transcurrido desde su ingreso al asilo hasta la fecha de la entrevista	Continua
DEPRESIÓN	Test de Yesavage	Estado emocional que presentan las PAM del asilo, que se caracteriza por la presencia de tristeza, autoestima baja, sentimientos de culpa, desinterés por las actividades identificados a través del Test de Yesavage	Ordinal
ADULTO MAYOR	Ficha médica del establecimiento	Adulto mayor: persona de 60 a más años de edad	Continua

CAPÍTULO III

8. METODOLOGÍA

8.1. Tipo y Diseño de Investigación

El presente estudio es de tipo cuantitativo de diseño descriptivo transversal prospectivo y correlacional

- Descriptivo: Porque describe las características de los adultos mayores del Asilo de anciano "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos.
- Transversal: Porque evalúa las variables una sola vez durante el período que ocurre el estudio.
- Prospectivo: Porque el evento (depresión) se determinó durante el estudio.
- Correlacional: Porque relaciona la presencia de la depresión con algunas características del adulto mayor.

8.2 Población y muestra

a) Población

La población estuvo constituida por todos los adultos mayores de ambos sexo que se encuentran en el Asilo de ancianos "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos, estos pacientes a su ingreso tenían independencia y patologías controlados con sus medicamentos recomendados.

b) Muestra

La muestra estuvo constituida por todos los adultos mayores que se encontraron en el Asilo de anciano "San Francisco de Asís" que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Todos ellos consientes al momento de la encuesta.

c) Tamaño muestral

No se calcula tamaño muestral, ya que ingresaron todos los adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión fueron:

- Adulto mayor alojado en el Asilo de anciano "San Francisco de Asís"
- Que no tenga impedimento mental grave para la realización de la entrevista.
- Que no tenga impedimento físico que le impidiera escribir o hablar.
- Que acepte a participar en el estudio de manera voluntaria.

Los criterios de exclusión al estudio fueron:

- Adulto mayor que a pesar de haber aceptado participar en el estudio se niegue a realizarlo o no desee continuar con la entrevista

El muestreo fue no probabilístico, ya que se requiere el consentimiento para su intervención.

8.3 Técnica e instrumento

La técnica que se usó para el presente estudio de investigación fue la de recolección de información de fuente primaria a través de la entrevista con el adulto mayor; la ficha de recolección de datos obtiene información sobre las características sociodemográficas (edad, sexo, procedencia y nivel e instrucción); enfermedad concomitante, grado de abandono familiar, tiempo de alojamiento en el asilo, y el Test de Yesavage para determinar depresión.

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage corto, consistió de 15 preguntas, que guardan la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación. De los 15 puntos, las respuestas correctas fueron afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada

respuesta errónea puntúa 1. El puntaje de 0-4 se considera normal, 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa.

8.4 Procedimiento de recolección de datos

Aprobado el proyecto por la Facultad, se informó a cada adulto mayor del estudio y se le solicitó su participación a través de un consentimiento informado.

Los datos recolectados fueron verificados con el asesor de la tesis, luego de ello se ordenaron según las variables a estudiar para su almacenamiento.

8.5 Análisis e interpretación

La información recogida fue ingresada en una base de datos creada con el software SPSS 15.0, luego se procedió a realizar el análisis univariado, los resultados se presentan a través de estadística descriptiva y analítica mediante tablas univariadas de frecuencias relativas, gráficos y tablas de contingencia; se aplicó la prueba del Chi cuadrado para determinar la relación entre las variables.

