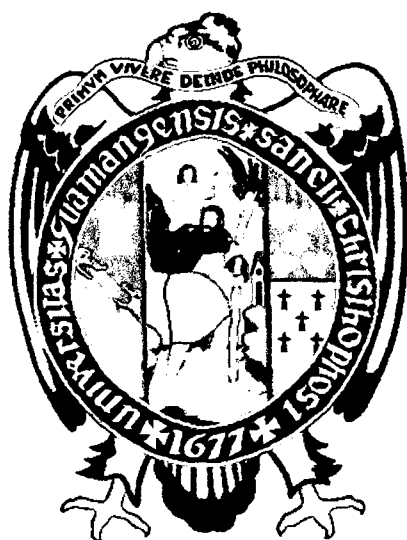


**“UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTÓBAL DE HUAMANGA”**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“SITUACIÓN SOCIO FAMILIAR Y COGNITIVA ASOCIADO AL
SÍNDROME DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE LA
COMUNIDAD DE CHIARA - AYACUCHO 2013”.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

Presentado por:

Bach. CASAFRANCA MEDINA, Ruth Victoria

Bach. CURI TAPAHUASCO, Milssa

**AYACUCHO - PERÚ
2013**

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE	i
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vii
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	01
1.1 Objetivo general.....	04
1.2 Objetivos específicos.....	04
CAPÍTULO II: REVISIÓN DE LA LITERATURA	05
2.1 Antecedentes referenciales.....	06
2.2 Base teórica.....	09
2.2.1 Evaluación socio familiar del adulto mayor.....	10
2.2.2 Síndrome depresivo.....	16
2.2.3 Factores de riesgo del síndrome de depresión.....	17
CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS	21
3.1. Enfoque de investigación.....	22
3.2. Tipo de investigación.....	22

3.3. Nivel de investigación.....	22
3.4. Diseño de investigación.....	22
3.5. Área de estudio.....	22
3.6. Población.....	22
3.7. Muestra.....	22
3.8. Criterios de inclusión y exclusión.....	22
3.8.1 Inclusión.....	22
3.8.2 Exclusión.....	23
3.9. Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	23
3.10. Plan de recolección de datos.....	23
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	25
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	34
CONCLUSIONES	46
RECOMENDACIONES	48
BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	53

Instrumentos de recolección de datos

Foto



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTOBAL DE HUAMANGA



FACULTAD DE ENFERMERÍA

“SITUACIÓN SOCIO FAMILIAR Y COGNITIVA ASOCIADO AL SÍNDROME DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE CHIARA. AYACUCHO 2013”.

Autor:

BACH. Casafranca Medina, Ruth Victoria

BACH. Curi Tapahuasco, Milssa

RESUMEN

La presente investigación tuvo como **objetivo**: Determinar la relación entre la situación socio familiar y cognitiva con el síndrome de depresión en adultos mayores de la comunidad de Chiara, **Los materiales y métodos**: la muestra estuvo integrada por 50 adultos mayores de la Comunidad de Chiara; se utilizó la Historia clínica de atención integral de salud del adulto mayor del Ministerio de Salud; así como la Escala de Síndrome Depresivo Geriátrica de Yesavage. (Nivel de Depresión) tomados de la Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores de la Organización Panamericana de la Salud. **Los resultados** indican que existe una frecuencia alta de síndrome depresivo (74%) en los adultos mayores de la comunidad de Chiara, De la misma forma el deterioro cognitivo es alto (80%) en adultos mayores con síndrome depresivo, así mismo la situación socio familiar (problema social) es moderada en los adultos mayores con síndrome depresivo de la comunidad de chiara (48%). Por lo tanto **se concluye** que el síndrome depresivo es dependiente del deterioro cognitivo y situación socio familiar del adulto mayor de la Comunidad de Chiara ($p < 0.05$).

Palabras clave: Adulto mayor, síndrome depresivo, deterioro cognitivo.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTOBAL DE HUAMANGA



FACULTAD DE ENFERMERÍA

“SITUACIÓN SOCIO FAMILIAR Y COGNITIVA ASOCIADO AL SÍNDROME DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE CHIARA. AYACUCHO 2013”.

Autor:

BACH. Casafranca Medina, Ruth Victoria

BACH. Curi Tapahuasco, Milssa

ABSTRACT

This research had as objective: determine the relationship between situation cognitive and family partner with the syndrome of depression in seniors from the community of Chiara, the materials and methods: the sample was composed 50 seniors from the community of Chiara; We used the clinical history of comprehensive care of the elderly in the Ministry of health; as well as the scale of Yesavage geriatric depressive syndrome. (Depression level) taken from the clinical guide for primary care to older adults of the Pan American Health Organization. The results indicate that there is a high frequency of depressive syndrome (74%) in the elderly community of Chiara. In the same way the cognitive impairment is high (80%) in the elderly with depressive syndrome, likewise the partner family situation (social problem) is moderate in older adults with depressive syndrome of the community of chiara (48%). Therefore it is concluded that depressive syndrome is dependent on cognitive impairment and the elderly of the community of Chiara social and family situation ($p < 0.05$).

Key words: Elderly, depressive syndrome, cognitive impairment.

DEDICATORIA

Con eterno amor y fé a Dios, a mis queridos padres, permanentes guías que incentivan mi superación, a mis adorados hijos que son el motor de mi vida, hermanos y a todos aquellos que me brindaron su apoyo incondicional.

R. Victoria

Con inmenso amor y eterna gratitud a **Dios**, quien representa el centro de mi vida, a mis adorados padres por ser ejemplo de superación y por su fortaleza que me impulsa a salir adelante, y a todos aquellos que me brindaron su apoyo incondicional.

Milssa.

AGRADECIMIENTO

A nuestra Alma Máter, Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por habernos permitido la cristalización de este gran anhelo: ser profesionales.

A la Facultad de Enfermería, forjadora de profesionales competentes y a su plana docente, por sus enseñanzas durante nuestra formación profesional.

Al asesor: Lic. Indalecio Tenorio Acosta, por brindarnos su apoyo y colaboración desinteresada durante el desarrollo de la presente investigación.

A la Asociación de personas adultos mayores “Virgen de Guadalupe” Chiara Ayacucho, por brindarnos las facilidades para acceder a la población en estudio.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el adulto mayor se ha convertido en uno de los principales focos de atención, en virtud del rápido crecimiento de este grupo etario respecto a la población general.

Este proceso en los países en desarrollo, a diferencia de los desarrollados, va acompañado de pobreza y falta de políticas de salud; actualmente se estima que sólo 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% (Mayta, 2011).

Vivimos en una sociedad que no está preparada aún para aceptar la vejez como una consecuencia natural de la vida misma. Entrar a una edad avanzada, lleva obligatoriamente el mensaje de “no apto para ciertas cosas. La ignorancia

colectiva hace pensar que una persona “entrada en años” representa una carga para la familia y la sociedad. Sin embargo, hoy existen esfuerzos para replantear el concepto de vejez y el aporte de los adultos mayores en el desarrollo de la sociedad.

El año 1984, la Organización Mundial de la Salud, establece el uso del término “Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 años y más y de esta manera evitar múltiples denominaciones como: viejo, anciano, geronte, entre otras. A partir del año 1996, la Organización de las Naciones Unidas denomina a este grupo poblacional como Personas Adultas Mayores (PAM) de conformidad con la Resolución 50/141 aprobada por su Asamblea General.

Mencionar a las Personas Adultas Mayores es hacer referencia impostergable al envejecimiento del ser humano determinado como el proceso natural, dinámico, progresivo e irreversible, en el que intervienen múltiples factores biológico, psíquicos y sociales, que consecuentemente incrementan la esperanza de vida, genera nuevas condiciones socio económicas a nivel nacional y mundial que repercuten en la calidad de vida de este grupo etario.

En América Latina el proceso de envejecimiento se caracteriza por ser más rápido que en los países desarrollados, debido principalmente a la transición de población mayormente joven a una población en proceso de envejecimiento en un contexto de pobreza y de inequidades socioeconómicas que en algunos países de la región se acentúa más que en otros (Naciones Unidas. 2002)

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI informó que actualmente hay 2'700.000 personas mayores de 60 años, lo que representa el 9% de la

población total del país. En Perú, actualmente la proporción de adultos mayores equivale al 7.5%. Para el año 2020 se estima en 11%. Cada año, los adultos mayores aumentan en 3,3% y se espera que al año 2021, dicho grupo poblacional sea de 3'727.000 y represente así el 11,2%(INEI, 2013).

