



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage
en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro,
diciembre de 2011

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

Presentada por
GONZÁLES NAVARRO, MARILÚ ESTHER
ROBLES VARGAS, JULIA MARÍA

Asesora
Mg. Rosario Mocarro Aguilar

Lima-Perú

2013

DEDICATORIA

A Dios, por haberme permitido seguir adelante.

A mi madre, por creer en mí y darme un futuro mejor;
porque admiro su fortaleza y por lo que ha hecho de mí.

A mi esposo, por su gran apoyo y motivación.

A mis hijos, que son el motor de mi vida para salir adelante.

Marilú Esther Gonzáles Navarro



A Dios por su bendición y amparo.

A mi hija, por ser mi fuente de fortaleza.

A mi madre por enseñarme que no existe la derrota.

Robles Vargas, Julia María

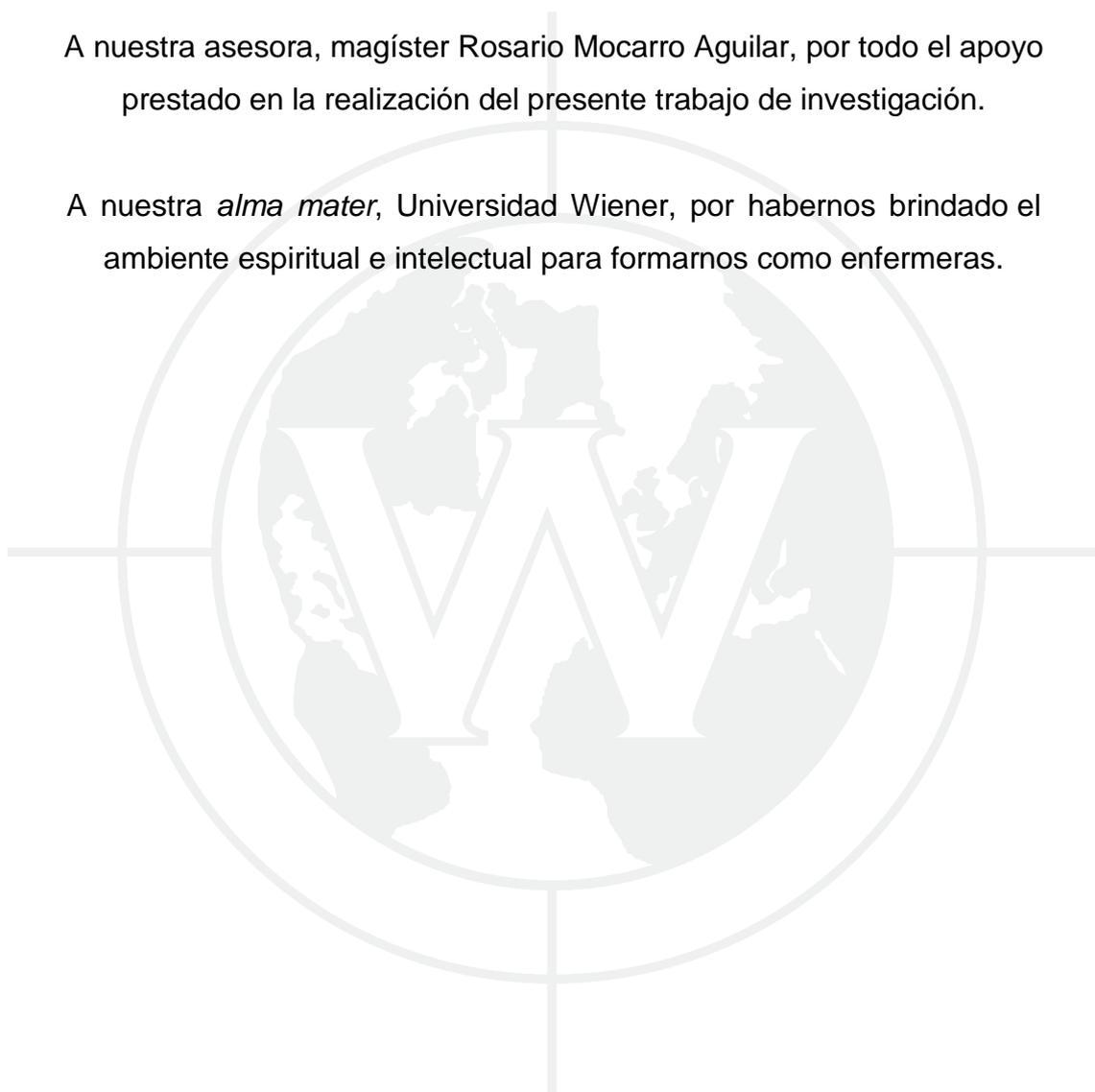
AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios, por ser la luz que nos guía en nuestras vidas.

Al personal de salud del Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro.

A nuestra asesora, magíster Rosario Mocarro Aguilar, por todo el apoyo prestado en la realización del presente trabajo de investigación.

A nuestra *alma mater*, Universidad Wiener, por habernos brindado el ambiente espiritual e intelectual para formarnos como enfermeras.



JURADO

Presidente: Mg Mistral Carhuapoma Acosta

Secretaria: Mg. Graciela Guevara Morote

Vocal: Mg. Erik Chávez Flores



ÍNDICE

	Pág.
I. EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema.	11
1.2. Formulación del problema.....	14
1.3. Justificación.	14
1.4. Objetivos.....	15
1.4.1. Objetivos generales.....	15
1.4.2. Objetivos específicos.....	15
II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes.....	16
2.2. Base teórica.....	19
2.3. Hipótesis.....	37
2.4. Variables.....	37
2.5. Definición de términos.....	40
III. DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1. Tipo y nivel de investigación.	41
3.2. Ámbito de investigación.	41
3.3. Población y muestra.	41
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	42
3.5. Procesamiento de datos y análisis estadístico.	43
3.6. Aspectos éticos.	43

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

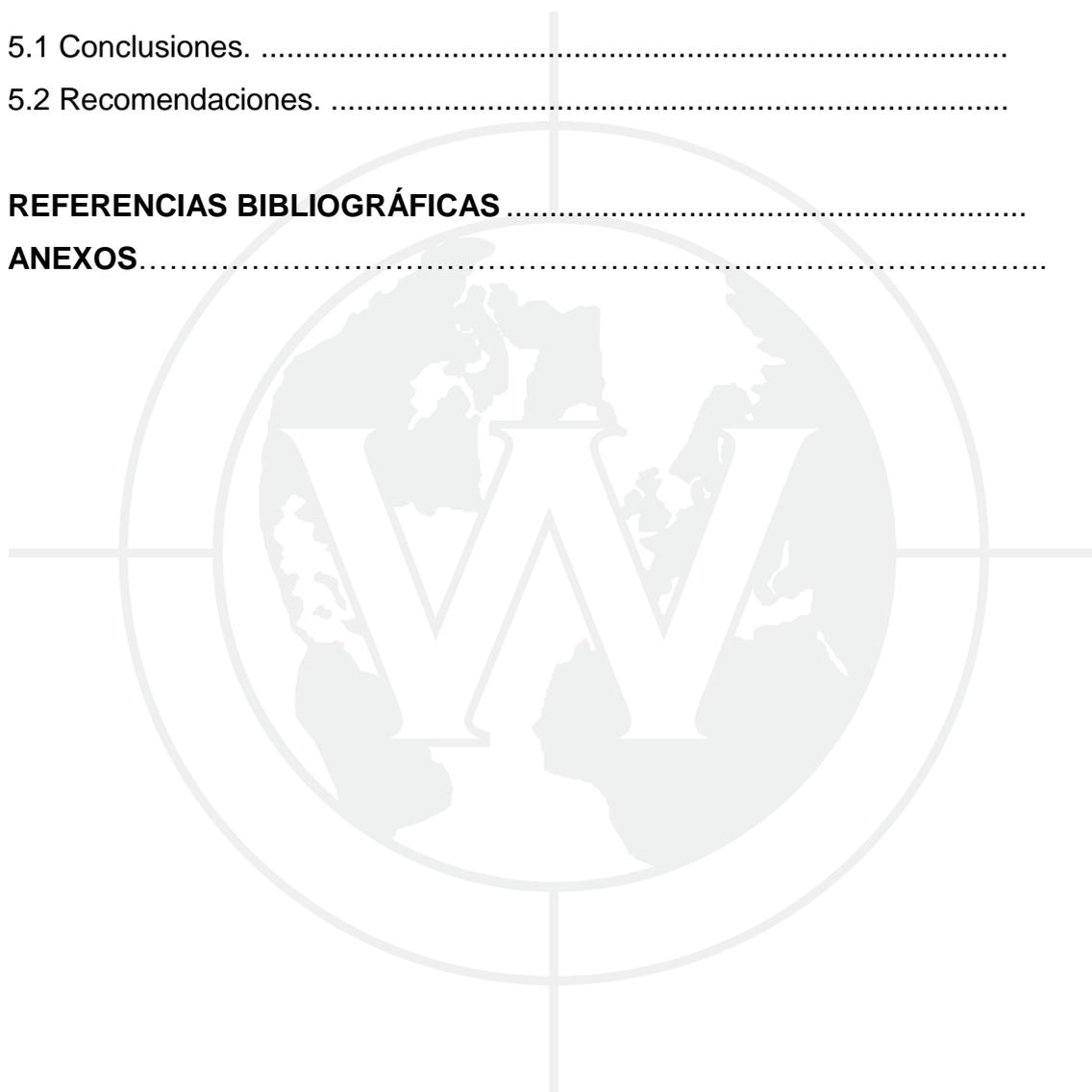
4.1. Resultados.	44
4.2. Discusión.	47

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones.	49
5.2 Recomendaciones.	50

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
-----------------------------------------	----

ANEXOS	56
---------------------	----



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1	44
Tabla 2	45
Tabla 3	46



ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1	63
Gráfico 2	64
Gráfico 3	65



RESUMEN

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Su objetivo fue determinar el riesgo de depresión del adulto mayor según el test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro en diciembre de 2011. La población estaba conformada por 353 adultos mayores de 60 años. Según la ecuación de Cochran, se calculó una muestra de 153 adultos mayores. La técnica aplicada fue la entrevista, con el instrumento test de Yesavage. Según los resultados, el 50,3 % (77) presentan un riesgo de depresión moderada, y el 28,1 % (43) presentan un riesgo de depresión severa. Con respecto a la edad, se evidencia que el 19,6 % comprenden los grupos etarios entre 60 y 70 y entre 71 y 80 años, los cuales presentan un riesgo de depresión moderada. Asimismo, con relación al sexo, el estudio evidencia que el sexo femenino, en 28 % (43), y el masculino, en 22,2 % (34), presentan un riesgo de depresión moderada. Se concluyó que, según el test de Yesavage, más del 50 % de los encuestados presentan un riesgo de depresión moderada. No existe diferencia significativa en la relación de depresión con la edad y el sexo.

Palabras claves: riesgo de depresión, adulto mayor, test de Yesavage.

SUMMARY

This research study is a quantitative, descriptive, retrospective cross-sectional. Whose objective was to determine the risk of depression for older as Yesavage test Rodulfa Residential Center Canevaro widow-December 2011. Our population consisted of 353 adults over 60 years, according to Cochran's equation; we calculated a sample of 153 older adults. The technique used was the interview, with the application of the test instrument Yesavage, according to the results 50.3% (77) are at risk of moderate depression and 28.1% (43) are at risk of severe depression. With respect to age, we found that 19.6% comprise the age group between 60-70 and 71-80 years, which present a risk of moderate depression. Also in relation to sex, our study shows that 28% female (43) male and 22.2% (34) are at risk of moderate depression. It concluded that, under the test Yesavage, over 50% of respondents have a moderate risk of depression. Also no significant difference exists in the relationship of depression with age and sex.

Keywords: risk of depression, greater adult, test yesavage.

I. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Durante los últimos años se ha venido observando una disminución en la natalidad y en la mortalidad a nivel mundial, por lo que el grupo de adultos mayores se ha ido incrementando progresivamente.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2050 la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11 % al 22 %. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo¹.

Se constata un aumento de la población adulta mayor a nivel mundial, sobre todo en Latinoamérica, donde viven actualmente alrededor de 45 millones de personas con 60 años o más. Esta cifra se va a cuadruplicar hasta el año 2050. Actualmente, ya viven más adultos mayores en los países en desarrollo que en los países industrializados².

