



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE SALUD MENTAL**



“NIVELES DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR RESIDENTE EN EL HOGAR DE ANCIANOS SAN JOSÉ, UBICADO EN SAN JOSÉ DE MAYO”

Autoras:

Fabiana Avondet
Tatiana Placeres
Valeria Rotela

Tutores:

Prof. Adj. Lic. Enf. Araceli Otarola
Prof. Asist. Lic. Enf. Gabriel Chávez

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2019

TABLA DE CONTENIDO:

Índice	pág. 2
Introducción	pág. 3
Pregunta problema	pág. 3
Resumen	pág. 4
Descriptores	pág. 4
Fundamentación	pág. 5
Justificación	pág. 6
Antecedentes Teóricos	pág. 8
Objetivos	pág. 11
Marco Teórico	pág. 12
Consideraciones éticas	pág. 31
Diseño metodológico	pág. 32
Variables	pág. 34
Graficas	pág. 39
Análisis	pág. 50
Conclusiones	pág. 54
Sugerencias	pág. 55
Recursos humanos, materiales y financieros	pág. 57
Referencias bibliográficas	pág. 58
Anexos	pág. 60
• Anexo I	pág. 61
• Anexo II	pág. 62
• Anexo III	pág. 64
• Anexo IV	pág. 65

INTRODUCCIÓN:

El siguiente Trabajo Final de Investigación fue realizado por 3 estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, Licenciatura en Enfermería, plan de estudios 1993. Perteneciente al cuarto ciclo. A cargo de los docentes tutores: Prof. Adj. Lic. En Enf. Araceli Otarola y Prof. Asist. Lic. en Enf. Gabriel Chávez.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, por medio del cual se identificaron los niveles de Depresión. Dicha investigación se llevó a cabo en el Hogar de Ancianos San José de la ciudad de San José de Mayo, ubicado en Ruta 3 Km 91, investigando la presencia de signos de depresión en la población adulto mayor residente en dicho Hogar en el período comprendido entre el lunes 17 de Diciembre al sábado 29 de Diciembre de 2018.

Para la realización de dicha investigación fue necesario por parte del grupo acercarnos a la población, presentarnos, firmar los consentimientos informados para posteriormente realizar a los residentes del hogar la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG), luego se realizó el análisis de los datos obtenidos para poder concluir.

PREGUNTA PROBLEMA:

- ¿Cuáles son los niveles de depresión en la población adulto mayor residente en el Hogar de Ancianos San José en el período comprendido entre el 17 al 29 de Diciembre del 2018?

RESUMEN:

El trabajo de investigación fue titulado "Niveles de Depresión del adulto mayor residente en el Hogar de Ancianos San José, ubicado en San José de Mayo" tuvo como objetivo detectar signos de Depresión del adulto mayor institucionalizado, utilizando la Escala Geriátrica de Yesavage.

Como objetivos específicos se plantearon: Caracterizar la población en estudio según las variables; cuantificar el número de adultos mayores que padecen distintos niveles de depresión aplicando la escala de Yesavage; Identificar el nivel de Depresión según sexo, edad y nivel de instrucción del adulto mayor institucionalizado en el Hogar de Ancianos San José.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, por medio del cual se identificaron los niveles de depresión. La recolección de datos se obtuvo directamente de los residentes adultos mayores del Hogar de Ancianos San José, a través de la aplicación de un instrumento tipo encuesta. El formulario fue preguntas correspondientes a la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, por medio de la cual se identificaron los niveles de depresión.

Descriptor: Escala de Yesavage, Depresión, Anciano, Envejecimiento.

FUNDAMENTACIÓN

Como futuras profesionales de la salud desarrollándonos en la rama de la enfermería profesional, creemos que debemos desempeñar un rol importante en el estudio de este grupo etario.

En los últimos años, el adulto mayor se ha convertido en el foco de atención en virtud al rápido crecimiento de esta franja etaria con respecto a la población general.