Los adultos mayores por las particularidades fisiológicas, físicas y emocionales, es un grupo con predisposición a enfermar y morir, siendo el síndrome depresivo y la depresión entre otros, la causa de su deterioro. Al respecto, en el Perú, el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (2005), reporta una prevalencia de los trastornos depresivos del 18.2% en Lima Metropolitana y del 16.2% en la sierra, cifra que incrementan en grupos poblacionales de riesgo, como es el caso específico de las adultos mayores de las zonas urbano marginales en situación de pobreza.

En la Región de Ayacucho, según esta misma fuente, la prevalencia de vida para los episodios depresivos, en la población adulta mayor, equivale al 22.1% con variaciones sustanciales respecto al sexo (20.4% en varones y 23.4% en mujeres) y la edad (20.7% en adultos de 60 a 74 años y 25.4% en mayores de 74 años). La prevalencia anual del deseo de morir es de 24.9%, para el pensamiento suicida de 34.5% y para la planeación suicida del 1.8%.

Las consideraciones descritas líneas arriba motivaron el desarrollo de la presente investigación: **“Situación socio familiar y cognitiva asociado al síndrome de depresión en adultos mayores de la comunidad de Chiara - Ayacucho 2013”**.

Para el desarrollo de ésta se propusieron los siguientes objetivos:

1.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre la situación socio familiar y cognitiva con el síndrome de depresión en adultos mayores de la comunidad de Chiara, Ayacucho, 2013.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la presencia de síndrome de depresión en adultos mayores de la comunidad de Chiara, según intervalo de edad y relaciones sociales.
- Relacionar la situación cognitiva con el síndrome de depresión en adultos mayores de la comunidad de Chiara.
- Relacionar la situación socio familiar con el síndrome de depresión en adultos mayores de la comunidad de Chiara.

La Hipótesis propuesta fue: La situación socio familiar y cognitiva están asociados a la depresión en adultos mayores de la comunidad de Chiara, Ayacucho, 2013.

Los resultados del presente estudio, evidencia la existencia de una frecuencia alta de síndrome depresivo (74%) en los adultos mayores de la comunidad de Chiara, asociado al deterioro cognitivo y situación socio familiar del adulto mayor de la Comunidad de Chiara ($p < 0.05$).

El presente estudio de investigación fue estructurado de la siguiente manera: Introducción, revisión de la literatura, materiales y métodos, resultados, discusiones, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos correspondientes.

CAPÍTULO II
REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES REFERENCIALES

Siendo el síndrome de depresión la base de la depresión, se presenta antecedentes relacionados a la depresión en adultos mayores por no existir trabajos de síndrome de depresión.

Ramón y Gurudí (2007), en el estudio "Comportamiento de la depresión en el adulto mayor", en Cuba, concluyeron que: el grupo de 60-69 años fue el más representativo (57.5 %), donde el sexo femenino fue e predominante (58.2%); el nivel escolar predominante fue el primario (44.5 %); la condición socioeconómica prevaeciente fue la regular (81%); se destacaron las enfermedades crónicas, así como el maltrato psicológico (57.5%), donde el sexo femenino fue el más maltratado. La depresión estuvo presente en 47% de la población de estudio, teniendo en cuenta la de tipo menor y mayor. En el estudio se evidencia que la familia no juega un papel de sistema de apoyo y ayuda. Los resultados se vaciaron en tablas que permitieron su análisis y se recomendó realizar Diagnóstico de Salud del Adulto Mayor.

Pando (2001), en el estudio "Prevalencia de la depresión en adultos mayores en una población urbana", en México, determinó que: La tasa de 36,2% de depresión encontrada en nuestra población de estudio no es muy común, pero tampoco resultan frecuentes los estudios en población abierta y domiciliar. En la condición de hábitat urbano, donde se desarrolla nuestra investigación, el aspecto laboral sigue siendo relevante, aunque no en los jubilados sino en los desocupados. La falta de empleo y la viudez representaron altos valores como factores de riesgo; no

podemos dejar de considerar que estos dos factores representan pérdidas y que la pérdida es uno de los principales elementos en la etiología de la mayoría de las depresiones”.

Márquez (2005), en la investigación “Depresión en el adulto mayor: Frecuencia y factores de riesgo asociados”, en México, concluyó que: “El envejecimiento mundial de la población y los fenómenos naturales que la acompañan hacen de los ancianos un grupo de alto riesgo para padecer depresión. En nuestro medio los resultados muestran una frecuencia mayor de la esperada, por lo que es obligado realizar acciones para disminuir en lo posible su presentación, actuar sobre los factores de riesgo susceptibles de ser modificados e informar a nuestra comunidad médica de los hallazgos de este estudio para que se incremente la vigilancia y se eviten riesgos en un grupo de por sí muy vulnerable”.

Martínez (2007), en el estudio “Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado”, en México, concluyó que: “Diez pacientes se catalogaron como portadores de demencia (3.1%) y fueron eliminados del estudio. Se encontró depresión en 50% y dependencia en 62% con la escala de Katz, y en 75% con la de Lawton. En el análisis bivariado existió asociación entre depresión y edad mayor de 80 años, sexo femenino hospitalizado en el servicio de medicina interna, dependencia, vivir solo y presencia de enfermedades crónicas degenerativas. En la regresión logística persistió asociación con el sexo femenino, vivir solo, dependencia y estar hospitalizado en el área de medicina interna. La prevalencia de depresión en el adulto mayor

hospitalizado fue elevada. Depender de otras personas que no pertenezcan la familia nuclear y ser portador de patologías crónicas fueron los factores que más se asociaron”.

Castro y Ramírez (2006), en el estudio “Factores de riesgo asociado a la depresión del adulto mayor”, en México, determinaron que: La prevalencia de depresión fue de 41.7%, se observó un riesgo fuerte para desarrollar depresión en los individuos expuestos a bajo apoyo social, económicamente improductivos e inasistencia a asociaciones de convivencia, con una OR de 4.91, 3.96 y 3.14, respectivamente. Riesgo moderado en aquellos con inactividad física, dependencia económica y género femenino. Riesgo débil en aquellos con pluripatología y polifarmacia, y una acción protectora en aquellos con desarmonía familiar. Con base en los resultados, se observa que la depresión es un problema de salud pública en los adultos mayores del Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos. Los factores de riesgo psicosocial mostraron mayor fuerza de asociación para desarrollar depresión.

Capunay, Figueroa y Varela (1996), en el estudio “Depresión en el adulto mayor: Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia”, en Lima, llegaron a las siguientes conclusiones: “Se encontró que el 75% presentaba algún síntoma depresivo y el 8.3% tenía depresión mayor. Los principales síntomas depresivos fueron el estado de ánimo depresivo, trastorno del sueño y pérdida de energía”.

Calderón (2008) en la investigación "Eficacia de un programa de intervención en la disminución del nivel de depresión en adultas mayores atendidas en el Puesto de Salud Ñahuinpuquio"- Ayacucho, arribó a las siguientes conclusiones: De 16 (100%) adultas mayores con depresión del grupo control, el 50% presentó depresión moderada y leve, respectivamente, en la evaluación inicial. En la evaluación final, el 62.5% de adultas mayores presentó depresión moderada y 18.8% leve, a la vez que un porcentaje similar (18.8%) no presentó depresión.

2.2 BASE TEÓRICA

ADULTO MAYOR: En distintas épocas el proceso de envejecer ha sido denominado de diferentes formas: ancianidad, senectud, senescencia, senilidad, gerontes, abuelos, tercera edad, cuarta edad, adultos mayores, entre otros. Para la Organización Mundial de la Salud – OMS, una persona mayor es quien tiene 60 años y más. En 1996 las Naciones Unidas proponen denominar a este grupo poblacional personas adultas mayores, con la resolución 50/141 aprobada en Asamblea General.

