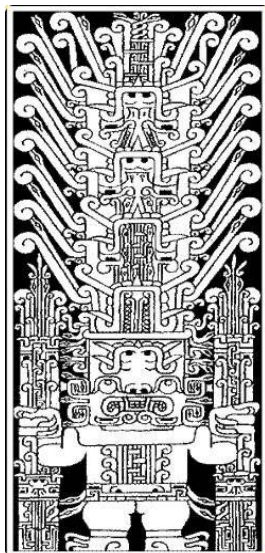


UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL

FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

OFICINA DE GRADOS Y TÍTULOS



**NIVEL DE DEPRESIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR
HOSPITALIZADA EL SERVICIO DE MEDICINA DEL
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO**

*LEVEL OF DEPRESSION IN THE OLDER ADULTS
HOSPITALIZED SERVICE OF MEDICINE OF THE NATIONAL
HOSPITAL DOS DE MAYO*

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

JULIO JORGE QUINTO DÍAZ

ASESOR:

DR. ARTURO GARATE SALAZAR

LIMA - PERÚ

2018

INDICE

| | |
|---|--------|
| INDICE | II |
| RESUMEN..... | III |
| <i>ABSTRACT</i> | IV |
| INTRODUCCIÓN | - 1 - |
| CAPITULO 1: PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA | - 3 - |
| 1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA | - 3 - |
| 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA..... | - 5 - |
| 1.3 OBJETIVO..... | - 5 - |
| 1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA | - 6 - |
| CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO | - 7 - |
| 2.1 ANTECEDENTES..... | - 7 - |
| 2.2 BASES TEÓRICAS..... | - 12 - |
| CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA | - 20 - |
| 3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN..... | - 20 - |
| 3.2 POBLACION Y MUESTRA..... | - 20 - |
| 3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE..... | - 23 - |
| 3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS | - 25 - |
| 3.5 CONTROL DE VARIABLES | - 28 - |
| 3.6 ASPECTOS ÉTICOS..... | - 28 - |
| CAPITULO 4: RESULTADOS..... | - 29 - |
| CAPITULO 5: DISCUSIÓN..... | - 35 - |
| CAPITULO 7: CONCLUSIONES | - 38 - |
| RECOMENDACIONES | - 39 - |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | - 40 - |
| ANEXOS..... | - 42 - |

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de depresión de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del hospital nacional Dos de Mayo durante el 2017. **Materiales y método:** Estudio descriptivo y transversal. El instrumento fue la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el análisis estadístico fue a través del software estadístico SPSS.18.0. **Resultados:** Se obtuvo una muestra de 43 pacientes, el 28 % de los pacientes encuestados tuvo un nivel de depresión leve y 28% tuvo un nivel de depresión severa. El 19% de los pacientes con edades de 60 a 69 presentó depresión leve y el 25% depresión severa. El 33 % de los pacientes con edades de 70 a 79 presentó depresión leve y el 29% depresión severa. El 33.3% de los pacientes mayores de 80 presentó depresión leve y el 33.3% presentó depresión severa. El 33% y el 27% de los pacientes con grado de instrucción primaria presentan depresión leve y severa respectivamente. El 29% y el 33% de los pacientes con grado de instrucción secundaria presentan depresión leve y severa respectivamente. El 16.7% y el 16.7% con grado de instrucción superior presentan depresión leve y severa respectivamente. El 45.83% de los pacientes con depresión tiene diabetes mellitus II, el 29,17% tiene hipertensión arterial, el 20,83% tiene insuficiencia cardíaca, el 12.5% tiene alguna enfermedad infecciosa, el 12.5% tiene enfermedad renal crónica, el 8.33% tiene alguna neoplasia y el 29,17% tiene diferentes patologías a las mencionadas. **Conclusiones:** El 28% de la población adulta mayor hospitalizada tiene depresión leve y el 28% tiene depresión severa. El grupo etario con mayor nivel de depresión fue en los que tenía más de 80 años. El grado de instrucción con mayor nivel de depresión fue el Primario y Secundario. Las patologías más frecuentes en los pacientes con depresión fueron la diabetes mellitus II, la hipertensión arterial y la insuficiencia cardíaca.

Palabras clave: Nivel de depresión, adulto mayor

ABSTRACT

Objective: Determine the level of depression in hospitalized older adults in the service of Medicine of the National Hospital Dos de Mayo during 2017. **Materials and methods:** Descriptive and transversal study. The instrument was the Yesavage geriatric depression scale and the software SPSS.18.0 was used for the statistical analysis. **Results:** The sample was of 43 patients, 28% of the patients had mild depression and 28% had severe depression. 19% of patients with age between 60 to 69 years presented mild depression and 25% severe depression. 33% of patients with age between 70 to 79 years presented mild depression and 29% severe depression. 33, 3 % of patients with more than 80 years old presented mild depression and 33, 3% severe depression. 33% and 27% of the patients with grade of primary education presented mild and severe depression, respectively. 29% and 33% of patients with secondary education presented mild and severe depression, respectively. 16, 7% and 16,7% with superior education presented mild and severe depression, respectively. 45, 83% of patients with depression have diabetes mellitus II, 29, 17% have arterial hypertension, 20,83% have heart failure, 12,5% have infectious disease, 12,5% have chronic kidney disease, the 8,33% have neoplasia and 29,17% have different disease. **Conclusions:** 28% of the hospitalized older adults have mild depression and 28% have severe depression. The level of depression was higher in patients with more than 80 years. The level of depression was higher in patients with primary and secondary education. The pathologies most frequently in patients with depression were diabetes mellitus II, arterial hypertension and heart failure.

Key words: level of depression, older adult.

INTRODUCCIÓN

La depresión es una de las patologías mentales más frecuentes en la población geriátrica, como refiere Martínez (2007) “La depresión es uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes y probablemente el segundo trastorno que más discapacidad produce en la población anciana, y es de particular interés en este grupo de pacientes por su frecuencia, etiología, expresión clínica, relación con otras enfermedades, tratamientos no siempre exitosos y deterioro de la calidad de vida”.

La prevalencia de la depresión en la población adulta mayor es alta y aumenta considerablemente en adultos mayores hospitalizados o institucionalizados como afirma Garay (2014) “Aproximadamente el 10% de los adultos mayores en la comunidad tiene trastornos depresivos, situación que se incrementa en la población institucionalizada (15 a 35%) o internada en hospitales (10 a 20%)”.

Aunque en los últimos años el impacto de este trastorno es cada vez más reconocido, se trata de una enfermedad que pasa con mucha frecuencia desapercibida o no se trata de manera adecuada con grados de infradiagnóstico de 32 a 50% y de infratratamiento de 37 a 50%, en gran parte debido a que todavía existe la creencia o suposición de que se trata de un proceso normal del envejecimiento. (Gil y González, 2011, p.66).

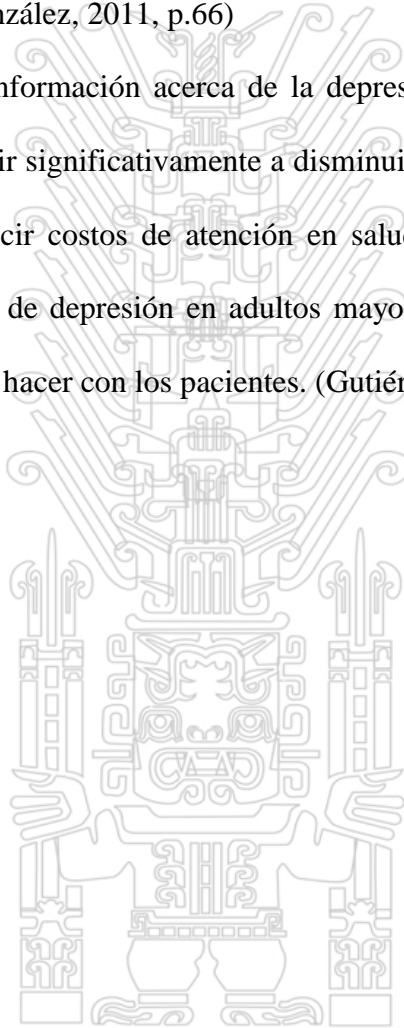
d’Hyver y Gutiérrez (2014) refiere “Aun hoy en día, en esta población etaria la depresión se confunde a menudo como una reacción a la adversidad; sin embargo, la adversidad no es necesaria ni suficiente para inducir depresión”. (p.393)

Es importante también saber reconocer las comorbilidades asociadas a esta patología, siendo en el adulto mayor frecuente las enfermedades crónicas no transmisibles como refiere Rubio (2012) “La presencia de varias enfermedades medicas aumenta la probabilidad de que el paciente

padezca depresión y además reduce el porcentaje de respuesta y remisión de los tratamiento antidepressivos”.

Diversos autores señalan que la depresión no tratada puede durar años, lo que conlleva a una pobre calidad de vida, deterioro del funcionamiento social y físico, una peor adherencia al tratamiento, un empeoramiento de la comorbilidad y un aumento de la morbimortalidad por suicidio y otras causas. (Gil y González, 2011, p.66)

Hay importantes brechas de información acerca de la depresión entre los adultos mayores. Atender este tema puede contribuir significativamente a disminuir la discapacidad, la morbilidad y la mortalidad, además de reducir costos de atención en salud. Si bien hay varios artículos recientes sobre la alta incidencia de depresión en adultos mayores, existe una notable falta de investigaciones sobre qué se debe hacer con los pacientes. (Gutiérrez. 2010, p.241)



CAPITULO 1: PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Según la OMS determina que la población adulta mayor está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre el 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicara, pasando de 12% a 22% mayores de 60 años. Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer. Más de un 20% de las personas que pasan los 60 años sufren algún trastorno mental o neural y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población adulta mayor un 17,4% de los años vividos con discapacidad. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad. (OMS, 2016)

Los trastornos psiquiátricos en la persona mayor son frecuentes y lo afectan a lo largo de la vejez o en algún momento de la misma; alrededor del 90% de los adultos mayores sufren algún padecimiento de este tipo. De todos los cuadros psiquiátricos, la depresión es la más frecuente en la primera mitad de la vejez, entre los 65 y los 80 años y su prevalencia se distribuye entre depresión y demencia en la segunda mitad, desde los 75 a los 80 años. La OMS estima que para el 2020 será el mayor problema de salud en el mundo, por encima de todos los padecimientos de este grupo de edad. La prevalencia de depresión en las personas de 65 años se estima que alcanza el 12% de los casos, siendo aun mayor entre pacientes institucionalizados en residencias y en hospitalizados. La depresión es más frecuente en las mujeres que en los hombres, aunque a esta edad las diferencias no resultan tan marcadas como en otras épocas de la vida. (Egura-Cardona et al., 2015)