La Organización Panamericana de la Salud afirma que la depresión es el trastorno mental que más afecta a la población y es también una de las principales causas de discapacidad en el mundo. Aunque es una enfermedad tratable, seis de cada diez personas que la padecen en América Latina y el Caribe no buscan, o no reciben, el tratamiento que necesitan.¹

La depresión no es tristeza únicamente, es una enfermedad que debe ser tratada. Contrario a la creencia popular, la depresión no es un proceso normal del envejecimiento. Si es tratada precozmente con un tratamiento adecuado se puede revertir. Sin embargo, si no se trata puede acelerar el deterioro físico, cognitivo y social.

Se espera aportar elementos que contribuyan a nuevos conocimientos sobre la realidad de nuestros adultos mayores y que permitan realizar estrategias para la prevención de este trastorno.

¹ Día mundial de la salud mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. Organización Panamericana de la Salud. [2012]. [Internet] Disponible en: http://www.paho.org/arg/index2.php?option=com_content&task=emaorm&id=1047 [Consulta: 20 de febrero 2018]

JUSTIFICACIÓN

Uruguay es uno de los países más envejecidos de Las Américas². Los resultados del Censo 2011 ratifican la agudización del proceso de envejecimiento de la población uruguaya, propio de un país en una fase muy avanzada de la transición demográfica, similar a la que se encuentran los países desarrollados. La población de 65 o más años pasó de representar el 7,6% del total en el censo de 1963 al 14,1% en el Censo 2011.³

Esta situación ha generado un especial interés y atención a este grupo poblacional debido a las características particulares y necesidades específicas, tornándose una población vulnerable a cualquier alteración de tipo familiar, emocional, social, económica.

Es importante estudiar la existencia de los distintos niveles de depresión en adultos mayores en la comunidad porque puede ser un punto de partida para desarrollar acciones de prevención en grupos de riesgo identificados, en este contexto, el profesional de enfermería que trabaja en el primer nivel de atención cumple un rol protagónico, pues brinda una atención holística al ser humano como un todo.

Teniendo en cuenta que el aspecto emocional es un factor importante en la salud y bienestar de la persona además de ser un elemento fundamental en la valoración que hace la enfermera al brindar cuidado al adulto mayor, ya que conociendo como está la percepción y la adaptación que tienen los adultos mayores, se podrá intervenir de manera integral. Por ello resulta necesario realizar esta investigación pues una depresión severa en este grupo poblacional puede tener efectos negativos y producir sentimientos de inseguridad, su adaptación a

² Uruguay. Ministerio de Educación y Cultura. Uruguay es el país más envejecido de Latinoamérica. [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.mec.gub.uy/innovaportal/v/100518/61/mecweb/uruguay-es-el-pais-mas-envejecido-de-latinoamerica?parentid=98366> [consulta: 23 feb 2018].

³ Instituto Nacional de Estadística. Resultados del Censo de Población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad [Internet]. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/analispais.pdf> [Consulta: 23 de febrero 2018]

los cambios que se presentan, alterando su desarrollo como persona y su relación con los demás.

Es por tanto el profesional de enfermería quien a través del cuidado y la educación desarrolla acciones orientadas a la satisfacción de sus necesidades desde una perspectiva holística, considerando no solo el aspecto físico sino también la parte emocional que le permitan fortalecer la autoestima de este grupo etario.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) los mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuentes de las enfermedades psiquiátricas reversibles.

La depresión no es una consecuencia normal del envejecimiento; ya que la mayoría de los ancianos lleva una vida plena, activa y gratificante.⁴

⁴ Sabio. I, Lucero. R, Fierro. A, Levi.F, Atchugarry. M, Casalli.G, Rolando. E. Manual de Geriatria y Psicogeriatria. Montevideo Uruguay: FEFMUR; 2004. p. 63 - 68

ANTECEDENTES TEORICOS

La depresión de los adultos mayores es un tema estudiado ya que, una gran proporción de nuestros pobladores, son adultos mayores.

Es un tema abordado por varias tesis de investigaciones que nos han ayudado.

A nivel internacional encontramos:

En el año 2015 en Lima Perú, Martha Paulina Licas Torres, realizó un estudio de "NIVEL DE DEPRESION DEL ADULTO MAYORER EN UN CENTRO DE SALUD INTEGRAL S.J.M- V.T.M. 2014" en el cual tuvo como objetivo determinar el nivel de depresión de los adultos mayores que se atendieron en dicho centro. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 73 adultos mayores, siendo la técnica de muestreo aleatorio simple, la técnica empleada fue la entrevista y el instrumento que se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica- El test de Yesavage.