La vivencia del envejecimiento es una experiencia singular ligada a los diferentes significados que tiene el envejecer y que se inscriben en un determinado contexto histórico-social. Este produce una variedad de discursos, instituyendo y legitimando algunas prácticas que en lo relativo a la vejez la connotan negativamente. Este hecho se observa en las actitudes cargadas de prejuicios y creencias respecto a lo viejo, sinónimo para muchos de caduco, de deterioro. Valoración de la persona desde

una óptica estética, en contraste con la ausencia de una valoración en la parte ética, relacionada a los valores, conocimientos y experiencias de vida.

En tal escenario, las personas adultas mayores se sienten censuradas, excluidas e inhiben sus capacidades. Es cierto que el envejecimiento físico trae como consecuencia la pérdida de un conjunto de habilidades pero la mayor pérdida que puede resentir una persona es la social y afectiva.

EVALUACIÓN SOCIO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR

Una característica esencial del ser humano, es la de ser un ser social. Los aspectos sociales determinantes de la salud de las personas adultas mayores son parte integral de la valoración geriátrica.

Desde el punto de vista sociológico, la familia tradicional en América Latina ha ido evolucionando. Gradualmente, se ha ido convirtiendo en familia nuclear con características propias de áreas urbanas y con cambios importantes en el rol de la mujer en el hogar y en la sociedad. Estos cambios tienen repercusiones importantes en la capacidad que tiene la familia como tal, para dar respuestas solidarias a las necesidades de las personas con discapacidades que históricamente dependían del cuidado familiar. Por otro lado, habitualmente, las viviendas tienen dimensiones reducidas y no están adaptadas para acoger a personas con dificultades funcionales.

Adicionalmente, en la sociedad, la mayoría de las personas adultas mayores necesitan jugar un papel directamente productivo para poder sobrevivir económicamente, aunque no siempre logran obtener un trabajo adaptado a sus necesidades físicas, en un ambiente saludable y con los apoyos necesarios para mantener la funcionalidad.

En cualquier caso es importante, que las personas adultas mayores tengan la información, el apoyo y las oportunidades necesarias para continuar contribuyendo al bienestar propio y al de la sociedad. También deberán tener las garantías y las protecciones adecuadas para poder envejecer y vivir el final de su vida con dignidad y apoyo familiar y social.

ASPECTOS SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO

Durante los últimos años se ha logrado un consenso internacional sobre algunos de los factores sociales determinantes de la salud en las personas adultas mayores. Estos incluyen factores demográficos, situación socioeconómica, factores psicosociales como adaptabilidad y estrés, además del capital social del individuo. La evidencia de la relación entre estos factores y el estado de salud de las personas adultas mayores es amplia, aunque todavía estos temas siguen siendo importantes para investigadores internacionales. A continuación presentamos un resumen del significado de cada uno de estos factores para la valoración integral del adulto mayor.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIALES

EDAD:

Existe una relación fuerte entre la edad y diversas dimensiones de salud. Por ejemplo, en el Centro de Salud encontrará que el porcentaje de personas de 60 años y más con enfermedades crónicas es mucho mayor que en la población de 50 años o menos. Las pérdidas funcionales también tendrán una fuerte correlación con la edad de la persona aumentando significativamente en la población de 75 años y más. La relación entre la edad y otros indicadores de salud es menos precisa. Vale la pena, entender las enfermedades que son relacionadas con la edad y también estudiar las intervenciones que logran posponer las manifestaciones clínicas de estas enfermedades, sin dejarse llevar por la propaganda popular de la medicina anti envejecimiento.

SEXO:

En todos los indicadores de salud, excepto mortalidad, las mujeres adultas mayores suelen tener indicadores de salud más pobres que los hombres de la misma edad.

Las mujeres mayores suelen tener una prevalencia más alta de enfermedades crónicas y de pérdidas funcionales. También, suelen reportar más frecuentemente que los hombres, que su salud no es buena. Es importante destacar que muchos estudios han encontrado que el ser mujer es uno de los factores de riesgo más importante para la aparición de síntomas depresivos.

EDUCACIÓN:

El nivel de educación se encuentra relacionado con la auto percepción de salud de la persona adulta mayor. También se encuentra asociado con mortalidad y con deterioro cognitivo y demencias. En algunos estudios hay indicación de que el nivel de educación deja de ser un factor determinante en salud cuando existe un sistema con acceso universal a los servicios de salud. Sin embargo, otros estudios encuentran alta correlación entre el nivel funcional de la población adulta mayor con el nivel educacional de la población.

INTEGRACIÓN SOCIAL

Como medida de integración social se entiende a los vínculos sociales que mantiene la persona adulta mayor, ya sea por medio de roles sociales, participación en grupos de voluntariados o participación en organizaciones laborales, clubes, iglesias, etc.

Estudios en varias partes del mundo, destacan que hay una fuerte correlación en mortalidad, así como en otros indicadores de salud. La participación social es definitivamente un factor protector de la salud.

ESTRÉS SOCIAL

Como indicadores de estrés social se utilizan dos variables; la primera se relaciona con el hecho de no contar con suficiente dinero para cubrir las necesidades básicas de la vida diaria y la otra está relacionada con el sentido de duelo por la muerte de un ser querido o la pérdida de un rol social importante para el individuo.

Existe una relación entre la auto-percepción de salud y el nivel de estrés económico que percibe la persona mayor. También se considera que el duelo o el estrés relacionado a pérdidas sociales son factores, que combinados con otros factores demográficos, tienen una relación importante con la salud física y mental.

No existe una tipología de problemas de estrés relacionados con la salud de las personas adultas mayores. Sin embargo se podrían incluir dentro de la evaluación social del individuo otros cambios por los cuales puede estar atravesando la persona adulta mayor:

- Jubilación o falta de empleo
- Cambios en la salud y pérdida de autonomía
- Cambios en la vida familiar: viudez, separación de hijos y nietos, etc.
- Cambios en relocalización (por ejemplo, de arreglo domiciliario o institucionalización)
- Maltrato o violencia doméstica o exclusión familiar

APOYO SOCIAL

Sugerimos dos indicadores para medir el apoyo social del individuo: tamaño de la red social y el estado civil. Algunos estudios indican que hay una relación de protección entre el vivir en pareja, los síntomas depresivos y el nivel de funcionalidad del individuo. Sin embargo, también se ha encontrado que el vivir en pareja es un factor protector, más frecuente en el caso de los hombres que en el de las mujeres mayores.

Varios estudios importantes han relacionado el número de contactos positivos que la persona mayor tiene con su red social, como protector de

salud y bienestar. El rol del apoyo social o de la actividad social de la persona adulta mayor se considera tan importante en algunos estudios como el nivel de actividad física del individuo en la promoción de un envejecimiento saludable y activo.

DEPENDENCIA ECONÓMICA:

Dependencia económica refiere a dos cosas, la primera es: si tu siendo mayor de edad y con trabajo remunerado mantienes a tus papas, hijos, esposa, abuelos, tíos y dependen económicamente de ti, esto es siempre y cuando ninguno trabaje y dependa de ti al 100%, refiere en consecuencia cuánto dinero te cuesta mantener al 100% a cada uno de ellos en dinero, la otra sería cuanto le cuestas tu a quien te mantiene, sea tu papa, tu mama tus tíos.

Si bien es un término o concepto bastante usado, no está siempre claro a lo que se refiere. Generalmente se refiere a la capacidad de generar recursos sin depender de un empleador, o sea de manera "independiente" como en el caso de un empresario. Si haces un análisis más profundo, te das cuenta que no existe tal cosa como la "independencia" económica, y que las personas que trabajan como "independientes" en realidad dependen no de una sino que de muchas personas para generar ingresos (te lo digo por experiencia propia como empresario). De hecho, te diría que un trabajo "dependiente" es decir como empleado, es en la práctica bastante más "independiente" en el sentido de que es mucho más seguro el ingreso que recibes mes a mes. En el caso de los emprendimientos, el

asunto se torna bastante más incierto (hay posibilidades de ganar más claro, pero el riesgo es significativamente mayor).