La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana. Afecta a un 7% de la población de adultos mayores en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores. En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno de los adultos mayores se pasen por alto y no traten porque coinciden con otros problemas que experimentan los adultos mayores. (OMS, 2016)

De poco menos de 1.5 millones de adultos mayores en el 2010, se pasara a casi 6.5 millones en el 2050; 5 millones adicionales, la mayor parte de los cuales serán mujeres. Este proceso de envejecimiento demográfico plantea desafíos y exigencias de diferentes naturalezas en términos de políticas y programas sociales a nivel regional y local, dependiendo de la escala, características y heterogeneidad por parte de este proceso en cada departamento del país. (Licas Torres MP., 2015)

En el Perú la población está comenzando a demandar atención en los servicios de salud por causa de la depresión. En los últimos años las atenciones de salud mental motivadas por problemas depresivos aumentaron al doble. Estudios realizados en el Perú indican que las personas de comunidades rurales cuando acuden a los servicios de salud, describen situaciones de sufrimiento psíquico a través de síntomas físicos como opresión en el pecho, palpitations, dolores de cabeza y otros. (Módulo de atención integral en salud mental, 2010)

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

a) Problema general

- ¿Cuál es el nivel de depresión en los pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del hospital nacional Dos de Mayo durante el 2017?

b) Problemas específicos

- ¿Cuál es el grupo etario con mayor nivel de depresión en los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del hospital nacional Dos de Mayo?
- ¿Cuál es el grado de instrucción con mayor nivel de depresión en los pacientes adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del hospital nacional Dos de Mayo?
- ¿Qué enfermedades son más frecuentes en los pacientes adultos mayores con depresión hospitalizados en el servicio de medicina del hospital nacional Dos de Mayo?

1.3 OBJETIVO

a) Objetivo general:

- Determinar el nivel de depresión de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del hospital nacional Dos de Mayo durante el 2017

b) Objetivos específicos:

- Identificar el nivel de depresión según la edad del adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del hospital nacional Dos de Mayo durante el 2017.

- Identificar en nivel de depresión según grado de instrucción del adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del hospital nacional Dos de Mayo durante el 2017.
- Identificar las enfermedades presentes en los pacientes adultos mayores con depresión hospitalizados en el servicio de medicina del hospital nacional Dos de Mayo durante el 2017.

1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

De acuerdo al aumento poblacional mayor de 60 años y el aumento de la esperanza al nacer en el Perú y a nivel mundial, situación que genera un interés y atención al grupo poblacional adulto mayor debido a las características particulares y a las necesidades específicas, tornándose una población vulnerable a cualquier alteración de tipo familiar, emocional, social y económica.

Es importante estudiar la depresión del adulto mayor en los servicios de hospitalización porque permite ser un punto de partida para desarrollar acciones de intervención basadas no solo desde un punto de vista biofísico, sino desde un aspecto holístico considerando la salud mental como un factor determinante que afecta la condición del adulto mayor enfocados en la depresión como principal problema vigente en la población adulta mayor hospitalizada. En este contexto el profesional médico durante la intervención de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación cumple una labor crucial por ser quien direcciona el cuidado y la atención del adulto mayor hospitalizado, en el cual debería integrar un enfoque holístico de atención que considere la atención de la depresión como una realidad latente en este grupo poblacional permitiendo una intervención multidisciplinaria adecuada.

La importancia de la investigación radica en que la depresión severa en este grupo población puede tener efectos negativos y producir sentimientos de inseguridad, lo que incide en su auto percepción, asimismo dificultando su adaptación a los cambios que se presentan, alterando su desarrollo como persona y/o recuperación durante el afronte de una patología, alterando su desarrollo como persona y su relación con los demás.

Los resultados del presente estudio están orientados a brindar información actualizada y fidedigna a la institución y al equipo multidisciplinario en especial al equipo médico por ser quien direcciona la intervención del paciente adulto mayor, permitiendo formular estrategias de intervención en la prevención y recuperación favoreciendo a un estado mental adecuado contribuyendo a un envejecimiento activo y saludable.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

a) Antecedentes Nacionales

Licas (2015), hizo una tesis: *Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.T 2014*, en la facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. **Lima, Perú**. Se llegó a las siguientes conclusiones: La mayoría de adultos mayores atendidos en el Centro de atención integral Tayta - Wuasi presentan depresión leve, existiendo un grupo menor con depresión severa. La mayoría de adultos mayores que presentan depresión leve, se encuentran entre 65 a 69 años, seguido de un grupo menor de adultos mayores de 70 a 74

años. Los adultos mayores con instrucción primaria que asisten al centro de atención integral presentan depresión leve y en menor porcentaje depresión severa.

Rebagliati, Runzer y Horruitiniere (2012), hicieron un estudio: *Caracterización clínica, epidemiológica y social de una población geriátrica hospitalizada en un Centro Geriátrico Militar*, en el Centro Geriátrico Naval, **Callao, Perú**. Se llegaron las siguientes conclusiones: a edad promedio fue: $78 \pm 8,2$ años. Se registró polifarmacia en 650 (91,4%) casos, hipertensión en 492 (69,2%), estreñimiento en 399 (56,1%), diabetes mellitus tipo 2 en 329 (46,3%), malnutrición y caídas en 250 (35,2%), incontinencia urinaria en 199 (28%) e hipotiroidismo en 113 (16%). En el aspecto social, se registró 264 (37,1%) casos de dependencia funcional y 252 (35,4%) casos con problema social. Finalmente, en el aspecto mental, se encontró una prevalencia de 422 (62,2%) casos de depresión y 244 (34,4%) de deterioro cognitivo.

Gonzales, Deza y León Jiménez (2014), hicieron un estudio: *Hipotiroidismo subclínico, depresión y deterioro cognitivo: experiencia en un centro de adultos mayores de Lambayeque*, en el Centro de Adultos Mayores de Chiclayo, **Lambayeque, Perú**. Se llegó a las siguientes conclusiones: Se estudió 65 mujeres (77%) y 19 hombres (23%); en 11 (13,1%) adultos mayores se halló hipotiroidismo subclínico, en 36 (42,9%) depresión y en 11 (13,1%) deterioro cognitivo. No se encontró asociación entre hipotiroidismo subclínico y depresión (RP: 0,85, IC95% 0,39 a 1,85; p 0,677) o deterioro cognitivo (RP: 2,48, IC95% 0,77 a 7,98; p 0,1349). Existió una elevada frecuencia de hipotiroidismo subclínico, depresión, y deterioro cognitivo en los adultos mayores estudiados. No se evidenció asociación de hipotiroidismo subclínico con depresión o con deterioro cognitivo.

Ibañez (2015), hizo una tesis: *Prevalencia y factores relacionados a depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Enero- Febrero 2015*, en el Hospital Regional Honorio Delgado, **Arequipa, Perú**. Se llegó a las siguientes conclusiones: Se encontró una prevalencia de 61,5% de depresión, evidenciándose no depresión en un 38.5%, depresión moderada en un 55,2% y depresión severa en un 6,3%; así mismo, se estudió la relación de seis variables con la depresión encontrándose relación estadística significativa para las variables sexo, grado de instrucción y días de hospitalización, no encontrándose dicha relación para las variables edad, estado civil y situación familiar.

b) Antecedentes Internacionales

Hassan e Ihsan (2017), hicieron un estudio: *La depresión y factores asociados en ancianos hospitalizados: un estudio transversal en un hospital universitario de Arabia*, en la Facultad de Medicina de la Universidad Rey Abdulaziz. **Arabia Saudí**. Se llegó a las siguientes conclusiones: La prevalencia de la depresión mayor en ancianos hospitalizados con trastornos médicos fue del 12% basado en las entrevistas clínicas estructuradas guiadas por los criterios de la DMS-5 y de 17% con el método de PHQ-9. Además, tanto para los métodos de evaluación PHQ-9 y DMS-5 de la depresión mayor, un número significativamente mayor de mujeres hospitalizadas se vieron afectadas por la depresión que los hombres. Otros factores sociodemográficos que se encontraron asociados con la depresión en esta población fueron la menor probabilidad de estar casado y tener un ingreso más bajo. Las condiciones comórbidas más comunes asociados con la depresión mayor identificada por la DMS-5 y PHQ-9 fueron la

enfermedad cardiovascular y el cáncer. En resumen, la depresión era frecuente entre los ancianos hospitalizados, especialmente en los pacientes con trastornos comórbidos.

Sarró y Ferrer (2013), hicieron un estudio: *Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados*, en *L'Hospitalet* de Llobregat, Barcelona, **España**. Se llegó a las siguientes conclusiones: 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%) pacientes. Existe prescripción de fármacos antidepresivos en 60 (35,5%) pacientes, benzodiacepinas en 66 (36,8%) y antipsicóticos en 10 (4%). Finalmente, persisten asociados a depresión la menor práctica de ejercicio físico y peor autopercepción de energía.

Prieto, Villanueva, Arias y Jiménez (2016), hicieron un estudio: *Depresión de inicio tardío en el adulto mayor hospitalizado en un hospital de segundo nivel*. Hospital General Regional núm. 46 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, **México**. Se llegó a las siguientes conclusiones: La frecuencia de depresión de inicio tardío de 55% con predominio de síntomas depresivos (30%). Encontró que el género femenino tuvo mayor predisposición [OR de 1.9 (IC 95% 1.04-3.6, p=0.035)], que tenían dependencia moderada a total [OR 3.89 (IC 95% 1.49-10.1, p=0.004)] y la comorbilidad más frecuente fue la diabetes mellitus tipo 2 [OR 3.4 (IC 95% 1.7-6.6, p=0.001)]. Se encontró frecuencia alta de depresión de inicio tardío con predominio de síntomas depresivos, que afectaba más a las mujeres, con dependencia funcional y diabetes como enfermedad asociada.

Segura y Cardona (2012), hicieron un estudio: *Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores*. Antioquia, Colombia 2012, en el Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín,

Colombia. Se llegó a las siguientes conclusiones: La condición anímica de los adultos mayores, medida con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, donde el 29,5 % presentó riesgo de padecer depresión y el 70,5 se mostró sin riesgo. Con respecto al estado civil, la mayor probabilidad de padecer depresión la tienen quienes se encuentran solos, específicamente para aquellos separados/divorciados, solteros y viudos; y tener algún grado de escolaridad se considera que disminuye esta probabilidad.

