

UNIVERSIDAD GALILEO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA



**DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN EL SANATORIO EL CUBANO, DURANTE
EL PERÍODO DE JULIO A DICIEMBRE DE 2019, EN EL MUNICIPIO DE
BARBERENA, SANTA ROSA.**

INVESTIGACIÓN
PRESENTADA A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POR

DR. ERNESTO MENDINUETA FIGAROLA
DRA. MAYRA JUDITH ELIAS OSORIO DE NÁJERA
DRA. SILVANA LÓPEZ BARRIOS

PREVIO A CONFERIRSE EL TÍTULO DE
GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA
EN EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO

GUATEMALA, DICIEMBRE, 2019

INDICE

	INTRODUCCIÓN	4
I.	MARCO METODOLÓGICO	5
1.1.	Justificación de la investigación	5
1.2.	Planteamiento del problema	5
1.3.	Hipótesis	6
1.4.	Variables	7
1.5.	Objetivos de la investigación	7
II.	MARCO TEÓRICO	8
2.1.	Adulto Mayor	8
2.2.	Detección de la Depresión en el Adulto Mayor	12
2.3.	Depresión en personas mayores	12
2.4.	Diagnóstico de la depresión	17
2.5.	Implicaciones	22
2.6.	Prevención	22
2.7.	Consecuencias de la depresión	23
2.8.	Sanatorio El Cubano	27
III.	MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	29
3.1.	Métodos de investigación	29
3.2.	Técnicas	29
3.3.	Instrumentos	30
3.4.	Cronograma de actividades	30
3.5.	Recursos	31
IV.	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	32

4.1.	Resultados	32
4.2.	Discusión	35
V.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	36
5.1.	Conclusiones	36
5.2.	Recomendaciones	36
VI.	BIBLIOGRAFÍA	37
VII.	ANEXOS	41

INTRODUCCIÓN

En cada etapa de la vida el ser humano experimenta una serie de cambios que afectan su forma de vivir, pensar y actuar, siendo pocos los que realmente se preocupan por la vejez, pensando que jamás llegaran a esa etapa tan especial de la vida.

En Guatemala, la mayoría de los adultos mayores son olvidados y transitan por muchas dificultades que conllevan a una disminución de sus capacidades, aumentando el estrés y la ansiedad, provocando en ocasiones estados depresivos que desafían su entorno biopsicosocial.

La depresión puede aparecer de diferentes maneras en los individuos y en el adulto mayor. En el aspecto psicológico cambios en el humor, tristeza, angustia, temores, susceptibilidad, búsqueda de discusión sin ningún motivo, agresividad, pesimismo y en el peor de los casos el suicidio.

Los síntomas de depresión pueden verse en el aspecto físico como dolores generales, pérdida de peso, fatiga, alteraciones digestivas y de evacuación intestinal (náuseas, diarrea y estreñimiento), falta de apetito, trastornos en el sueño, alteraciones de las funciones o ritmos corporales.

A menudo el paciente habla de una pérdida física de energía o de resistencia, dificultades respiratorias, palpitaciones y sudoración. Los trastornos neurológicos más frecuentes que puede presentar el adulto mayor son: Parkinson, demencia, arteriosclerosis y atrofia muscular.

Las causas sociales más frecuentes por las que se deprimen, es por algún suceso que impacta en la vida como por ejemplo la jubilación sin preparación, enfermedades crónicas, pérdidas de seres queridos y duelos no resueltos.

La presente investigación tuvo como objetivo identificar la depresión en el adulto mayor en el Sanatorio El Cubano durante el período de julio a diciembre de 2019, en el municipio de Barberena, Santa Rosa, para esto se utilizó la escala de Yesavage y la de Hamilton, los principales resultados mostraron que el 32.6% de los adultos mayores tuvieron depresión, de estos las mujeres fueron las que mayormente la padecían.

CAPÍTULO I.

MARCO METODOLÓGICO

1.1. Justificación de la investigación

Esta investigación se consideró importante ya que contribuyó a identificar la depresión en el adulto mayor en el Sanatorio El Cubano durante el período de julio a diciembre de 2019, en el municipio de Barberena, Santa Rosa.

Aportó información relacionada con la incidencia y las causas de depresión en el adulto mayor en el Sanatorio, así como la detección de la misma en el adulto mayor, a través de las escalas de evaluación geriátrica Hamilton y Yesavage.

En la actualidad y dado el incremento de la población adulta mayor a nivel local, se ha visto también la presencia de depresión, la cual convierte en vulnerables a las personas mayores provocando un desequilibrio en la esfera bio-psico-social que puede conllevar incluso a la pérdida de su autonomía, por lo cual es importante analizar qué está sucediendo con los pacientes que acuden al sanatorio El Cubano y poder identificar la incidencia, causas y detección de la depresión en el adulto mayor.

Dado el incremento de los pacientes adultos mayores con depresión en el sanatorio El Cubano, fue pertinente llevar a cabo esta investigación, con la que se logró identificar la incidencia y las causas, así como la aplicación de escalas que van a servir para detectar síntomas y signos de la depresión, que finalmente nos va a permitir establecer medidas, estrategias, tratamientos y abordajes integrales para contribuir a controlar los efectos de esta condición en la población adulta mayor.

1.2. Planteamiento del problema

1.2.1. Definición del problema: El creciente incremento en la población de adultos mayores favorecido por un descenso en la natalidad y un incremento en la expectativa de vida; ha provocado un aumento progresivo de la población y simultáneamente su envejecimiento.

En sanatorio El Cubano, ubicado en el municipio de Barberena, Santa Rosa; se han incrementado los casos de adultos mayores con depresión.

1.2.2. Especificación del problema:

¿Existe depresión en el Adulto Mayor en el Sanatorio El Cubano, durante el período de julio a diciembre de 2019, en el municipio de Barberena, Santa Rosa?

1.2.3. Delimitación del problema:

Depresión en el adulto mayor en el Sanatorio El Cubano, durante el período de julio a diciembre de 2019, en el municipio de Barberena, Santa Rosa.

1.2.3.1. Unidad de análisis:

Sanatorio El Cubano.

1.2.3.2. Sujetos de investigación:

Los sujetos de investigación fueron todos los adultos mayores de ambos sexos, de 60 a 99 años que acudieron al sanatorio El Cubano.

1.2.3.3. Tamaño de la muestra:

100 % de pacientes adultos mayores de ambos sexos, que acudieron a consulta al sanatorio El Cubano, residentes y provenientes únicamente del departamento de Santa Rosa.

1.2.3.4. Ámbito geográfico:

En el sanatorio El Cubano, ubicado en el municipio de Barberena, Santa Rosa.

1.2.3.5. Ámbito temporal:

El tiempo en que se llevó a cabo la realización de la investigación estuvo comprendido en el período de julio a diciembre de 2019.

1.3. Hipótesis:

Este estudio no tuvo hipótesis, por su naturaleza de ser un estudio descriptivo no fue necesario desarrollarlas.

1.4. Variables:

1.4.1. Definición conceptual:

Depresión, es un trastorno mental caracterizado por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, marcada disminución de la vitalidad que lleva a la reducción del nivel de actividad y cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. (Marietan, s.f.).

1.4.2. Definición operacional:

Para la presente investigación la depresión se conceptualizó a partir de toda aquella sintomatología cognitiva, afectiva y somática que presentan las personas adultas mayores, como sentimientos de tristeza, falta de energía, dificultades en las relaciones sociales, sentimientos de inutilidad, desesperación, diagnosticado a partir del Test de Yesavage.

Para detectar la gravedad de los síntomas de la depresión en pacientes previamente diagnosticados fue mediante los resultados obtenidos por la escala de Hamilton, que es un instrumento de evaluación, hetero aplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

1.5. Objetivos de la investigación

1.5.1. Objetivo general:

Identificar la depresión en el adulto mayor en el Sanatorio El Cubano durante el período de julio a diciembre de 2019, en el municipio de Barberena, Santa Rosa.

1.5.2. Objetivos específicos:

1. Identificar la incidencia de la depresión en el adulto mayor en el sanatorio.
2. Detectar la depresión en el adulto mayor, a través de las escalas de evaluación geriátrica Hamilton y Yesavage.
3. Conocer las causas de depresión en el adulto mayor en el sanatorio.

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO

2.1. Adulto Mayor.

2.1.1. Definición.

Según la Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad, Decreto Número 80-96 del Congreso de la República, Artículo 3 se define como de la tercera edad o anciano, a toda persona de cualquier sexo, religión, raza o color que tenga 60 años o más de edad. (Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente de la República, s.f.)