8.6 Protección de los derechos humanos

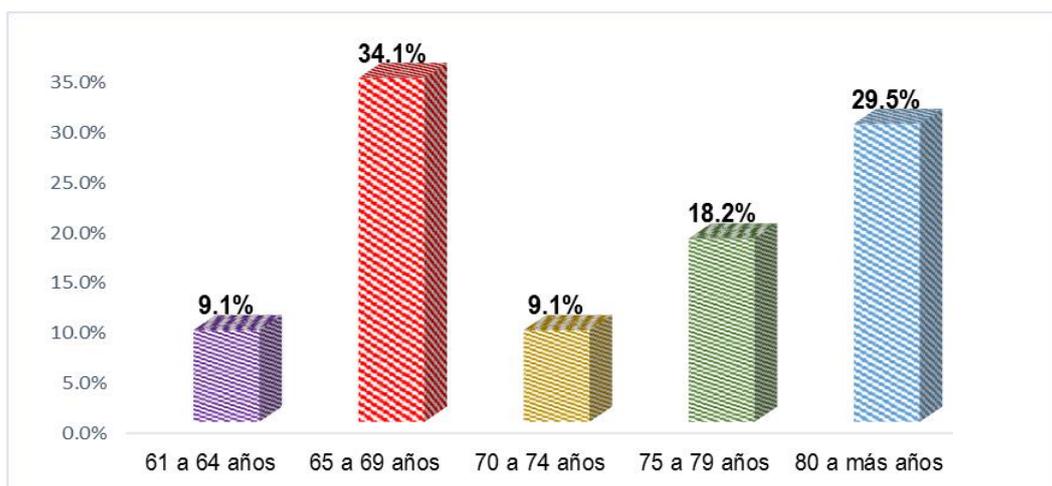
Se ha revisado la declaración de Helsinki médica mundial sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, nuestro estudio no fue experimental, por lo cual no se experimenta y se mantiene la confidencialidad de la información

CAPÍTULO IV

9. RESULTADOS

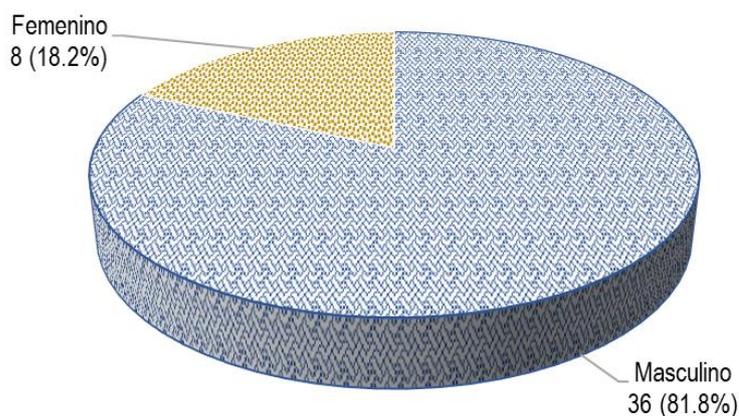
a) Características sociodemográficas del adulto mayor del Asilo de ancianos "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos.

Se evaluaron 44 adultos mayores del Asilo de ancianos "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos, el 34.1% presentan entre 65 a 69 años de edad y el 29.5% entre 80 a más años de edad (Gráfica N° 1).



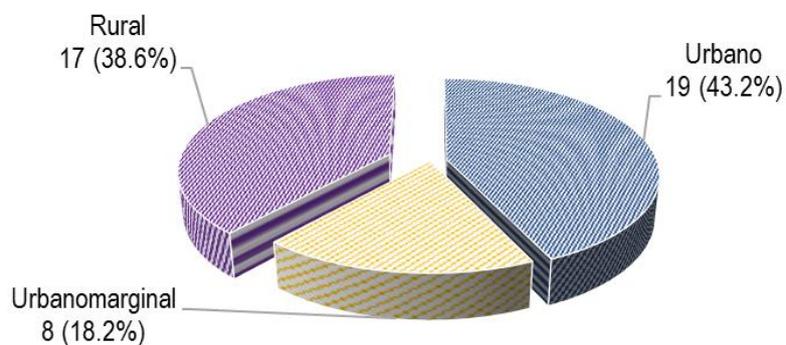
Gráfica N° 1
Edad del adulto mayor
Asilo de ancianos "San Francisco de Asís"
2015

El 81.8% son del sexo masculino y el 18.2% del sexo femenino(Gráfica N° 2).