Arjona y Esperón-Hernández (2014), hicieron un estudio: *Asociación de diabetes mellitus con deterioro cognitivo en adultos mayores*, ciudad de Mérida, Yucatán, **México**. Se obtuvo a las siguientes conclusiones: la prevalencia de diabetes fue del 27.38 %. Los pacientes diabéticos fueron más jóvenes ($p = 0.049$), con menor escolaridad ($p = 0.014$) y con mayor circunferencia abdominal ($p = 0.004$) que los no diabéticos. La diabetes estuvo asociada a una mayor frecuencia de deterioro cognitivo únicamente en las mujeres ($\beta = 2.897$, IC 95 % 1.428-5.877, $p = 0.003$). Existe asociación entre diabetes y deterioro cognitivo en mujeres mayores de 60 años.

Rodríguez y Sotolongo (2013), hicieron un estudio: *Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico “Cristóbal Labra”*, en la Habana, **Cuba**. Se llegó a las siguientes conclusiones: De los ancianos atendidos (28) el 25% fue diagnosticados con depresión, donde predominaron el sexo femenino y el grupo de edad entre 70 y 79 años. El nivel de escolaridad primario fue el que mayor afectación por depresión tuvo con un total de 18 ancianos (64,2%). La osteoartritis fue la patología que más predominó en los ancianos afectados por la depresión con un total de 10, siendo el sexo femenino la totalidad de casos (35, 7%), mientras que los problemas sensoriales, la cardiopatía isquémica y la diabetes mellitus, fueron las enfermedades

más comunes que predominaron el sexo masculino (2casos de cada uno). Se diagnosticó con síndrome depresivo a un 25%, lo cual se relacionó con el aumento de edad, el bajo nivel de educación y el padecimiento de enfermedades crónicas.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Adulto mayor

La etapa del adulto mayor comprende un gran conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vida después de la adultez, incluyendo aspectos positivos y negativos; no solo se refiere al declive de las estructuras y funciones corporales y a las secuelas del funcionamiento y la participación social, también involucra los posesos patológicos previos, experiencias psicológicas y sociales en las etapas avanzadas de vida. (Montenegro y Melgar, 2012, p.644)

Silva et al. (2016) afirma que “A medida que la persona envejece, pueden alterarse las capacidades mentales y físicas, llevando a un grado de vulnerabilidad, generando un desequilibrio en la vida personal y en el entorno”.

2.2.2 Depresión

La depresión es una enfermedad que altera de manera intensa los sentimientos y los pensamientos. Las personas con depresión presentan un enlentecimiento o descenso en prácticamente todos los aspecto psicomotores (cognición, afecto y comportamiento). Las actividades básicas (alimentación, sueño y autocuidado) también son afectadas, así como el curso del pensamiento, del lenguaje y sexualidad. Por lo general es episódica recidivante o crónica. (d’Hyver y Gutiérrez, 2014, p. 393)

2.2.3 Depresión en el adulto mayor

Gil y Gonzáles (2011) afirma que “La depresión constituye uno de los síndromes geriátricos más frecuentes e incapacitantes. Altera en gran medida la calidad de vida del que la padece y además se asocia a unos elevados costes sociales y de salud”. (p.66)

2.2.4 Epidemiología

Según el instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (MIMH), el 15% de las personas mayores de 65 años ha presentado episodios de depresión en algún momento, de las cuales un 2% de estas depresiones serían de tipo severo y un 13% de tipo leve. (Gil y González, 2011, p.66)

Según los criterios diagnósticos en el DSN-IV-TR la prevalencia para depresión en la población general varía de 1,3 a 2,8% y el CIE-10 hace referencia de 4,5 a 5,1%. En el estudio latinoamericano SABE, la prevalencia encontrada varía de 16,5% a 30,1% en mujeres, mientras que en hombres es menor (11,8% a 19,6%). EN el grupo de 10/66 encontró que Perú, México y Venezuela comparten una prevalencia similar a la de Europa y la de SABE. (d’Hyver y Gutiérrez, 2014, p.394)

En términos generales y según diversos estudios epidemiológicos, la prevalencia de la depresión en los ancianos que viven en la comunidad es del 10%, en los que están institucionalizados en residencia geriátricas las cifras oscilan entre 15 – 35% y en los que se encuentran hospitalizados entre el 10 -20%, cuyos valores aumentan de forma significativa cuando existen otras afecciones como enfermedades cardiovasculares o neoplásicas, entre otros. (Gil y González, 2011, p.66)

2.2.5 Etiología

Las causas de esta situación hay que buscarlas en el propio deterioro del cerebro del adulto mayor, así como también en el estrés que experimenta este grupo de población tanto a nivel económico, como social y psicológico. Los síntomas de la enfermedad depresiva se manifiesta en tres áreas: afectiva, somática y cognitiva, siendo los principales síntomas un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés y placer. (Rodríguez et al., 2013)

Factores neurobiológicos

Se debe considerar los cambios cerebrales propios de la vejez: menor población neuronal en regiones prefrontales y temporal medial, disminución en la síntesis de neurotransmisores y sus receptores. Se ha demostrado que la enfermedad cerebrovascular (microangiopatía isquémica), contribuye a la patogenia de la depresión tardía. (d'Hyver et al., 2014, p.396)

Factores biológicos (No neurobiológicos)

La interacción de los trastornos del humor y otras patologías coexistentes (dolor crónico, neoplasias, enfermedades neurodegenerativas, síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares, entre otras) es compleja y bidireccional. Tal como las enfermedades crónicas agravan el pronóstico de la depresión, esta contribuye a un peor pronóstico de las enfermedades físicas. La presencia de polipatologías, discapacidad y polifarmacia también se asocian a la presencia de depresión, así como a su mal pronóstico. (d'Hyver et al., 2014, p.396)

2.2.6 Cuadro clínico

El anciano deprimido se encuentra triste, inhibido, sin ilusión por las cosas ni por lo que le rodea, apático, abatido, con pesimismo y sensación de vacío, llanto fácil, irritable, desesperanzado, preocupado, con sensación de soledad e inutilidad; con sentimientos de

inadecuación y de culpa, rumiando los problemas y con pensamientos suicidas. Disminuye su apetito, pierde peso, sufre alteración del sueño, y, como se ha señalado, presenta diversas manifestaciones somáticas, con algias vagas y difusas. No disfruta con sus actividades habituales ni con los seres queridos. Si bien su tasa de remisión es comparable a la de otras edades, la recurrencia de la depresión geriátrica es más elevada. Ésta, con el avance de la edad, tiende a convertirse en depresión refractaria e, incluso, a presentarse más frecuentemente con síntomas psicóticos, y con efectos negativos en la cognición. La sintomatología clásica de la depresión del adulto mayor afecta las siguientes dimensiones:

- Dimensión afectiva: Llanto, tristeza, apatía, etc.
- Dimensión cognoscitiva: Desesperanza, negligencia, idea suicida, culpabilidad, etc.
- Dimensión somática: Cambio de energía, del apetito, del sueño, de la evaluación intestinal y de la libido, etc.

En la depresión del anciano, los síntomas somáticos tales como la fatiga, el insomnio y la constipación son predominantes pero son síntomas con poca especificidad porque muchos adultos mayores sin depresión, los pueden presentar. (Navas, 2013)

2.2.7 Formas clínicas

Depresión de inicio tardío: Es importante diferenciar la Depresión cuyo inicio se ha producido en la edad tardía de los episodios depresivos que comenzaron en la edad adulta y cuyas recurrencias aparecen también en épocas tardías. Esta forma de depresión se ha venido a denominar depresión vascular y es más frecuente de lo que se pensaba en un principio. La enfermedad cerebrovascular puede incrementar la vulnerabilidad en personas mayores para el desarrollo de Depresión a través de una variedad de mecanismos neurobiológicos. La Depresión

puede desarrollarse tras un accidente cerebrovascular agudo o bien asociado a cambios isquémicos crónicos en el cerebro, habiendo sido estos últimos todavía reconocidos recientemente. Pacientes con lesiones en el hemisferio izquierdo, especialmente en el córtex prefrontal izquierdo, tienden a tener incremento de la frecuencia y severidad de la Depresión. El período de mayor riesgo son los primeros dos años desde aparición de ictus, con pico de prevalencia en los primeros 3-6 meses³¹. (Alberdi, Fernández, Iglesias, 2013, p. 164-165)

Depresión sin criterios de Depresión Mayor, clínicamente significativa o “subsíndrome”:

El número de personas con síntomas depresivos que no cumplen los criterios de Depresión Mayor excede claramente al que sí los cumple. Son pacientes con síntomas afectivos de menor intensidad o duración de lo requerido para el diagnóstico de Depresión Mayor pero que inciden de manera significativa en su rendimiento personal y relacional. Esta situación clínica no encuentra un claro acomodo en las clasificaciones actuales y podría estar situada dentro de las siguientes: remisión parcial o pródromos de depresión mayor, trastornos debidos a enfermedad somática, depresión menor, trastorno depresivo breve recurrente, distimia, o antiguos diagnósticos de CIE9 como personalidad depresiva o depresión neurótica. Todos estos diagnósticos se diferencian mal entre sí, pero suelen poder diferenciarse relativamente bien de la depresión mayor, cuyo concepto es el que resulta más claro, sobre todo si se acompaña de síntomas melancólicos. Las formas menores de depresión causan un considerable sufrimiento e impacto en la calidad de vida al paciente anciano, que puede ser similar a la depresión mayor, por lo que presentan un riesgo importante para desarrollar una depresión mayor e ideación suicida. (Alberdi, Fernández, Iglesias, 2013, p. 164-165)

Depresión secundaria: El proceso de envejecimiento y la mayor prevalencia de enfermedades orgánicas en este grupo poblacional, dan lugar a una mayor vulnerabilidad para desarrollar Síndromes Depresivos que frecuentemente presentan un curso crónico e incapacitante. Algunas de las causas médicas y farmacológicas de Depresión geriátrica. (Alberdi, Fernández, Iglesias, 2013, p. 164-165)