Esta realidad se evidencia en diferentes países del mundo. Así, se tiene a México: según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI 2000), se estima que en 2020 se vivirá, en promedio, 78 años, y 81 en 2050, “es decir, para entonces más de la cuarta parte de la población en México será vieja”, afirma Rosaura Avalos Pérez, académica de la Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS) de la UNAM. Actualmente, nueve por ciento de la población total de México es adulta mayor (60 años o más); de esta, 9,7 % son hombres y 12,6 %, mujeres.

Por otro lado, en Chile las personas mayores de 60 años alcanzan el 14 % del total de habitantes. Al compararlos con la población más joven, muestra que hay 67 ancianos por cada 100 menores de 15 años. “Somos el tercer país con más adultos mayores después de Uruguay y Cuba, y eso significa prepararnos para ser quizás el más envejecido de Latinoamérica”, dice la directora del Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama), Rosa Kornfeld. Asimismo, según un informe de la OMS, Chile se ubica a la par de naciones como Canadá y EE. UU., con un promedio de 70 años saludables. Es decir, el país exhibe una brecha de ocho años entre los años de vida de saludable (EVAS) y la esperanza de vida global que, según

el último censo, es de 78,5 años. La lista la lidera Japón, con una expectativa de vida de 83 años, la mayor del mundo³.

En el Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) dio a conocer en 2012 que la población integrada por las personas mayores de 60 y más años de edad ascienden a 2 712 000, y representan el 9,0 % de la población total del país. Se estima que para el año 2021 dicho grupo poblacional será de 3 727 000 y representará el 11,2 %. Cada año los adultos mayores aumentan en 3,3 %; en tanto, la población total se incrementa a un ritmo de 1,1 %. Cabe precisar que los grupos de edad de 80 y más años de edad crecen en 5,0 %, y los de 75 a 79 años, en 3,8 %⁴.

Uno de los cambios relevantes que ha experimentado la población es el incremento de los años que en promedio vive la gente. Así, en el quinquenio 1950-1955 la esperanza de vida la mujer peruana era de 74 años, y del hombre, 73 años de edad. En cambio, en el quinquenio 2010-2015, la esperanza de vida de la mujer aumentaría a 83 años, y la del hombre, a 80 años de edad⁵.

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 social⁶ y falta de políticas de salud. Actualmente, se estima que solo el 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 %⁷.

En esta etapa de la vida confluyen factores biológicos, psíquicos y sociales que determinarán no solo el alargamiento de la vida, sino también la calidad de vida. Es necesario resaltar que en esta edad es frecuente la polipatología y la presencia de enfermedades crónicas degenerativas. Con relación a salud mental, cabe destacar el predominio de alteraciones cognoscitivas, depresión y suicidios exitosos. La OMS estima que en 2020 la depresión será la segunda causa de vida saludable perdida a escala mundial, y la primera en países desarrollados⁸.

La depresión en el adulto mayor es una enfermedad crónica o recurrente que tiene importantes consecuencias negativas, tanto por su elevada prevalencia como por sus efectos dañinos para la salud. Esta enfermedad es probablemente la principal causa de sufrimiento del adulto mayor y de

la considerable disminución de su calidad de vida.

Durante el proceso de envejecimiento se producen cambios sociales cuyas consecuencias influyen negativamente en las condiciones de vida de las personas que envejecen. La presencia de enfermedades crónicas, pérdidas de familiares amigos y seres queridos, en ocasiones acompañadas de reacciones de duelo patológicas, condicionan la presencia de sentimientos de impotencia para satisfacer las necesidades, lo cual provoca frustración, miedo e infelicidad, e incluso, en varios casos, depresión.

El Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental en Lima y Callao arrojó una prevalencia actual de episodio depresivo moderado a severo de 9,8 %, con predominio del sexo femenino y en personas por encima de los 75 años. El Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra 2003 encontró una prevalencia actual del episodio depresivo moderado a severo de 3,9 %. En las ciudades de la Selva fue del 2,4 %, y en las ciudades de frontera, del 6,1 %⁹.

Una de las graves consecuencias de la depresión en los adultos mayores es el suicidio. El adulto mayor se siente tan desesperado, inútil, una carga familiar, se ve perdido, sin razones por las cuales seguir viviendo, por lo que no encuentra otra salida más que la muerte. Al respecto, O'Connell , Chin y Cunningham exponen que los adultos mayores presentan mayor riesgo de cometer suicidio que cualquier otro grupo etario. A pesar de ello, el tema recibe escasa atención, las medidas preventivas, las investigaciones médicas y el interés de los medios de comunicación se orientan hacia grupos más jóvenes. La evidencia indica que entre el 71 % y el 95 % de los ancianos que se suicidan sufren alguna patología psiquiátrica, comúnmente, depresión (83 %) ¹⁰.

El rol de la enfermera en este aspecto es de suma importancia, ya que la adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores: requiere que los profesionales ayuden a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como un proceso natural y adaptativo e interviniendo en maximizar sus fortalezas. Es erróneo creer que es normal que los ancianos se depriman. Por el contrario, la mayoría de las personas de edad se sienten satisfechas con sus vidas. La detección a tiempo de esta patología evitará un sufrimiento innecesario para el adulto mayor y su

familia. Asimismo, se disminuirá la mortalidad por comorbilidad con otras condiciones médicas y utilización de servicios médicos.

En la práctica clínica se pudo observar que algunos adultos mayores del Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro presentan riesgo de depresión, manifestado por tristeza, pérdida del interés, pérdida de estimación a sí mismo y dificultades para desarrollar actividades sociales. Esta situación descrita motivó el interés de desarrollar la presente investigación, formulando el problema que se describe a continuación.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda De Canevaro en diciembre de 2011?

1.3. Justificación

La alta prevalencia de enfermedades psiquiátricas en los ancianos supone un importante problema de salud comunitario¹¹. Los estudios demográficos señalan un progresivo envejecimiento de la población a nivel mundial. Las causas de esta situación se deben buscar, por una parte, como el propio deterioro o sufrimiento orgánico del cerebro, pero en muchas ocasiones, las alteraciones psiquiátricas y, más concretamente, las depresiones, se asocian al estrés que experimenta este grupo de población a nivel económico, social y psicológico¹². De todos los trastornos psiquiátricos del anciano, el más frecuente es la depresión, que muestra en muchos casos características especiales, por lo que en ocasiones resulta difícil establecer el tipo de depresión que presentan. Es habitual que estén más interesados por la evolución de los síntomas físicos que por su tristeza y melancolía. Es importante recordar que las depresiones del anciano correctamente tratadas evolucionan favorablemente, especialmente en sus formas más simples; por el contrario, en ausencia de un adecuado diagnóstico y tratamiento, puede complicarse con el consiguiente riesgo vital para el adulto mayor. El desarrollo de depresión mayor o severa en el adulto mayor está

fuertemente asociado a muerte por suicidio, a diferencia de otros grupos de edades. Por lo tanto, es necesario conocer la prevalencia de depresión en los adultos mayores, para realizar un plan de intervención de cuidados enfermeros dirigidos a las personas mayores con depresión que se encuentran institucionalizados en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro. Cabe destacar que el rol de la enfermera en este aspecto es de suma importancia, ya que la adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores: requiere que los profesionales ayuden a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como un proceso natural y adaptativo, e interviniendo en maximizar sus fortalezas.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar el riesgo de depresión del adulto mayor en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro en diciembre de 2011.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar el riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro en diciembre de 2011, según edad.
- Identificar el riesgo de depresión del adulto mayor según test de Yesavage en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro en diciembre de 2011, según sexo.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Antecedentes internacionales

Sarró Maluquer (España 2012) realizó un trabajo de investigación cuyo objetivo fue describir la prevalencia de depresión y los factores asociados en octogenarios de la comunidad. Estudio transversal, realizado en el marco de un ensayo clínico aleatorizado, en personas no institucionalizadas nacidas en el año 1924, realizado en siete centros de atención primaria, tanto urbanos como rurales. Dentro de los instrumentos empleados con respecto a la depresión, se ha medido según la escala de depresión geriátrica (GDS) de Yesavage de cinco ítems (depresión ≥ 2). Resultados: se han evaluado 220 personas, 129 (58,6 %) mujeres. El diagnóstico de depresión, según la GDS, es positivo en 76 (34,5 %) pacientes, mientras que en la historia clínica (HC) está presente en 46 (20,9 %). Existe prescripción de fármacos antidepresivos en 60 (35,5 %) pacientes, benzodiacepinas en 66 (36,8 %) y antipsicóticos en 10 (4 %). Concluyen en la existencia de una elevada frecuencia de depresión en mayores de 85 años¹³.

Alonso, Sanso y Rey (Cuba 2012) realizaron el estudio de investigación *Depresión oculta en los adultos mayores de una comunidad urbana*. Es un estudio descriptivo, transversal, del período comprendido entre noviembre de 2010 y noviembre de 2011. Se estimó la prevalencia de depresión oculta, según la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Se estudiaron 541 adultos mayores. La prevalencia de depresión oculta fue de 46,6 %. En el 56,7 % de los casos la depresión fue leve, y en el 43,3 % se consideró depresión establecida. Dichos resultados concluyen que la depresión oculta es un problema de salud relevante en la comunidad de adultos mayores estudiada, principalmente a expensas de la depresión leve. Esta información, en manos de los equipos básicos de salud en el nivel primario de atención médica, resulta de mucha utilidad para el diseño de acciones dirigidas a tratar precoz y adecuadamente este tipo de paciente en la comunidad¹⁴.

Antecedentes nacionales

El estudio de investigación de Juárez, León y Alata (Lima 2010) tuvo como objetivo determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores de 60 años residentes en el asentamiento humano Viña Alta de La Molina durante el mes de junio de 2010. Estudio de corte transversal, descriptivo. 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 % (32) fueron mujeres, y 70 % (42) del total estaban casados. Hubo un 33,3 % (20) de analfabetos. El 51,67 % (31) de los entrevistados presentaron depresión en algún grado (leve, moderada o severa) según la escala de Yesavage; es decir, tuvieron igual o más de 5 en el puntaje establecido por la escala. De la misma forma, el 23,3 % (14) presentó depresión leve; el 23,3 % (14), depresión moderada; y el 5 % (3), depresión severa. El 16,5 % del sexo femenino y el 14,5 % de varones tienen algún grado de depresión. 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. Conclusiones: se identificó una alta prevalencia de depresión (51,67 %), que no estuvo asociada con ninguna de las variables del estudio¹⁵.

Vásquez (Perú 2008) realizó un estudio de investigación titulado *Perfil epidemiológico de los ancianos que acuden a un Hospital de Día de Geriatría*, cuyo objetivo fue determinar el perfil epidemiológico del paciente anciano que acude al Hospital de Día de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. El estudio fue de tipo descriptivo y retrospectivo. La población fueron los pacientes asegurados mayores de 60 años que acudieron al servicio de Geriatría, unida al Hospital de Día del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Essalud desde agosto de 2000 hasta mayo de 2003. Las conclusiones, entre otras, fueron que los síntomas más frecuentes fueron trastornos de la marcha (56,3 %), derivación sensorial auditiva (53,8 %), privación sensorial visual (48,8 %), estreñimiento (42,5 %), deterioro cognitivo (41,3 %), trastorno del sueño (41,2 %) y depresión

(38,8 %). Según la escala de depresión de Yesavage, 90 pacientes no tuvieron depresión al ingreso, 40 pacientes tenían depresión leve moderada y 30 pacientes (18,8 %) tenían depresión severa. Al relacionar dicho grupo etario con los que tenían algún tipo de depresión, según Yesavage, se encontró que el grupo etario de 60 a 70 años (33,33 %) tenían depresión leve moderada, y 20 %, depresión severa; en el grupo de 71 a 80 años, el 24 % tenían depresión leve moderada y el 19 %, depresión severa. En el grupo etario de mayores de 80 años, 22 % tuvieron depresión leve moderada y 17,39 %, depresión severa. Al relacionar género y algún grado de depresión, según Yesavage, se encontró que 45 % de los varones y 55 % de las mujeres tenían depresión leve moderada; y 46 % de los varones y 53 % de las mujeres tenían depresión severa. Conclusiones: la edad promedio fue 76 años, con predominio del sexo masculino y con estado civil predominante de mujeres casadas. Los pacientes estudiados tenían alta prevalencia de depresión y algún grado de deterioro cognitivo¹⁶.