El resultado que obtuvo dicha investigación fue que los adultos mayores que acuden al centro de atención integral de "TaitaWasi" presentan un nivel de depresión leve.

"Los resultados de la presente investigación indican que más de la mitad de adultos mayores tienen un nivel de depresión leve, seguido de un grupo menor sin depresión y otro grupo mucho menor con un nivel de depresión severo; este grupo presenta síntomas tales como humor depresivo la mayor parte del día, abandono de sus actividades diarias, disminución de energía, sienten que su vida está vacía, se sienten inútiles y cambios en su actividad psicomotriz. Resultados que se corroboran con el trabajo de investigación de Francia Ruelas, Kelly Yemira en Lima – Perú (2010) que evidenció que la mayoría de adultos mayores presentó un nivel de depresión

leve, seguidos por un nivel normal y en su minoría un nivel de depresión severa.”

A nivel nacional encontramos:

En el año 2015, Montevideo Uruguay. Las estudiantes Ana Albormoz, Celina González, Paula Kizner, Maria Rodríguez y Joselin Tabares, estudiaron la “INCIDENCIA DE LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR RESIDENTE EN EL COMPLEJO BPS”

El estudio se llevó a cabo en los complejos BPS ubicados entre las calles Goes 2143 y Juan Paullier 1913; en el periodo comprendido entre el 10 y el 14 de febrero del 2014.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. La recolección de datos se obtuvo directamente de los jubilados, a través de la aplicación de un instrumento tipo encuesta. Se diseñó un formulario con 14 preguntas cerradas de tipo dicotómica y politómica, y una pregunta abierta, de las cuales se indago los diferentes aspectos demográficos, económicos, de salud, socio-familiares. El resto de las preguntas correspondieron a la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, por medio de la cual se identificaron los niveles de depresión. El universo se constituyó por todos los adultos mayores de 60 años que residen en los complejos del BPS. El muestreo utilizado fue por conveniencia, mediante el cual se seleccionó un número de 52 personas según los criterios de inclusión; adultos mayores de ambos sexos, jubilados por “jubilación común”, residentes en complejos de BPS de Montevideo, Uruguay.

Los resultados que se obtuvo de dicha investigación:

“En cuanto a la escala de Yesavage, entre los datos obtenidos se destacó con un 69,20% como rango normal, seguido de 19,20% con depresión leve (Sensibilidad 84% - Especificidad 95%), y con un

11,60% como depresión severa (Sensibilidad 80% - Especificidad 100%).

Se concluyó que el mayor porcentaje de la muestra no presentó depresión luego de la jubilación, a su vez dentro del porcentaje de depresivos que se encontraron presentaron un bajo nivel de instrucción (7,7% Primaria Incompleta). Por otra parte, se observó también una relación entre la depresión y el tiempo libre, ya que la mayoría de los que se encontraron con depresión no ocupan el mismo (7,7%)”.

Se destaca, entonces, que la depresión en el adulto mayor y su detección oportuna son de gran importancia benéfica en las condiciones de salud, bienestar, calidad y satisfacción en la vida del adulto mayor. Por lo tanto, estos estudios presentados se relacionan con el problema a investigar, por lo que ayudaran y aportaran a un mayor conocimiento del objeto de investigación, así como el proceso de análisis y discusión de los resultados.

OBJETIVOS:

Objetivo general:

- Detectar signos de depresión en la población adulta mayor, residente en el Hogar de Ancianos San José a través de la Escala Geriátrica de Yesavage.

Objetivos específicos:

- Caracterizar la población en estudio según las variables.
- Cuantificar el número de adultos mayores que según la escala sufren signos de depresión en el Hogar de Ancianos San José, aplicando la escala de Yesavage.
- Identificar el nivel de Depresión según sexo, edad y nivel de instrucción del adulto mayor institucionalizado en el Hogar de Ancianos San José.

MARCO TEÓRICO

El envejecimiento es un fenómeno universal; es un proceso natural, dinámico, progresivo e irreversible, que forma parte del ciclo de la vida y en el que intervienen numerosos factores biológicos, psicológicos y sociales.