2.2.7 Diagnóstico

Es recomendable aplicar un instrumento clinimétrico como la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS), es autoaplicable con 30 preguntas y respuestas dicotómicas (sí – no) este instrumento cuenta con versiones más cortas (15 y 5 reactivos). Fue diseñada para valorar depresión en adultos mayores con y sin trastorno cognoscitivo; ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982, tiene una sensibilidad de 95% y especificidad de 84% con punto de corte de 11; en 1986, Sheikh y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas con punto de corte mayor a 5, tiene una sensibilidad de 72% y especificidad de 85%, se correlaciona positivamente con otras escalas similares, pero con la ventaja de requerir menos tiempo de aplicación, lo que facilita su administración. El GDS facilita la detección y valora la respuesta terapéutica. (d'Hyver et al., 2014, p.397)

2.2.8 Tratamiento

Tratamiento farmacológico

En el anciano se modifican su parámetro farmacocinéticos y farmacodinámicos, tanto por cambios propios de su proceso de envejecimiento, como por patologías asociadas y sus

respectivos tratamientos. Partiendo de que los antidepresivos son semejantes en eficacia, al escoger alguno, es importante considerar su interacción farmacológica, efectos colaterales y su vida media. Se recomienda comenzar con una pequeña dosis y valorar la forma gradual el rango de dosis terapéutica (dosis-respuesta: “comience con dosis pequeñas y progrese con lentitud”), a las seis semanas es recomendable haberle llegado ya dosis terapéuticas. Se ha observado que la respuesta a los antidepresivos en dosis terapéuticas puede ser más retardada, incluso puede llevar 12 semanas, siempre y cuando haya evidencias de una mejoría parcial temprana. Si durante las primeras cuatro semanas del tratamiento no se ha obtenido un mínimo de respuesta, por ejemplo, menos de 25% de recuperación, las probabilidades de remisión bajo el mismo tratamiento son bajas. Después de la remisión, la medicación antidepresiva a igual dosis debería continuarse durante otros 12 meses, en los casos de primer episodio y hasta 36 meses en casos recurrentes. (d’Hyver et al., 2014, p.400)

Medidas no farmacológicas

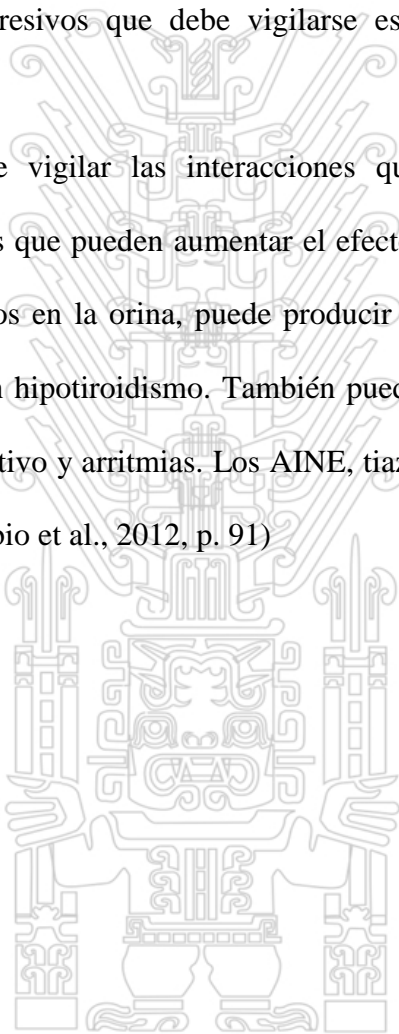
Rubio y Castro (2012) afirman que “Tanto el ejercicio como el apoyo social han demostrado notables efectos antidepresivos en casos de depresiones leves y moderadas. Su uso aunado al tratamiento con antidepresivos y psicoterapia produce efectos aditivos”. (p. 92)

Diferencias en el manejo de la depresión en pacientes jóvenes vs pacientes ancianos

En los pacientes jóvenes es muy frecuente el uso concomitante de benzodiazepinas (clonazepam, alprazolam, etc.) para reducir la ansiedad y el insomnio. En el anciano se enfrentan dos problemas:

- a) La toxicidad cognoscitiva de estos fármacos, que promueven la dificultad para recordar (dismnesia).
- b) Son factor de riesgo para las caídas y las fracturas, ya que inducen incoordinación motora y sedación. En los ancianos existe el riesgo de que desarrollen hiponatremia con el tratamiento con ISRS, particularmente cuando se combinan con diuréticos o IECA. Otro efecto de algunos antidepresivos que debe vigilarse es la posibilidad de caídas por hipotensión.

Es particularmente importante vigilar las interacciones que se generan a partir de la polifarmacia. Otros medicamentos que pueden aumentar el efecto antidepresivo son el litio y la T3. El litio se elimina sin cambios en la orina, puede producir poliuria y polidipsia. Hasta un tercio de los pacientes desarrollan hipotiroidismo. También pueden presentarse temblor, ataxia, hiperglucemia, deterioro cognoscitivo y arritmias. Los AINE, tiazidas, IECA y la deshidratación aumentan los niveles de litio. (Rubio et al., 2012, p. 91)



CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

- Enfoque cuantitativo: Debido que los datos obtenidos serán procesados a través de métodos estadísticos, (sustentarlo con un autor)
- Tipo descriptivo: Describe la realidad tal como se presenta, no hay manejo de variable independiente, en este caso permite describir el nivel de depresión en los pacientes adultos mayores hospitalizados.
- El diseño de estudio: Es no experimental por que no se manipulo la variable de estudio.
- De corte transversal: Porque los datos fueron recogidos en un tiempo único. El nivel de estudio es aplicativo.

3.2 POBLACION Y MUESTRA

Población

La población estuvo formada por 50 adultos mayores hospitalizados durante el 2017 en los servicios de medicina interna del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores a partir de los 60 años de ambos sexos
- Adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo.
- Adultos mayores orientados en espacio, tiempo y persona.

- Adultos mayores que acepten participar en la entrevista mediante consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores de 60 años que presenten alguna enfermedad mental
- Adultos mayores que presenten alteración del estado de conciencia (somnolencia, estupor o coma) y problemas de organicidad.
- Adultos mayores de 60 años que presenten hipoacusia severa o afasia motora.

Método de muestreo utilizado

Para el presente estudio se utilizó el muestreo no probabilístico, ya que la selección se hará en base al criterio del investigador.

Tamaño de la muestra

Se calculó de acuerdo al nivel de confianza 95% y el margen de error 0.05% .Para obtener el tamaño de la muestra finita se aplicara la siguiente fórmula:

N: Universo o población total

N: Población (50)

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

N: Población

Z α : Nivel de confianza 95%, 1,96 para $\alpha = 0,05$

P: Proporción de personas que poseen la característica, se puede sustituir por 0,5 con el cual se logra un tamaño de muestras más grande.

Q: 1- P

E: Margen de error estimado, 0,05%.

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,5) (1 - 0,5) (50)}{(0,05)^2 (50 - 1) + (1,96)^2 (0,5) (1 - 0,5)}$$

$$N = 57.624/0,1475+0,9604 = 57,624/1,1079 = 43$$

Muestra: 43

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

Es el proceso a través del cual se estableció los procedimientos empíricos que permitió la obtención de datos de la realidad para verificar los objetivos y solucionar el problema.

| Variable identificada | Definición conceptual | Definición operacional | Indicadores | Medición |
|---|---|---|---|-------------------------------------|
| Nivel de depresión del adulto mayor en pacientes hospitalizados en el hospital nacional Dos de Mayo | La depresión es una enfermedad que puede afectar a cualquier ser humano, uno de ellos es el adulto mayor. Se caracteriza por un cambio en el estado de ánimo, en el comportamiento o en la forma de pensar. La depresión puede llegar a perjudicar las funciones mentales y físicas de quien la padece. | Es la respuesta expresada por el adulto mayor acerca de las diversas manifestaciones que intervienen en su estado psicoemocional y que afecta su modo de vida | <p>1¿Esta básicamente satisfecho con su vida?</p> <p>2¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?</p> <p>3¿Siente su vida vacía?</p> <p>4¿Se siente a menudo aburrido?</p> <p>5¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?</p> <p>6¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?</p> <p>7¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?</p> <p>8¿Se siente a menudo sin esperanza?</p> <p>9¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer nuevas cosas?</p> <p>10¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?</p> | <p>Normal</p> <p>Depresión leve</p> |

| | | | | |
|----------------------|--|----------------------|---|---|
| | | | <p>11¿Cree que es maravilloso estar vivo?</p> <p>12¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?</p> <p>13¿Piensa que su situación es desesperada?</p> <p>14¿Se siente lleno de energía?</p> <p>15¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?</p> | Depresión severa |
| Edad | | Edad cronológica | | Razón: 60-69 70-79 +80 |
| Grado de instrucción | | Grado de instrucción | | Sin nivel Primaria Secundaria Superior |

3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrumento

La técnica empleada para la recolección de datos será la entrevista y el instrumento usado será un cuestionario denominado Escala de Depresión Geriátrica – Test de Yesavage que mide el nivel de depresión en a los adultos mayores, este instrumento fue validado en la organización panamericana de salud y la Organización Mundial de la Salud 2002.