Fressia, Olazo y Zapata (Lima 2005) realizaron un estudio de investigación con el objetivo de determinar el nivel de depresión del adulto mayor según género y apoyo familiar en los adultos mayores del programa de autocuidado de la municipalidad de Jesús María, en una población de 120 adultos mayores. La muestra fue de 30 adultos mayores. La investigación fue descriptiva, prospectiva y transversal. Se utilizó la encuesta a través de un cuestionario, el mismo que contenía dos escalas validadas previamente: la escala de valoración del grado de apoyo familiar y la escala de valoración geriátrica de depresión (Yesavage), en cuyos resultados se encontró que el género femenino presentó 47 % (14) de depresión entre severa y moderada, y el género masculino se ubicó en el 23 % (7) en depresión moderada; el apoyo familiar fue regular en 50 %, con mayor percepción del afecto (43,3 %) y menos en las del apoyo a la estima y el apoyo instrumental. El nivel de depresión fue de rango moderado en 60 % (18), y severo solo en 20 %⁶. Conclusiones: la depresión fue considerada como el desorden funcional más común en diferentes edades, y tiende a aumentar en el adulto mayor de sexo femenino, siendo diversos los factores etiológicos y elementos asociados, como el género y el apoyo

familiar, por lo que se impone el desarrollo de alternativas de intervención en materia de consejería de pareja y familiar que favorezcan un envejecimiento saludable y autónomo con calidad de vida¹⁷.

2.2. Base teórica

Adulto mayor

La ONU denomina a las personas adultas que tienen 60 a más años de edad, “adultos mayores”, de conformidad con la resolución 50/141 aprobada por su Asamblea General, con la finalidad de evitar denominaciones diversas, como anciano, viejo, senecto, geronte, entre otros¹⁸.

Situación actual del adulto mayor

Entre 2000 y 2050, la población mundial mayor de 60 años se triplicará y pasará de 600 millones a 2000 millones. La mayor parte de ese aumento se producirá en los países menos desarrollados¹⁹. En Sudamérica, el 8 % de la población es mayor de 65 años. En Perú, se estima que en el año 2025 las personas adultas mayores llegarían a los 4 429 000; es decir, el 12,4 % de la población total peruana. En nuestro país, según el INEI (2012), la población integrada por las personas mayores de 60 a más años de edad ascienden a 2 712 000, y representan el 9,0 % de la población total del país. Se estima que para el año 2021 dicho grupo poblacional será de 3 727 000, y representará el 11,2 %.

El crecimiento acelerado de la población senescente en América Latina y el Caribe ha presionado la revisión de políticas de servicios para los ancianos, planteándose la necesidad urgente de estructurar áreas específicas que cubran los requerimientos relacionados a salud, nutrición, educación y vida social, entre otros. Por otro lado, siendo el envejecimiento un proceso progresivo, irreversible para todo ser humano, es necesario evaluar al adulto mayor desde una perspectiva integral, ya que en esta etapa de la vida confluyen factores biológicos, psíquicos y sociales que determinarán no solo el alargamiento de la vida, sino también la calidad de vida. Es

necesario resaltar que en esta edad es frecuente la polipatología y la presencia de enfermedades crónicas degenerativas. Con relación a salud mental, cabe destacar el predominio de alteraciones cognoscitivas, depresión y suicidios exitosos²⁰.

La OMS afirma que actualmente cinco de las diez causas más importantes de discapacidad son de origen psiquiátrico, y se piensa que para 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial²¹. En el estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental, realizado en Lima y Callao en 2002 por el Instituto Nacional de Salud Mental Noguchi, la prevalencia de depresión en la población adulta mayor fue de 9,8 %, superior a la población joven (8,6 %) y adulta (6,6 %). Este estudio también encontró que la depresión en mujeres adultas mayores alcanzó 12,3 %, cifra superior a la de los hombres adultos mayores, que registraron 7,0 %. La depresión es alta en adultos mayores de 75 años²².

Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro

El Centro Residencial Ignacia Rodulfa Viuda de Canevaro fue inaugurado el 27 de agosto de 1982, siendo presidente de la república el arquitecto Fernando Belaúnde Terry; ministro de salud, el doctor Juan Franco Ponce; y presidente de la Beneficencia, el doctor Alejandro Souza Castañeda. Se encuentra ubicado en una de las zonas más tradicionales de Lima: el Paseo de Aguas del distrito del Rímac (Jr. Madera 399).

Para su financiamiento, cuenta con los recursos propios de la Sociedad de Beneficencia de Lima Metropolitana. El Albergue Central Ignacia Rodulfa viuda de Canevaro se ha construido sobre terrenos del fundo Mendoza, de la fundación Ignacia Rodulfa viuda de Canevaro, y los adquiridos de la congregación salesiana. Su área es de 13 423 30m². El terreno fue destinado originalmente para la construcción de viviendas en la urbanización Mendoza, a cargo de la Sociedad de la Beneficencia Pública de Lima, haciéndose un reinversión para la construcción del albergue.

Es una dependencia de la Sociedad de Beneficencia de Lima Metropolitana, especializada en la atención integral de adultos mayores en abandono, riesgo social o situación de pobreza. Presta servicios de salud, vivienda, alimentación,

vestido, recreación y otros. Tiene como ente rector al Inabif, e integral al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). Desarrolla programas asistenciales, preventivo-promocionales, así como de desarrollo humano, dando cumplimiento al Plan Nacional para Personas Adultas Mayores 2006-2010.

En la actualidad, brinda atención integral a 353 adultos mayores de 65 años en adelante. Se brindan los servicios de alimentación (desayuno, almuerzo y cena), vivienda, vestido y salud, además de servicios religiosos, sepelio y nicho, de acuerdo a categorías sociales.

Para el logro de sus fines, cuenta con un equipo administrativo y técnico multidisciplinario, con profesionales y técnicos en las áreas de Medicina, Enfermería, Psicología, Trabajo Social, Rehabilitación Física y Terapia Ocupacional, a través de talleres ocupacionales de manualidades, canto, aeróbicos, baile, biohuerto y crianza de conejos.

Las unidades de atención gerontogeriatrica son las siguientes: Unidad de Independientes (pabellones 1, 2, 6, 7) y Unidad de Independientes del Pabellón Central, coordinado por la asistente social; Unidad de Dependientes Parciales (pabellones 3, 4 y 5), coordinada por Fisioterapia; Unidad de Dependientes Totales, coordinada por Enfermería; Unidad de Dependientes Mentales (pabellones 8 y 9), coordinada por Psicología; y Unidad Geriátrica, coordinada por el médico.

Proceso del envejecimiento

El envejecimiento puede definirse como los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo y que conducen a un deterioro funcional y a la muerte²³.

Existen varias teorías que tratan de explicar el proceso del envejecimiento. Sin embargo, ninguna lo explica con total satisfacción. Entre ellas, se tienen las teorías basadas en la evolución, las teorías moleculares, y las teorías celulares y sistémicas. El envejecimiento constituye un proceso en el que participan factores biológicos, psicológicos y sociales. El envejecimiento biológico es tanto de órganos como de funciones que se

producen a diferentes niveles: molecular, tisular y sistémico, siendo a la vez estructural y funcional. El celular se caracteriza por una disminución en diferentes procesos, como capacidad metabólica, descontrol en las funciones, proliferación, replicación y sobrevivencia, fosforilación oxidativa, síntesis de proteínas enzimáticas, estructurales, receptores celulares y factores de transcripción, así como de la capacidad de incorporar nutrientes y reparar el daño del material genético por la senescencia replicativa. Es un proceso continuo, universal, progresivo, irreversible, e incrementa la vulnerabilidad a la mayoría de las enfermedades²⁴.

Según Salgado (2002), en el proceso de envejecimiento se producen cambios fisiológicos tanto en la esfera orgánica como en la mental. Dichos cambios, que son normales, con el paso de los años predisponen a una serie de eventos fisiopatológicos que llevan al adulto mayor a presentar variadas enfermedades²⁵.

Cambios en el envejecimiento

Según Rodríguez (1999), el envejecimiento es un proceso dinámico (sujeto a cambios), progresivo e irreversible, en el que intervienen múltiples factores biológicos psíquicos y sociales. En la actualidad, aún no se tiene respuesta a muchas preguntas sobre cómo se entrelazan o se relacionan los factores biológicos, psicológicos y sociales, y cómo se lleva a cabo el proceso de envejecimiento. Lo cierto es que no existe una causa única que explique por qué se envejece, sino un conjunto de factores interrelacionados²⁶.

Cambios biológicos. Se considerará aquellos cambios que afectarán directamente en la realización de las actividades cotidianas o rutinarias en el adulto mayor, como aquellos cambios que lo van a predisponer a presentar accidentes en diversos ámbitos.

Cambios celulares. Los órganos están formados por una variedad de tejidos, y estos, a su vez, por una variedad de células y elementos extracelulares. Cada uno de estos órganos envejece a su propia velocidad y a cualquier edad. El grado de deterioro varía de acuerdo con el tiempo celular.

También hay un descenso del agua intracelular y existe un aumento del tejido adiposo profundo²⁷.

Cambios funcionales. Los desórdenes del sistema nervioso son los que causan más daños en el adulto mayor y producen cerca de la mitad de las discapacidades en el grupo de personas adultas mayores de 65 años a más, originando más del 90 % de los casos de dependencia total, disminución de la memoria, del intelecto, pérdida de facultades sensoriales, de equilibrio y de coordinación. Es así que aparecen cambios en los órganos sensoriales (los que más permiten un contacto con el mundo que les rodea), una disminución en el número de unidades funcionales del sistema nervioso, así como una disminución en la conducción de impulsos nerviosos, según menciona Anzola (1993)²⁸.

Sistema nervioso. El peso cerebral disminuye con la edad, y el flujo cerebral se reduce en un 20 %, produciendo alteraciones de los procesos de autorregulación de flujo. Existe pérdida de neuronas no generalizada. La mielina disminuye, al igual que la densidad de conexiones dendríticas, ralentizando al sistema. Hay disminución de la síntesis de catecolaminas, VIP y sustancia P. Los receptores de catecolaminas, serotonina y opioides se reducen. Estos cambios en los neurotransmisores y sus receptores no se traducen necesariamente en cambios intelectuales y conductuales, sino que es el conjunto de cambios lo que provoca dichas variaciones. Los reflejos osteotendíneos disminuyen en intensidad de respuesta. El sueño se altera, con lo cual se observa dificultad en la conciliación de este, despertar precoz, reducción del número de horas de sueño y disminución del efecto reparador del mismo²⁹.

Anatomía general. Generalmente a partir de los 40 años la estatura disminuye; esta pérdida es más acentuada en las mujeres, evidenciada por cambios en la postura del cuerpo, disminución de la altura de las vértebras, encorvamiento de la columna, caderas y piernas que se arquean. También el peso disminuye a partir de los 50 años y, en un 20 %, el tejido graso.

Piel, uñas y cabello: la piel se hace más delgada, por la disminución del tejido graso, más seca, más transparente, y se vuelve menos elástica, “arrugada”, y toma un tinte amarillento. Presenta depresiones irregulares, pierde su color normal y existe tendencia a los cambios premalignos. Se produce la pérdida de cabello y la aparición de las canas.

Sistema muscular y esqueleto óseo: entre los 30 y los 80 años se pierde de 30 a 40 % de la masa muscular. Dicha pérdida se acelera con la edad. Disminuye la fuerza muscular y las capacidades de movimiento y respuesta rápida, y las de reparación o cicatrización de músculos, tendones y ligamentos. La capacidad para formar tejido óseo disminuye, reduciéndose el grosor y la masa de los huesos, pues se produce la pérdida de calcio en cadera (osteoporosis), muslo y vértebras.

Sistema nervioso: el peso cerebral disminuye con la edad y el flujo cerebral se reduce en un 20 %, produciéndose alteraciones y disminución de la síntesis de neurotransmisores.

Oído y audición: en el oído externo se produce acumulación del cerumen, que dificulta la audición. Hay adelgazamiento del tímpano y pérdida de su elasticidad, así como disminución de la eficiencia en la conducción de los sonidos.

Ojo y visión: la pupila pierde su tamaño y el iris disminuye su capacidad de acomodación. Frecuentemente, aparecen cataratas. En la retina, se reduce la acumulación de pigmentos, produciéndose pérdida de la agudeza visual con los años.

Sistema hormonal: con respecto a la glucosa y a la insulina, se observa una mayor resistencia de los tejidos periféricos a la acción de la insulina, lo que puede condicionar niveles altos de glucosa en sangre y, por tanto, diabetes. También disminuye la secreción de glucocorticoides, lo que provoca la pérdida de la capacidad para tolerar el estrés.