2.1.2. Alteraciones en el Adulto Mayor.

El enfoque de estas intervenciones se basa en la detección temprana de alteraciones y enfermedades del Adulto Mayor. Dentro de las patologías se encuentran:

- Enfermedades cardiovasculares como hipertensión arterial, enfermedad cerebro vascular, enfermedad coronaria y enfermedad vascular periférica.
 - Enfermedades del metabolismo como obesidad, dislipidemias y diabetes.
 - Enfermedades neoplásicas: cáncer de cuello uterino, cáncer de seno, cáncer de próstata, cáncer gástrico, de colon y recto.
 - Enfermedades crónicas del pulmón: bronquitis, enfisema, enfermedad obstructiva crónica.
 - Enfermedades músculo esqueléticas osteoarticulares: artritis y osteoartritis.
 - Enfermedades neurológicas: accidente cerebro vascular, isquemia cerebral transitoria.
- (Universidad de Cauca, 2019)

Entre otras afecciones comunes de que se pueden presentar en la vejez cabe citar la pérdida de audición, cataratas y errores de refracción, dolores de espalda y cuello, depresión y demencia. A medida que el ser humano envejece, aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo.

La vejez se caracteriza también por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse en las últimas etapas de la vida y que no se enmarcan en categorías de

morbilidad específicas. Esos estados de salud se denominan normalmente síndromes geriátricos. Por lo general son consecuencia de múltiples factores subyacentes que incluyen la fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

2.1.3. Aspectos Psicológicos y Sociales.

Cambios psicológicos: La tarea general en la vejez de acuerdo es la adaptación a un cuerpo que se deteriora, habiendo cambios anatómicos y funcionales en el sistema nervioso, modificaciones en las funciones cognitivas y modificaciones en la afectividad como las pérdidas, entre ellas, de la pareja que deben compensarse con mejores contactos sociales con los propios hijos y otros familiares o amigos. Otra adaptación esencial, se refiere a la jubilación y su consecuente descenso de recursos económicos. Los procesos que pueden iniciarse para alcanzar éxito en estas tareas pueden ser la ampliación de las actividades de ocio o el ajuste de las disposiciones financieras. Todo ello debe acompañarse de una gran flexibilidad en los cambios de roles a desempeñar. Esto se consigue, con frecuencia, potenciando los roles familiares, como el rol de abuelos. (Universidad de Cantabria).

Cambios sociales: Conforme las personas envejecen, tienden a pasar menos tiempo con otros. Con frecuencia, el trabajo es una fuente conveniente de contacto social; por tanto, los que llevan mucho tiempo de jubilados tienen menos contactos sociales que los jubilados más recientes o quienes continúan trabajando. Para algunos adultos mayores, las enfermedades hacen más difícil salir y ver a otras personas. Los adultos mayores con frecuencia pasan por altas oportunidades para aumentar el contacto social y es más probable que, a diferencia de los adultos más jóvenes, se sientan satisfechos con redes sociales más pequeñas. Sin embargo, el contacto social que los adultos mayores mantienen es más importante para su bienestar que antes. (Universidad de Cantabria).

2.1.4. Tipos de Valoración.

Según la publicación de la OMS, "Aspecto de la Salud Pública en los ancianos y en la población" del año 1959, como mejor se mide la salud en los ancianos es en términos de su

función. Uno de los objetivos primordiales en el cuidado del adulto mayor es, por medio de la valoración funcional, prevenir la incapacidad y fomentar su independencia es tan importante como prevenir y tratar su enfermedad. (Silveira, 2016)

Las medidas del estado funcional incluyen siempre la determinación de las actividades de la vida diaria, para comprobar los cambios que se presentan con el paso del tiempo. Uno de los objetivos primordiales en el cuidado del adulto mayor, se refleja por medio de la valoración funcional, prevenir la incapacidad y fomentar su independencia.

La evaluación del estado funcional es necesaria en virtud de que el grado de deterioro funcional no puede estimarse a partir de los diagnósticos médicos en un adulto mayor y el deterioro de la capacidad funcional constituye un factor de riesgo para numerosos eventos adversos como las caídas y la institucionalización.

La valoración geriátrica integral es un proceso diagnóstico, que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del adulto mayor en las esferas clínica, funcional, mental y social, elaborando una estrategia interdisciplinaria de intervención, tratamiento y seguimiento para lograr un mayor grado de independencia.

Surge como respuesta a la alta prevalencia en el adulto mayor de necesidades y problemas no diagnosticados, de disfunciones y dependencias reversibles no reconocidas, que se escapan a la valoración clínica tradicional.

La funcionalidad se define por medio de tres componentes: valoración de las actividades de la vida diaria (AVD): Básicas e instrumentales y la valoración del equilibrio y la marcha.

Actividades Básicas:

Se utiliza el índice de Katz conocido en inglés como el Katz ADL, es el instrumento más apropiado para evaluar el estado funcional como una medida de la capacidad del adulto mayor para desempeñar las actividades de la vida diaria en forma independientes y clasifica

la suficiencia del desempeño en las seis funciones de: bañarse, vestirse, usar el sanitario, movilidad, continencia y alimentación.

Actividades Instrumentales:

Son más complejas y se utiliza el índice de Lawton, es conveniente para detectar los primeros grados de deterioro funcional de los adultos mayores que viven en sus domicilios e incluye actividades como: capacidad para usar el teléfono, ir de compras, preparación de las comidas, cuidar la casa, lavado de ropa, medio de transporte, responsabilidad sobre la medicación y capacidad de utilizar el dinero.

Valoración del equilibrio y la marcha:

El movimiento es un componente esencial en la vida del adulto mayor, pues todos sus sistemas corporales funcionan con mayor eficacia cuando está activo. La pérdida de capacidad de marcha y equilibrio son indicadores de alto riesgo para la salud del individuo. (Silveira, 2016)

2.1.5. Marco Legal.

En Guatemala, La Constitución de la República, en el artículo 51, establece la protección a los menores y ancianos. El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores de edad y de los ancianos. Les garantizará su derecho a la alimentación, salud, educación y seguridad y previsión social. Norma que ha servido de fundamento para la Ley de protección para las personas de la tercera edad y recientemente para la aprobación de la Ley del programa de aporte económico del adulto mayor. Otra mención, la tenemos en el Artículo 102, relativo al trabajo, donde se estipulan ciertos derechos laborales para la población y el inciso l, dice así: Los trabajadores mayores de sesenta años serán objeto de trato adecuado a su edad. (González, 2007)

La Ley de Protección a las personas de la Tercera Edad decreto 80-96 establece, que se es adulto mayor a partir de los 60 años. Y por último, el decreto 85-2005, establece el aporte económico de Q400 mensuales para adultos en extrema pobreza sin cobertura social. En

esta normativa se indica que se puede optar a ese beneficio a partir de los 65 años de edad. (González A. L., 2014)

2.2. Detección de la depresión en el adulto mayor

La depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente, siendo una de las principales causas de discapacidad. En 1990 se ubicó como la 4ª causa de discapacidad en el mundo, proyecciones al 2020 la ubican como la 2ª causa solo detrás de las enfermedades isquémicas. (CENETEC, 2011)

La depresión contribuye a elevar la morbi-mortalidad, disminuyendo la calidad de vida e incrementando los costos en el cuidado de la salud. La depresión se coloca a la par de las enfermedades crónico-degenerativas incapacitantes debido al impacto sobre el funcionamiento social y ocupacional. La depresión en los adultos mayores sigue siendo poco reconocida y mucho menos tratada, a pesar de ser considerada una de las causas prevenibles y tratables del envejecimiento patológico.

El médico de primer nivel de atención debe estar en capacidad de identificar de manera temprana este trastorno para poder dar un tratamiento oportuno, evitando la discapacidad y complicaciones asociados a esta enfermedad. (CENETEC, 2011)

2.3. Depresión en personas mayores.

2.3.1. Definición.

La depresión es uno de los trastornos del estado de ánimo más prevalentes en la actualidad. Éste se caracteriza principalmente por la presencia de tristeza y estado de ánimo bajo, disminución de la autoestima, pérdida de placer por aquello que anteriormente provocaba satisfacción, trastornos del apetito y/o del sueño y sensación de fatiga habitual. Además de estos síntomas, la depresión genera habitualmente apatía y dificultad para tomar decisiones. (Departamento de Salud y Servicios Humanos de Los Estados Unidos, 2017)

Esta sintomatología se mantiene, por lo menos, durante dos meses y produce un malestar significativo que altera el nivel de funcionalidad. La depresión es una enfermedad que está relacionada con una disminución en la serotonina, que es un neurotransmisor que regula las emociones de bienestar y el sueño; provocan un cambio en su energía, y se ve reflejado en

una serie de alteraciones en las que dominan los sentimientos de tristeza y baja voluntad. La depresión en los adultos mayores es un problema generalizado, pero no es una parte normal del envejecimiento. (Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, 2019).

2.3.2. Epidemiología.

La depresión es una enfermedad mental que afecta a más de 350 millones de personas en todo el mundo, Las tasas de prevalencia varían según la edad, alcanzando su punto máximo en la edad más adulta, por encima de 7,5% en mujeres de edades comprendidas entre los 55 y 74 años, y por encima de 5,5% en hombres. (Oficina Regional para las Américas OMS, 2017)

Se estima que la incidencia de casos nuevos por año es de aproximadamente 15%. La prevalencia de depresión en el adulto mayor varía según la población y el desarrollo económico de los países.