2.2.2 SÍNDROME DEPRESIVO.

Consiste en el predominio de los síntomas afectivos, síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. Es una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

El síndrome depresivo puede constituir el principal motivo de consulta en medicina general, que requiere de un examen médico psiquiátrico oportuno, para el diagnóstico precoz de depresión, que es sencillo por ser un cuadro típico donde se asocian estado de ánimo depresivo, enlentecimiento psicomotor y ansiedad (6).

Existen muchos instrumentos para medir síntomas del síndrome depresivo, la **escala geriátrica de síndrome de depresión de Yesavage**, ha sido probada y utilizada extensamente con la población de personas mayores. Es un cuestionario breve en el cual se le pide al individuo responder a 15 preguntas, contestando sí o no respecto a cómo se sintió durante la semana anterior a la fecha en que se administra dicho cuestionario. Una puntuación de **0 a 5** se considera normal, **6 a 10** indica depresión leve y **11 a 15** indica depresión severa.

La Escala de Yesavage puede utilizarse con las personas saludables y se recomienda específicamente cuando hay alguna indicación de alteración afectiva. Se ha utilizado extensamente en entornos comunitarios y de atención aguda y de largo plazo. Esta herramienta la puede administrar el médico, el enfermero o el trabajador social.

Las personas con síndrome de depresión suelen presentar: ánimo abatido, tristeza, tendencia al llanto, pérdida de interés por el mundo que lo rodea, trastornos del sueño y del apetito, pérdida de autoestima e incluso ideas de suicidio; conjunto de signos y síntomas que merece un diagnóstico psiquiátrico, para el tratamiento adecuado.

A pesar de que los adultos mayores están en un riesgo más alto que el resto de la población, el deterioro cognitivo y la depresión no son considerados normales o inevitables en el envejecimiento.

Los cambios en el funcionamiento cognitivo y afectivo de los adultos mayores a menudo requieren acción puntual y agresiva. Es especialmente probable que el funcionamiento cognitivo y afectivo en los pacientes mayores decline durante una enfermedad o a causa de alguna lesión.

La evaluación del estado cognitivo y afectivo del paciente es fundamental en la identificación de cambios tempranos en el estado fisiológico, la capacidad de aprendizaje y la evaluación de las respuestas al tratamiento. En la Atención Primaria, el profesional de salud debe poder administrar las siguientes herramientas para la evaluación del estado mental del adulto mayor:

2.2.3 FACTORES DE RIESGO DEL SÍNDROME DE DEPRESIÓN

- **Situación cognitiva:** Comprende las funciones relativamente básicas como son: memoria, orientación, atención; debe recordarse que no detecta alteraciones leves ni cambios pequeños durante la evolución.

La función cognitiva es la capacidad de realizar funciones intelectuales, por ejemplo: recordar, orientarse o calcular. Los trastornos cognitivos pueden deberse a muy diferentes causas, desde trastornos ligeros como el olvido benigno, hasta cuadros clínicos graves como la demencia

Los resultados del estudio, que fueron publicados en la revista Archives of Neurology, muestra al Dr. José Alejandro Luchsinger, de la Universidad Medical Center de Columbia, quien manifestó: "Tradicionalmente, las quejas de deterioro cognitivo y la presencia de demencia se han asociado a la depresión como causa. Nuestro estudio sugiere que la depresión no es una causa de demencia, pero acompaña la aparición de deterioro cognitivo". Por otra parte, el experto agregó: "La depresión podría ser un factor de riesgo para la demencia, un síntoma de demencia precoz, una reacción a la discapacidad cognitiva y funcional, o un síntoma de un factor de riesgo relacionado, como por ejemplo una enfermedad cerebrovascular".

La Escala Pfeffer (Portable Functional Assessment Questionnaire). Valora el estado cognitivo mediante el Cuestionario abreviado de Pfeffer, que consta de 10 preguntas, y se debe marcar con "1" punto por cada pregunta errada (E), y "0" por cada pregunta totalmente acertada. Se suman el número total de preguntas erradas, y luego realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera: ≤ 2 E: No deterioro cognitivo 5 a 7 E: Deterioro Cognitivo Moderado. 3 a 4

E: Deterioro Cognitivo leve 8 a 10 E: Deterioro Cognitivo severo. La información que es obtenida de un familiar o cuidador del paciente

En el caso de las personas con primaria incompleta y analfabeta se restoun punto a la suma total y se procedió a la valoración.

- **Situación familiar:** con Poco o Nulo Apoyo Social. Tener pocas relaciones o que éstas no sean de apoyo puede incrementar el riesgo de depresión tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, se ha encontrado que los índices de depresión son más altos en mujeres que están en casa con niños pequeños, y aquellas personas que se describen a sí mismas como aisladas, en comparación con mujeres que trabajan o que tienen una red social de apoyo. En muchos casos, se ha descubierto que las redes sociales restringidas preceden el inicio de la depresión.

Historial familiar de enfermedad mental. Las personas con un historial familiar de trastornos depresivos tienden a estar en mayor riesgo de desarrollar depresión.

Trastornos Físicos o Mentales Crónicos. En años recientes, investigadores han encontrado que los cambios físicos en el cuerpo pueden estar acompañados por cambios mentales.

Estrés. Eventos estresantes por una pérdida grave, una relación difícil, trauma, o problemas financieros.

Factores Psicológicos. Algunos factores psicológicos ponen en riesgo de síndrome depresivo a las personas. Las personas con baja auto-

estima, quienes constantemente se ven a sí mismas y al mundo con pesimismo, o que se agobian fácilmente por el estrés, podrían ser propensas a la depresión.

Bajo estatus socioeconómico. Estar en un grupo socioeconómico bajo es un factor de riesgo para depresión. Esto puede ser a causa de factores como bajo estatus social percibido, factores culturales, problemas financieros, entornos estresantes, aislamiento social, y mayor estrés diario.

Sexo femenino. Las mujeres experimentan síndrome de depresión con una frecuencia aproximadamente dos veces mayor a la de los hombres. Los factores hormonales podrían contribuir al índice incrementado de depresión en mujeres.

Edad. Los ancianos tienen riesgo particularmente más alto de síndrome de depresión. Además, a ellos notablemente no se les trata adecuadamente; por tener la idea equivocada que es natural verles apagados emocionalmente.

Insomnio y trastornos del sueño. Los problemas crónicos del sueño están fuertemente asociados con la depresión y se deberían tratar para evitar complicaciones (Scholten, 2009).

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Cuantitativo, porque la información es presentada estadísticamente.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicado, porque se emplearon teorías de la investigación básica.

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo - correlacional, porque mide la relación y el grado de correlación entre las variables.

3.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Transversal, porque los instrumentos fueron aplicados en un solo momento.

3.5. ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio fue la zona urbana del distrito de Chiara - Ayacucho.

3.6. POBLACIÓN

Está constituida por 50 adultos mayores pertenecientes a la zona urbana del distrito de Chiara (Censo local 2012).

3.7. MUESTRA

La muestra está integrada por el 100% (50) de la población.

3.8. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.8.1 INCLUSIÓN

- Adultos mayores y algún miembro de la familia que voluntariamente aceptaron.

3.8.2 EXCLUSIÓN

- Adultos mayores o miembros de la familia que no aceptaron participar en la investigación.
- Adultos mayores que no vive en la zona urbana del Distrito de Chiara.

3.9. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección de datos fue la entrevista.

Los instrumentos de valoración de la situación familiar y cognitiva comprenden el cuestionario e ítems elaborados por el Ministerio de Salud

Para la identificación del síndrome depresivo se utilizo la Escala de síndrome de Depresión Geriátrica de Yesavage, tomados de la Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores de la Organización Panamericana de la Salud.

3.10. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para llevar a cabo el presente estudio, se realizó previamente los trámites administrativos para solicitar autorización a los miembros de la comunidad de Chiara, así como a la Municipalidad, se identificó y registró la ubicación física de sus domicilios, luego se procedió con la elaboración de un cronograma de la recolección de datos.

Los instrumentos fueron aplicados en el local comunal de la comunidad de Chiara con presencia de los adultos mayores y un miembro familiar u otro responsable, previo consentimiento informado.