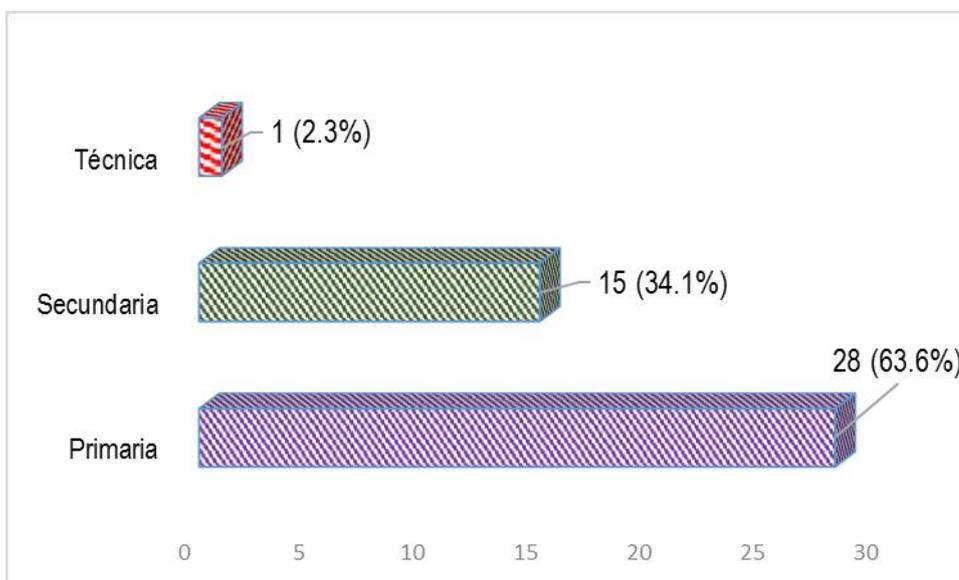
Gráfica N° 2
Sexo del adulto mayor
Asilo de ancianos "San Francisco de Asís"
2015

El 43.2% proceden de la zona urbana y el 38.6% de la zona rural y 18.6% de la zona urbanomarginal(Gráfica N° 3)



Gráfica N° 3
Procedencia del adulto mayor
Asilo de ancianos "San Francisco de Asís"
2015

El 63.6% refieren tener un nivel de instrucción de primaria y el 34.1% secundaria y 2.3% nivel técnica superior(Gráfica N° 4)



Gráfica N° 4
Nivel de Instrucción del adulto mayor
Asilo de ancianos "San Francisco de Asís"
2015

b) Co-morbilidad de los adultos mayores alojados en el Asilo de ancianos "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos

Las principales co-morbilidades referidas por el adulto mayor fueron: la hipertensión arterial (59.1%), artrosis (31.8%), accidente cerebrovascular (31.8%), enfermedad renal (22.7%), diabetes mellitus (20.5%) y osteoporosis (18.2%) (Tabla N° 1)

Tabla N° 1
Co-morbilidad del adulto mayor
Asilo de ancianos "San Francisco de Asís"
2015

Co-Morbilidad	Nº	%
Hipertensión arterial	26	59.1%
Artrosis	14	31.8%
Accidente cerebrovascular	14	31.8%
Enfermedad renal	10	22.7%
Diabetes mellitus	9	20.5%
Osteoporosis	8	18.2%
Desnutrición	4	9.1%
Catarata	2	4.5%
Parkinson	2	4.5%
Neoplasia	1	2.3%
Traumatismo encefalocraneal	1	2.3%

c) Grado de abandono familiar del adulto mayor del Asilo de ancianos "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos

El 77.3% de los adultos mayores tienen un abandono familiar, ellos no lo visitan semanas o meses; al 22.7% al menos visitan al adulto mayor una vez a la semana (Tabla N° 2)

Tabla N° 2
Grado de abandono familiar del adulto mayor
Asilo de ancianos "San Francisco de Asís"
2015

Abandono familiar	N°	%
Los familiares lo visitan diario o interdiario al adulto mayor	0	0.0%
Los familiares lo visitan al menos una vez a la semana al adulto mayor	10	22.7%
Los familiares no lo visitan semanas o meses al adulto mayor	34	77.3%
Total	44	100.0%

d) Tiempo de alojamiento del adulto mayor del Asilo de ancianos "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos

El 38.3% de los adultos mayores tienen un tiempo de alojamiento en el asilo entre 1 a 2 años, y el 20.5% \leq 6 meses (Tabla N° 3)

Tabla N° 3
Tiempo de alojamiento del adulto mayor
Asilo de ancianos "San Francisco de Asís"
2015

Tiempo de alojamiento	N°	%
\leq 6 meses	9	20.5%
7 a 11 meses	8	18.2%
1 a 2 años	17	38.6%
3 a 4 años	4	9.1%
5 a más años	6	13.6%
Total	44	100.0%

e) Grado de depresión del adulto mayor del Asilo de ancianos "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos

Según la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) – Yesavage, se encontró que el 59.1% de los adultos mayores del Asilo de ancianos "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos no están deprimidos; y el 40.9% tienen un grado de depresión; el 34.1% tienen depresión leve y el 6.8% depresión moderada; no se encontró casos de depresión severa (Tabla N° 4)

Tabla N° 4
Grado de depresión del adulto mayor
Asilo de ancianos "San Francisco de Asís"
2015

Depresión	N°	%
Normal (0.4)	26	59.1%
Depresión leve (5.8)	15	34.1%
Depresión moderada (9.11)	3	6.8%
Depresión severa (12.15)	0	0.0%
Total	44	100.0%

f) Relación entre el grado de depresión con las características, la comorbilidad, el grado de abandono familiar y el tiempo de alojamiento del adulto mayor del Asilo de ancianos "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos

El 61.5% de los adultos mayores entre los 80 a más años presentaron depresión, esta tendencia no fue significativa ($p=0.231$) (Tabla N° 5)

Tabla N° 5
Edad y Grado de depresión del adulto mayor
Asilo de ancianos "San Francisco de Asís"
2015

Edad	Depresión		No Depresión		Total
61 a 64 años	2	50.0%	2	50.0%	4
65 a 69 años	5	33.3%	10	66.7%	15
70 a 74 años	0	0.0%	4	100.0%	4
75 a 79 años	3	37.5%	5	62.5%	8
80 a más años	8	61.5%	5	38.5%	13
Total	18	40.9%	26	59.1%	44

$X^2=5.589$, $p=0.231$

El 44.4% de los adultos mayores de sexo masculino presentaron depresión, mientras que solo el 25.0% de las mujeres lo presentaron; esta tendencia no fue significativa ($p=0.331$) (Tabla N° 6), ello debido a que el porcentaje de varones es mayor con respecto a las mujeres que se encuentran en el asilo.

Tabla N° 6
Sexo y Grado de depresión del adulto mayor
Asilo de ancianos "San Francisco de Asís"
2015

Sexo	Depresión		No Depresión		Total
Masculino	16	44.4%	20	55.6%	36
Femenino	2	25.0%	6	75.0%	8
Total	18	40.9%	26	59.1%	44

$X^2=1.023$, $p=0.311$

El 52.6% de los adultos mayores que proceden de la zona urbana presentaron depresión, mientras que el 37.5% de los que proceden de la zona urbanomarginales y el 29.4% de los que proceden de la zona rural lo presentaron; esta tendencia no fue significativa ($p=0.359$) (Tabla N° 7), este resultado contrasta con la poca asistencia de los familiares para con el adulto mayor de la zona urbana, en cuanto a su recreación o asistencia en su hogar. Cabe afirmar que los adultos mayores de las zonas urbanomarginales, tienen ese acceso por el poco tránsito en las calles y las interrelaciones con los demás es mas fluida.

Tabla N° 7
Procedencia y Grado de depresión del adulto mayor
Asilo de ancianos "San Francisco de Asís"
2015

Procedencia	Depresión		No Depresión		Total
Urbano	10	52.6%	9	47.4%	19
Urbanomarginal	3	37.5%	5	62.5%	8
Rural	5	29.4%	12	70.6%	17
Total	18	40.9%	26	59.1%	44

$X^2=2.048$, $p=0.359$

El 53.6% de los adultos mayores que tienen nivel de instrucción primaria presentaron depresión, mientras que el 20.0% con nivel de instrucción secundaria lo presentaron; los de nivel de instrucción técnica no presentaron depresión; esta tendencia no fue significativa ($p=0.07$) (Tabla N° 8), esto se contrasta a que el adulto mayor cuanto más se culturiza, mas conoce sobre su cuidado y ello lo permite protegerse.