En Latinoamérica los datos de prevalencia en el adulto mayor son variados. En México, varía entre 26% y 66%; y en población marginal la depresión es de 60%. En Perú, se reporta 15,97% de depresión en pacientes hospitalizados y 9,8% en la comunidad. En Colombia, un estudio de la Organización Mundial de la Salud, en pacientes ambulatorios encontró depresión en 11,5% de mujeres y 4% de hombres; otro estudio multicéntrico que desarrolló la Organización Mundial de la Salud encontró 47% de depresión en pacientes hospitalizados y la encuesta nacional de salud reportó de 49 a 60% de depresión en Colombia, en adultos mayores. En Chile, la prevalencia de depresión se ha reportado entre 7,6% y 16,3%. (Organización Mundial de la Salud., 2014). No se encuentra información disponible de la prevalencia de depresión del Adulto Mayor en Guatemala.

2.3.3. Tipos.

Existen varios tipos de trastornos depresivos en los que podemos encontrar la siguiente clasificación:

Trastorno depresivo mayor

Llamada también como depresión unipolar o clínica, se da en el paciente que tiene uno o más episodios depresivos. Si el episodio es único, el diagnóstico es trastorno depresivo mayor de episodio único, mientras que si ha habido más de un episodio, se diagnostica trastorno depresivo mayor recurrente.

El término depresión unipolar se opone al de depresión bipolar o trastorno maniaco-depresivo, e indica que el estado de ánimo se mantiene en un solo polo emocional, sin existencia de períodos de manía. Los criterios que establecen tanto el DSM-IV como el CIE-10 para el trastorno depresivo mayor son:

La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas: estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días, anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales, disminución o aumento del peso o del apetito, insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el sueño), enlentecimiento o agitación psicomotriz, pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

Trastorno distímico

Es un estado de ánimo depresivo en el cual la persona se encuentra la mayor parte del día deprimido, existiendo pérdida del apetito o aumento de este, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.

La característica principal del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo.

Esta condición es difícil de diagnosticar porque las personas que lo sufren llegan menos a los servicios clínicos profesionales, el inicio es gradual y sutil y muchas veces el propio paciente y los familiares se adaptan a la condición, atribuyendo al carácter o a la personalidad la negatividad, el pesimismo y la abulia que acompañan a esta afección.

Trastorno de depresión severa

Se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Los episodios depresivos, francamente incapacitantes, pueden ocurrir varias veces en el curso de la vida y ocasionar episodios de psicosis o suicidio si es muy severo.

Trastorno bipolar

Llamado también enfermedad maniaco-depresiva, éste no es tan frecuente como la depresión mayor o la distimia y suelen pasar muchos años antes del diagnóstico; ya que ningún paciente acude a ningún consultor psicológico por sentir euforia, energía, bienestar, excitación generalizada. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios clínicos en el estado de ánimo, los cambios en el estado pueden ser dramáticos y rápidos. Cuando está en la fase maníaca la persona puede estar hiperactiva, la manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la forma de comportarse.

La manía es la donación clínica de más fácil diagnóstico, la hipomanía es equivalente de la distimia pero siempre pasa desapercibida. Todas las personas quienes tienen estas fases depresivas o maníacas padecen de todos los síntomas y otras tienen muchas más. (Lima, 2012), (Center, enero del 2017).

2.3.4. Factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor.

Existen ciertas circunstancias, de carácter biológico, psicológico y social, que pueden facilitar la aparición de un trastorno depresivo en el adulto mayor, así como contribuir a su diagnóstico: el género: uno de los factores de riesgo relacionados con la depresión durante la vejez es ser mujer (las mujeres padecen depresión con más probabilidad que los hombres). Haber sufrido un accidente cerebrovascular (depresión post-ictus), enfermedades neurodegenerativas Parkinson o Alzheimer, consumir medicamentos a diario, poseer un tipo de personalidad insegura con escasos recursos de afrontamiento y/o autoestima baja, enfermedades médicas dolorosas, institucionalización, trastornos del sueño, poco o nulo apoyo social, vivir sólo, consumo de alcohol, bajos recursos económicos, duelos. (CENETEC, 2011).

2.3.5. Causas.

En los adultos mayores, los cambios en la vida pueden incrementar el riesgo de depresión o llevar a que la depresión existente empeore. Algunos de estos cambios son:

- Mudanza del hogar, como por ejemplo a un centro de la tercera edad
- Dolor o padecimiento crónico
- Hijos que dejan el hogar
- Cónyuge y amigos cercanos que mueren
- Pérdida de la independencia (por ejemplo, problemas para cuidarse sin ayuda o moverse, o pérdida de los privilegios para conducir)
- El consumo excesivo de alcohol o de determinados medicamentos (como los somníferos) puede empeorar la depresión.

2.3.5.1. Psicobiológicas.

Los síntomas que forman parte de la depresión pueden deberse a una serie de afectaciones de índole orgánica, como:

- Alteraciones bioquímicas a nivel cerebral, las cuales van a influir en la regulación de ciertos neurotransmisores (noradrenalina, dopamina y serotonina)
- Déficit vitamínico y de minerales asociado a la dieta
- Enfermedades crónicas: de condición metabólica (déficit de vitamina B12), de tipo autoinmune (lupus), provocadas por infección viral (hepatitis), cáncer
- Enfermedad de las glándulas tiroides y paratiroides.

Durante el envejecimiento pueden surgir en el adulto mayor una serie de pensamientos y emociones de carácter negativo: como disminución de la autoestima, aumento de inseguridad, sensación de impotencia, pérdida de control sobre su entorno, ausencia o escasez de motivación, aparición de enfermedad, Sensación de inutilidad. (Campagne, 2010)

2.3.5.2. Socioeconómicas.

Es común que, durante este período vital, el adulto mayor experimente algunas circunstancias conocidas como acontecimientos vitales estresantes. Éstos hacen referencia a aquellos sucesos relevantes en la vida de una persona, los cuales producen estrés y, en la

mayoría de las ocasiones, necesidad de readaptación: pérdida de seres queridos (cónyuge, familiares o amigos), falta de apoyo social, lesión o enfermedad personal, jubilación, etc.

Los acontecimientos vitales estresantes que más frecuentemente provocan depresión en el adulto mayor son aquellos que suceden de manera brusca, los que no son controlables, aquellos que resultan amenazantes, los acontecimientos que transcurren de manera repetida y los que aparecen de manera conjunta o “en racimo”.

En definitiva, la etapa del envejecimiento se ve influida irremediablemente por la sucesión de pérdidas y sus consecuentes duelos. No se trata únicamente de la pérdida de personas, sino también de la pérdida de capacidades, de ocupación e incluso, la pérdida de uno mismo a la hora de afrontar la propia muerte.

Es importante destacar que envejecimiento no es sinónimo de depresión, la personalidad del adulto mayor se va a ver determinada por los rasgos previos. Éstos pueden acentuarse debido a diversas circunstancias ocurridas en esta etapa, dependiendo siempre de la capacidad de afrontamiento de cada persona. (Álvaro Estramiana, 2010)

2.3.5.3. Por efecto de las enfermedades degenerativas.

Existen factores de riesgo para desarrollar depresión tanto en una persona por lo demás sana, como en alguien con alguna patología, éstos incluyen antecedentes personales o familiares o pérdida de algún familiar por suicidio, sin embargo existen factores de riesgo directamente relacionados con otras enfermedades, como el mal de Parkinson e ictus, debido a que causan cambios a nivel cerebral. La depresión es frecuente en personas con cáncer, enfermedades cardíacas, diabetes, artritis reumatoidea, algunas veces los síntomas pueden presentarse después del diagnóstico, pudiendo desaparecer en la medida en que la persona se adapta o trata su enfermedad. Las personas con depresión y enfermedades crónicas tienden a tener síntomas más graves de ambas enfermedades. (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2015).

2.4. Diagnóstico de la depresión:

Es importante el diagnóstico temprano del Síndrome Depresivo, ya que es una enfermedad potencialmente reversible, aunque en algunas ocasiones es difícil poder identificarlo. Con el

paso de la edad tiende a convertirse en depresión refractaria o con síntomas psicóticos y con efectos negativos en la cognición.