Las personas que envejecen deben afrontar condiciones cambiantes tanto en su propio organismo como en la sociedad en que viven. Este proceso genera retos y problemas similares para todos los que los padecen.

En el año 2011 se jubilaron 34.056 trabajadores, según el número de altas registradas por el Banco de Previsión Social (BPS). Esos nuevos jubilados se suman a los 36.204 que se habían acumulado en 2010 y los 27.421 de 2009.

De esta manera, en solo tres años 97.681 personas recibieron el alta de jubilación. Ese volumen de jubilados recientes representa un 24% del total registrados al cierre del año 2011 (había 403.687, según los registros del organismo). Esto muestra un sustancial incremento con respecto a las altas de años anteriores (en 2007 habían sido 11.200 y en 2008 fueron 13.717).

Para algunos, la adaptación es sencilla y no supone ningún tipo de inquietud. Sin embargo, para otros, cada cambio vital resulta tormentoso y estresante.⁵

Como futuros profesionales en la salud creemos que enfermería desempeña una función primordial en la asistencia a este grupo etario. Los problemas de los pacientes mayores ponen a prueba los propios recursos del profesional, el envejecimiento de la población requiere que el personal de enfermería atienda un número cada vez mayor de pacientes en proceso de adaptación a los cambios de la vejez.

Aunque al gran aumento de dicha población es necesario que más profesionales de la salud estén capacitados en geronto – geriatría, para así tener un mayor

⁵ Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Plan nacional de envejecimiento y vejez. [Internet]. 2012.

Disponible en:

http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/22737/1/plannacionaldeenvejecimientoyvejez_digital.pdf [consulta: 13 feb 2018].

reconocimiento de los síntomas depresivos y así poder ser captados y tratados precozmente.

Los resultados de este estudio de investigación están orientados a brindar información actualizada y fidedigna a la institución y al equipo multidisciplinario en especial al profesional de enfermería ya que es quien está en constante interacción con la persona y familia, el cual le permita formular estrategias y/o programas de carácter preventivo promocional y con ello favorecer un envejecimiento activo y saludable.

ADULTO MAYOR:

El concepto de adulto mayor presenta un uso relativamente reciente, ya que ha aparecido como alternativa a los clásicos personas de tercera edad y ancianos. En tanto un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras adultos que antecede al fallecimiento de la persona.

Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando.

Se considera adulto mayor a partir de los 65 años de edad.⁶

DEPRESION:

Definición Para la Organización Mundial de la Salud – OMS La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida

⁶ Adulto Mayor. Poder Legislativo, Ley 17.796, 9 de agosto de 2004. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp4843878.htm>

de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.⁷

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

La depresión se ha convertido en una pandemia. Cada año, miles de personas, sin importar su estatus, nacionalidad, edad o condición social se deprimen. Incluso, se estima que la cuarta parte de la población mundial puede estar pasando o pasará alguna vez por un cuadro depresivo. Es una enfermedad tan importante, que en 10 años será la primera causa de incapacidad clínica en el mundo. El mundo está triste.

Pero en el adulto mayor, la problemática es aún más grande, pues los sentimientos de tristeza, abandono y soledad suelen ser más fuertes, por los múltiples y drásticos cambios que presentan y por la falta de cuidado que se le da a esta enfermedad en esta etapa de la vida.

Además, La depresión en el adulto mayor puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.

Lamentablemente, una gran mayoría de personas afectadas por depresión no buscan ayuda porque ellas mismas desconocen que gran parte de ese sufrimiento podría ser evitado. Aunque el síntoma nuclear de la depresión es el descenso del

7 Organización Mundial de la Salud. Día mundial de la salud mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. [Internet]. 2012. Disponible en: https://www.paho.org/bulletins/index.php?option=com_content&view=article&id=1251:dia-mundial-de-la-salud-mental-la-depresion-es-el-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=0&lang=es [consulta: 15 feb 2018].

estado de ánimo, determinados pacientes, especialmente los geriátricos, con dificultades para el proceso mental de las emociones y los sentimientos pueden no percibir este estado de ánimo alterado y reparar más en sintomatología de la esfera física. No es raro que un anciano no se queje de tristeza o que impute sus respuestas emocionales a la edad y manifieste, prioritariamente, los síntomas de la esfera corporal. Todo esto trae como consecuencia que la depresión en el anciano no se detecte adecuadamente, se infra diagnostique y que con frecuencia estemos ante depresiones enmascaradas.