Sistema inmunológico: las defensas inmunológicas presentan cambios por la reducción de las células encargadas de la defensa y la reducción de la respuesta mediante anticuerpos, con una mayor susceptibilidad a infecciones, enfermedades autoinmunes y neoplásicas.

Sistema cardiovascular: en este sistema es sumamente difícil diferenciar entre los cambios propios de la edad y las alteraciones derivadas de

diversas enfermedades que se manifiestan a través de los años. El músculo cardíaco se llena de grasa, se incrementa el colágeno y, por ende, hay rigidez en las cavidades del corazón, alterando el ritmo cardíaco y disminuyendo su fuerza.

Sistema respiratorio: la concentración de oxígeno en sangre disminuye, debido a que se reduce la capacidad de la caja torácica para expandirse. Aumenta la secreción mucosa de la pared bronquial por la disminución de la capacidad respiratoria hasta un 30 % a los 80 años.

Sistema gastrointestinal: existe disminución del tono del esfínter y musculatura del esófago, por ello existe disminución de la deglución, inadecuada relajación del esófago y la digestión se hace lenta, con menor absorción de sustancias y tendencia al estreñimiento. También se presenta disminución del peristaltismo, flatulencia y dolor abdominal. Se altera la absorción de hierro, calcio, grasa, proteínas, vitamina B12 y ácido fólico.

Sistema genitourinario: disminución de la velocidad de filtración, por lo que se presenta aumento de úrea y creatina en sangre. Por esclerosis de vasos renales, se es más susceptible al deterioro de la función renal y hay reducción de la fuerza de chorro, por lo que ocurre incontinencia urinaria. También presentan retención urinaria, con aumento de la susceptibilidad a infecciones. En la mujer, existe atrofia genital con estenosis de vagina, menos elasticidad y lubricación, produciendo dolor en las relaciones sexuales. También disminuye la acidez de las secreciones vaginales, que propicia las infecciones, y se debilita la musculatura pélvica, produciendo prolapso uterino con incontinencia urinaria. Se atrofia el tejido mamario. En el varón, existe atrofia testicular con esperma menos viable y en menor volumen, demora la erección y la eyaculación, y hay menos sensibilidad peneana³⁰.

En la sociedad contemporánea, junto con el proceso de envejecimiento se producen cambios sociales, cuyas consecuencias influyen negativamente en las condiciones de vida de los que envejecen. Algunos de ellos son los siguientes:

Cambios cognitivos y psicológicos. A medida que una persona ingresa a la etapa adulta mayor, empieza a experimentar ciertos cambios cognitivos.

Aunque resulta importante reconocer que estos no serán homogéneos entre esta población, se ha podido constatar que el deterioro cognitivo suele ser común a la mayor parte de personas. Más allá de la disminución de la memoria, los cambios que tienen el mayor impacto sobre el aspecto cognitivo están relacionados con la ralentización de los procesos de comunicación cerebral. Esto impide procesar la información rápidamente y dificulta el que esta pueda ser asimilada por completo o analizada de manera secuencial³¹. Todo ello da cuenta de la disminución de la rapidez mental del adulto mayor y permite comprender por qué a esta edad el aprendizaje de material nuevo es más lento y dificultoso que en años anteriores³².

Sin embargo, Iacub y Acrich (2007) afirman que el deterioro cognitivo muchas veces queda mal asumido al terreno de las demencias. La preocupación en describir y diferenciar cada una de estas problemáticas reside en el hecho de que un diagnóstico apresurado y mal hecho puede producir un efecto iatrogénico en el paciente. Afortunadamente, se podría considerar que la disminución cognitiva “propia de la vejez” forma parte más bien de un mito que de una realidad, ya que la mayoría de las personas mayores no experimentarían deterioro cognitivo significativo, como tampoco disminución en la capacidad intelectual, sino que, por el contrario, por lo general se mantienen estables cronológica e intelectualmente, e incluso se hace notable que se encuentren más informados que muchos jóvenes³³.

En el adulto mayor, en algunas ocasiones se produce la rigidización de los rasgos de personalidad, conductas de atesoramiento, apagamiento de sus bienes, refugio en el pasado, sentimientos de inseguridad, cambios en las relaciones sociales, reducción de intereses, mayor rigidez para aceptar los cambios tecnológicos y sociales, agresividad, hostilidad, crisis de identidad, incremento de temor a lo desconocido. Tener conciencia de las crecientes pérdidas físicas e intelectuales les produce un gran sentimiento de inseguridad ante la angustia y la frustración provocadas por las pérdidas, apareciendo la depresión y la regresión³⁴.

Cambios sociales. El proceso de envejecimiento trae consigo una serie de cambios, separaciones y pérdidas que reestructuran la vida del adulto

mayor³⁵. Frente a esta situación, las personas se ven en la necesidad de adaptarse, pudiendo desvincularse o asumir otro tipo de roles y actividades. Estas formas de adaptación son desarrolladas por dos teorías que intentan explicar la manera en que el adulto mayor se adapta a su nueva realidad³⁶.

Según Vega (1995), la primera postura es la llamada *teoría del desligamiento*, la cual señala que, a medida que el individuo va envejeciendo, voluntariamente se va desligando de todo aquello que suponga actividad y participación social, replegándose sobre sí mismo³⁷. Para Lefrançois (2001), una de las premisas básicas de esta postura es que este proceso es algo natural y deseable, ya que con el deterioro de las capacidades físicas y mentales, los adultos mayores encuentran cada vez más difícil el poder participar de distintas actividades, así como de los compromisos sociales o emocionales³⁸. Frente a esta teoría, surge una nueva perspectiva denominada *teoría de la actividad*. Esta plantea que, si bien la vejez está marcada por el paulatino apartamiento social y psicológico, los adultos mayores pueden y deben mantenerse activos en el mundo, siendo esto una de las principales necesidades para lograr un ajuste satisfactorio³⁹. Ahora bien, más allá del tipo de afrontamiento que se desarrolle, resulta importante dar cuenta de los cambios y pérdidas que ocurren durante la última etapa de vida.

En primer lugar, uno de los cambios más significativos durante esta etapa lo constituye la jubilación. Resulta importante resaltar que, si bien esta parece traer ciertos problemas adaptativos, autores como Bossé, Aldwin, Levenson y Workman-Daniels (1991) señalan que la jubilación puede convertirse en una experiencia positiva bajo cuatro circunstancias: cuando el retiro ha sido planificado, cuando es voluntario, cuando el trabajo no es lo único importante en la vida del individuo y cuando los ingresos económicos son adecuados⁴⁰. Otros de los cambios resaltantes dentro de la etapa adulta mayor están constituidos por la pérdida de las amistades y del cónyuge, las cuales generan fuertes sensaciones de tristeza. Entre ambas, la viudez es la separación más difícil y la adaptación a ella es uno de los desafíos más complicados dentro de esta etapa de vida (Florenzano 1993). Se ha planteado que la viudez suele traer mayores problemas para el hombre que para la mujer, debido a la cantidad de ajustes que este debe realizar para su

nueva vida. Además, dado que el hombre presenta un menor interés en la participación social y tiene menor capacidad para establecer nuevos contactos en sus redes sociales, será probable que pueda sentirse más solitario⁴¹.

En tercer lugar, un último cambio importante dentro de la esfera social se refiere a las variaciones en los roles que cumple el adulto mayor dentro de la familia. En este sentido, Vega (1995) plantea que durante la etapa del envejecimiento los adultos mayores suelen tener relaciones más cercanas con sus hermanos, siendo las mujeres las que tienen un contacto más frecuente. Según el mismo autor, “en algunos casos los hermanos pueden asumir el rol de confidentes y establecer una relación próxima”, convirtiéndose en un gran apoyo emocional⁴². Según Stassen Berger (2001), este apoyo también puede ser brindado por los amigos, en quienes el adulto mayor encuentra una fuente de alegría y soporte. Así, se ve que durante el envejecimiento la presencia de otro que apoye al adulto mayor resulta crucial para que este no se aisle ni se sienta solitario, lo cual le permitirá mantener un rol activo dentro del medio, para así seguir desarrollándose. Además, la compañía de los otros también le permitirá saber que está rodeado por personas en las que puede confiar y con las que puede contar en caso de tener algún problema. Todo esto le brindará seguridad e incluso podrá incrementar su tranquilidad y bienestar⁴³.

Respuesta social al deterioro biológico propio del envejecimiento. En torno a los cambios biológicos del modelo médico tradicional, se concibe la vejez como déficit e involución, acentuando la percepción de que se trata de un proceso degenerativo. Asimismo, se tiende a equiparar vejez con discapacidad. Esto conduce a la persona adulta mayor a adoptar una actitud fatalista de desánimo y de temor frente a una situación que se define como decadencia inexorable.

Pérdida de la ocupación, disminución del ingreso y deterioro de la identidad social. El llegar a ser adultos mayores significa para muchos el cese laboral, con pensiones de jubilaciones bajas, pérdida de competitividad en el mercado laboral. Su trabajo es menos remunerado y cada vez les es

más difícil conseguir empleo. Disponen de mayor tiempo libre y se sienten inútiles. Estos cambios producen un gran impacto psicológico, llevando muchas veces a graves y progresivos problemas de depresión por la pérdida de identificación dentro de la sociedad. Sienten que “no son nadie” y pierden su sociabilidad. Los jubilados son considerados una carga para la sociedad, lo que va en desmedro de su identidad social. El retirarse de su trabajo les produce una estrechez económica, debido a que las jubilaciones y pensiones son mucho menores que los ingresos provenientes de las remuneraciones que antes recibían. El impacto psicológico que causa el retiro del trabajo pesa más sobre los varones, para quienes quedarse en casa significa constituirse en un estorbo para los demás, no tener nada qué hacer, aburrirse y autodesvalorizarse como individuos.

La ideología del “viejismo” y la desvalorización social de la vejez.

Considera a la vejez como una etapa de decadencia física y mental, y proyecta sobre los viejos una imagen de discapacidad, inutilidad social, obsolescencia y rigidez. Esto repercute en el anciano, ya que al hacer suyas las ideas mencionadas, acaban por percibirse a sí mismos en esos términos.

La ausencia de un rol social. Actualmente, la sociedad no ha definido un conjunto de actividades para las personas que se retiran del trabajo; es por ello que se crean sentimientos de aburrimiento y sensación de inutilidad. Si la sociedad estableciera un conjunto de actividades específicas para los adultos mayores, en cuyos desempeños pudieran percibirse útiles y conseguir reconocimiento social, de existir estas definiciones, ellas habrían contrarrestado los contenidos negativos de la ideología del “viejismo” y habrían influido positivamente en la percepción social de los adultos mayores y en su autoestima.

Como las actividades de los adultos mayores no han sido definidas en el nivel sociocultural, deben ser especificadas por cada individuo en particular. Cada uno debe buscar qué hacer, debe crearse una rutina de tareas que sean valiosas para ellos, pero sin tener ninguna garantía de que sean reconocidas socialmente.

En resumen, todas las pérdidas biopsicosociales dificultan la satisfacción

de las necesidades de las personas que envejecen, y restringen las oportunidades de desarrollar sus potencialidades, coactándose la iniciativa y la posibilidad de controlar su vida y ejercerla plenamente. Por ello, los adultos mayores deben adaptarse adecuadamente a esta crisis de desarrollo, con la finalidad de alcanzar el envejecimiento satisfactorio y saludable.

Depresión en el adulto mayor

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración⁴⁴. En la depresión mayor se consideran tres tipos de factores etiopatogénicos: biológicos, genéticos y sociales⁴⁵.

En lo biológico, se ha demostrado que en personas deprimidas aparece una disminución de monoaminas biógenas, como serotonina, noradrenalina y dopamina, a nivel del sistema nervioso central, además de alteraciones neuroendocrinas, modificaciones neuroanatómicas y desarreglos de interacción entre los sistemas inmune y neuroendocrino.

Según los factores genéticos, algunos autores han informado que la presencia del gen causante de depresión está relacionado con estrés neuronal, depresión mayor e ideas suicidas. Se ha encontrado hasta en el 50 % de los caucásicos y afroamericanos. Esto surge que este gen está relacionado con mayor presencia de síntomas depresivos y menor respuesta al estrés psicológico⁴⁶. Por otro lado, la demencia, la enfermedad vascular cerebral (con lesiones en hemisferio izquierdo o ganglios basales) y la enfermedad de Parkinson son patologías que afectan el sistema nervioso central y se asocian con el desarrollo de depresión en algún momento de la evolución de la enfermedad⁴⁷.