El diagnóstico de la depresión en el adulto mayor es completamente clínico, ya que no existe algún marcador biológico o prueba específica. Se debe realizar una historia clínica completa y el examen físico exhaustivo, incluyendo la evaluación por medio de escalas para determinar si existe depresión. La depresión puede manifestarse como pérdida del interés en las actividades cotidianas, la disminución de la espontaneidad, apatía, irritabilidad o un estado de confusión. Además, se debe de tomar en cuenta la comorbilidad asociada ya que crea una interacción compleja entre la patología ya existente y las complicaciones derivadas del trastorno depresivo, también el uso de medicamentos ya sean prescritos o no, ya que algunos pueden causar alteraciones en su estado de ánimo. El adulto mayor tiene con mayor frecuencia síntomas somáticos, debido a que muchos de los síntomas en el adulto son inespecíficos, menos del 10% son diagnosticados como deprimidos en una revisión médica inicial. (Paula Andrea Ortiz Salazar, 2015)

2.4.1. Síntomas.

La depresión es considerada uno de los trastornos de mayor complejidad en la población gerontológica, ya que puede tener efectos potencialmente nocivos en la salud de una persona mayor. (Orosco, enero-diciembre de 2015)

La depresión no es una parte normal del envejecimiento, y nunca debe tomarse a la ligera. Lamentablemente, la depresión a menudo no se diagnostica ni se trata en adultos mayores, quienes pueden sentir reticencia a buscar ayuda.

Los síntomas de la depresión pueden ser diferentes o menos evidentes en los adultos mayores, entre ellos: Problemas de memoria o cambios en la personalidad, dolores físicos, fatiga, pérdida del apetito, problemas del sueño o pérdida del interés en el sexo, que no son resultado de una enfermedad ni de un medicamento, querer quedarse en casa con frecuencia, en lugar de salir a socializar o hacer cosas nuevas, pensamientos o sentimientos suicidas, en especial en los hombres mayores. (Clinic, July 12, 2019)

2.4.1.1. *Estados del Ánimo.*

Síntomas anímicos:

- Tristeza. Estado de ánimo bajo la mayor parte del día, sintiéndose vacío, desanimado, desesperanzado o bien con signos objetivos de tristeza, como llanto frecuente e inmotivado. En episodios graves, la tristeza puede dar paso a una "anestesia afectiva" con indiferencia hacia el entorno e incapacidad para implicarse emocionalmente en nada.
- Irritabilidad. Más frecuente en niños o adolescentes.
- Anhedonia. Incapacidad absoluta para experimentar placer, abandonando toda actividad en este sentido. Casi siempre incluye disminución de la libido y del interés sexual. La anhedonia se considera equivalente al humor depresivo. A estos cuadros clínicos donde la tristeza está aparentemente ausente, y que suelen consistir en sensaciones físicas de malestar (cansancio, apatía, fatiga, pérdida de interés, en ocasiones dolor).

Síntomas somáticos

- Pérdida acusada de peso o apetito.
- Alteración del sueño. Insomnio (lo más frecuente). En las depresiones más graves o melancólicas hay varios signos típicos, como despertar precoz y empeoramiento matutino del estado de ánimo, que mejora hacia la última hora de la tarde, coincidiendo con el ritmo circadiano de cortisol.

La hipersomnia es mucho menos frecuente, formando parte de los síntomas atípicos.

Fatiga o pérdida de energía diaria y persistente.

- Alteraciones sexuales. De forma coherente con los síntomas somáticos, puede haber un aumento de quejas físicas, referidas a molestias, dolores y trastornos vagos e inconcretos:
- Depresión con síntomas atípicos. Se caracteriza por una reactividad del estado de ánimo - es decir, que dentro de la tristeza el sujeto es capaz de alegrarse o entristecerse según los acontecimientos de su entorno.

Aparecen dentro de depresiones de baja intensidad en personas con rasgos previos de personalidad anómalos (dependiente, histriónico).

Otros síntomas atípicos son: Aumento de peso y apetito, hipersomnias, sensación de pesadez corporal y sensibilidad al rechazo social. (FRANCO DÍEZ)

2.4.1.2. Signos.

Se deben de considerar varios aspectos en lo referente a los signos que se presentan en la depresión de las personas adultas mayores, los cuales estarán conformados según el aspecto con el aparato psicomotor.

En cuanto al aspecto, debemos tener presente una postura inmóvil, expresión triste, falta de cooperación, retraimiento social, hostilidad, suspicacia, confusión y obnubilación de conciencia, variaciones diurnas del humor, aspecto desaliñado, crisis de llanto o gemidos, ulceraciones ocasionales en córnea secundarias a disminución de parpadeo, pérdida de peso e impactación fecal.

Desde el punto de vista psicomotor, debemos considerar la bradilalia, movimientos lentos, gesticulación minimizada, marcha lenta y torpe, mutismo, estupor o semicomato, cesación de la masticación o deglución, disminución o inhibición del parpadeo, actividad motora continuada, retorcimiento de manos, autolesiones cutáneas, marcha incesante, sueño inquieto, comportamiento anormal o inapropiado, amagos o intentos suicidas, negativismo (negarse a comer o beber) y brotes de agresividad. (Ugalde, Guías Clínicas para el Tratamiento de los Trastornos Psicogerítricos, Edición 2010)

2.4.1.3. Escala de Hamilton.

La depresión es una de las enfermedades más frecuentes de la población general y su presentación es cada vez mayor entre los pacientes crónicos atendidos en las consultas de Medicina Interna, habitualmente "disfrazada" como otra patología. De la misma forma que su diagnóstico no siempre es fácil, establecer si un paciente ha mejorado y cuánto, puede ser muy complicado. Las escalas de valoración permiten evaluar ambos hechos.

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, hetero aplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva.

Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios.

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52.

Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte: No deprimido: 0-7, Depresión ligera/menor: 8-13, Depresión moderada: 14-18, Depresión severa: 19-22, Depresión muy severa: >23. (Purriños)

2.4.1.5. Escala de Yesavage.

Se trata de un cuestionario hetero administrado utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores.

Se utilizará una versión:

- Versión de 5 ítems: Los ítems incluidos en esta versión son el 3, 4, 5, 8 y 13. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 3, 4 y 8, y la negativa en el ítem 5 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1.

Un número de respuestas erróneas superior o igual a 2 se considera depresión. (Servicio Andaluz de Salud)

Las guías de la academia americana de médicos familiares recomiendan para el tamizaje de la depresión que se hagan siempre estas dos preguntas, las cuales tienen una sensibilidad del 96%: Durante las últimas dos semanas se ha sentido triste, depresivo o sin esperanzas y durante las últimas 2 semanas ha sentido menor interés o placer al hacer las cosas (Servicio Andaluz de Salud) año 2002

La respuesta positiva puede ser seguida de una entrevista más completa utilizando escalas como la escala de depresión de Yesavage.

La escala de depresión geriátrica de Yesavage abreviada es una de las escalas más utilizadas para el diagnóstico de depresión en el adulto mayor, ella consta de 15 preguntas, 10 preguntas negativas y 5 positivas cada una da un punto para depresión.

Se realiza en un tiempo de 7 minutos, con un resultado de 0 a 5 puntos se puede decir que el encuestado no sufre de depresión, un resultado de 6 a 9 se trata de una depresión leve y un resultado mayor a 10 se trata de una depresión establecida, teniendo una sensibilidad del 84% y especificidad del 95%. (Servicio Andaluz de Salud) año 2002

2.5. Implicaciones.

La depresión, en todas las edades, es un problema de salud pública de primera magnitud; sin embargo, la depresión en la vejez supone una preocupación aún mayor a causa de sus implicaciones en la familia, en la sociedad y en los servicios públicos de salud.

Hay que tener en cuenta que la mayoría de los ancianos con depresión no son diagnosticados y no reciben un tratamiento adecuado, con lo que es probable que se incremente el uso de servicios de salud y los costes asociados que conlleva. (Jesús RIVERA NAVARRO, 2015)

2.6. Prevención.

No existe una manera segura para evitar la depresión. Sin embargo, las siguientes estrategias pueden ser útiles, tales como: Toma de medidas para controlar el estrés, mejorar la resiliencia y levantar el autoestima, acercarse a la familia y a los amigos, especialmente en momentos de crisis, para que ayuden a superar los malos tiempos, conseguir tratamiento ante el primer signo de un problema y ayude a impedir que la depresión empeore y

considerar tener tratamiento de apoyo de larga duración para que ayude a prevenir la reaparición de los síntomas. (Clinic, July 12, 2019)

2.7. Consecuencias de la Depresión.

La Depresión se considera un trastorno que puede producir diferentes efectos los cuales pueden resultar devastadores. Suele empeorar si no se trata y a su vez puede desencadenar problemas emocionales, de conducta y de salud, produciendo afectación en casi todos los aspectos de la vida.