Según su intensidad, los Trastornos Depresivos se pueden clasificar como leves, moderados o graves. Para los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10 y DSM IV-TR, la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional.⁸

Medición de la depresión:

Existen escalas que ayudan no sólo a diagnosticar, sino también al seguimiento de los pacientes deprimidos. Se debe aclarar que estas no reemplazan la valoración clínica.

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage fue diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico.

⁸ Día mundial de la salud mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. Organización Mundial de la Salud. [2012] [Internet]. Disponible en:

http://www.paho.org/arg/index2.php?option=com_content&task=emaorm&id=1047 [Consulta 15 de febrero 2018]

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

Se trata de un cuestionario de respuestas dicotómicas si / no, diseñado en su versión original para ser auto administrado, si bien se admite también su aplicación heteroadministrada, leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada; en este caso el entrevistador no debería realizar interpretaciones sobre ninguno de los ítems, incluso si es preguntado respecto al significado de alguno de ellos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular, en lo posible, tendencias a responder en un solo sentido. El marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa, con tendencia a utilizar más este último en la aplicación auto administrado.

Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano.⁹

Interpretación:

Cada ítem se valora como 0 / 1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0-30 o 0-15, según la versión. Para la versión de 15 ítems los puntos de corte propuestos en la versión corta de la escala son los siguientes:

9- Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, Disponible en: <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-4-spanish.pdf>, consultada el 26 de Febrero de 2018.

Normal	0-5 puntos
Depresión leve	6-9 puntos
Depresión establecida	>10 puntos

Validez: sensibilidad y especificidad:

Su simplicidad y economía de administración, el no requerir estandarización previa y sus buenos valores de sensibilidad y especificidad han hecho que esta escala sea ampliamente recomendada en el cribado general del paciente geriátrico y en el diagnóstico diferencial de la pseudodemencia por depresión.

Para la versión de 30 ítems los índices psicométricos establecidos son buenos, con una elevada consistencia interna, elevados índices de correlación con otras escalas como las de Hamilton y Zunga, y buena validez predictiva (sensibilidad 84 %, especificidad 95 %, para un punto de corte 15; y del 100 % y 80 %, respectivamente, para un punto de corte 11), datos estos confirmados en los estudios realizados en nuestro medio.

En los estudios realizados en nuestro país, la versión de 15 ítems ha demostrado una fiabilidad inter e intraobservador muy alta, con una validez predictiva similar a la referida: sensibilidad del 80 % y especificidad del 75 % para el punto de corte 5. El aumento del punto de corte produjo, en estos estudios, un pequeño aumento de la especificidad con una pérdida notoria de sensibilidad (por ejemplo, para un punto corte 6, la sensibilidad fue del 68 % y la especificidad del 83 %).

En general, no está bien establecida su validez para evaluar ni la severidad de la depresión ni los cambios evolutivos o la respuesta al tratamiento. En pacientes con deterioro cognitivo hay datos contradictorios sobre si su validez puede verse o no disminuida.

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

El trastorno depresivo mayor es el más discapacitante de los trastornos depresivos y deteriora en forma importante la calidad de vida, implica una alta carga de enfermedad e incrementa significativamente el riesgo de presentar comorbilidad médica. Las personas deprimidas presentan, por ejemplo, una mayor frecuencia de enfermedades cardiovasculares que las no deprimidas, muestran una pobre adherencia a los tratamientos de enfermedades de larga evolución como la diabetes o la hipertensión arterial (este grupo de pacientes sigue con menor frecuencia las prescripciones médicas). El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.

Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodio leve la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

Frecuentemente, el estado de ánimo en un episodio depresivo mayor es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado, o "como en un pozo". En algunos casos, la tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser suscitada por la entrevista.