Las causas psicológicas de la depresión son más complejas. El aprendizaje de un comportamiento de abandono y la asociación de la depresión con eventos adversos durante el curso de la vida pueden condicionar una cierta respuesta hacia los agentes de estrés continuo: el número de eventos negativos vividos se asocia con el desarrollo de la depresión⁴⁸.

Existen estudios de investigación de la asociación entre depresión y la falta de apoyo. Al parecer, una red social débil se asocia con un peor pronóstico en el curso de la depresión, sobre todo en los varones⁴⁹. El estudio ecológico multinacional Eurodep encontró que la práctica religiosa se asocia con menos depresión en los ancianos⁵⁰, pero los mecanismos de esta protección no son bien conocidos.

Entre los factores que favorecen la aparición de la depresión están pérdida de la salud por disposición de su misma edad, deterioro funcional, dependencia física, pérdida de autonomía, presencia de enfermedades crónicas, pérdida de familiares, amigos o seres queridos (que en ocasiones se acompañan de duelos patológicos), disminución de la capacidad económica, pérdida de roles en el seno familiar, cambios con la llegada de la jubilación, lo cual condiciona muchas veces un cambio brusco en la actividad y relaciones sociales, factores biológicos, menor soporte social, pérdida de motivación para el autocuidado, etc. Los factores predisponentes de la depresión son estructuras de la personalidad dependiente, pasivo-agresiva y obsesiva. Factores contribuyentes: socioeconómicos, dinámica familiar, grado de educación, actividades laborales y de recreación, pertenencia a un grupo étnico específico, formas de violencia, comorbilidad orgánica y mental⁵¹.

En cuanto a la prevalencia de las alteraciones depresivas entre pacientes no demenciales, de edades entre 65 y 100 años, se estimó en 4,4 % en mujeres y en 2,7 % en hombres. Se ha hallado que la prevalencia de depresión durante la vida es de 20,4 % en hombres y de 9,6 % en mujeres. Sin embargo, un alto porcentaje de adultos mayores padece de depresión, de leve a moderada, debido principalmente a factores de tipo socioeconómico; por ello, el envejecimiento debe ser comprendido como un proceso individual de adaptación a las condiciones provenientes del propio organismo, del medio o de ambos, cuyo carácter depende de cómo se encaren y resuelvan los problemas en esta etapa de vida. Proceso heterogéneo e irreversible que se inicia a partir del momento que el organismo alcanza la capacidad funcional máxima⁵².

La depresión geriátrica representa una importante carga para el paciente, la familia y las instituciones que albergan adultos mayores. El personal sanitario de atención primaria es clave en la evaluación del estado mental

de las personas mayores, tanto desde el punto de vista afectivo como desde el cognoscitivo. De esta manera, la detección precoz de la depresión mediante el uso de algún test, como el de Yesavage, permitirá su diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno, con el propósito de revertir el cuadro e impedir la aparición de complicaciones graves. El tratamiento debe ser interdisciplinario y, cuando se opta por el uso de fármacos, se deben considerar los cambios fisiológicos asociados al proceso de envejecimiento, para su correcta administración⁵³.

Tipos de depresión en función de la intensidad de los síntomas de la depresión:

- Depresión leve.
- Depresión moderada.
- Depresión grave.

En el caso de las depresiones leves o moderadas, normalmente es suficiente con la atención del psicólogo especialista en depresiones, pero en los casos de depresiones graves, es recomendable acompañar la terapia con el psicólogo de un refuerzo farmacológico, en estos casos antidepressivos, y en algún caso también algún ansiolítico, si la depresión cursa con ansiedad o problemas de sueño.

La escala de depresión geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS), diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los adultos mayores⁵⁴, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos. Puede usarse con adultos mayores con buena salud, con enfermedad médica, y aquellos con deterioro cognitivo de leve a moderado. Se ha usado extensamente en entornos comunitarios, de atención de agudos y de cuidados de largo plazo.

La sensibilidad de esta herramienta 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 con la investigación clínica. En un estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo de GDS para la autocalificación de

los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ($r = 0,84$, $p < 0,001$) (Sheikh & Yesavage 1986).

La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, de la que se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y mostraban una validez test-retest mayor, eliminando los ítems de contenido somático. Los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión más abreviada, de 15 ítems, que ha sido también muy difundida y utilizada. Con posterioridad, otros autores han presentado versiones aun más abreviadas (4, 5 o 10 ítems).

Según Bacca, Gonzáles y Uribe (Colombia 2004), fue validada la escala de 15 ítems. Para la estandarización se utilizaron las medidas de tendencia central y los coeficientes de correlación punto biserial para cada ítem. El coeficiente de confiabilidad de la escala es del 0,7268, indicando que la escala GDS-15 es altamente confiable; 14 de los 15 ítems estadísticamente predicen moderadamente el constructo de depresión; sin embargo, desde el análisis psicológico, los 15 ítems son pertinentes para evaluar rasgos depresivos⁵⁵. Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el adulto mayor. Cada ítem se valora como 0/1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0-30 o de 0-15, según la versión.

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

Normal: 0-5 puntos.

Depresión moderada: 6-9 puntos.

Depresión severa: 10-15 puntos.

Rol de enfermería para el cuidado del adulto mayor

La prestación de cuidados al individuo en cualquiera de las etapas del ciclo vital es lo que caracteriza a la disciplina enfermera, siendo la enfermería

gerontogerítrica la que aborda el cuidado del anciano.

El ámbito en el que se desarrolla el cuidado del anciano es diverso. Residencias de ancianos, centros de jubilados, centros de salud, hospitales, viviendas comunitarias y, sin duda, el domicilio, constituyen los puntos de encuentro entre la enfermera y el anciano.

Los cuidados de enfermería se dirigen tanto al adulto mayor sano como al enfermo. Ello responde al hecho de que el paradigma de la categorización para el que la salud es sinónimo de ausencia de enfermedad es abandonado y el quehacer de la enfermera se orienta hacia una concepción de salud y enfermedad como dos entidades distintas que coexisten y se encuentran en interacción dinámica (paradigma de la integración), o hacia concebir la salud como una experiencia que considera al ser humano y su entorno como unidad global.

Según lo dicho, la enfermera debe participar en programas de promoción, prevención, mantenimiento o restablecimiento de la salud del adulto mayor sano o enfermo. En cuanto a la familia, debe organizar programas educativos, para que puedan desarrollar o reforzar los factores protectores al interior de la familia y en la comunidad, considerando contenidos educativos, tales como salud mental, autoestima, estilos de comunicación positiva (expresar amor, dar reforzadores positivos, evitar críticas destructivas y actitudes sobreprotectoras), adquisición de valores, habilidades para la solución de problemas, autonomía y toma de decisiones, estructuración del tiempo, uso apropiado del tiempo libre (practicar ejercicios físicos y deportes, pasatiempos, trabajos manuales, buscar ambientes positivos, personas o lugares, comunicarse con personas optimistas y estimulantes), organización familiar, definición de roles, manejo del estrés, técnicas de relajación, entre las principales.

En la comunidad, los temas educativos están orientados a enseñar a los pobladores cómo organizar clubes o asociaciones, según grupos etarios e intereses comunes; promover la organización de eventos socioculturales y recreativos (competencias deportivas, concursos de arte, entre otros) en coordinación con las autoridades comunales; fomentar la formación de grupos de autoayuda; establecer un programa de educación pública (escolar, universitario, familiar, social) acerca de la depresión para su detección

temprana; fomentar escuelas para padres, enseñando actitudes que permitan prevenir factores de riesgo; y reforzar factores protectores al interior de familia y comunidad; capacitar a los agentes de la comunidad: profesores, promotores de salud, voluntarios, etc., sobre prevención, detección y manejo de la depresión en su nivel de competencia; establecer programas de seguimiento a las personas con intentos suicidas previos; implementar en los establecimientos de salud servicios telefónicos permanentes a disposición de las personas solitarias o desesperadas; y ejecutar investigaciones epidemiológicas sobre depresión con poblaciones de atención primaria (prevalencia, factores de riesgo, creencias, actitudes, etc.). Actualmente, se observa que la mayoría de centros de salud y diversas instituciones han creado clubes del adulto mayor, en donde realizan diversas actividades en mejora de la calidad de vida de dicha población.

Teorías de enfermería aplicables para el cuidado del adulto mayor

El desarrollo de la presente investigación se apoya en las siguientes teorías:

La teoría psicosocial de Erickson (1968). Pone énfasis en los estadios de la adultez y relaciona la edad de la madurez con la integridad del yo vs. la desesperación, en la cual la persona se acepta con sus éxitos, fracasos y limitaciones. Una persona está integrada cuando busca trascendencia en su vida, otorgándole conocimientos y experiencia; por el contrario, cuando hay desintegración del yo, este proceso lleva al adulto mayor a un estado de desesperación por el tiempo que pasa y por la imposibilidad de comenzar nuevamente la vida.

Según Erickson, los logros de esta etapa son adquirir la aceptación del ciclo de vida y de la muerte. De esta manera, se adquieren las virtudes de aceptación y sabiduría. La no consecución de estas tareas del desarrollo trae como consecuencia temor a morir, desesperanza, negación, rebeldía, malestar y desesperación. Quizás la última tarea evolutiva sea aceptar la muerte como algo inevitable, pero con una actitud positiva (merecido descanso).

De esta manera, el adulto mayor puede hacer una revisión de su vida en cuatro aspectos:

- **Ratificación:** se hace una exploración al pasado para enfrentar el presente, buscando aquellas situaciones que le ayuden a enfrentar de mejor manera el momento actual.
- **Establecimiento de límites:** a través de sus recuerdos, se colocan sus propios límites frente a lo que quieren y pueden hacer.
- **Perpetuación del pasado:** es hacer presente el pasado, manteniendo sus tradiciones y acciones como reglas, ceremonias, estilos, etcétera.
- **Repeticiones:** se reafirman y se sienten seguros contando una y otra vez las mismas anécdotas y aquellos hechos que fueron importante para ellos.

Para ayudar a los adultos mayores al logro de esta tarea evolutiva, es necesario fortalecer sus recursos internos y ofrecerle recursos de ayuda externos. De esta manera es posible lograr una actitud positiva hacia los adultos mayores y la adaptación a todos los cambios que experimentan, favoreciendo la integración y la satisfacción personal con lo que ha vivido y hecho en su vida⁵⁶.

Teoría de la actividad, Havighurst (1973). Considera la vejez como la última etapa de la adultez, denominándola *madurez tardía*. En ella se toman en cuenta tareas de carácter intelectual, emocional, motor y social, otorgando prioridad al área psicológica⁵⁷.

Según el autor, se deben cumplir las consiguientes tareas del desarrollo.

Adultez tardía (60 y más años)

- Ajuste a la menor fuerza física y salud.
- Ajuste a la muerte del cónyuge.
- Ajuste a jubilación e ingresos.
- Establecer afiliación explícita con su grupo.
- Aceptar obligaciones sociales y cívicas.
- Establecer arreglos de vida satisfactorios.

Estas dos teorías nos son orientadoras y aplicables en la práctica de enfermería.

Teoría del autocuidado. Según Dorothea Orem, la enfermería debe identificar las capacidades potenciales de autocuidado del individuo, para que él pueda satisfacer sus necesidades de autocuidado, con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos. El foco de enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes. La meta de la enfermería es eliminar el déficit entre las capacidades de autocuidado y la demanda⁵⁸.

El objetivo de este modelo es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para mantener su vida saludable.

2.3. Hipótesis

Al ser un estudio descriptivo, se considera no plantear ninguna hipótesis.

2.4. Variables

Variable principal

Riesgo de depresión en el adulto mayor.