Algunas consecuencias y/o complicaciones que se relacionan con la depresión, podrían considerarse a: Sobrepeso u obesidad, que pueden derivar en enfermedades cardíacas o diabetes, dolor o enfermedad física, consumo inapropiado de alcohol o de drogas, ansiedad, trastorno de pánico y fobias sociales, conflictos familiares, dificultades en las relaciones y problemas en el trabajo, aislamiento social, sentimientos suicidas, intentos de suicidio o suicidio, automutilación, como cortes y muerte prematura a raíz de enfermedades. (Clinic, July 12, 2019)

Existen consecuencias negativas de la depresión, según plantea Laura Sánchez, en su artículo Consecuencias de la depresión: evita los riesgos y aprende de ello, donde refiere que la depresión se caracteriza por dejarnos sin ganas, sin ilusión, sin fuerzas y sin esperanza, por lo que es fácil adivinar las consecuencias de atravesar un estado depresivo por un tiempo prolongado. En los casos más graves, una persona con depresión puede llegar hasta el intento de suicidio, por lo que no estamos hablando de un simple período de tristeza.

También, la depresión debilita nuestro sistema inmunitario, por lo que también está asociada a numerosas enfermedades, infecciones y hasta problemas cardiovasculares. . (Sánchez, 27 de julio de 2018)

Podemos encontrar consecuencias positivas de la depresión al subir los niveles de autoestima y ser más conscientes de las cosas buenas que nos ofrece la vida.

En definitiva, tras superar una depresión aprendemos a disfrutar más de la vida y a ser más felices. Y tampoco podemos olvidarnos de la oportunidad que supone caer hasta el fondo a causa de una depresión, para resurgir con más fuerza y empezar una nueva vida. Una vida mejor. (Sánchez, 27 de julio de 2018)

2.7.1. Inmunosupresión.

Médicamente se ha comprobado que “la depresión y el estrés provocan alteraciones en el sistema inmunológico y llegan a favorecer la presencia de enfermedades, alteraciones tan severas que pueden desencadenar en cáncer”, aseguró Hugo Arturo Galindo Campos, Alergólogo e Inmunólogo del Hospital Universitario de Puebla. (Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 02 de octubre de 2007)

Se bajan las defensas del individuo y puede llegar a favorecer la presencia de enfermedades, una persona con actividad mental y física continua tiene un sistema inmune mucho más fuerte, por ello cuando se jubila un individuo y se deprime comienza muchas veces con enfermedades. (Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 02 de octubre de 2007)

2.7.2. Aislamiento.

El aislamiento es un factor importante asociado con la depresión en el adulto mayor ya que puede por sí mismo provocar depresión o agravarla. Puede además influir de manera negativa en el estado de salud y la calidad de vida. (M, 2018)

2.7.3. Pérdida de la Autonomía.

La dependencia se identifica en relación a la autonomía que presenta la persona para atender sus necesidades cotidianas (asearse, comer, utilizar el teléfono). Lo que se denomina autonomía para responder a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Tener un buen nivel de salud significa para ellos capacidad para llevar con normalidad la vida cotidiana. Éste es elemento decisivo para sentirse bien, un recurso que les permite acceder a otros recursos.

Por el contrario, la mala salud se relaciona con pérdidas de energías, limitación para mantener la independencia respecto a otros. (Ocaña, Gómez, Ponce, & Rodríguez, Barcelona mar. 2006)

2.7.4. Dependencia.

Se observa que indicadores como edad avanzada, vivir solo/a y la presencia de patologías como la Depresión u otras degenerativas con carácter invalidante, son predictores de la dependencia que presentarán esos grupos y que la dependencia es un problema que demanda recursos en todos los espacios -institución pública, familia...- además del desgaste de recursos humanos que provoca. (Ocaña, Gómez, Ponce, & Rodríguez, Barcelona mar. 2006)

2.7.5. Tendencia suicida.

La complicación más preocupante de la depresión es el suicidio, aunque también se debe considerar que la depresión va a complicar la evolución de diferentes enfermedades en el anciano, interfiriendo en el proceso de rehabilitación de aquellas enfermedades como el ictus que se consideran incapacitantes.

Se han analizado diversos aspectos como un menor soporte social del anciano cuando está deprimido, así como al tener mal estado nutricional por pérdida del apetito, posibles efectos de la depresión sobre el sistema inmunológico y pérdida de motivación para el cuidado personal.

El suicidio ocurre con el doble de frecuencia en los ancianos que en la población general y el 80% de los ancianos mayores de 74 años que se suicidan sufren de un síndrome depresivo. (MAFRE, s.f.)

La depresión mayor y el abuso de sustancias ocupan los primeros lugares de causas de suicidio en esta franja etaria. Aunque la ideación suicida disminuye con la edad, cuando está presente es un factor de riesgo (MAFRE, s.f.)

La epidemiología de la conducta suicida en los ancianos puede describirse bajo los términos de idea suicida, intento de suicidio y suicidio.

Según (MAFRE, s.f.) La prevalencia de desesperanza o de pensamiento suicida en los ancianos varía desde el 0,7% hasta el 17%. Existe una estrecha asociación entre el suicidio y la patología psiquiátrica, particularmente la depresión.

La prevalencia de pensamientos suicidas en los ancianos con enfermedades mentales asciende al 4%. (MAFRE, s.f.)

2.7.6. Alteraciones cognitiva-conductual.

Existe una relación estrecha entre la depresión y la presencia de enfermedades propias de los adultos mayores, en cuanto a los cambios biológico-fisiológicos y cognitivos propios del envejecimiento, por lo que generalmente se afecta la salud psíquica que conlleva al deterioro de estos.

Un número de reacciones emocionales referidas a enfermedades puede contribuir a desencadenar una depresión, además las pérdidas, inclusive aquellas que han sucedido antes del inicio de la enfermedad, pueden tornarse más problemáticas y precipitar una depresión. (Marianne Sims Rodríguez, may.-ago. 2017)

Varios autores consideran que para sentirse feliz y satisfecho, el individuo debe ser activo y considerarse útil; por ello la persona que ha perdido su razón de ser se muestra desgraciada y descontenta. La inactividad y la pérdida de contactos sociales provocan la inadaptación (Marianne Sims Rodríguez, may.-ago. 2017).

Por lo que resulta muy importante tener presente que debemos lograr una intervención psicológica basada en un modelo cognitivo – conductual que logre disminuir los niveles de depresión en los adultos mayores, donde se determinen los sentimientos y conductas para poder trabajar en los niveles cognitivo, afectivo y conductual. (Marianne Sims Rodríguez, may.-ago. 2017)

2.7.7. Comorbilidades.

La depresión del adulto mayor agrava las comorbilidades, aumenta las necesidades de atención de salud incluyendo la atención de hospitalización y emergencia, aumenta la discapacidad, deteriora la calidad de vida, aumenta el consumo de drogas y alcohol. (M., jul. 2018). Además, aumenta el riesgo de muerte especialmente en síndromes depresivos mayores e incluso predispone a los adultos mayores a realizar intentos suicidas o suicidios.

2.7.8. Incremento de la Polifarmacia.

Las personas con depresión en la vejez tienen mayores tasas de enfermedades concomitantes y por lo tanto de empleo de medicamentos, que los no deprimidos. La relación entre depresión y enfermedad coexistente puede ser bidireccional: problemas médicos como el dolor crónico pueden predisponer a la depresión y ésta a su vez se asocia con peor evolución de enfermedades como las cardiopatías. Las enfermedades concomitantes pueden generar polifarmacia, entre otros, los efectos de los psicotrópicos sobre algunas enfermedades y sobre el metabolismo de otros medicamentos. (INTRAMED, 06 OCT 14)

2.8. Sanatorio El Cubano.

Sanatorio El Cubano es una empresa dedicada a brindar servicios de salud, como; atención en consulta externa, hospitalizaciones, cirugías, atención de emergencias, laboratorio clínico, ultrasonidos, farmacia. Se encuentra ubicado en el municipio de Barberena, departamento de Santa Rosa.

Brinda atención a personas de escasos recursos económicos, pacientes asegurados y población en general.

Inició labores como una clínica médica en el año 2009, para posteriormente subir a la categoría de Casa de Salud en 2011 y finalmente llegar a la categoría de Sanatorio en mayo de 2016, logrando así ampliar los servicios ya existentes y mejorando los mismos.

Actualmente, laboran alrededor de 20 colaboradores entre administrativos, médicos y enfermeras auxiliares; adicional a ello se cuenta con el apoyo de varios médicos especialistas que atienden en consulta externa, se han ampliado los servicios con aseguradoras, también se ha coordinado para la incorporación de una clínica dental, laboratorio clínico, ultrasonido

y una óptica dentro de las instalaciones. Cuenta con una farmacia interna para facilitar la adquisición de medicamentos a pacientes y público en general.

En la actualidad, están ampliando la cobertura y expandiendo los servicios ya existentes para crear programas específicos que cubran las necesidades básicas de salud para personas de la tercera edad y para mujeres gestantes, los cuales permitirán un abordaje integral a estos grupos vulnerables en la sociedad.

Estos proyectos e innovaciones se están llevando a cabo con la asesoría del Director Médico y Fundador Dr. Ernesto Mendinueta Figarola, quien ha tenido un profundo deseo por apoyar a la población vulnerable del departamento de Santa Rosa y circunvecinos.