Se procedió con la aplicación de la guía de entrevista, las guías de valoración socio familiar y cognitiva

Se finalizó con la aplicación de la Escala de Síndrome de Depresión Geriátrica de Yesavage.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

**TABLA N° 01. EL SÍNDROME DEPRESIVO EN ADULTOS MAYORES DE LA
COMUNIDAD DE CHIARA - AYACUCHO 2013**

SÍNDROME DEPRESIVO	N°	%
Ausencia	13	26
Presencia	37	74
TOTAL	50	100

Fuente: Escala de síndrome de Depresión Geriátrica de Yesavage.

En la tabla N°01, se observa que, del 100% (50) de adultos mayores de la comunidad de Chiara, el 74% presenta síndrome depresivo, solo el 26% ausencia de síndrome de depresión.

TABLA N° 02. SÍNDROME DEPRESIVO ASOCIADO A RELACIONES SOCIALES EN ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE CHIARA - AYACUCHO 2013.

RELACIONES SOCIALES	SÍNDROME DEPRESIVO				TOTAL	
	Ausencia		Presencia		N°	%
	N°	%	N°	%		
Con la familia y comunidad	8	16	0	0	8	16
Sólo con la familia	4	8	6	12	10	20
No sale del domicilio	1	2	31	62	32	64
TOTAL	13	26	37	74	50	100

Fuente: Guía de valoración de la situación del adulto mayor del Ministerio de Salud; Escala de síndrome de depresión Geriátrica de Yesavage.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	40.003	4	0.000

En la Tabla N° 02 se observa que, del 100% (50) adultos mayores de la comunidad de Chiara, 64% carece de relaciones sociales, de quienes como era de esperar el 62% (31) presentan síndrome depresivo, solo 2% no presenta; del 20% de adultos mayores que establece relaciones con los miembros de su familia; 12% (6) presentan síndrome depresivo y del 16% que se relacionan no solo con miembros de su familia sino también con miembros de la comunidad ningún adulto mayor presenta síndrome de depresión.

Realizada la prueba estadística de Chi cuadrada se determina que existe una relación de dependencia entre ambas variables, es decir el síndrome depresivo se asocia a la ausencia de relaciones sociales del adulto mayor ($p < 0.05$).

TABLA N° 03. SÍNDROME DEPRESIVO ASOCIADO AL INTERVALO DE EDAD DE ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE CHIARA - AYACUCHO 2013

INTERVALO DE EDAD	SÍNDROME DEPRESIVO				TOTAL	
	Ausencia		Presencia		N°	%
	N°	%	N°	%		
60-69 años	6	12	6	12	12	24
70-79 años	1	2	19	38	20	40
> 80 años	6	12	12	24	18	36
TOTAL	13	26	37	74	50	100

Fuente: Guía de valoración de la situación del adulto mayor del Ministerio de Salud; Escala de síndrome de depresión Geriátrica de Yesavage.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13060	4	0.00011

En la Tabla N° 03, se observa que, del 100% (50) de adultos mayores de la comunidad de Chiara, el 40% corresponde a las edades 70-79 años, de quienes 38% tienen síndrome depresivo; seguido de 36% mayores de 80 años, de quienes 24 % presentan síndrome depresivo, 12% no presentan; así mismo 24% comprendido entre 60-69 años de edad, el 12% presenta síndrome depresivo y el mismo porcentaje no presenta.

Realizada la prueba estadística de Chi cuadrada se determina que existe una relación de dependencia entre ambas variables, es decir el síndrome de

depresión se asocia con la edad de los adultos mayores ($p < 0.05$); es decir cuanto mayor es la edad es más frecuente el síndrome depresivo.

TABLA N° 04. SÍNDROME DEPRESIVO ASOCIADO A LA SITUACIÓN COGNITIVA DE ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE CHIARA - AYACUCHO 2013.

SITUACIÓN COGNITIVA	SÍNDROME DEPRESIVO				TOTAL	
	Ausencia		Presencia		N°	%
	N°	%	N°	%		
No Deterioro	6	12	4	8	10	20
Deterioro Moderado	4	8	18	36	22	44
Deterioro Severo	3	6	15	30	18	36
TOTAL	13	26	37	74	50	100

Fuente: Guía de valoración de la situación del adulto mayor del Ministerio de Salud; Escala de síndrome de depresión Geriátrica de Yesavage.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,358	4	0.043

En la Tabla N° 04, se observa, del 100% (50) de adultos mayores de la comunidad de Chiara, 44% de adultos mayores presentan deterioro cognitivo Moderado, de los cuales, 36% presenta síndrome depresivo y el 8% ausencia de síndrome depresivo. El 36% de adultos mayores presentan deterioro cognitivo severo, de quienes el 30% presenta síndrome depresivo y 6% ausencia de síndrome depresivo. El 20% de adultos mayores no tienen deterioro cognitivo; de los cuales el 12% presenta ausencia de síndrome de depresión y solo el 8% presenta síndrome depresivo.

Realizada la prueba estadística de Chi cuadrada se determina que existe una relación de dependencia entre ambas variables, es decir el síndrome depresivo

se asocia a la situación cognitiva del adulto mayor ($p < 0.05$), es decir mayor deterioro mayor predisposición al síndrome depresivo. Ana Mercedes Cerquera Córdova, Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga, Colombia, (24).

TABLA N° 05. SÍNDROME DEPRESIVO ASOCIADO A LA SITUACIÓN SOCIO FAMILIAR DE ADULTOS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE CHIARA - AYACUCHO 2013.

SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR	SÍNDROME DEPRESIVO				TOTAL	
	Ausencia		Presencia		N°	%
	N°	%	N°	%		
Riesgo a Problema Social	9	18	13	26	22	44
Existe Problema Social	4	8	24	48	28	56
TOTAL	13	26	37	74	50	100

Fuente: Guía de valoración de la situación del adulto mayor del Ministerio de Salud; Escala de síndrome de depresión Geriátrica de Yesavage

	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,701	2	0.003

En la Tabla N° 05 se observa que, del 100% (50) de adultos mayores de la comunidad de Chiara, 56% de adultos mayores presentan problema social, de los cuales el 48% presenta síndrome depresivo y el 8% ausencia de síndrome depresivo. El 44% adultos mayores presentan riesgo a presentar problema social, de quienes el 26% presenta síndrome depresivo y el 18% no presenta.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La tabla N° 01, evidencia del 100% (50) de adultos mayores de la comunidad de Chiara, mayor porcentaje 74% presentan síndrome depresivo y el 26% ausencia de síndrome de depresión.

Partiendo que el síndrome depresivo es una antesala de los cuadros depresivos, la contrastación de los resultados se realiza con antecedentes relacionados con depresión en adultos mayores. Aldana R (2010) en la investigación: "Análisis de la depresión en el adulto mayor en la encuesta nacional de demografía y salud. Colombia 2010". Identifica una prevalencia global de 9,5%, siendo mayor para el sexo femenino (11,5%, OR =1,74), menor prevalencia de depresión a medida que aumenta la escolaridad (OR=0.14), mayor depresión en presencia de discapacidad (OR=14,21) y en las comorbilidades como enfermedades cerebrales (OR=2.09), cardíacas (OR=1.49), diabetes (OR=1.19), Alzheimer (OR=2,13) entre otras, no encontró asociación con variables como edad, estado civil.

Capunay, Figueroa y Varela (1996), en el estudio "Depresión en el adulto mayor: Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia- Lima", concluyen: el 75% presento algún síntoma depresivo y el 8.3% tenía depresión mayor. Los principales síntomas depresivos fueron el estado de ánimo depresivo, trastorno del sueño y pérdida de energía"

En el síndrome de depresión, es común la tristeza profunda, la pérdida del interés y la ilusión de vivir, disminución en las actividades de la vida cotidiana; alteraciones del sueño, del apetito, síntomas somáticos. El síndrome de

depresión y la ancianidad han sido asociadas de diversas maneras; por ello antiguamente se consideraba como una consecuencia inevitable del envejecimiento. Ahora se sabe que es relativo, porque si bien es cierto suceden cambios biológicos y psicosociales, que incrementa su vulnerabilidad; pero si los miembros de la familia, la comunidad y el estado brindan los cuidados necesarios, el riesgo de sufrir síndrome de depresión será menor; pero si sufre de abandono, aislamiento y carencia en la satisfacción de necesidades básicas y de afecto tendrá mayor predisposición a presentar el síndrome de depresión.