Variables secundarias

- Edad.
- Sexo.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
Dependiente Riesgo de depresión en el adulto mayor. Probabilidad que tiene el adulto mayor de presentar algún rasgo de depresión, caracterizada por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	Cualitativa	Cognitiva	1. Satisfacción con la vida. 3. Sentimientos de vacío. 4. Frecuente sensación de aburrimiento. 5. Buen ánimo la mayor parte del tiempo. 6. Preocupación o temor frente a lo que pueda pasar. 7. Sentimiento de felicidad la mayor parte del tiempo. 8. Sentimiento frecuente de desamparo. 9. Problemas de memoria. 11. Creencia frente a lo maravilloso de estar vivo. 12. Sentimiento en la actualidad de inutilidad o desprecio. 14. Sentimiento de desesperanza ante la condición actual. 15. Creencia frente a que las demás personas están mejor.	Ordinal	0-5 Normal
		Conductual	2. Actividades recreativas y de ocio. 10. Preferencia por quedarse en casa en vez de salir. 13. Sentimientos de plenitud de energía.		6-9 Moderado deprimido 10-15 Severamente deprimido

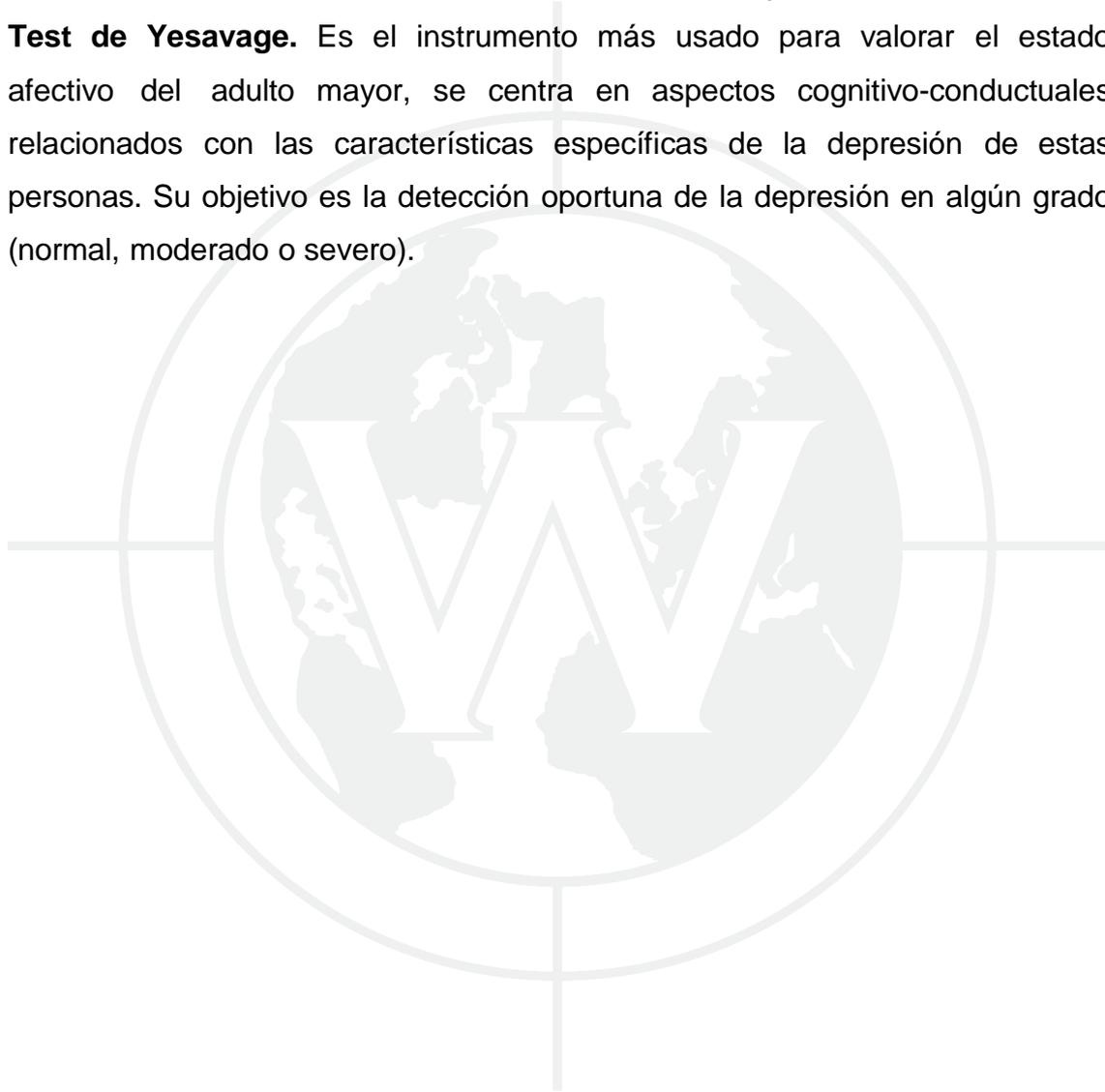
VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
Dependiente	Cuantitativa		Edad cronológica	Razón	<ul style="list-style-type: none"> • 60 a 70 años. • 71 a 80 años. • 81 a 90 años. • 91 años a más.
			Masculino / Femenino	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Femenino 2. masculino
Edad					
Género	Cualitativa				

2.4. Definición operacional de términos

Adulto mayor. Se define a las personas adultas mayores varones y mujeres que tienen 60 o más años de edad, orientados en el tiempo y en el espacio, que no se encuentran hospitalizados.

Riesgo de depresión. Trastorno depresivo que afecta fundamentalmente el estado de ánimo, conocido como *trastorno afectivo, pérdida de interés*.

Test de Yesavage. Es el instrumento más usado para valorar el estado afectivo del adulto mayor, se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión de estas personas. Su objetivo es la detección oportuna de la depresión en algún grado (normal, moderado o severo).



III. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y método de investigación

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo; el método es descriptivo, prospectivo y de corte transversal, porque se realiza en un determinado tiempo.

3.2. Ámbito de investigación

El ámbito de investigación fue el Centro Residencial Ignacia Rodulfa Viuda de Canevaro, que se encuentra ubicado en el Paseo de Aguas, distrito del Rímac, Lima. Es una dependencia de la Sociedad de Beneficencia de Lima Metropolitana, especializada en la atención integral de adultos mayores en abandono, riesgo social o situación de pobreza, prestando los servicios de salud, vivienda, alimentación, vestido, recreación y otros.

3.3. Población y muestra

La población total está constituida por 353 adultos mayores que se encuentran en el Centro Residencial Ignacia Rodulfa Viuda de Canevaro, diciembre de 2011.

Para la determinación del tamaño de muestra se empleó la ecuación de Cochran⁵⁹. El tamaño de muestra es de 153 adultos mayores. Nivel de confianza muestral: 90 %. Error relativo: 10 % (ver anexo A).

Criterios de inclusión

Adultos mayores de 60 años o más que se encuentran en el Centro Residencial Ignacia Rodulfa Viuda de Canevaro en diciembre de 2011.

- Edad de 60 años y más de ambos sexos.
- Adultos mayores orientados en tiempo, espacio y persona.
- Adultos mayores que aceptaron voluntariamente la aplicación de

la encuesta.

Criterios de exclusión

- Adultos mayores con problemas de salud mental.
- Adultos mayores que no aceptaron la aplicación de la encuesta.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En el presente estudio la técnica aplicada fue la entrevista. Se utilizó como instrumento de medición del riesgo de depresión en el adulto mayor la escala abreviada de Yesavage de 15 preguntas, validada en Colombia (2004). Para la estandarización de la escala se utilizaron las medidas de tendencia central y los coeficientes de correlación punto biserial para cada ítem. El coeficiente de confiabilidad de la escala es de 0,7268, indicando que la escala de 15 ítems es altamente confiable y es pertinente para evaluar rasgos depresivos (ver anexo C).

El test reducido consta de 15 ítems, con respuestas dicotómicas (sí/no), que fueron valoradas con la siguiente distribución (ver anexo C):

Ítem (+) Sí = 0 No = 1.
Ítem (-) Sí = 1 No = 0.

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

Riesgo	Puntuación
Normal	0-5 puntos
Depresión moderada	6-9 puntos
Depresión severa	10-15 puntos

Se pidió autorización del Centro Residencial Ignacia Rodulfa Viuda de Canevaro para la aplicación del instrumento a los 153 adultos mayores. Algunos datos fueron recolectados de las historias clínicas para el manejo de los criterios de inclusión y de exclusión (diciembre de 2011).

3.5. Procesamiento de datos y análisis estadístico

La información previamente recolectada de los adultos mayores y de las historias clínicas fue procesada y simplificada en frecuencias porcentuales simples, de las cuales se procedió a elaborar cuadros y gráficos estadísticos, contruidos en relación a los indicadores del proceso de operacionalización de las variables, usando el software SPSS versión 17.0. Para el análisis de la información se utilizó la estadística descriptiva.

3.6. Aspectos éticos

Los criterios éticos fueron la aprobación del consentimiento informado, tras comunicar y explicar a cada participante la naturaleza y la finalidad del estudio. Asimismo, se respetó la intimidad, el anonimato y la libre participación de la población en estudio.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

4.1.1. Resultado general

Tabla 1. *Riesgo de depresión en el adulto mayor según test de Yesavage*

Riesgo de depresión	N.º	%
Normal	33	21,6
Depresión moderada	77	50,3
Depresión severa	43	28,1
Total	153	100,0

En la tabla 1 se puede observar que, del 100 % de los adultos mayores encuestados, el 50,3 % presenta riesgo de depresión moderada; el 28,1 %, riesgo de depresión severa; y el 21,6 %, riesgo de depresión normal.

4.1.1 Resultados específicos

Tabla 2. *Riesgo de depresión en el adulto mayor según test de Yesavage por edad*

Riesgo de depresión	Edad								Total	
	60-70		71-80		81-90		91 a más			
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Normal	14	9,2 %	8	5,2 %	9	5,9 %	2	1,3 %	33	21,6 %
Moderada										
Severa	30	19,6 %	30	19,6 %	17	11,1 %	0	0 %	77	50,3 %
	13	8,5 %	20	13,1 %	7	4,6 %	3	2,0 %	43	28,1 %
Total	57	37,3 %	58	37,9 %	33	21,6 %	5	3,3 %	153	100 %

Chi cuadrado = 9,533

gl = 6

p = 0,146

En la tabla 2 se puede observar que, del 100 % de los adultos mayores encuestados, el 19,6 % tiene edad entre 60 y 70 años y riesgo de depresión moderada; el 19,6 % tiene edad entre 71 a 80 años y riesgo de depresión moderada; el 11,1 % tiene edad entre 81 a 90 años y riesgo de depresión moderada; y el 2 % tiene edad de 91 a más y riesgo de depresión severa.

Se realizó la prueba estadística chi cuadrado, encontrándose que no hay relación entre el riesgo de depresión y la edad (p = 0,146, no significativo).

Tabla 3. *Riesgo de depresión en el adulto mayor según test de Yesavage por sexo*

Riesgo de depresión	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N.º	%
	N.º	%	N.º	%		
Normal	16	10,5 %	17	11,1 %	33	21,6 %
Moderada	34	22,2 %	43	28,1 %	77	50,3 %
Severa	20	13,1 %	23	15,0 %	43	28,1 %
Total	70	45,8 %	83	54,2 %	153	100,0 %

Chi cuadrado = 0,188

gl = 2

p = 0,910

En la tabla 3 se puede observar que, del 100 % de los adultos mayores encuestados, el 22,2 % son hombres y tienen riesgo de depresión moderada; y el 28,1% son mujeres y tienen riesgo de depresión moderada. Asimismo, se observa que el 54,2 % son mujeres y el 45,8 %, hombres.

Se realizó la prueba estadística chi cuadrado, encontrándose que no hay relación entre el riesgo de depresión y el sexo (p = 0,910, no significativo).

4.2. Discusión

En la investigación realizada sobre el riesgo de depresión del adulto mayor se encontraron los siguientes resultados, según el test de Yesavage: el 50,3 % presentan un riesgo de depresión moderada; el 28,1 % (43) tienen un riesgo de depresión severa, lo cual concuerda con el trabajo de investigación de Fresia, Olano y Zapata (2005), *Nivel de depresión del adulto mayor según género y apoyo familiar en los adultos mayores del programa de autocuidado de la municipalidad de Jesús María*, que evidenció que 60 % (18) presentan un riesgo de depresión moderada, y 20 % (6), riesgo de depresión severa.

Se puede evidenciar que los adultos mayores tienen mayor tendencia de presentar riesgo de depresión moderada. El estudio de investigación de Sarró Maluquer (España 2012) *Prevalencia de depresión y los factores asociados en octogenarios de la comunidad* concluye en la existencia de una elevada frecuencia de depresión del adulto mayor, en un 58,6 %. Alonso, Sanso y Rey (2012), en su estudio *Depresión oculta en los adultos mayores de una comunidad urbana* anotan que la prevalencia de la depresión oculta fue de 46,6 %.