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage corto, consistió de 15 preguntas, que guardan la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación. De los 15 ítems se dio puntaje de 1 cuando la respuestas era afirmativas en la pregunta 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15 y negativas en las preguntas 1, 5, 7, 11 y 13. El puntaje de 0-5 se considera normal, 6-9 indica depresión leve; y 10-15 indica depresión moderada/severa. **(Ver anexo)**

| <i>Niveles de depresión</i> | <i>Puntuación</i> |
|-----------------------------|-------------------|
| <i>Normal</i> | 0 -5 |
| <i>Leve</i> | 6 -9 |
| <i>Severa</i> | 10 -15 |

Confiabilidad y validez

La sensibilidad de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage 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 la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage 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 escala de depresión geriátrica-15 (GDS-15) es un instrumento corto de 15 ítems específicamente diseñado para evaluar la depresión en poblaciones geriátricas. Sus artículos requieren una respuesta de sí / no. La Escala de Depresión Geriátrica fue introducida por primera vez por Yesavage et al. en 1983, y la versión abreviada (GDS-15) fue desarrollada por Sheikh y Yesavage en 1986. El objetivo del presente estudio fue la estandarización del GDS-15 para su uso en Grecia. Los sujetos se dividieron en Grupo A: 168 sujetos control, y Grupo B: 103 pacientes que sufrían de depresión clínicamente diagnosticada. Todos tenían más de 65 años. Se encontró que una puntuación de 6/7 en el GDS-15 era el mejor punto de corte para diagnosticar la depresión en una población griega de edad avanzada, con una sensibilidad = 92.23 y especificidad = 95.24. GDS-15 manifiesta una alta consistencia interna con el alfa de Cronbach = 0.94, y todos los elementos parecen ser equivalentes. El análisis factorial del GDS-15 reveló 4 factores: un contenido cognitivo (pensamiento), un afectivo, un funcional y un factor que refleja impotencia y miedo para el futuro. Los dos grupos de diagnóstico difirieron en las puntuaciones de los 4 factores en el valor $p < 0.001$. (Fountoulakis y Yesavage, 1999)

Procedimiento

Proceso de recolección de datos:

- La investigación se realizó con previa coordinación con el departamento de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación; y con la autorización del comité de ética del Hospital Nacional Dos de Mayo .Se coordinó con la jefatura de Medicina Interna, el cual a la vez coordinó con la jefatura de las diferentes salas de medicina interna (Santa Ana, San Andrés, Julián Arce, Santo Toribio y San Pedro) para el desarrollo de los test.
- Se informó a los pacientes sobre las características del proyecto de investigación, mediante un consentimiento informado autorizado por el comité de ética del hospital, dándole una copia de este luego de haber aceptado participar en el estudio.
- Se le explicó a detalle en que forma debía responder al test y se procedió a aplicar el instrumento a cada paciente permaneciendo en todo momento a su lado para despejar cualquier duda.
- Se realizó las 15 preguntas de la Escala de Depresión Geriátrica con respuestas dicotómicas: si o no.
- Se realizó lectura del contenido del cuestionario, para llevar a cabo los respectivos análisis estadísticos.

3.5 CONTROL DE VARIABLES

Procesamiento de datos:

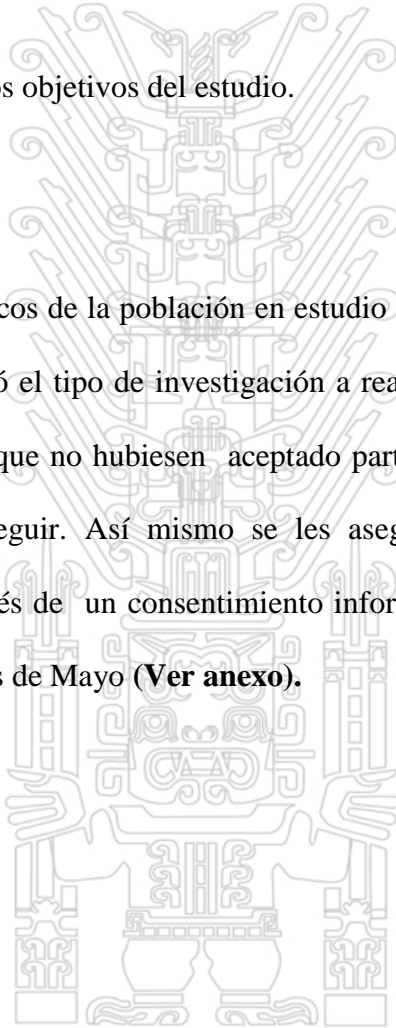
Se analizó a través del software estadístico SPSS.18.0, los datos fueron analizados en tablas de frecuencias y desarrollados a través de la estadística descriptiva.

Análisis de datos:

Se elaboró gráficos en base a los objetivos del estudio.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para garantizar los aspectos éticos de la población en estudio se mantuvo el anonimato de los pacientes, a quienes se les explicó el tipo de investigación a realizar, respetando su derecho en retirarse de la misma en caso de que no hubiesen aceptado participar y si durante la ejecución del estudio decidan ya no proseguir. Así mismo se les aseguró la confidencialidad de la información proporcionada a través de un consentimiento informado aceptado por la comisión de ética del Hospital Nacional Dos de Mayo (**Ver anexo**).



CAPITULO 4: RESULTADOS

Tabla 1.

Nivel de depresión de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo

| Nivel de depresión | Frecuencia | % |
|---------------------------|-------------------|-------------|
| Normal | 19 | 44% |
| Leve | 12 | 28% |
| Severa | 12 | 28% |
| Total | 43 | 100% |

Nota: Elaboración propia

En la **Tabla N° 1** se observa que el 44% (19) del total de pacientes encuestados no presentan depresión, mientras que el 28% (12) tiene un nivel de depresión leve y un 28% (12) restante tiene un nivel de depresión severa. En ese sentido, se puede ver que el porcentaje de pacientes con depresión (leve o severa) alcanza un 56% de representatividad.

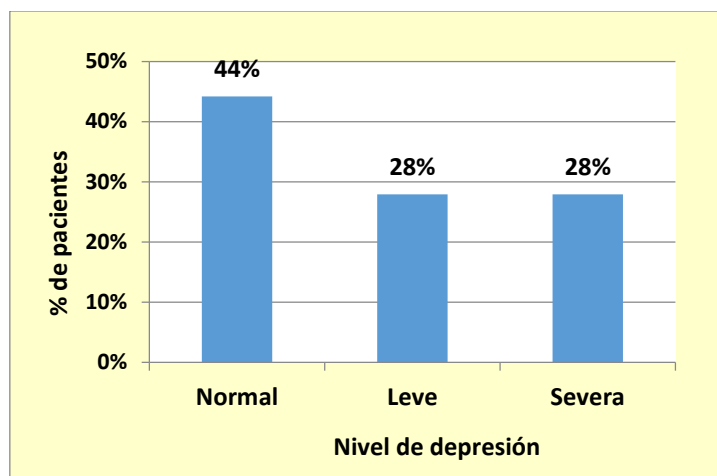


Figura 1. Nivel de depresión de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo

Tabla 2.

Nivel de depresión según grupo de edades de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo

| Nivel | Edad (años) | | | | | |
|--------------|-------------|-------------|-----------|-------------|----------|-------------|
| | 60 – 69 | | 70-79 | | >=80 | |
| | fi | % | fi | % | fi | % |
| Normal | 9 | 56% | 8 | 38% | 2 | 33.3% |
| Leve | 3 | 19% | 7 | 33% | 2 | 33.3% |
| Severa | 4 | 25% | 6 | 29% | 2 | 33.3% |
| Total | 16 | 100% | 21 | 100% | 6 | 100% |

Nota: Elaboración propia

En la **Tabla N° 2** se observa que en los pacientes con edades de 60 a 69 años, no presenta depresión en un 56%, presenta depresión leve en un 19% y depresión severa en un 25%. Mientras que en los pacientes con edades de 70 a 79 años, no presenta depresión en un 38%, es leve en un 33% y es severa en un 29%. Asimismo, en los pacientes mayores o de 80 años, no presenta depresión en un 33.3%, es leve en un 33.3 y es severa en un 33.3%.

En ese sentido, se puede ver que el porcentaje de pacientes con depresión (leve o severa) sobrepasa el 50%, en los pacientes de edades de ≥ 80 , y en los pacientes con edades de 70 a 79 años.

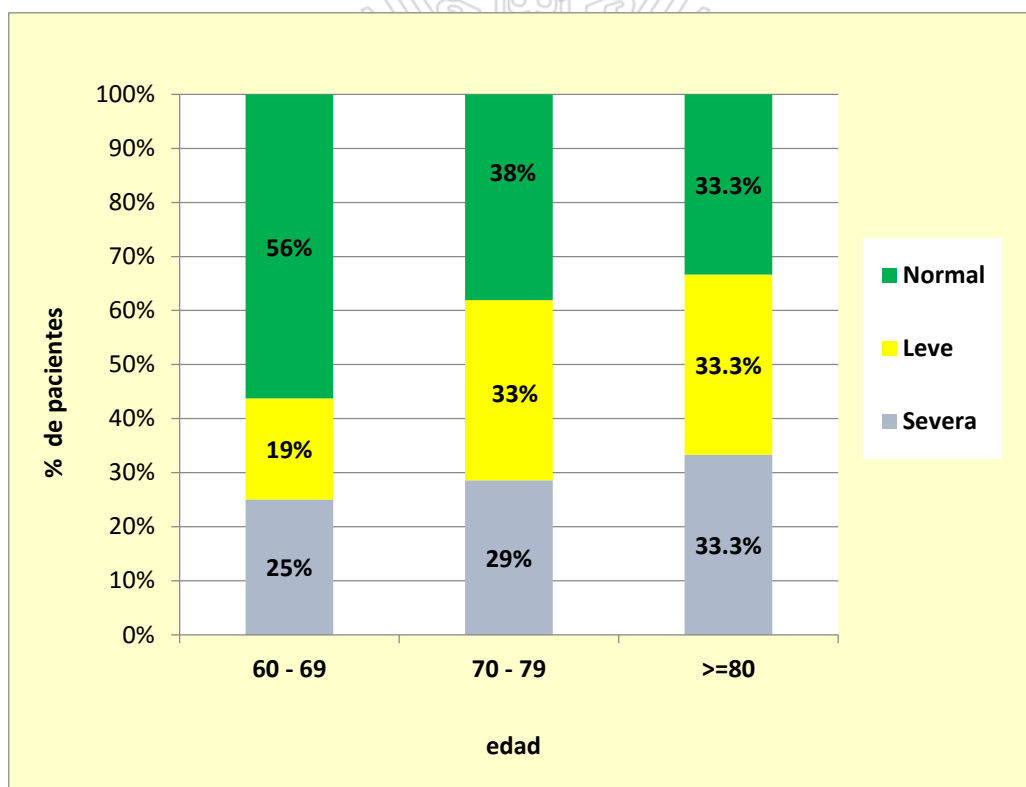


Figura 2. Nivel de depresión según grupo de edades de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo

Tabla 3.

Nivel de depresión según grado de instrucción de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo

| Nivel | Grado de instrucción | | | | | | | |
|--------|----------------------|------|----------|------|------------|------|----------|-------|
| | Sin instrucción | | Primaria | | Secundaria | | Superior | |
| | fi | % | fi | % | fi | % | fi | % |
| Normal | 1 | 100% | 6 | 40% | 8 | 38% | 4 | 66.7% |
| Leve | 0 | 0% | 5 | 33% | 6 | 29% | 1 | 16.7% |
| Severa | 0 | 0% | 4 | 27% | 7 | 33% | 1 | 16.7% |
| Total | 1 | 100% | 15 | 100% | 21 | 100% | 6 | 100% |

Nota: Elaboración propia

En la Tabla N° 3 se observa que el nivel de depresión en los pacientes con grado de instrucción superior, no se presenta en un 66.7%, es leve en un 16.7% y es severa en un 16.7%. Mientras que en los pacientes con secundaria completa, la depresión no se presenta en un 38%, es leve en un 29% y es severa en un 33%. Así también, en los pacientes con grado de instrucción Primaria, el nivel de depresión no se presenta en un 40%, es leve en un 33 y es severa en un 27%. Respecto a pacientes sin instrucción, se puede ver que solo hay un adulto mayor sin depresión.