CAPÍTULO III.

MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.1. Métodos de investigación

3.1.1. Tipo de estudio: Este estudio fue transversal, descriptivo y retrospectivo.

- Transversal: Fue una investigación observacional que analizó datos de variable recopilados en un período de tiempo sobre una población muestra.
- Descriptivo: Se aplicó un tipo de metodología para deducir un bien o circunstancia que se presentó; se aplicó describiendo todas sus dimensiones, en este caso se describió el objeto que se estudió.
- Retrospectivo: Fue un estudio en el que se utilizaron datos existentes para comparar dos grupos.
- Cuantitativo: Fue un estudio donde se obtuvieron datos numéricos reflejados en cantidades.

3.2. Técnicas:

1. Para identificar la incidencia de la depresión en el adulto mayor en el sanatorio

Para llevar a cabo la recolección de la información y obtener el tamaño de la población se realizó la recolección de datos, durante un término de seis meses en el sanatorio El Cubano en el municipio de Barberena, departamento de Santa Rosa, por medio de la revisión documental de registros establecidos y dando como resultado un total de adultos mayores comprendidos entre las edades de 60 a 99 años, de los cuales se obtuvo una muestra aleatoria simple, de los residentes y provenientes solo del departamento de Santa Rosa.

2. Para conocer las causas de depresión en el adulto mayor en el sanatorio, se registró la información contenida en las fichas clínicas, donde aparecen los datos generales del paciente, el motivo de consulta, la historia de la enfermedad actual, revisión por sistemas, antecedentes médicos, quirúrgicos, gineco-obstétricos, alérgicos, familiares, tabaquismo, alcohol, examen físico, exámenes de laboratorio, diagnósticos, conducta y reconsultas; de cada paciente adulto mayor, diagnosticado con depresión, donde se analizaron las diferentes causas de la misma.

3. Para detectar la depresión en el adulto mayor, fue a través de las escalas de evaluación geriátrica Hamilton; recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos y validada en su versión castellana en 1986 por Ramos-Brieva; y Yesavage, diseñada y validada por MEDIFAM (Órgano de difusión de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, en el 2002.

3.3. Instrumentos:

Los Instrumentos utilizados para la recopilación de la información fueron:

1. Para identificar la incidencia de la depresión en el adulto mayor en el sanatorio la información se registro en el instrumento diseñado para este fin
2. Para conocer las causas de depresión en el adulto mayor en el sanatorio, se registró la información consignada en las fichas clínicas.
3. Para detectar la depresión en el adulto mayor, fue a través de las escalas de evaluación geriátrica Hamilton; recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos y validada en su versión castellana en 1986 por Ramos-Brieva; y Yesavage, diseñada y validada por MEDIFAM (Órgano de difusión de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, en el 2002.

3.4. Cronograma de actividades

Actividad	Fecha en que se llevará a cabo
Diseño de investigación	Del 21 de septiembre al 5 de octubre de 2019
Revisión bibliográfica	Del 10 de agosto al 12 de octubre de 2019
Diseño de instrumentos	Del 5 al 12 de octubre de 2019
Validación de instrumentos	Del 12 al 19 de octubre de 2019
Levantamiento de información	Del 19 al 26 de octubre de 2019
Ingreso y procesamiento de datos	Del 26 de octubre al 9 de noviembre de 2019
Elaboración de informe final	Del 9 al 23 de noviembre de 2019
Entrega de investigación	14 de diciembre de 2019

3.5. Recursos

3.5.1. Recursos humanos, los cuales estarán representados por los investigadores, la asesora, el total de pacientes adultos mayores que acudirán al sanatorio y el personal de la institución.

3.5.1.1. Investigadores:

Dr. Ernesto Mendinueta Figarola 18001679

Dra. Mayra Judith Elías Osorio de Nájera 14010697

Dra. Silvana López Barrios 18001904

3.5.1.2. Asesora, Licenciada Silvia Ivonne Estrada Zavala.

3.5.1.3. Sujetos de la investigación, pacientes adultos mayores que acudieron al sanatorio.

3.5.1.4. Personal de la institución, constituido por un total de 20 empleados.

3.5.2. Recursos materiales

3.5.2.1. Transporte

3.5.2.2. Equipo de oficina

3.5.2.3. Insumos de oficina

3.5.2.4. Internet

3.5.2.5. Alimentación

3.5.2.6. Combustible

3.5.3. Recursos financieros.

Recurso	Quetzales
Transporte	Q 600.00
Equipo de oficina	Q 550.00
Insumos de oficina	Q 800.00
Internet	Q 300.00
Alimentación	Q 500.00
Combustible	Q 500.00
TOTAL	Q 3,250.00

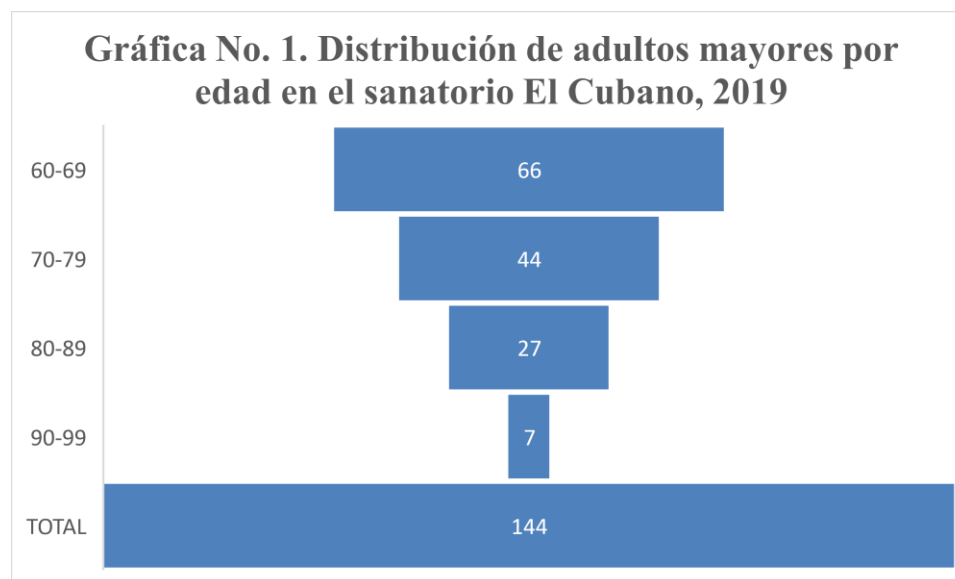
CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados

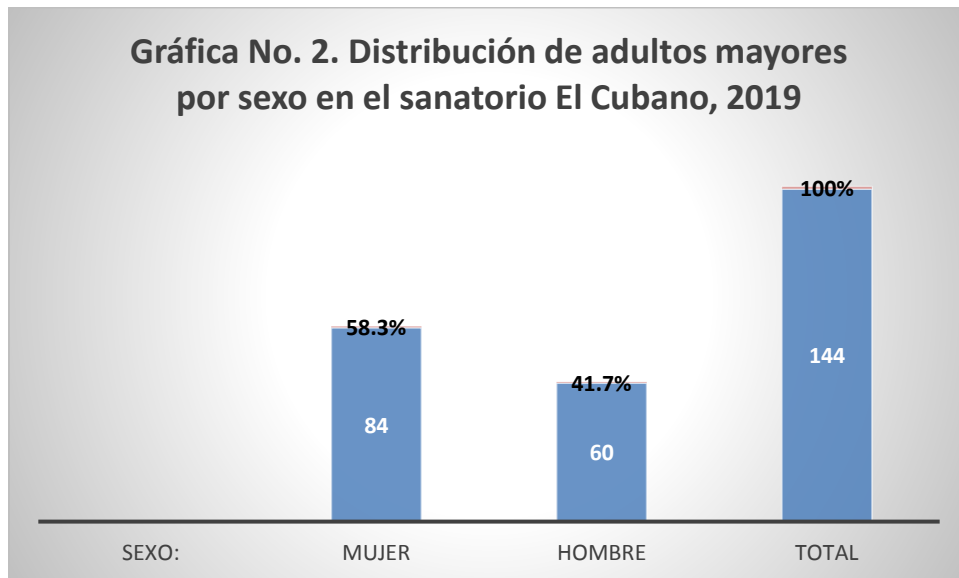
Caracterización de los sujetos de investigación:

De un universo de 171 pacientes que acudieron a consulta médica a Sanatorio El Cubano en el período comprendido de julio a diciembre del año 2018, fueron muestreados un total de 144 pacientes que provenían solo del departamento de Santa Rosa.

Según la edad de los adultos mayores que participaron en la investigación el grupo etario más representado fue el de 60 a 69 años con un 45.8% (n=66), seguido del grupo de 70 a 79 años con 30.5% (n=44).