De avanzar en severidad los signos y síntomas del síndrome depresivo, termina en depresión, que tienen un impacto tan elevado en la salud pública, por el alto grado de discapacidad que generan. Los estudios simultáneos y comparables en 15 países de la Encuesta Mundial de Salud Mental mostraron que, en general, las personas atribuyen mayor discapacidad a los trastornos mentales como es la depresión que a los físicos, fundamentalmente debido a la mayor discapacidad social y en el ejercicio de las tareas personales cotidianas, (19).

Sin embargo, no es detectado oportunamente el síndrome depresivo, menos diagnosticado, tampoco atendida, en vista de que los familiares están ocupados en sus problemas propios; tampoco los establecimientos de salud fundamentalmente en los distritos no cuentan con un servicio de salud mental y psiquiatría.

En conclusión, el síndrome de depresión afecta al mayor porcentaje de adultos (as) mayores; a continuación se detallara la relación de este síndrome con variables como edad, relaciones sociales, situación cognitiva y sociofamiliar.

La Tabla N° 02, refleja del 100% (50) adultos mayores de la comunidad de Chiara, 64% carece de relaciones sociales, de quienes como era de esperar mayor porcentaje, 62% (31) presentan síndrome depresivo, solo 2% no presenta; así mismo del 16% que se relacionan no solo con miembros de su familia sino también con miembros de la comunidad ningún adulto mayor presenta síndrome de depresión. Dichos resultados evidencian la importancia de que los adultos mayores como todo ser humano necesitan estar en permanente interrelación con otras personas, y así sentirse útil e importante.

Es elemental proveer a los adultos mayores un entorno favorable, que les permita interrelacionarse, expresar sus inquietudes, sentirse escuchados, queridos y tomados en cuenta para que conserven su salud emocional hasta que dejen de existir. Así mismo el estado y la sociedad tiene para con las personas mayores, el deber y la responsabilidad moral de retribuirles bienestar, agradecimiento y respeto, reconociendo que lo que se tiene hoy es fruto de su esfuerzo y dedicación (27).

La red social es de vital importancia, adultos mayores sin soporte familiar tienen predisposición de presentarsíndrome de depresión, alteraciones cognitivas y una percepción de un peor estado de salud que aquellos que sí lo tienen. Si bien la vejez no es una enfermedad, en esta etapa de la vida

aumentan los riesgos de enfermar o de perder la autonomía y la funcionalidad; en consecuencia, requiere de mucha atención y cuidado.

Villarreal y Mont. 2011, en la investigación: Condición socio familiar, asistencias y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincilejo (Colombia), identificaron que los adultos mayores se encuentran en vulnerabilidad y riesgo social por el abandono de los miembros de su familia, quedando sola sin tener con quien comunicarse, específicamente con respecto a la valoración socio familiar refieren que el 40.4% de los adultos mayores está en riesgo social; un 27.3% tiene problema sociales y solo el 32,3% tiene una valoración socio familiar buena o aceptable.

Castro y Ramírez (2006), en el estudio "Factores de riesgo asociado a la depresión del adulto mayor-México", determinaron que: La prevalencia de depresión fue de 41.7%, siendo el riesgo fuerte para desarrollar depresión el estar expuestos a bajo apoyo social, económicamente improductivos e inasistencia a asociaciones de convivencia, con una OR de 4.91, 3.96 y 3.14, respectivamente.

Matsubayshi et al. (2003), Señalo que la integración y participación social del adulto mayor dentro de la comunidad y redes sociales de apoyo juegan un rol muy importante para incrementar el bienestar; así mismo la autoestima y su satisfacción con la vida guardan una gran relación con la cantidad y calidad de las relaciones amicales, así como con su grado de socialización y participación social, reforzado por (Del Risco 2007).

Pérez y Arcia (2000) en el estudio "Comportamiento de los factores bio-sociales en la depresión del adulto mayor" identificaron que el 48,3 % no lleva una vida social activa, el 77,9 % de los ancianos refiere que no participa en los Círculos de Abuelos. En relación con la participación en las actividades convocadas por las organizaciones de masas, el 56 % de los ancianos no participan en dichas actividades, alegando, fundamentalmente, padecer problemas de salud, no obstante el 44 % acude a estas actividades de forma entusiasta. Concluyen manifestando que los adultos mayores tienen carencia del apoyo en las áreas: laboral, de pareja y de contacto social, con insuficientes redes de apoyo social.

En conclusión, la carencia del soporte social, las redes de apoyo por parte de los miembros de la familia y comunidad son determinantes en la presencia del síndrome depresivo; según la prueba estadística Chi cuadrada, se determina que existe una relación de dependencia entre las variables; es decir el síndrome depresivo se asocia a la carencia de relaciones sociales que presenta el adulto mayor de la comunidad de Chiara ($p < 0.05$).

En la Tabla N° 03, se observa que, del 100% (50) de adultos mayores de la comunidad de Chiara, a medida que tiene más edad existe predisposición de presentar síndrome depresivo; es así que el 40% corresponde a las edades 70-79 años, de quienes 38% tienen síndrome depresivo; de 36% con 80 a más años de edad, 24 % presentan síndrome depresivo.

La Organización de Naciones Unidas (ONU) plantea que el proceso de envejecimiento, es un fenómeno secuencial, acumulativo e irreversible, que deteriora el organismo progresivamente hasta hacerlo incapaz de enfrentar

circunstancias y condiciones del entorno; condiciones particulares que justamente genera cuadros de síndrome depresivo en la etapa adulto mayor.

Así mismo, Márquez (2005), en la investigación "Depresión en el adulto mayor: Frecuencia y factores de riesgo asociados- México", concluyó que: "El envejecimiento mundial de la población y los fenómenos naturales que la acompañan hacen de los ancianos un grupo de alto riesgo para padecer depresión".

Realizada la prueba estadística de Chi cuadrada se determina que existe una relación de dependencia entre ambas variables, es decir el síndrome de depresión se asocia con la edad de los adultos mayores ($p < 0.05$); es decir cuanto mayor es la edad es más frecuente el síndrome depresivo.

En la Tabla N° 04, se observa, que los adultos mayores con deterioro cognitivo en sus grados moderado y severo presentan síndrome depresivo; aunque del 20% de adultos mayores que no tienen deterioro cognitivo el 8% presenta síndrome depresivo.

Mejía y Arango et al. (2007) en el estudio: Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México; advierten que la probabilidad de deterioro cognitivo sumado a la dependencia funcional fue mayor entre las mujeres y aumentó con la edad y se asoció con la presencia de depresión.

Se postula que el síndrome de depresión sobretodo en edades avanzadas va asociada a una disfunción del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal. La depresión severa en adultos mayores va asociada a alteraciones cognitivas,

que incluyen déficit de atención, del procesamiento de la información, del aprendizaje, de la función ejecutiva y de la memoria, que pueden tener semejanza con un cuadro demencial. (Gómez 2003)

La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas. La función cognitiva cambia con la edad. Si bien algunos individuos envejecen «exitosamente», es decir muchas de sus funciones cognitivas permanecen igual que en su juventud; la mayoría sufre la disminución de algunas esferas cognitivas tales como las de aprender nueva información y ejecutar funciones motoras rápidas, mientras que otros sufren condiciones como la enfermedad de Alzheimer que deterioran severamente su funcionamiento cognitivo.

Además de la disminución de la función cognitiva propia del envejecimiento y patologías como la enfermedad de Alzheimer, un gran número de procesos frecuentes en el anciano (infecciones, procesos degenerativos, neoplásicos, enfermedades sistémicas, toma de fármacos, etc.) también pueden alterar tales funciones de forma parcial o global, tanto de forma aguda como crónica (Iraizoz I. 1999).

La persona adulta mayor, al notar que está perdiendo sus funciones cognitivas, que se evidencian en el olvido frecuente sobre las ocurrencias, olvidos del lugar donde guardo sus pertenencias, o ir de compras, entre otros, le va generar tristeza, llanto, ansiedad; es decir el síndrome depresivo, que ira empeorando

cuando no tiene estímulos para detener el deterioro y más aun cuando no es diagnosticado de manera oportuna.