Por lo tanto, se observa que el porcentaje de pacientes con depresión (leve o severa) sobrepasa el 50% en el grupo de pacientes con grado de instrucción Secundaria y en el grupo de pacientes con grado de instrucción Primaria.

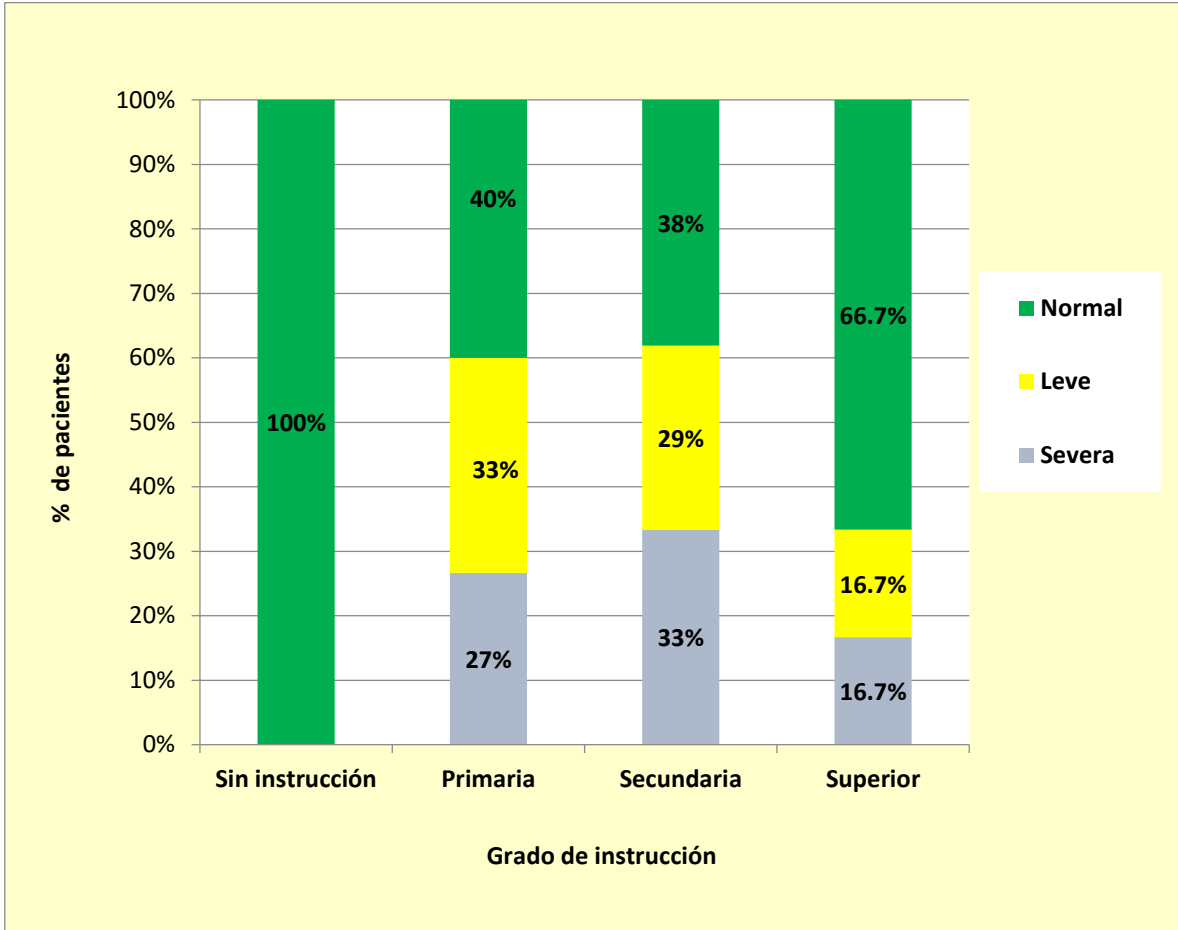


Figura 3. Nivel de depresión según grado de instrucción de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo

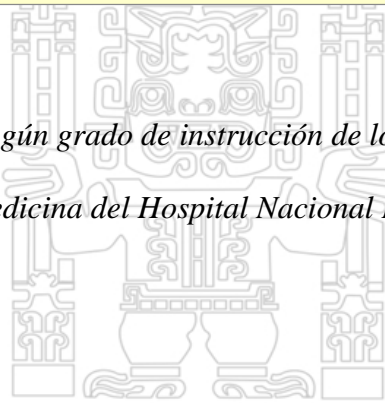


Tabla 4.

Frecuencia de patologías en adultos mayores con depresión leve y severa hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo

| Enfermedades | fi | fi/24 |
|----------------------------|----|--------|
| DM2 | 11 | 45.83% |
| ERC | 3 | 12.50% |
| INFECCIOSO (Neumonía, ITU) | 3 | 12.50% |
| INSUFICIENCIA CARDIACA | 5 | 20.83% |
| HTA | 7 | 29.17% |
| NEOPLASIA | 2 | 8.33% |
| OTROS | 7 | 29.17% |

Nota: Elaboración propia

Respecto a las enfermedades más frecuentes, en la Tabla 4 se observa que el 45.83% de los pacientes con depresión padecen de DM2. Así también, la enfermedad HTA la padecen un 29.17% de los pacientes con depresión, y la insuficiencia cardiaca la padecen un 20.83% de los pacientes con depresión.

Por otra parte, las infecciones y el ERC, se encuentran presentes en el 12.50% de pacientes con depresión, mientras que solo un 8.33% de estos pacientes padecen de neoplasia.

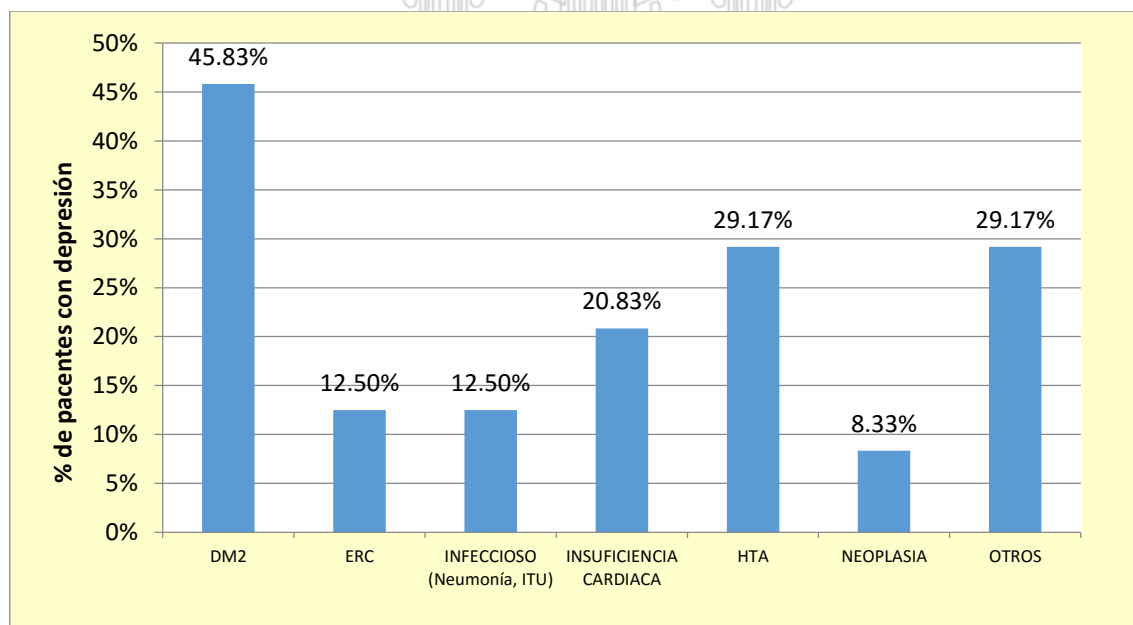


Figura 4. *Enfermedades más frecuentes en los adultos mayores con depresión, hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Dos de Mayo*

CAPITULO 5: DISCUSIÓN

La depresión es una de las patologías mentales más frecuentes en los adultos mayores, siendo su etiología multifactorial: factores neurobiológicos, comorbilidades, como la diabetes, y factores sociales. El riesgo aumenta considerablemente en adultos mayores que se encuentran hospitalizados o institucionalizados, por lo cual es importante detectar las características de estos grupos de riesgo, así también las enfermedades más frecuentes o relacionadas con la depresión que suele ser crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus II, la insuficiencia cardiaca y las neoplasias.

En el presente estudio se encontró que el 44% del total de pacientes adultos mayores encuestados no presentan depresión, mientras que el 28% tiene un nivel de depresión leve y un 28% restante tiene un nivel de depresión severa en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el 2017. Los presentes resultados son similares a los reportados por **Rebagliati, Runzer y Horruitiniere (2012)**, donde se encontraron una prevalencia de 62,2% casos de depresión población geriátrica hospitalizada en un Centro Geriátrico Militar. También son similares a los de **Ibañez (2015)**, que encontró una prevalencia de 61,5% de depresión, depresión moderada en un 55,2% y depresión severa en un 6,3% en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Sin embargo los resultados difieren con los de **Hassan e Ihsan (2017)**, que encontraron una prevalencia de la depresión mayor en ancianos hospitalizados con trastornos médicos fue del 12% basado en las entrevistas clínicas estructuradas guiadas por los criterios de la DMS-5 y de 17% con el método de PHQ-9, también difieren con los resultados de **Sarró y**

Ferrer (2013) donde encontraron depresión según la GDS es positivo en 34,5% pacientes en el *L'Hospitalet* de Llobregat, Barcelona. Por lo descrito se deduce que el nivel de depresión de los adultos mayores depende del tiempo, del lugar de estudio y el instrumento para la medición de esta patología, en este caso se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage) en los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Con respecto a la edad y el nivel de depresión, se observa que los pacientes con edades de 70 a 79 años presento en un 33% depresión leve y 29 % depresión severa. Mientras que en los pacientes con más de 80 años presentaron depresión leve en un 33,3 % y 33,3% depresión severa. En ese sentido, el porcentaje de pacientes con depresión sobrepasa el 50% en los pacientes con más de 70 años. Estos resultados son similares a los obtenidos por **Rodríguez y Sotolongo (2013)**, donde el 25% fueron diagnosticados con depresión predominando el grupo de edad entre 70 y 79 años. Sin embargo difieren con los resultados obtenidos por **Licas (2015)**, que refiere que la mayoría de adultos mayores que presentaron depresión, se encuentran entre 65 a 69 años.