Tabla N° 8
Nivel de Instrucción y Grado de depresión del adulto mayor
Asilo de ancianos "San Francisco de Asís"
2015

Nivel de instrucción	Depresión		No Depresión		Total
	N	%	N	%	
Primaria	15	53.6%	13	46.4%	28
Secundaria	3	20.0%	12	80.0%	15
Técnica	0	0.0%	1	100.0%	1
Total	18	40.9%	26	59.1%	44

$X^2=5.262$, $p=0.07$

El 51.7% de los adultos mayores que tienen co-morbilidad presentaron depresión, mientras que el 20.0% sin co-morbilidad lo presentaron; esta tendencia fue significativa ($p=0.042$) (Tabla N° 9)

Tabla N° 9
Co-morbilidad y Grado de depresión del adulto mayor
Asilo de ancianos "San Francisco de Asís"
2015

Co- Morbilidad	Depresión		No Depresión		Total
	N	%	N	%	
SI	15	51.7%	14	48.3%	29
No	3	20.0%	12	80.0%	15
Total	18	40.9%	26	59.1%	44

$X^2=4.16$, $p=0.042$

El 50.0% de los adultos mayores que tienen mayor abandono familiar tienen depresión; mientras que el 10% de los adultos mayores que tienen al menos visita familiar una vez a la semana, esta tendencia fue significativa ($p=0.023$) (Tabla N° 10). Asimismo se afirma que la depresión en los que no son visitados frecuentemente por sus familiares, se hace asimilable y los soluciona o mengua con los adultos mayores cercanos, relacionándose y con la ayuda de la terapia por el personal asistencial del asilo.

Tabla N° 10
Abandono familiar y Grado de depresión del adulto mayor
Asilo de ancianos "San Francisco de Asís"
2015

Abandono familiar	Depresión		No Depresión		Total
Los familiares lo visitan al menos una vez a la semana al adulto mayor	1	10.0%	9	90.0%	10
Los familiares no lo visitan semanas o meses al adulto mayor	17	50.0%	17	50.0%	34
Total	18	40.9%	26	59.1%	44

$X^2=5.114$, $p=0.023$

El 66.7% de los adultos mayores que tienen ≤ 6 meses de alojamiento tienen depresión; se aprecia que a mayor tiempo de alojamiento menor frecuencia de depresión, esta tendencia no fue significativa ($p=0.510$) (Tabla N° 11)

Tabla N° 11
Tiempo de alojamiento y Grado de depresión del adulto mayor
Asilo de ancianos "San Francisco de Asís"
2015

Tiempo de alojamiento	Depresión		No Depresión		Total
≤ 6 meses	6	66.7%	3	33.3%	9
7 a 11 meses	3	37.5%	5	62.5%	8
1 a 2 años	6	35.3%	11	64.7%	17
3 a 4 años	1	25.0%	3	75.0%	4
5 a más años	2	33.3%	4	66.7%	6
Total	18	40.9%	26	59.1%	44

$X^2=3.29$, $p=0.510$

DISCUSION

Hay un predominio de hombres que mujeres, FALCON ²⁵ también encuentra esta tendencia de que el sexo masculino fue más frecuente que el sexo femenino, el estudio muestra que más del 60% tienen un nivel de instrucción de primaria, lo que refleja las faltas de oportunidades educacionales que tuvo el adulto mayor en su juventud en un mejor desarrollo académico para mejorar su estrato socio económico. JUAREZ ²⁸ en cambio reporta que el tercio de sus adultos mayores eran analfabetos; contrastándose con nuestra investigación debido a la población así encontrado en el asilo de Iquitos "San Francisco de Asís" fueron más varones respecto a mujeres y el grado de instrucción fue mayormente primaria.

Lo preocupante de los resultados del estudio es que casi 8 de 10 adultos mayores que se alojan en el asilo tienen abandono familiar, a veces son visitados en semanas o meses, mostrando el bajo interés de los familiares para mantener la relación afectiva. La decisión de ingresar a un asilo, muchas veces depende del apoyo familiar ya que algunos estudios refieren que 70% de las personas adultos mayores tienen hijos vivos que les brindan la tercera parte de la atención informal. Pero si el adulto mayor tiene incapacidad o enfermedades propias de la vejez que requieren cuidados prolongados y complejos, surge la fatiga familiar, que puede propiciar la búsqueda de "asilos para ancianos", implicando a su vez un gasto extra y probablemente olvido o abandono no sólo físico sino psicológico y hasta emocional; este hallazgo también lo muestra el estudio donde más del 65% de los adultos mayores presentaron una co-morbilidad, como hipertensión arterial, artrosis, accidente cerebrovascular, enfermedad renal, diabetes mellitus y osteoporosis. FALCON ²⁵ en su estudio encuentra casos de hipertensión arterial, accidentes vasculares encefálicos, enfermedades respiratorias y diabetes mellitus. RODRIGUEZ ²⁹ aprecia la presencia de enfermedades como osteoartritis y alteraciones sensoriales.