Con respecto al riesgo de depresión según la edad del adulto mayor, los grupos etarios comprendidos entre 60 y 70 años (19,6 %) y entre 71 y 80 años (19,6 %) presentan riesgo de depresión moderada; el comprendido entre 81 y 90 años (11,1 %), riesgo de depresión severa; y los adultos mayores de 91 años a más (2 %), riesgo de depresión severa. Dichos resultados guardan una relación porcentual con los encontrados por Vásquez (2008) en su investigación *El perfil epidemiológico del paciente anciano que acude al Hospital de Día de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen*, donde se evidencia que el grupo etario comprendido entre 60 y 70 años (33,33 %) tenía riesgo de depresión leve moderada; el grupo etario de 71 a 80 años (24 %), depresión leve moderada; el grupo de mayores de 80 años (22 %), depresión leve moderada; y el 17,39 % padecía depresión severa. De los resultados se puede evidenciar que los rangos de edades comprendidos entre 60 y 80 tienen mayor riesgo de depresión moderada. Sin embargo, según la prueba estadística chi cuadrado, no hay relación entre el riesgo de

depresión y la edad ($p = 0,146$, no significativo).

Por otro lado, la mayor parte de adultos mayores que presentan riesgo de depresión moderada, en un 28,1 % (43), pertenecen al sexo femenino, y el 22,2 % (34), al sexo masculino. Dichos resultados se relacionan porcentualmente con el estudio realizado por Vásquez (2008), *El perfil epidemiológico del paciente anciano que acude al Hospital de Día de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen*, donde se evidencia que 53 % de mujeres y 45 % de varones tenían depresión leve moderada. Asimismo, Fresia (2005), en su estudio de investigación *Nivel de depresión del adulto mayor según género y apoyo familiar en los adultos mayores del programa de autocuidado de la municipalidad de Jesús María* evidenció que el 47 % del género femenino presento riesgo de depresión entre moderada y severa; y el 23 % del género masculino, depresión moderada. La investigación de Juárez, León y Alata (Lima 2010), *Prevalencia de depresión en adultos mayores de 60 años residentes en el asentamiento humano de Viña Alta de La Molina, durante el mes de junio de 2010*, encontró que el 16,5 % del sexo femenino y el 14,5 % de varones tienen algún grado de depresión. Según los autores, al contrastar el grado de depresión no se hallaron diferencias significativas con el género, lo cual concuerda con el presente estudio de investigación, en el que, según la prueba del chi cuadrado, no hay relación entre el riesgo de depresión y el sexo ($p = 0,910$, no significativo).

V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Los adultos mayores atendidos en el Centro Residencial Rodulfa Viuda de Canevaro presentan un riesgo moderado de depresión.
- Según cifras porcentuales, los adultos mayores del grupo etario de 60 a 80 años tienen mayor riesgo de depresión que los adultos de mayor edad. Sin embargo, dicha relación no es significativa.
- Según cifras porcentuales, los adultos mayores de sexo femenino tienen mayor riesgo de depresión que los adultos mayores de sexo masculino. Sin embargo, dicha relación no es significativa.

5.2. Recomendaciones

- Realizar programas de detección oportuna de depresión en adultos mayores institucionalizados o no institucionalizados.
- Elaborar programas educativos de envejecimiento saludable en coordinación con la familia y la comunidad.
- Incentivar el autocuidado como medida general en todos los adultos mayores.
- Crear programas deportivos, talleres productivos y reuniones saludables en coordinación con la familia y la comunidad.
- Preparar material informativo educativo y difundir al familiar y a los miembros de la comunidad respecto a salud mental.
- Promover la salud mental en el adulto mayor en su entorno familiar para poder tener una sociedad saludable.
- Gestionar consultorios de enfermería de promoción de salud mental.
- Efectuar estudios de investigación con variables determinantes en la depresión del adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Datos y estadísticas. Envejecimiento y ciclo de vida*. Disponible en <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
2. XVIII Congreso Gerontológico Internacional. (2005). Brasil. Disponible en http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Envejecimiento_Poblacion_Mundial_Como_Desafio_Para_Cooperacion_Internacional.pdf
3. La Tercera. (2013). *Cifras del censo revelan que Chile es el tercer país más envejecido de Latinoamérica*. Chile. Disponible en <http://diario.latercera.com/2013/04/04/01/contenido/pais/31-133644-9-cifras-del-censo-revelan-que-chile-es-el-tercer-pais-mas-envejecido-de.shtml>
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (INEI). (2013). *Sociales. Niñez y adulto mayor*. Perú. Disponible en <http://www.inei.gob.pe/web/Biblioinei/BoletinFlotante.asp?file=16595.pdf>
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (INEI). (2012). Oficina Técnica de Difusión 2012. Perú. Disponible en <http://www.inei.gob.pe/web/NotaPrensa/Attach/14889.pdf>
6. Ruiz L, Campos M & Peña N. (2006). *Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención*. Callao.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (INEI). (2012). Oficina Técnica de Difusión. Perú. Disponible en <http://www.inei.gob.pe/web/NotaPrensa/Attach/14889.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2012). *Día Mundial de la Salud Mental: la depresión, una crisis global*. Disponible en http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=610&Itemid=0
9. Instituto Nacional de Salud Mental. (2008). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural 2007. Informe General. *Anales de Salud Mental*, 24(1,2). Lima. Disponible en

- <http://www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2007-ASM-EESM-LR/files/res/downloads/book.pdf>
10. O'Connell H, Chin A, Cunningham C & Lawlor B. (2004). *Suicidio en el adulto mayor*. Disponible en <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/geriatweb214.htm>
 11. Pasker P, Thomas JP, Ashley JS. (1976). The mentally ill-whose responsibility? *Br Me J*.
 12. López-Ibor JM. (1990). *Saber envejecer*. Madrid: Temas de hoy.
 13. Sarró-Maluquer M. (2012). *Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados*. España. Disponible en [http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S1138-3593\(13\)00017-8.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S1138-3593(13)00017-8.pdf)
 14. Alonso P, Sanso F & Rey M. (2012). *Depresión oculta en los adultos mayores de una comunidad urbana*. Cuba. Disponible en <http://www.convencionalud2012.sld.cu/index.php/convencionalud/2012/paper/viewFile/472/195>
 15. Juárez J, León F, Alata V. (2010). *Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del A. H. Viña alta, La Molina, Lima, Perú*. Disponible en http://www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2012_II/Art4_Vol12_N2.pdf
 16. Vásquez S. (2008). *Perfil epidemiológico de los ancianos que acuden a un Hospital de Día de Geriatría*. Perú. Disponible en http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3175/1/Vasquez_Pezo_Sonia_Enith_2008.pdf
 17. Fressia A, Obando O & Zapata Silva I. (2005). *Nivel de depresión según género y apoyo familiar en adultos mayores del programa de autocuidado de la municipalidad de Jesús María*. Lima. Disponible en <http://posgrado.upeu.edu.pe/revista/filev3/48-52.pdf>
 18. Rodríguez R & Encinas J. (1999). *Geriatría*, (2.^a ed.). México: McGraw Hill Interamericana. Disponible en <http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html>
 19. Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2011). *Archivo de preguntas y respuestas. ¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial*

- en salud pública?* Disponible en
<http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html>
20. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental. (2002). *Anales de Salud Mental*. Perú. Disponible en
<http://www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2002-ASM-EESM- M/files/res/downloads/book.pdf>
21. De la Torre J, Shimabukuro R, Varela L. (2006). Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de Geriátrica del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Acta Med Per*, 23(3), 144-147.
22. Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. (2005). Perú. Disponible en
http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/lineamiento%20normas%20tecnicas_%20primera%20parte.pdf
23. Rodríguez R & Encinas J. (1999). Geriátrica, (2.^a ed.) México: McGraw Hill Interamericana.
24. Salgado Alba. (2002). *Manual de geriatría*, (3.^a ed.). España: Masson.
25. Villanueva LA. (2003). *Sobre el envejecimiento: una perspectiva integral. Envejecer nos toca a todos*, 3(3). Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública.
26. Ídem.
27. Anzola E-OPS. (1993). *Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica*. Washington: Paltex OPS.
28. Ídem.
29. Salgado, *loc. cit.*
30. Ídem.
31. Stassen Berger K & Thompson R. (2001). *Psicología del desarrollo: adultez y vejez*. Madrid.
32. Florenzano R. (1993). *En el camino de la vida: estudios sobre el ciclo vital*. Santiago: Universitaria.
33. Iacub R & Acrich L. (2007). Especialización en gerontología comunitaria e institucional. *Psicología de la Mediana Edad y Vejez*. Buenos Aires.
34. Gamarra M. El adulto frente a la depresión. *Boletín de la Sociedad*

Peruana de Medicina Interna, 14(1). [Fecha de acceso: 24 de noviembre de 2012].

35. Ídem.

36. Ídem.

37. Vega J. (1995). *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid: Síntesis.

38. Lefrançois G. (2001). *El ciclo de la vida*. México D.F.: International Thompson Editores.

39. Ídem.

40. Bossé R, Aldwin C, Levenson M & Workman-Daniels K. (1991). How stressful is retirement? Findings from the normative aging study. *Journal of Gerontology*, 46(1), 9-14.

41. Florenzano R. (1993). *En el camino de la vida: estudios sobre el ciclo vital*. Santiago: Universitaria.

42. Vega J. (1995). *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid: Síntesis.

43. Stassen Berger K & Thompson R. (2001). *Psicología del desarrollo: adultez y vejez*. Madrid: Médica Panamericana.

44. Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2013). *Temas de salud*. Disponible en <http://www.who.int/topics/es/>

45. Nierenberg A, Gray S & Grandin L. (2001). Mood disorders and suicide. *J. Clin. Psychiatry*, 62(25), 27-30.

46. Lenze EJ, Munin MC, Ferrel RE, Pollock BG, Skidmore E, Lotrich F *et al.* (2005). Association Transporter Gene-Linked Polymorphic Region (5-HTTLPR) Genotype with Depression in Elderly Person After Hip Fracture. *Am, J. Geriatr Psychiatry*, 13, p. 15.

47. Hickie I, Scott E, Naismith S, Ward PB, Turner K, Parker G *et al.* (2001). Late-onset depression: genetic, vascular and clinical contributions. *Psychol Med*, 31, 1403-1412.

48. Kraaij V, De Wilde EJ. (2001). Negative life events and depressive symptoms in the elderly: a life span perspective. *Aging Ment Health*, 5, 84-91.

49. Chi I & Chou KL. (2001). Social support and depression among elderly Chinese people in Hong Kong. *Int J Aging Hum Dev*, 52, 231-252.

50. Braam AW, Van den Eeden P, Prince MJ, Beekman AT, Kivela SL, Lawlor BA *et al.* (2001). Religion as a cross-cultural determinant of depression in elderly Europeans: results from the URODEP collaboration. *Psychol Med*, 31, 803-814.
51. Tinajero C. (2005). *Depresión en el adulto mayor*. Disponible en <http://medicinadefamilia.wordpress.com/temas-medicos/Depresión-en-el-adulto-mayor/>
52. Rodríguez Escalera C. (2008). *La depresión del anciano y el papel de la dinámica familiar* (3.^a ed.). España.
53. Aguilar Navarro S. (2006). *Factores de riesgo asociado a la depresión*. Instituto de Investigación Médico-Biológica. Universidad Veracruzana.
54. Brink TL, Yesavage JA, Lum O *et al.* (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clin Gerontol*, 1, 37-43.
55. Bacca Á, Gonzales A & Uribe A. (2004). *Validación de la escala de depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores*. Colombia. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/801/80112046006.pdf>
56. Erickson E. *El ciclo vital completado*. México: Paidós.
57. Havighurst. (2000). En Piwonka, *Apuntes de clase Proceso de Enfermería I y II*.
58. Cavanagh JS. (1993). *Aplicación práctica del modelo de Orem. Capítulo 1*, pp. 3-21. Barcelona: Salvat .
59. William G. Cochran. *Técnicas de muestreo*. Cecsa.

ANEXOS

Anexo A

Determinación del tamaño de la muestra para estimar una proporción

La fórmula de Cochran para determinar el tamaño de muestra basada en una variable auxiliar con una proporción es la siguiente:

$$n = \frac{\frac{z^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{z^2 pq}{d^2} - 1 \right)} \quad [1]$$

Donde:

z: valor de la abscisa de la distribución normal de dos colas, que indica la probabilidad en la cual se halla la proporción *p* buscada.