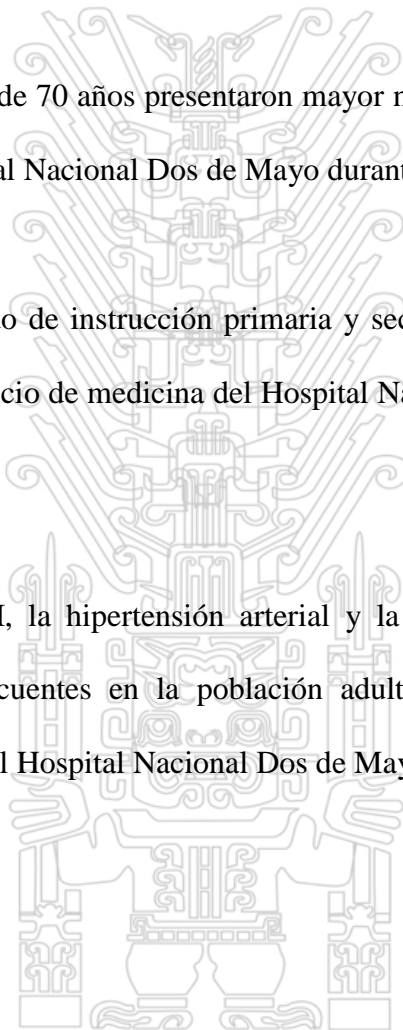
En relación al grado de instrucción y el nivel de depresión, se observa que el porcentaje de pacientes con depresión (leve o severa) sobrepasa el 50% en el grupo de pacientes con grado de instrucción Secundaria (62%) y en el grupo de pacientes con grado de instrucción Primaria (60%), a diferencia con los pacientes con grado de instrucción superior donde la depresión (leve o severa) estuvo presente en 33,4%. Estos resultados se asemejan a los obtenidos por **Rodríguez y Sotolongo (2013)**, donde el nivel de escolaridad primario fue el que mayor afectación por

depresión tuvo con un total de 18 ancianos (64,2%). Por lo descrito se infiere que tener un grado de instrucción superior es un factor protector contra la depresión.

En cuanto a las patologías más frecuentes en la población adulta mayor con depresión (leve o severa) se observa que 45.83% tiene diabetes mellitus II, el 29.17% tiene hipertensión arterial y el 20,83% tiene insuficiencia cardiaca en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el 2017. Estos resultados son similares a los obtenidos por **Prieto, Villanueva, Arias y Jiménez (2016)**, encontraron una frecuencia alta de depresión de inicio tardío que afectaba más a las mujeres, con dependencia funcional y diabetes como enfermedad asociada. También se asemejan a los obtenidos por **Hassan e Ihsan (2017)**, las condiciones comórbidas más comunes asociados con la depresión mayor identificada por la DMS-5 y PHQ-9 fueron la enfermedad cardiovascular y el cáncer. Por lo descrito se observa que la enfermedad más frecuente en la población adulta mayor con depresión (leve o severa), es la diabetes mellitus II lo cual se podría atribuir a las diversas complicaciones tardías de esta patología, como la insuficiencia renal, retinopatía diabética, neuropatía diabética, pie diabético y de manera más directa, deterioro cognitivo, también se puede atribuir a el estricto control de la dieta, la medicación y evaluaciones periódicas con el médico especialista, siendo fundamental el apoyo familiar y social, y en algunas circunstancias el psicológico.

CAPITULO 7: CONCLUSIONES

- El porcentaje de los pacientes con depresión alcanza el 56 %. El nivel de depresión es alto en los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el 2017.
- Los pacientes con más de 70 años presentaron mayor nivel de depresión en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el 2017.
- Los pacientes con grado de instrucción primaria y secundaria presentan mayor nivel de depresión en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el 2017.
- La diabetes mellitus II, la hipertensión arterial y la insuficiencia cardiaca son las enfermedades más frecuentes en la población adulta mayor con depresión en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el 2017.



RECOMENDACIONES

- El presente estudio demostró la alta prevalencia de depresión no diagnosticada en el adulto mayor hospitalizado, por lo que se requiere determinar esta patología de manera temprana mediante escalas, como la de Yesavage, para disminuir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida en los adultos mayores.
- Se deben elaborar estrategias que mejoren la salud mental en los adultos mayores, sobretodo en grupos con mayor riesgo como los que tienen menor grado de instrucción, los que viven sin su familia, los que tiene diversas enfermedades crónicas asociadas, etc. Además de promover programas y actividades recreativas como juegos y ejercicios en adultos mayores.
- Realizar un tratamiento adecuado a los pacientes diagnosticados con este síndrome, el cual no debe limitarse solo a la terapia farmacológica, sino también en la psicoterapia y terapia familiar.
- Crear redes de apoyo para programas específicos para los momentos de mayor vulnerabilidad.
- Realizar estudios de tipo cualitativo tomando en cuenta los resultados del presente estudio.
- Realizar más estudios en cuanto la relación entre las diabetes mellitus II y la depresión en la población adulta mayor, ya que según los resultados de este estudio la diabetes fue la patología más frecuente en la población adulta mayor con depresión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberdi Sudupe, A., Fernandez Díaz, A., Iglesias gil de Bernabé, F. (2013). Depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital General. *Galicia Clínica | Sociedade Galega de Medicina Interna*, 74, 161-174. Obtenido de <http://galiciaclinica.info/pdf/25/542.pdf>
- Segura Cardona Alejandra, Cardona Arango Doris, Segura Cardona Angela, Garzón Duque María (2015). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Rev. salud pública, Volumen 17, Número 2*, 184-194. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n2/v17n2a03.pdf>
- Alvez, C. P. (2014). *Depresión en el adulto mayor (Tesis pregrado)*. Obtenido de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/7358/1/FE-0547TG.pdf>
- Arjona Villcaña Ruy David, Esperón Hernández Ramón Ignacio, Herrera Correa Gloria María, Albertos Alpuche Nelly Eugenia (2014). Asociación de diabetes mellitus con deterioro cognitivo en adultos mayores. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc. ;52(4)*, 416-21. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im144n.pdf>
- Bazan, A., De Vinatea, J., Villanueva, L., Fuentes, H., Poggi, L., Saldarriaga, L., . . . Montero, G. (1997). *Cirugía laparoscópica abdominal Experiencia 1991-1995 - Hospital Guillermo Almenara Irigoyen*. Obtenido de sisbib: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v58_n3/claparoscopica.htm
- Becerra Pino, M. (2011). Depresión en el adulto mayor. *Facultad de Medicina UNAM*.
- Charles Brunicardi, F. (2015). *Principios de Cirugía*. MCGRAW-HILL.
- d'Hyver, C. G. (2014). *Geriatría, 3a edición*. México, D.F: Editorial El Manual Moderno, S.A.
- European Association for the Study of the Liver . (2016). Guía de práctic clínica de la EASL sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de la litiasis biliar. *Journal of Hepatology*, 146-181.
- Fountoulakis, K. Y. (1999). The validation of the short form of the Geriatric Depression Scale (GDS) in Greece. *Aging Clinical and Experimental Research*, vol 11, 367–372. Obtenido de <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03339814>
- García Ruiz, A., Gutiérrez Rodríguez, L., & Cueto García, J. (2016). Evolución histórica de la cirugía laparoscópica. *Cirugía Endoscópica*, 17(2), 93-106.
- García, R. (2015). *Prevalencia y sactores relacionados a depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Enero-Febrero 2015 (Tesis de pregrado)*. Facultad de Medicina, Universidad de San Agustín, Arequipa. Obtenido de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/298/M-21241.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gil, P. (2011). *Manual del Residente en Geriatría*. Madrid: Editorial Gráficas Marte, S.L. .

- Gonzales, C. D. (2014). Hipotiroidismo subclínico, depresión y deterioro cognitivo: experiencia en un centro de adultos mayores de Lambayeque. *Anales de la Facultad de Medicina*, 327-330. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v75i4.10849>
- Gutierrez Robledo, L. (2010). *Envejecimiento humano: Una visión transdisciplinaria*. México D. F.: Instituto de geriatría.
- Licas, M. P. (2015). *Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.T 2014 (Tesis de pregrado)*. Facultad de Enfermería de la Universidad Mayor de San Marcos, Lima. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas_tm.pdf
- MINSA. (2010). Módulo de atención integral de salud mental. Obtenido de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/053.pdf>
- OMS. (2016). Salud mental y los adultos mayores. *Centro de prensa: Nota descriptiva*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Penny, E. (2012). *Geriatría y gerontología para el médico internista*. Bolivia: Editorial La Hoguera.
- Prieto, S. V. (2016). Depresión de inicio tardío en el. *Medicina Interna de México*, 388-395. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2016/mim164c.pdf>
- Rebagliati, C. R. (2012). Caracterización clínica, epidemiológica y social de una población geriátrica hospitalizada en un Centro Geriátrico Militar. *Horizonte médico*, 21-27. Obtenido de <http://www.redalyc.org/html/3716/371637125004/>
- Rodríguez, L. S. (2013). Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico "Cristóbal Labra". *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29, 64-75. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v29n1/mgi09113.pdf>
- Rubio, A. C. (2012). *Controversias en geriatría*. México D. F.: Editorial Alfil S. A.
- Sarró, M. F. (2013). Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *SEMERGEN Medicina de Familia vol 39*, 354-360. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359313000178>
- Sheikh, J. Y. (1986). The Geriatric Depression Scale (GDS). *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*, 165 - 173. Obtenido de <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-4.pdf>
- Silva, J. . (2017). Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Av. enferm., Volumen 34, Número 3*, 251-258. Obtenido de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/58704/58742>
- Sultan, A. A. (2017). Depression and associated factors in hospitalized elderly: a cross-sectional study in a Saudi teaching hospital. *Ann Saudi Med*, 122-129. Obtenido de <http://www.annsaudimed.net/index.php/vol37/vol37iss2/1104.html>

ANEXOS

Anexo A: ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICO – TEST DE YESAVAGE

Datos generales

Edad: Sexo:

Grado de instrucción:

Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Superior ()

Estado civil

Soltero () Casado () Viudo () Divorciado () Conviviente ()

¿Trabaja?