En la vejez, con frecuencia se presentan simultáneamente padecimientos en los que no hay una causa única de morbilidad, sino que predomina la multicausalidad. Por lo tanto, las enfermedades en esta etapa de la vida adquieren una manifestación clínica distinta, debido a su complejidad, latencia prolongada y a los daños irreversibles que afectan la funcionalidad. La coexistencia de trastornos psiquiátricos puede alterar la capacidad de las personas para mantener su independencia, este fenómeno es significativamente

menospreciado y con frecuencia pasado por alto. Los trastornos afectivos, cognoscitivos y conductuales en la edad avanzada constituyen un problema de salud pública de enormes proporciones, dada su alta prevalencia y su alto costo social y económico

Se encontró una tasa de depresión del 40.9% similar que otros estudio como el de HOYL ²⁴ donde el 47% fue clasificado como deprimido; FALCON ²⁵ encuentra depresión en el 44%, de sus adultos mayores; JUAREZ ²⁸ .reporta una prevalencia de depresión (del 52%; mientras que el estudio de MÜHLENBROCK ²⁶ encuentra una prevalencia mucho mayor con el 89,6%, la tasa de prevalencia de depresión más baja fue en el estudio de RODRIGUEZ ²⁹ quien reporta 25 % de depresión es sus adultos mayores estudiados; todos reportan mayor tendencia de depresión leve que los casos de depresión moderada y depresión severa, nuestro estudio no encontró casos de depresión severa.

La depresión del adulto mayor alojado en el asilo se asoció a la presencia de co-morbilidad ($p=0.042$) y con los que tienen mayor abandono familiar ($p=0.023$). HOYL ²⁴ refiere que los adultos mayores deprimidos y no deprimidos fueron similares con respecto a la demografía, nivel educativo y comorbilidades. JUAREZ ²⁸ encuentra que la depresión no estuvo asociada a ninguna de las variables del estudio en cuanto a género, grado de instrucción, edad y estado civil.

10. CONCLUSIONES

- Se evaluaron 44 adultos mayores del Asilo de ancianos "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos, el 34.1% presentan entre 65 a 69 años de edad; el 81.8% son del sexo masculino, el 43.2% proceden de la zona urbana y el 63.6% tienen un nivel de instrucción de primaria. El 77.3% de los adultos mayores tienen un abandono familiar. El 38.3% de los adultos mayores tienen un tiempo de alojamiento en el asilo entre 1 a 2 años, y el 20.5% \leq 6 meses
- Las principales co-morbilidades fueron: la hipertensión arterial (59.1%), artrosis (31.8%), accidente cerebrovascular (31.8%), enfermedad renal (22.7%), diabetes mellitus (20.5%) y osteoporosis (18.2%).
- El 40.9% tienen un grado de depresión; el 34.1% tienen depresión leve y el 6.8% depresión moderada; no se encontró casos de depresión severa
- La depresión del adulto mayor alojado en el asilo se asoció a la presencia de co-morbilidad ($p=0.042$) y con los que tienen mayor abandono familiar ($p=0.023$).
- Los adultos entre los 80 a más años ($p=0.231$), los sexo masculino ($p=0.331$), los que proceden de la zona urbana ($p=0.359$), los que tienen nivel de instrucción primaria ($p=0.07$) y los que tienen \leq 6 meses de alojamiento ($p=0.510$) presentaron con mayor frecuencia depresión, pero la relación no fue significativa.
- Se concluye que en el Asilo de Ancianos "San Francisco de Asís", existe depresión leve a moderada y se acepta la hipótesis planteada.

11. RECOMENDACIONES

Los hallazgos nos permiten recomendar:

- Realizar estudios de prevalencia de depresión en los Programas Adulto Mayor de las instituciones de salud de nuestra ciudad.
- Evaluar estudio de causalidad de la depresión en los adultos mayores antes de su ingreso al asilo.
- Evaluar el manejo antidepresivo de los adultos mayores del asilo de ancianos "San Francisco de Asís", en algunos de los adultos mayores que manifiesten la depresión.
- Evaluar la satisfacción de la atención en el asilo de ancianos "San Francisco de Asís" por los adultos mayores en aquellos que se manifieste la depresión.
- Continuar con la atención personalizada y la terapia que coadyuvan a su mantenimiento en su estado basal para evitar la manifestación de la depresión.