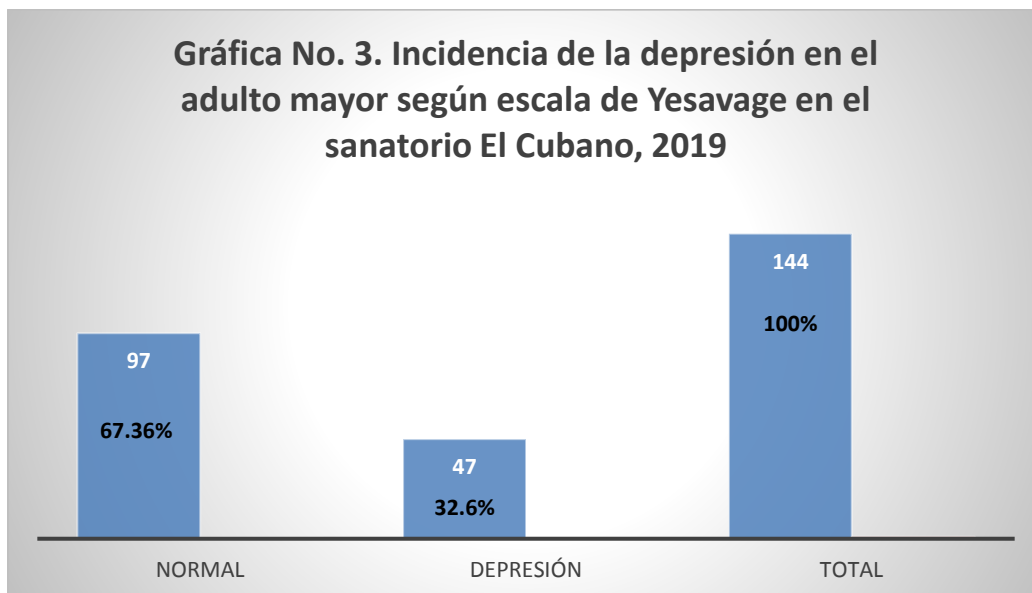


Al analizar el sexo de los adultos mayores(n=144), los que más representatividad tuvieron fueron las mujeres con un 58.33 % (n=84), en relación a los hombres con un 41.7 % (n=60)



Incidencia de la depresión en el adulto mayor

Al determinar la incidencia de la depresión utilizando la escala de Yesavage, los resultados mostraron que el 32.6% (n=47) de los adultos mayores tienen depresión, y que el resto se encuentran sin depresión 67.3% (n= 97).



La depresión en el adulto mayor, a través de las escalas de evaluación geriátrica Hamilton

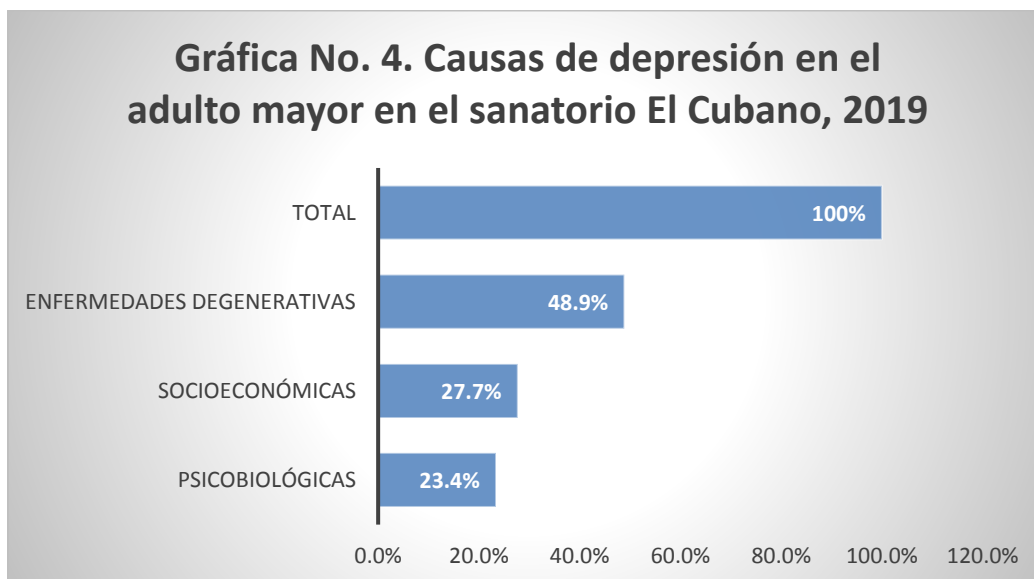
Al evaluar la clasificación del cuadro depresivo según la escala de Hamilton, los resultados mostraron , que el 48.9%(n=23) tenía depresión ligera/menor, seguida de la depresión moderada con 29.8% (n=14) y en menor proporción la depresión muy severa con un 6.4% (n=3)

Tabla 1: Clasificación del cuadro depresivo según escala Hamilton y sexo

CLASIFICACIÓN	TOTAL	PORCENTAJE	HOMBRE	%	MUJER	%
NO DEPRIMIDO	0	0				
DEPRESIÓN LIGERA/MENOR	23	48.9%	7	38.9	16	55.2
DEPRESIÓN MODERADA	14	29.8%	6	33.3	8	27.6
DEPRESIÓN SEVERA	7	14.9%	4	22.2	3	10.3
DEPRESIÓN MUY SEVERA	3	6.4%	1	5.6	2	6.9
	47	100%	18	100	29	100

Causas de depresión en el adulto mayor en el sanatorio:

Al analizar los resultados obtenidos en cuanto a las causas de la depresión en el adulto mayor, se logró identificar que las principales causas fueron las enfermedades degenerativas con un 48.9% (n=23), seguida de los problemas socioeconómicos 27.7% (n=13) y en menor proporción las psicobiológicas en un 23.4% (n= 11)



4.2. Discusión

La depresión sin duda es una enfermedad que afecta el estado emocional del ser humano, siendo el adulto mayor un grupo vulnerable. Los resultados mostraron que el 62% de adultos mayores con depresión fueron mujeres, dato que coincide con la población que más acude a consulta médica en el sanatorio El Cubano, donde a pesar que el hombre tiene mayor libertad e independencia, no acude a consulta para chequearse su salud. Aunque no se encontraron estudios de la prevalencia de la depresión en adultos mayores en Guatemala, los resultados coinciden con las prevalencias encontradas por la OMS de 60% en México, y en contraste son superiores en Perú con 15,97% de depresión en pacientes hospitalizados y 9,8% en la comunidad y en Chile entre 7,6% y 16,3%.

Al comparar por sexo se encontró que la investigación identificó que las mujeres presentan mayores prevalencias de depresión dato que coincide con un estudio de la OMS, 207 donde muestra que las tasas de prevalencia varían según la edad, alcanzando su punto máximo en la edad más adulta, por encima de 7,5% en mujeres y por encima de 5,5% en hombres.

De igual manera observamos que las mujeres por su dependencia económica, pues desarrollaron más depresión, siendo la depresión ligera/menor la más representada en un 55.2% (n=16) aunque no se encontraron estudios de la prevalencia de depresión en adultos mayores en Guatemala.

Existen múltiples causas que conllevan a una depresión en el adulto mayor, en la investigación se englobaron en tres grupos: psicobiológicas, socioeconómicas y por efecto de enfermedades degenerativas; siendo estas últimas las de mayor impacto con un 48.9%(n=23) resultados que coinciden las prevalencias encontradas por la OMS de 60% en México.

Se hace necesario hacer referencia al incremento de las enfermedades degenerativas donde las crónicas son las que prevalecieron en esta investigación.

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

1. Se evidenció que el grupo etáreo de 60 a 69 años fue el que más asistió al sanatorio para consulta médica, donde las mujeres fueron las que tuvieron mayor representatividad.
2. Según la escala de Yesavage, las mujeres fueron las que mayormente tuvieron depresión con un 62%(n=29)
3. El reconocimiento temprano de la depresión permite realizar el tratamiento oportuno y mejorar la calidad de vida, prevenir el sufrimiento que esta enfermedad genera y mantener niveles óptimos de funcionalidad e independencia del adulto mayor.
4. Según la escala de Hamilton, la depresión ligera/menor con 48.9% fue la más detectada en los adultos mayores.
5. Según la escala de Hamilton, el 48.9%(n=23) de los adultos mayores tenían depresión ligera/menor, seguida de la depresión moderada con 29.8% (n=14) y en menor proporción la depresión muy severa con un 6.4% (n=3)
6. Se identificaron las enfermedades degenerativas como las causas de depresión que tuvieron mayor representatividad en los adultos mayores mujeres que acudieron a consulta en el sanatorio El Cubano.