Si () No ()

¿Vive con familia?

¿Cuál es la enfermedad por la que está hospitalizado(a), y qué otras enfermedades tiene?

INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido usted durante las dos últimas semanas:

| | | |
|---|----|----|
| ¿Está básicamente satisfecho con su vida? | SI | NO |
| ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos? | SI | NO |
| ¿Siente que su vida está vacía? | SI | NO |
| ¿Se encuentra a menudo aburrido? | SI | NO |
| ¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo? | SI | NO |

| | | |
|---|----|----|
| ¿Teme que le vaya a pasar algo malo? | SI | NO |
| ¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo? | SI | NO |
| ¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso? | SI | NO |
| ¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas? | SI | NO |
| ¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás? | SI | NO |
| ¿Cree que es agradable estar vivo? | SI | NO |
| ¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos? | SI | NO |
| ¿Se siente lleno de energía? | SI | NO |
| ¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada? | SI | NO |
| ¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted? | SI | NO |



Anexo B: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: Nivel de depresión en la población adulta mayor hospitalizada en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Investigador principal: Julio Jorge Quinto Díaz

Me dirijo a usted con el fin de solicitar su valiosa colaboración en el mencionado trabajo de investigación, previamente es necesario que lo acepte mediante un consentimiento informado, el cual es el procedimiento mediante el cual se garantiza que usted ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos, sus derechos y responsabilidades. Debe tener en cuenta que su participación es voluntaria.

¿Cuál es el propósito del estudio?

Determinar el nivel de depresión en la población adulta mayor en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo.

¿Qué sucede si participo en el estudio? ¿Cuánto tiempo estaré en el estudio?

Para determinar el nivel de depresión se utilizara como instrumento la escala de depresión geriátrica de Yesavage, la cual consiste en 15 preguntas referentes a su estado de ánimo en las dos últimas semanas y las respuestas posible solo serán dos: si o no. El tiempo promedio para realizar todo el cuestionario es aproximadamente 15 minutos, con esto habrá finalizado su participación por completo.

¿Cuáles son los beneficios por participar en este estudio?

El beneficio es de forma indirecta, se podrá saber cuáles son las características de la población adulta mayor donde prevalece la depresión y así formar grupos de apoyo a estos a largo plazo.

¿Cuáles son las posibles molestias o riesgos por participar en el estudio?

El presente estudio no le producirá ningún daño y en todo momento se respetaran sus derechos humanos.

¿Habrá algún costo por participar en el estudio? ¿Recibiré algo por estar en este estudio?

El presente estudio no tendrá ningún costo económico, así como no se dará ningún tipo de compensación económica.

¿Cómo protegeremos su información?

La información recabada será confidencial y anónima, por lo que su nombre no se publicará en el presente estudio.

¿Qué pasa si usted quiere terminar su participación antes que el estudio haya terminado?

Usted puede retirarse o terminar su participación en cualquier momento ya que esta es completamente voluntaria, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

¿Qué hacer si tienes preguntas sobre el estudio?

En caso de requerir información adicional en relación al estudio o en relación a sus derechos como participante se puede contactar con el coordinador del comité de ética del Hospital Nacional Dos de Mayo o con el investigador principal.

Datos del investigador principal:

Para preguntas en cuanto al estudio

Nombre y apellidos: Julio Jorge Quinto Díaz

Teléfono: 931760214

Correo electrónico: julioviper1@hotmail.com

Datos de contacto del comité de ética:

Para sus preguntas sobre sus derechos como voluntarios, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados.

Presidente del Comité de Ética del HNDM: Dr. Jorge Alejandro Yarinsueca Gutierrez

Dirección: Parque Historia de la Medicina Peruana S/N, altura de la cuadra 13 de Av. Grau,

Cercado – Lima; Teléfono: 328 0028 anexo: 8234; Correo electrónico:

comite.etica.hndm@gmail.com

Declaración de Consentimiento

Una vez leído este documento y aclarada mis dudas, las cuales fueron respondidas a satisfacción, declaro no haber sido coaccionado ni influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio, por lo cual acepto participar de forma voluntaria en el presente estudio.

Nombre y apellidos del participante

Lugar y fecha

FIRMA

Nombre y apellido de persona a cargo
del proceso de consentimiento

Lugar y fecha

FIRMA

Nombre y apellidos del participante
(En caso de participante iletrado)

Lugar y fecha

FIRMA

****Certifico que he recibido una copia del Consentimiento informado***

FIRMA DEL PARTICIPANTE



Anexo C: TABLA DE CÓDIGOS

| CATEGORÍA | CÓDIGO |
|-----------------------------|--------|
| EDAD | |
| 60 - 69 | 1 |
| 70 - 79 | 2 |
| >= 80 | 3 |
| SEXO | |
| MASCULINO | 1 |
| FEMENINO | 2 |
| GRADO DE INSTRUCCIÓN | |
| SIN INSTRUCCIÓN | 1 |
| PRIMARIA | 2 |
| SECUNDARIA | 3 |
| SUPERIOR | 4 |
| ESTADO CIVIL | |
| SOLTERO | 1 |
| CASADO | 2 |
| VIUDO | 3 |
| DIVORCIADO | 4 |
| CONVIVIENTE | 5 |
| ¿TRABAJA? | |
| SI | 1 |
| NO | 2 |
| ¿VIVE CON FAMILIA? | |
| SI | 1 |
| NO | 2 |



Anexo D: TABLA DE MATRIZ TRIPARTITA

| Nº | Edad | Sexo | Grado de instrucción | Estado civil | Tra baja | Vive con su familia | Enfermedad | tem 1 | tem 2 | tem 3 | tem 4 | tem 5 | tem 6 | tem 7 | tem 8 | tem 9 | tem 10 | tem 11 | tem 12 | tem 13 | tem 14 | tem 15 | Total |
|----|------|------|----------------------|--------------|----------|---------------------|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|
| 1 | 75 | 2 | 4 | 2 | 1 | 1 | NEOPLASIA | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 12 |
| 2 | 70 | 2 | 3 | 3 | 1 | 2 | PSORIASIS, INSUF. CARDIACA Y NEUMONIA | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| 3 | 63 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | INFECCIOSO (Neumonía) | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 6 |
| 4 | 74 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | PANCREATITIS AGUDA (OTROS) | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 6 |
| 5 | 78 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | EMF. VON VILDEBRAN | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| 6 | 66 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | DM-2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 12 |
| 7 | 75 | 2 | 4 | 1 | 1 | 2 | NEOPLASIA | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 |
| 8 | 60 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | DM2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| 9 | 77 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | INSUF. CARDIACA Y HDA | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 |
| 10 | 68 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | DM2, PIE DIABETICO | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| 11 | 68 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | DM2, PANCREATITIS AGUDA | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| 12 | 75 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | INSUFICIENCIA CARDIACA – INFECCIOSO (Neumonía) | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 8 |
| 13 | 68 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | CELULITIS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| 14 | 76 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | GILLIA BARRÉ (OTROS) | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 11 |
| 15 | 75 | 2 | 4 | 2 | 2 | 1 | INSUF. CARDIACA, DM2, HTA ESPODILOARTROSIS, | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 16 | 65 | 2 | 3 | 5 | 1 | 1 | NEUMONIA | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| 17 | 83 | 2 | 4 | 4 | 1 | 2 | | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 5 |
| 18 | 68 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | HTA, ERC, DM2, INSUFICIENCIA CARDIACA | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 9 |
| 19 | 68 | 2 | 2 | 4 | 1 | 1 | DM2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| 20 | 62 | 2 | 3 | 2 | 1 | 2 | DM2, ERC, INFECCIOSO(ITU) Y (OTROS) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 11 |

Anexo E: Edad según Sexo de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo

TABLA N° 01

| Edad | F | | M | | Total | |
|--------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|-------------|
| | fi | % | fi | % | fi | % |
| 60 - 69 | 3 | 7% | 13 | 30% | 16 | 37.2% |
| 70 - 79 | 9 | 21% | 12 | 28% | 21 | 48.8% |
| >=80 | 4 | 9% | 2 | 5% | 6 | 14% |
| Total | 16 | 37% | 27 | 63% | 43 | 100% |

Anexo F: Grado de Instrucción según Sexo de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo

TABLA N° 02

| Grado de instrucción | F | | M | | Total | |
|----------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|-------------|
| | fi | % | fi | % | fi | % |
| Sin instrucción | 1 | 2% | 0 | 0% | 1 | 2% |
| Primaria | 9 | 21% | 6 | 14% | 15 | 35% |
| Secundaria | 5 | 12% | 16 | 37% | 21 | 49% |
| Superior | 1 | 2% | 5 | 12% | 6 | 14% |
| Total | 16 | 37% | 27 | 63% | 43 | 100% |

Anexo G: Estado Civil según Sexo de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo

TABLA N° 03

| Estado civil | F | | M | | Total | |
|--------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|-------------|
| | fi | % | fi | % | fi | % |
| Soltero | 2 | 5% | 5 | 12% | 7 | 16% |
| Casado | 5 | 12% | 13 | 30% | 18 | 42% |
| Viudo | 5 | 12% | 1 | 2% | 6 | 14% |
| Divorciado | 3 | 7% | 3 | 7% | 6 | 14% |
| Conviviente | 1 | 2% | 5 | 12% | 6 | 14% |
| Total | 16 | 37% | 27 | 63% | 43 | 100% |

Anexo H: Adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo, que trabajan

TABLA N° 04

| ¿Trabaja? | F | | M | | Total | |
|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|-------------|
| | fi | % | fi | % | fi | % |
| SÍ | 2 | 4.7% | 18 | 41.9% | 20 | 46.5% |
| NO | 14 | 32.6% | 9 | 20.9% | 23 | 53.5% |
| Total | 16 | 37.2% | 27 | 62.8% | 43 | 100% |

Anexo I: Adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Nacional

Dos de Mayo, que viven con su familia

TABLA N° 05

| ¿Vive con familia? | F | | M | | Total | |
|--------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | fi | % | fi | % | fi | % |
| SÍ | 14 | 32.6% | 21 | 48.8% | 35 | 81.4% |
| NO | 2 | 4.7% | 6 | 14.0% | 8 | 18.6% |
| Total | 16 | 37.2% | 27 | 62.8% | 43 | 100% |