CAPÍTULO V

12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Andrade Trujillo C. Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción. Cantón Girón. Azuay. 2011” Tesis de Grado. Escuela de Nutrición y Dietética. Facultad de Salud Pública. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo Ecuador. 2011.
2. Luna del Valle E. IV Congreso Nacional. Asociación Peruana de Demografía y Población (APDP). 2011. http://www.apdp.org.pe/iv_congreso/Situacion%20de%20la%20Poblacion%20Adulta%20Mayor.pdf
3. Panes Arias J. Problemática de la tercera edad en el Perú” Maestría en Administración y Gerencia Social. UNFV. <https://es.scribd.com/doc/50756143/TERCERA-EDAD-EN-EL-PERU>.
4. Moreno, C. Lopera, R. Efectos de un entrenamiento cognitivo sobre el estado de ánimo. [en línea] <http://www.neurociencia.cl/docs/articulos/sub/59.pdf> 2011.
5. Sosa A., Gonzáles H. Depresión del anciano. Tópicos de gerontología. Academia 2. Serie de Científicas de la FES Zaragoza, México: UNAM,1998: 140-51
6. Martínez, M. El paciente con enfermedad en estado terminal y el rechazo a la eutanasia. Tesis de licenciatura. Toluca, Edo. de México: Instituto Superior de Estudios para la Familia. 2003
7. Canto Pech H., Castro Rena E. Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. Enseñanza e Investigación en Psicología, 2004, 9(2): 257-270
8. González, J. El paciente de edad avanzada: un paciente diferente. México: Trillas. 2002
9. Fernández G., S. y Muñoz, C. Diagnóstico diferencial del trastorno demencial. Revista de Psicogeriatría, 2001. 1(1). www.psiquiatria.com/articulos/demencias/
10. Polonio, B. Terapia ocupacional en geriatría: 15 casos prácticos. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2002.
11. Ruiz L, Campos M, Pena N. Situación socio familiar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2008; 25(4): 374 – 79
12. Mayta P, Zelada M. ¿Estamos preparados para la atención primaria del adulto mayor? Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2006; 23(1): 67– 69
13. Ecuador: Ministerio de Salud Pública. Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores. Quito; MSP 2010.

14. INEI. Situación de la población Adulto Mayor. Octubre – Diciembre 2013. Informe Técnico N° 1. 2014. www.inei.gob.pe.
15. Gamarra P. Depresión y ansiedad en el adulto mayor. <http://slideplayer.es/slide/19780/>.
16. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM IV TR) MASSON, S. A. 2002
17. Trastornos mentales y del comportamiento. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE 10) OMS. Meditor, 1993.
18. Parker G. Modern diagnostic concepts of the affective disorders. Acta Psychiatr Scand 2003;108(418):24-8
19. Beekman AT, De Beurs E, Van Balkom AJ, et al. Anxiety and depression in later life: concurrence and community of risk factors. Am J Psychiatry 2000;157:89-95.
20. Jeste ND, Hays JC, Steffens DC. Clinical correlates of anxious depression among elderly patients with depression. J Affect Disord 2006;90:37-41
21. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS. Consensus Statement. Diagnosis and Treatment of depression in Late Life. Consensus Statement Update. JAMA. 1997; 278:1186-90
22. The Stanford/VA/NIA Aging Clinical Resource Center (ACRC). <http://www.stanford.edu/~yesavage/ACRC.html>.
23. Información sobre GDS. <http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS.html>.
24. Hoyl T., Valenzuela E., Marín P. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. Rev. méd. Chile. 2000, 128(11): 1199-1204
25. Falcón O., Falcón D., Rodríguez V., Incidencia de la depresión del adulto mayor en salas de medicina interna. 2011, Hospital Alberto Fernandez Montes de Oca. Ministerio de Salud de Cuba.
26. Von Mühlenbrock F., Gómez R., González M., Rojas A., Vargas L., Von Mühlenbrock C. Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago Rev Chil Neuro-psiquiat 2011; 49 (4): 331-337
27. Lisigurski M., Varela-L., Ortiz P. Valoración geriátrica integral en una población de adultos mayores. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v15n1/valor_geria.htm.
28. Juárez J., León A., Alata V. Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH “Viña alta” – La Molina, Lima-Perú. Rev. Horiz Med 2012; 12(2): 26-29