Es de esperar que el deterioro cognitivo, hará que los adultos mayores no tengan conciencia de la realidad que le rodea, con olvidos y desorientación en tiempo, espacio y personas, según la gravedad, lo cual en algunas ocasiones es notado por la persona adulto mayor, generando tristeza y otros signos, síntomas de síndrome depresivo

Realizada la prueba estadística de Chi cuadrada se determina que existe una relación de dependencia entre ambas variables, es decir el síndrome depresivo se asocia con el deterioro cognitivo del adulto mayor.

En la Tabla N° 05, respecto a la situación socio familiar, se observa que la mayoría de adultos mayores 56% presentan problema social, El 44% riesgo a presentar problema social; de quienes mayores porcentajes presentan síndrome depresivo.

Se refiere a problema social, cuando el resultado de la valoración es un puntaje $> 0 =$ a 15 puntos, que evalúa cómo es su vivienda, con quienes vive, apoyo de la red social, situación económica y relaciones sociales, los que permitirán la satisfacción de sus necesidades básicas fundamentalmente. En cuanto a las relaciones sociales, se demuestra con mayor detalle en el tabla N° 02.

Según Maslow, la cobertura de necesidades básicas en los seres humanos es fundamental y universal, entre estos se tiene la alimentación, la hidratación, conservación de la temperatura, el amor, el afecto, estima, entre otros; por ello

hay quienes sostienen que toda persona para ser feliz así como requiere tomar sus alimentos cada día, requiere también cariño y amor, (11).

Muchos adultos mayores, como es conocido, en el medio en la que se vive, tienen limitaciones en la cobertura de sus necesidades básicas, siendo mayor cuando la familia es disfuncional; por ello se observa que deambulan por las calles pidiendo algo de comer. Situación que de hecho le genera una serie de sentimientos negativos que se relacionan con el síndrome depresivo, que además se incrementa cuando no encuentra apoyo por parte de las personas o cuando es víctima de agresiones, burlas. Al respecto, señala: Es claro que no es lo mismo que una persona que llega a una edad avanzada con una familia constituida que vela por su integridad y un anciano que se encuentra solo (28).

Por lo tanto, el apoyo del entorno de la persona adulto mayor es fundamental. El trato con la persona mayor con síndrome depresivo debe basarse en la integración, paciencia y en la comprensión de una situación de alteración del ánimo, por lo general reactivo a alguna causa de enfermedad y que le han abocado a la dependencia de otra persona, con el consiguiente sentimiento de carga, que, junto con la soledad y el aislamiento, le llevan a pensar que no tiene sentido su vida, (29).

Si bien es cierto, existe **Pensión 65**, que es una subvención económica para adultos mayores que superen los 65 años de edad y que viven en extrema pobreza; tiene como requisito contar con DNI, ser evaluado por el SISFOH (Sistema de Focalización de Hogares), no recibir pensión alguna del sector público o privado, no estar asegurado a EsSalud, no estar inscrito en ningún

programa social, excepto en el Pronama y el SIS, sin embargo muchos de las adultos mayores de Chiara así como de la Región y el Perú no se benefician de este programa; por lo que la red de apoyo para esta población es débil favoreciendo de esta manera riesgos en el ámbito personal y familiar y social. (30).

Zavala y Domínguez (2009) observan en Cárdenas, Tabasco, una elevada frecuencia de depresión y disfunción familiar en comparación con otros reportes, con niveles de depresión leve de 34% y de moderada-severa de 19%. Destacan una asociación entre disfunción familiar y depresión.

Ramón y Gurudi (2007), en el estudio "Comportamiento de la depresión en el adulto mayor" en Cuba, concluyeron que la depresión estuvo presente en 47% de la población de estudio. En el estudio se evidencia que la familia no asume un papel de sistema de apoyo y ayuda.

Así mismo, la globalización ha trastocado valores y conceptos, tal es así que los adultos mayores han pasado a un segundo plano, ya no son considerados como las personas con sabiduría, a quien pedir consejos, al contrario este segmento poblacional es considerado como "inhabilitados" para el sector productivo; el estado tampoco tiene políticas claras, pese que es el sector en incremento.

Se concluye que la presencia de síndrome depresivo en el adulto mayor de la Comunidad de Chiara está asociado a la situación socio familiar de éste, la prueba estadística de Chi cuadrada, determina que existe una relación de

dependencia entre ambas variables, es decir síndrome depresivo se asocia a la situación socio familiar del adulto mayor. ($p < 0.05$).

CONCLUSIONES

- Del 100% (50) de adultos mayores de la comunidad de Chiara, el 74% presenta síndrome depresivo, solo el 26% ausencia de síndrome de depresión.
- Del 100% (50) adultos mayores de la comunidad de Chiara, 64% carece de relaciones sociales, de quienes el 62% (31) presentan síndrome depresivo, solo 2% no presenta; del 20% de adultos mayores que establece relaciones con los miembros de su familia; 12% (6) presentan síndrome depresivo y del 16% que se relacionan no solo con miembros de su familia sino también con miembros de la comunidad ningún adulto mayor presenta síndrome de depresión.
- del 100% (50) de adultos mayores de la comunidad de Chiara, el 40% corresponde a las edades 70-79 años, de quienes 38% tienen síndrome depresivo; seguido de 36% mayores de 80 años, de quienes 24 % presentan síndrome depresivo, 12% no presentan; así mismo 24% comprendido entre 60-69 años de edad, el 12% presenta síndrome depresivo y el mismo porcentaje no presenta
- Del 100% (50) de adultos mayores de la comunidad de Chiara, 44% de adultos mayores presentan deterioro cognitivo Moderado, de los cuales, 36% presenta síndrome depresivo y el 8% ausencia de síndrome depresivo. El 36% de adultos mayores presentan deterioro cognitivo severo, de quienes el 30% presenta síndrome depresivo y 6% ausencia de síndrome depresivo. Y 20% de adultos mayores no tienen deterioro

cognitivo; de los cuales el 12% presenta ausencia de síndrome de depresión y solo el 8% presenta síndrome depresivo

- Del 100% (50) de adultos mayores de la comunidad de Chiara, 56% de adultos mayores presentan problema social; es decir con problemas en aspectos de vivienda, economía, con carencia en redes de apoyo y déficit en las relaciones con miembros de la familia, amigos y otros; de los cuales el 48% presenta síndrome depresivo y el 8% ausencia de síndrome depresivo. El 44% adultos mayores presentan riesgo a presentar problema social, de quienes el 26% presenta síndrome depresivo y el 18% no presenta.

RECOMENDACIONES

- Promover la participación social del adulto mayor en las diferentes actividades cotidianas, en la cual los amigos constituyan la fuente más importante de soporte. Los adultos mayores que viven solos presentan una mayor necesidad de participación social que quienes viven con algún familiar.
- Favorecer la importancia de la familia como principal fuente de soporte del adulto mayor.
- El riesgo o problema social favorece el deterioro cognitivo; por lo que se recomienda fortalecer los espacios sociales del adulto mayor para permitir disminuir el incremento de estas.
- Generar espacios de concertación multisectorial e interinstitucional (Gerencias de Desarrollo Social – Municipalidades, Estrategia de Salud Mental y Cultura de Paz – DIRESA, Pensión 65, Organizaciones No Gubernamentales) que permitan un mejor abordaje, intervención y evaluación en temas de salud mental de los adultos mayores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aldana R. "Análisis de la depresión en el adulto mayor en la encuesta nacional de demografía y salud. Colombia 2010". Colombia 2010.
2. Calderón Percy. "Eficacia de un programa de intervención en la disminución del nivel de depresión en adultas mayores atendidas en el Puesto de Salud Ñahuinpuquio". Tesis de Maestría de la Sección de Post Grado de la Facultad de Enfermería – UNSCH. Ayacucho-2008.
3. Capunay José, Figueroa Marcos y Varela Luis. "Depresión en el adulto mayor: Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia". Rev Med Hered; 7 (4). Lima-1996.
4. Castro Marcos y Ramírez Serafín. "Factores de riesgo asociado a la depresión del adulto mayor". Revista de Neurol Neurocir Psiquiat; 39(4). México-2006.
5. Del Risco (2007), así como con su grado de socialización y participación social.
6. EMC - Tratado de Medicina. Volumen 13, Issue 1, 2009, Pág. 1-9.
7. Gómez N., Bonnin B., Gómez de Molina M., Yañez B., Gonzales A. "Caracterización Clínica de los pacientes con deterioro cognitivo". Rev Cubana Med 2003; pág. 42(1):12-7.
8. Instituto de Estadística e Informática (INEI). Se incrementa el número de personas adultas mayores en el Perú. Boletín N. 52, INEI. Lima-2004.