1,64 (nivel de confianza del 90 %)[2]

d: error máximo permisible. Este es igual a lo siguiente:

$$d = ep = 0,05 \dots [3]$$

Donde:

e: error relativo 10 % (*e* = 0,10) ...

p: proporción observable alumnos (50 %) ...[4]

q: 1 - *p*. Proporción no observable (50 %)...[5]

N: tamaño de la población objetivo (353 adultos)..... [6]

n: tamaño de la muestra.

Con los valores numéricos de [2], [3], [4], [5], [6], y utilizando la ecuación de Cochran [1], se procedió a construir una tabla de doble entrada según confiabilidades muestrales (filas) y errores relativos (columnas) para conocer los diferentes tamaños de muestra y escoger el mejor tamaño, que permita ahorrar recursos de dinero y de tiempo.

Tamaños de muestra según confiabilidad muestral y errores relativos de la muestra

Confiabilidad muestral	Error relativo muestral							
	2,5 %	5,0 %	7,5 %	10,0 %	12,5 %	15,0 %	17,5 %	20,0 %
70 %	293	194	124	83	58	42	32	25
75 %	303	212	141	96	68	51	39	30
80 %	311	230	160	112	81	61	47	37
85 %	319	248	181	131	97	73	57	45
91 %	328	270	209	159	121	94	74	60
92 %	329	274	214	164	126	98	78	63
93 %	331	278	220	170	132	103	82	67
94 %	332	283	226	177	138	109	87	71
95 %	334	287	233	184	145	115	93	76
96 %	336	292	240	192	153	123	99	81
97 %	337	297	249	202	163	132	107	88
98 %	339	304	258	214	175	143	118	98
99 %	342	312	272	231	193	161	134	113
99,5 %	343	318	282	244	208	176	149	127
99,8 %	345	323	292	258	224	193	166	143
99,9 %	346	326	298	266	234	204	177	153

p = 0,5
N = 353

Los valores comprendidos entre las celdas de color de fondo violeta brindan límites recomendables para tamaños de muestra. Es decir, la muestra se recomienda entre los valores siguientes:

n1 = 153 (confiabilidad muestral = 90 % y error relativo = 10 %).

n2 = 346 (confiabilidad muestral = 99,9 % y error relativo = 2,5 %).

Puesto que los cálculos se basaron en un análisis exhaustivo de confiabilidad y validez, estos aseguraron escoger también niveles altos de confiabilidad muestral. De aquí que se escogiera un tamaño de muestra de 153 adultos, que corresponde a un nivel de confianza muestral de 90 % y a un error relativo de 10 %.

Enseguida se demuestra el valor calculado en el cuadro, reemplazando [2], [3], [4], [5] y [6], en [1]:

$$n = \frac{\left(\frac{(1.64)^2 * (0.50*0.50)}{(0.05)^2} \right)}{1 + \frac{1}{353} \left(\frac{(1.64)^2 * (0.50*0.50)}{(0.05)^2} - 1 \right)}$$

$$n = \frac{268.9600}{1 + \frac{267.9600}{353}}$$

$$n \approx 153$$

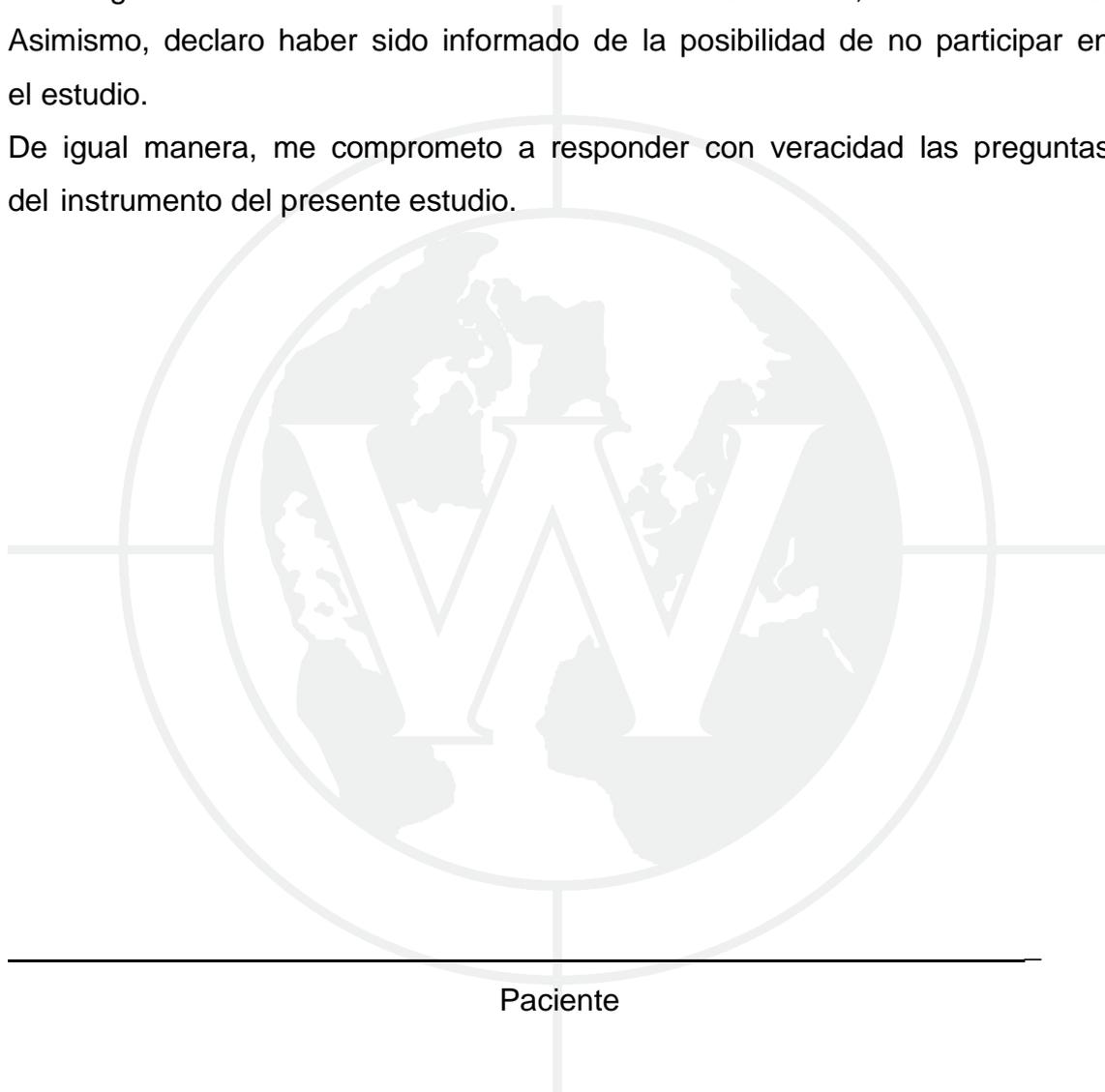
Por lo tanto, se recomienda tomar una muestra de ciento cincuenta y tres ($n = 153$) adultos mayores en total, escogidos aleatoriamente.

Anexo B

Consentimiento informado

Yo _____, identificado con DNI N.º _____, declaro voluntariamente mi aceptación a participar en el proyecto de investigación titulado Riesgo de depresión del adulto mayor según el test de Yesavage en el Centro Residencial Viuda de Canevaro, diciembre 2013. Asimismo, declaro haber sido informado de la posibilidad de no participar en el estudio.

De igual manera, me comprometo a responder con veracidad las preguntas del instrumento del presente estudio.



Paciente

Anexo C Instrumento

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: _____

SEXO: _____ **EDAD:** _____

ESTADO CIVIL: _____

GRADO DE INSTRUCCIÓN: _____

OCUPACIÓN: _____

TEST DE YESAVAGE

PREGUNTAS	RESPUESTAS	
	SI	NO
1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6. ¿Tiene miedo de que algo malo le esté pasando?	1	0
7. ¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8. ¿Se siente a menudo abandonado?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas nuevas?	1	0
10. ¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que el resto de la gente?	1	0
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12. ¿Se siente bastante inútil?	1	0
13. ¿Se siente lleno de energía?	0	1
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que mucha gente está peor que usted?	1	0

PUNTAJE

0-5 = normal; 6-9 = depresión moderada; 10-15 = depresión severa.

Anexo D

Tablas y gráficos complementarios

Tabla. *Riesgo de depresión en el adulto mayor según test de Yesavage por edad*

Cuadro 1

Edad	N.º	%
60-70	57	37,3
71-80	58	37,9
81-90	33	21,6
91 a más	5	3,3
Total	153	100,0

Cuadro 2. *Riesgo de depresión en el adulto mayor según test de Yesavage por sexo*

Sexo	N.º	%
Masculino	70	45,8
Femenino	83	54,2
Total	153	100,0

Gráfico 1. *Riesgo de depresión en el adulto mayor según test de Yesavage*

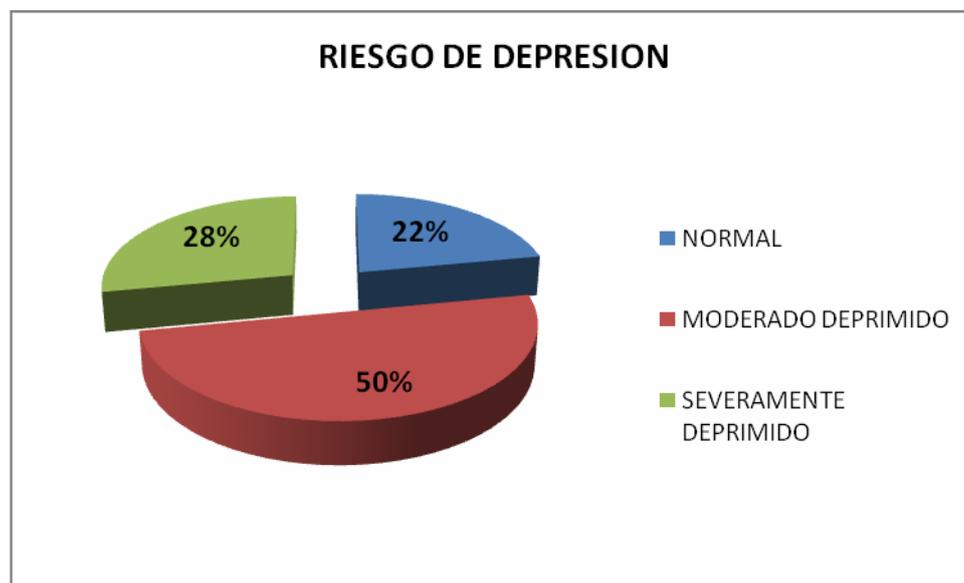


Gráfico 2. *Riesgo de depresión en el adulto mayor según test de Yesavage por edad*

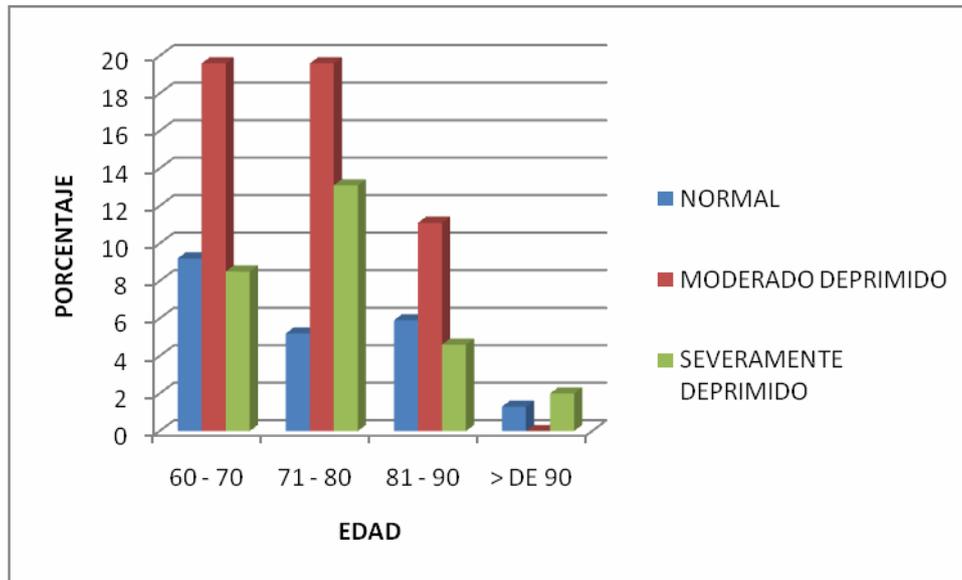


Gráfico 3. *Riesgo de depresión en el adulto mayor según test de Yesavage según sexo*