5.2. Recomendaciones

- Sensibilizar al personal de salud, autoridades gubernamentales y no gubernamentales del departamento de Santa Rosa, y la sociedad en general sobre la creación de programas de salud mental que ayude a prevenir la depresión en el adulto mayor.
- Crear y capacitar equipos multidisciplinarios para mejorar la calidad de atención a los adultos mayores con riesgo de depresión.
- Implementar el uso de las Escalas de Yesavage y Hamilton como parte de la evaluación geriátrica integral en el sanatorio El Cubano.
- Elaborar programas de promoción de salud, en el sanatorio El Cubano, dirigidos a adultos mayores de ambos sexos que sean inclusivos para evitar algún tipo de deterioro que conlleve a padecer de depresión.

CAPÍTULO VI.

BIBLIOGRAFÍA

Marietan, D. H. (s.f.). *Sitio del Dr. Hugo Marietan*. Obtenido de Curso sobre Depresión: https://www.marietan.com/material_depresion/34_distimia_ciclotimia.htm

Álvaro Estramiana, G. L. (2010). Causas Sociales de la Depresión. *Revista Internacional de Sociología*.

Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. (2019). Depresión. *Medline Plus*.

Campagne, D. M. (2010). Causas orgánicas y comórbidas de la depresión: el primer paso. *Researchgate*.

CENETEC. (2011). Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención . En *Guía de Práctica Clínica* (pág. 8). México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Center, T. N. (enero del 2017). Las personas mayores y la depresión. *The National Institute of Mental Health*.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Los Estados Unidos. (2017). Las Personas Mayores y la Depresión. *NIH*.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (2015). *National Institute of Mental Health*. Obtenido de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-enfermedades-cronicas-y-la-salud-mental-como-reconocer-y-tratar-la-depresion/index.shtml>

Gobierno de Guatemala. (s.f.). *Sosep*. Obtenido de http://www.sosep.gob.gt/?page_id=735

González, A. F. (Julio de 2007). Falta de Aplicación de la Ley de Protección para las Personas de Tercera Edad. *Tesis*. Guatemala, Guatemala.

González, A. L. (15 de Junio de 2014). Perfil del Adulto Mayor. *Prensa Libre*.

Lima, K. G. (Febrero de 2012). "TIPOS DE DEPRESIÓN EN PERSONAS DE LA TERCERA". *Tesis*. Quetzaltenango, Guatemala.

Oficina Regional para las Américas OMS. (2017). *Depresión y otros Transtornos mentales comunes*. Washington D:C:.

Organización Mundial de la Salud. (5 de Febrero de 2018). *OMS*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Organización Mundial de la Salud. (2014). Estadísticas Mundiales: una mina de información sobre salud pública mundial. *Estadísticas Mundiales*.

Paula Andrea Ortiz Salazar, J. C. (2015). Riesgo de Depresión y Riesgo de Ansiedad en el Adulto Mayor residente en la zona Noroeste del Departamento de Antioquía 2012. *Tesis*. Medellín, Colombia.

Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente de la República. (s.f.). *SOSEP*. Obtenido de http://www.sosep.gob.gt/?page_id=735

Silveira, Y. P. (2016). Evaluación funcional del adulto mayor y el proceso de atención de enfermería. *Revista Información Científica*.

Universidad de Cantabria. (s.f.). Cambios Psicológicos, Sociales y Familiares asociados al Proceso de Envejecimiento. En C. C. Cobo, *Enfermería en el Envejecimiento*.

Universidad de Cauca. (2019). *Unidad de Salud*. . Obtenido de UNISALUD: <http://unisalud.unicauca.edu.co/promocion-y-prevencion/alteraciones-adulto>

Araya, J. C. (2015). DEPRESIÓN: UNA ENFERMEDAD. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXXII*, 427 - 429.

Ayala, A.-E. G. ((Octubre 2007)). La depresión en el anciano. *ELSEVIER*, páginas 80-94.

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. (02 de octubre de 2007). La depresión afecta el Sistema Inmunológico. *Universia*.

Clinic, M. (July 12, 2019). *Síntomas de depresión en adultos mayores*.

FRANCO DÍEZ, E. R. (s.f.). *Manual de Psiquiatría*. 11 Edición.

INTRAMED. (06 OCT 14). Depresión en el anciano. *INTRAMED*.

Irma, S.-A. (2012). La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y. *Archivos en Medicina Familiar*, Vol.14 (1) 5-13.

Jesús RIVERA NAVARRO, J. B.-L. (22 de Septiembre de 2015). *LA DEPRESIÓN EN LA VEJEZ: UN IMPORTANTE*. Obtenido de file:///C:/Users/Usuario/Desktop/11977-48434-2-PB.pdf

M, D. C. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto. *Rev Med Hered*, 29:182-191.

M., D. C. (jul. 2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Med Hered vol.29 no.3*.

MAFRE, C. (s.f.). *Suicidio en el anciano*. Obtenido de <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/neuropsiquiatria-y-geriatria/suicidio-en-el-anciano/>

Marianne Sims Rodríguez, I. D. (may.-ago. 2017). Intervención psicológica en adultos mayores con depresión. *Rev Hum Med*.

Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberna C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el cribado de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación. *Medifam*. 2002; 12: 620-30.

Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberna C, Albert Colomer C, Arias Blanco MC. Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesevage para el cribado de la depresión. *Aten Primaria* 2005; 35 (1): 14-21.

Ocaña, M. J., Gómez, A. T., Ponce, C. R., & Rodríguez, J. R. (Barcelona mar. 2006). Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados. *SciELO, Gerokomos* , vol.17 no.1.

Orosco, C. (enero-diciembre de 2015). La depresión es considerada uno de los. Universidad de Lima, Perú.

Purriños, M. (s.f.). Obtenido de <https://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF>

Salazar, P. A. (AÑO 2012). RIESGO DE DEPRESIÓN Y RIESGO DE ANSIEDAD EN EL ADULTO MAYOR. Antioquia, Facultad de Medicina Medellín, Colombia.

Sánchez, L. (27 de julio de 2018). Consecuencias de la depresión: evita los riesgos y aprende de ello. *Diario Femenino*.

Sara Aguilar-Navarro y José Alberto Ávila-Funes. (2007). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias. *Gac Méd Méx* , Vol. 143 No. 2.

Servicio Andaluz de Salud, C. d. (s.f.). ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE. Andalucía, España.

Ugalde, O. (Edición 2010). *Guía Clínica para el Tratamiento de los Trastornos Psicogerítricos*. México: Patricia Fuentes de Iturbe.

Ugalde, O. (Edición 2010). *Guías Clínicas para el Tratamiento de los Trastornos Psicogerítricos*. En O. Ugalde. México: Patricia Fuentes de Iturbe.

CAPÍTULO VII.

ANEXOS

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

N.º Historia

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE-

Población diana: Población general mayor de 65 años. Se trata de un cuestionario **hetero administrado** utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.

Existen dos versiones:

- **Versión de 15:** Las respuestas correctas son 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. Los puntos de corte son:
 - 0 - 4: Normal
 - 5 o +: Depresión

- **Versión de 5 ítems:** Los ítems incluidos en esta versión son el 3, 4, 5, 8 y 13. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 3, 4 y 8, y la negativa en el ítem 5 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Un número de respuestas erróneas superior o igual a 2 se considera depresión.

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- <i>¿Siente que su vida está vacía?</i>	SÍ	NO
4- <i>¿Se siente con frecuencia aburrido/a?</i>	SÍ	NO
5- <i>¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?</i>	SÍ	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- <i>¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?</i>	SÍ	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO

11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	NO
13- <i>¿Se siente lleno/a de energía?</i>	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO
PUNTUACIÓN TOTAL – V5		
PUNTUACIÓN TOTAL – V15		

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

M.J. Purriños

Servizo de Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servizo Galego de Saúde

- La depresión es una de las enfermedades más frecuentes de la población general y su presentación es cada vez mayor entre los pacientes crónicos atendidos en las consultas de Medicina Interna, habitualmente "disfrazada" como otra patología. De la misma forma que su diagnóstico no siempre es fácil, establecer si un paciente ha mejorado y cuánto, puede ser muy complicado. Las escalas de valoración permiten evaluar ambos hechos.
- La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.
- Si bien su versión original constaba de 21 ítems[1], posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems [2], que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva [3]. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas[3, 4] como ambulatorios[5].
- Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE [6], guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:
 - No deprimido: 0-7
 - Depresión ligera/menor: 8-13
 - Depresión moderada: 14-18
 - Depresión severa: 19-22
 - Depresión muy severa:
>23
- Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25% [7]. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo [8].

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
- Ausente	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	4

Sentimientos de culpa	
- Ausente	0
- Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
Suicidio	
- Ausente	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
Insomnio precoz	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche	2
Insomnio intermedio	
- No hay dificultad	0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
Insomnio tardío	
- No hay dificultad	0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2

Trabajo y actividades	
- No hay dificultad	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
- Palabra y pensamiento normales	0
- Ligero retraso en el habla	1
- Evidente retraso en el habla	2
- Dificultad para expresarse	3
- Incapacidad para expresarse	4
Agitación psicomotora	
- Ninguna	0
- Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4

Thank you for using www.freepdfconvert.com service!