9. Instituto Especializado de Salud Mental, Honorio Delgado Hideyo Nogochi, reporta un prevalencia de los trastornos depresivos 2005.
10. Iraizoz I. (1999). También pueden alterar tales funciones de forma parcial o global, tanto de forma aguda como crónica.
11. Iyer W., Patricia; Taptich J., Barbara y Bernochi, Donna. Proceso de Enfermería y Diagnostico de Enfermería. OPS. 1993.
12. Matsubayshi et al. (2003), Señaló que la integración y participación social del adulto mayor dentro de la comunidad y redes sociales de apoyo juegan un rol muy importante para incrementar el bienestar.
13. Márquez. "Depresión en el adulto mayor: Frecuencia y factores de riesgo asociados". México - 2005.
14. Martínez Mendoza Ja, Martínez Ordaz Va, Esquivel Molina CG, Velasco Rodríguez VM. "Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado". RevMedInstMex Seguro Soc 2007; pág. 45 (1):21-8.)
15. Maslow, la cobertura de necesidades básicas en los seres humanos es fundamental y universal.
16. Mayta P., Zelada M. ¿Estamos preparados para la atención primaria del adulto mayor? Rev Perú MedExp Salud Pública.2011; pág. 23(1):67-69.
17. Mejía y Arango et al. "Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México". 2007 pág. 8 – 10.
18. Organización de Naciones Unidas ONU. "Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento". Madrid - 2002.

19. Ormel J, Petukhova M, Chatterji S, Aguilar-Gaxiola S et al. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *Br J Psychiatry* 2008; 192(5):368–375.
20. Organización Mundial de la Salud. Programa de Envejecimiento y Salud. Envejecimiento saludable. Ginebra - 1998
21. Pando M. "Prevalencia de la depresión en adultos mayores en una población urbana". *Revista Española de Geriatria y Gerontología*; México 2001 pág. 36 (3).
22. Pérez y Arcia. "Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor". La Habana Cuba - 2000.
23. Ramón y Gurudi. "Comportamiento de la depresión en el adulto". Cuba - 2007.
24. Univ. Psychol. vol.7 no.1 Bogotá Jan./Apr. 2008
25. Villarreal y Mont., en la investigación: "Condición socio familiar, asistencias y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincilejo". Colombia 2011.
26. Zavala González, M. A. y Domínguez Sosa, G., 2009. "Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores de zonas urbanas de Cárdenas, Tabasco". *Atención Familiar*. 17 (1), supl 1.
27. (http://www.yinyangperu.com/adulto_mayor_nueva_etapa_de_vida.htm)

28. <http://regionosalud.com/noticias/depresion-en-ancianos-una-enfermedad-cada-vez-mas-frecuente>.
29. <http://www.tercera-edad.org/salud/depresion-tercera-edad.asp>
30. www.munijaen.gob.pe/dsocial/unidadlocalfocalizadora.phpcontenido.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
GUÍA DE ENTREVISTA

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Edad: _____ años
- 1.2. Sexo: () Masculino () Femenino
- 1.3. Dirección: _____

II. DATOS ESPECÍFICOS

2.1. ¿Cuál es su estado civil?

- () Soltera/o
- () Casada/o
- () Viuda/o

2.2. ¿Con quienes vive actualmente?

- () Sólo
- () Con su cónyuge o pareja
- () Con sus hijos
- () Con parientes
- () Con sus nietos

2.3. ¿Cuál es su grado de instrucción?

- () Ilustrada
- () Primaria
- () Secundaria
- () Superior

2.4. ¿Cuál es su filiación religiosa?

- () Católica
- () Evangélica
- () Protestante
- () Agnóstico

2.5. ¿De quién depende económicamente?

- () De Ud., porque tiene una pensión de jubilación.
- () De sus hijos
- () De sus parientes
- () Otro: _____

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

I. VALORACION MENTAL

2.1 ESTADO COGNITIVO (Pleiffer)

Colocar 1 punto por cada error

¿Cuál es la fecha de hoy ? (día, mes, año)	<input type="text"/>	VALORACIÓN COGNITIVA	
¿Qué día de la semana?	<input type="text"/>	NORMAL	<input type="text"/>
¿En que lugar estamos? (Vale cualquier descripción correcta del lugar)	<input type="text"/>	DC LEVE	<input type="text"/>
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿cuál es su dirección completa?	<input type="text"/>	DC MODERADO	<input type="text"/>
¿Cuántos años tiene?	<input type="text"/>	DC SEVERO	<input type="text"/>
¿Dónde nació?	<input type="text"/>	Nota: Colocar un punto por cada error: A las personas con primaria incompleta y analfabeto restar un punto a la suma total.	
¿Cuál es el nombre del presidente del Perú?	<input type="text"/>	DC = Deterioro cognitivo	E = ERRORES
¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Perú?	<input type="text"/>	- No Deterioro Cognitivo	: ≤ 2 E
Digame el primer apellido de su madre	<input type="text"/>	- Deterioro Cognitivo Leve	: 3 a 4 E
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	<input type="text"/>	- Deterioro Cognitivo Moderado	: 5 a 7 E
		- Deterioro Cognitivo Severo	: 8 a 10 E

II. VALORACION SOCIO FAMILIAR

Pts	1. SITUACION FAMILIAR	Pts	2. SITUACIÓN ECONOMICA.
1	Vive con familia, sin conflicto familiar	1	Dos veces el salario mínimo vital
2	Vive con familia, presenta algun grado de dependencia fisica y psíquica	2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimo vitales
3	Vive con cónyuge de similara edad	3	Un salario mínimo vital.
4	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima	4	Íngreso irregular (menos del mínimo vital)
5	Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)	5	Sin pensión, sin otros ingresos.
Pts	3. VIVIENDA	Pts	4. RELACIONES SOCIALES
1	Adecuada a las necesidades	1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad.
2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.)	2	Relacion social sólo con familia y vecino.
3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto)	3	Relación social solo con la familia
4	Vivienda semiconstruida o de material rústico	4	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia
5	Acentamiento humano (invasión) o sin vivienda	5	No sale del domicilio y no recibe visitas
Pts	5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA)	VALORACION SOCIO FAMILIAR <input type="checkbox"/> Buena/aceptable situacion social <input type="checkbox"/> Existe riesgo social <input type="checkbox"/> Existe problema social 6 a 9 pts: Buena/aceptable situacion social. 10 a 14 pts: Existe riesgo social >= 15 pts: Existe problema social	
1	No necesita apoyo		
2	Requiere apoyo familiar o vecinal.		
3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social.		
4	No cuenta con seguro social.		
5	Situación de abandono familiar		

APELLIDOS Y NOMBRES:

N° HC

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas

Según como se ha sentido Ud. Durante la ÚLTIMA SEMANA

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

SUME TODAS LAS RESPUESTAS SI EN MAYÚSCULA O NO EN MAYÚSCULAS

O SEA: SI=1; si= 0; NO=1; no=0

TOTAL: _____



Foto-01: Municipalidad Distrital de Chiara-Huamanga-Ayacucho



Foto-02: Asociación de personas adultos mayores "Virgen de Guadalupe" Chiara-Ayacucho.



Foto-03: Personas adultos mayores “Virgen de Guadalupe” en las fiestas patrias.



Foto-04: Reunión de las personas adultos mayores para la ejecución de la encuesta.



Foto-05: Ejecución de la encuesta por las responsables (tesistas) de acuerdo a los instrumentos preparados.



Foto-06: Ejecución de la encuesta por las responsables (tesistas).



Foto-07: Ejecución de la encuesta por las responsables (tesistas).