29. Rodríguez L., Sotolongo O., Luberta G., Calvo M. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico "Cristóbal Labra" Revista Cubana de Medicina General Integral. 2013; 29(1):64-75

14. ANEXOS

ANEXO N° 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ESTUDIO PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES DEL ASILO DE ANCIANOS “SAN FRANCISCO DE ASÍS” DE LA CIUDAD DE IQUITOS 2015

a. Introducción

Buenos días soy Bachiller de Medicina de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, que estamos invitando a los adultos mayores del asilo de ancianos “San Francisco de Asís” a participar voluntariamente en el presente estudio “Prevalencia de depresión en los adultos mayores del asilo de ancianos San Francisco de Asís”; pudiendo consultar sus dudas sobre el estudio.

b. Propósito del Estudio

Los adultos mayores presentan en sus principales problemas de salud, cuadros de depresión debido a factores socioculturales, económicos, Por tal motivo el presente estudio tiene el objetivo de conocer la prevalencia de depresión con el propósito de que los resultados aporten estrategias preventivas promocionales para una mejora en la atención en esta población.

c. Diseño de Investigación

El presente estudio es de diseño descriptivo de corte transversal, que a través de una entrevista -en un solo momento- se obtendrá la información sobre su estado de ánimo.

d. Participantes

Los participantes al estudio son adultos mayores que residen en el asilo de anciano San Francisco de Asís; su participación es absolutamente voluntaria, luego que el adulto mayor lea detenidamente el presente consentimiento informado y aclarada su interrogantes acepte participar en el estudio, durante la entrevista el participante puede negarse a continuar participando a pesar de haber aceptado en un primer momento.

e. Procedimiento

Si usted acepta participar en este estudio sucederá lo siguiente:

1. El investigador iniciara la entrevista realizando preguntas sobre sus características sociodemográficas, morbilidad, abandono familiar, tiempo de estancia en el asilo.
2. Posteriormente se le practicara el test de Yesavage para determinar su grado de depresión.
3. El tiempo de participación en la entrevista se ha calculado no más de 15 minutos

f. Confidencialidad

Las entrevistas son anónimas, no se registra nombres ni ningún documento de identificación; la información solo se usará para los fines del estudio; al finalizar el estudio las encuestas serán eliminadas

g. Derecho del paciente

Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno.

DECLARACION DEL PARTICIPANTE

He leído y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio, considerando la importancia que tiene mi participación para el beneficio de mi persona y de la comunidad; por lo que acepto voluntariamente participar en el presente estudio.

Me queda claro que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones.

Nombre del Investigador

DNI:

Fecha:

5. la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) - Yesavage

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

Versión de 15:

Afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6,8, 9, 10, 12, 14 y 15,

Negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13.

Cada respuesta errónea puntúa 1.

Los puntos de corte son:

- 0 - 4: Normal
- 5 - 8: Depresión leve
- 9 -11: Depresión moderada
- 12 - 15: Depresión severa

ANEXO N° 3
TABLA DE REPUESTA DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (GDS) - YESAVAGE
ADULTOS MAYORES DEL ASILO DE ANCIANOS “SAN FRANCISCO DE ASÍS”
DE LA CIUDAD DE IQUITOS
2015

Preguntas de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) - Yesavage	SI		NO	
1. En general ¿Está satisfecho con su vida?	6	13.6%	38	86.4%
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	42	95.5%	2	4.5%
3. ¿Siente que su vida está vacía?	34	77.3%	10	22.7%
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	32	72.7%	12	27.3%
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	13	29.5%	31	70.5%
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	22	50.0%	22	50.0%
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	8	18.2%	36	81.8%
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	33	75.0%	11	25.0%
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	26	59.1%	18	40.9%
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	25	56.8%	19	43.2%
11. En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	17	38.6%	27	61.4%
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	36	81.8%	8	18.2%
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	11	25.0%	33	75.0%
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	29	65.9%	15	34.1%
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	34	77.3%	10	22.7%