Casi siempre hay pérdida de intereses y de capacidad para el placer en mayor o menor medida. La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es especialmente difícil cuando se presentan en un sujeto que tiene además una

enfermedad médica (cáncer, accidentes vasculares cerebrales, infarto de miocardio, diabetes).¹⁰

PREVALENCIA DE LA DEPRESION EN ADULTOS MAYORES

La prevalencia e incidencia de los estados depresivos en adultos mayores en nuestro país, como enfermedad mental, aumentan con la edad. El 10 % de los adultos mayores en nuestro país sufren trastornos depresivos; este porcentaje aumenta de un 15% a un 35% en pacientes institucionalizados y en 15 a un 20% en pacientes internados en hospitales. ¹¹

Tratamiento:

Parece indiscutible que los tratamientos biológicos demuestran mayor eficacia terapéutica en los trastornos del estado de ánimo que cualquier tipo de psicoterapia.

Pero también es cierto, como así se ha demostrado, que cualquier tratamiento conjunto, es decir, que combine terapias farmacológicas con algún tipo de psicoterapia, potencia los resultados terapéuticos.

Psicoterapia:

Se recomienda psicoterapia de apoyo, orientada a favorecer la recuperación social y emocional del sujeto, así como conseguir una mejor colaboración y aceptación del tratamiento farmacológico.

¹⁰ - Savio I, Lucero R, Fierro A, Levi S, Atchugarry M, Casali G, et al. Manual de geriatría y psicogeriatría. Montevideo: FEFMUR; 2004.

¹¹ - Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Plan nacional de envejecimiento y vejez. [Internet]. 2012. Disponible en:

http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/22737/1/plannacionaldeenvejecimientoyvejez__digital.pdf [consulta: 13 feb 2018].

Farmacoterapia:

Los antidepresivos tricíclicos (ADT) son los utilizados con mayor profusión. Entre sus efectos, se pueden señalar la modificación del estado de ánimo, disminución de la astenia y mejoría de los trastornos del sueño. Como efectos secundarios cabe citar manifestaciones cardiovasculares, temblor, sequedad de boca, sudoración excesiva, visión borrosa, estreñimiento, disuria, y retención de orina.

Hay que tener presente que sus efectos, tomándolos a dosis terapéuticas, aparecen aproximadamente a las 2 semanas de comenzar el tratamiento.

Afecciones comunes asociadas con el envejecimiento:

Entre las afecciones comunes de la vejez cabe citar la pérdida de audición, cataratas y errores de refracción, dolores de espalda y cuello y osteoartritis, neuropatías obstructivas crónicas, diabetes, depresión y demencia. Es más, a medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo.

La vejez se caracteriza también por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse solo en las últimas etapas de la vida y que no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas. Esos estados de salud se denominan normalmente *síndromes geriátricos*. Por lo general son consecuencia de múltiples factores subyacentes que incluyen, entre otros, los siguientes: fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión.

Los síndromes geriátricos parecen predecir mejor la muerte que la presencia o el número de enfermedades específicas. Ahora bien, a excepción de los países que han desarrollado la geriatría como disciplina médica, con frecuencia se dejan de lado en los servicios de salud de estructura tradicional y en la investigación epidemiológica.

Factores que influyen en el envejecimiento saludable:

Aunque algunas de las variaciones en la salud de las personas mayores son genéticas, los entornos físicos y sociales revisten gran importancia, en particular las viviendas, vecindario y comunidades, así como sus características personales, como el sexo, la etnia o el nivel socioeconómico.

Estos factores empiezan a influir en el proceso de envejecimiento en una etapa temprana. Los entornos en los que se vive durante la niñez –o incluso en la fase embrionaria– junto con las características personales, tienen efectos a largo plazo en la forma de envejecer.

Los entornos también tienen una influencia importante en el establecimiento y mantenimiento de hábitos saludables. El mantenimiento de hábitos saludables a lo largo de la vida, en particular llevar una dieta equilibrada, realizar una actividad física periódica y abstenerse de fumar, contribuye a reducir el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles y a mejorar las facultades físicas y mentales.

En la vejez mantener esos hábitos es también importante. El mantenimiento de la masa muscular mediante entrenamiento y una buena nutrición pueden ayudar a preservar la función cognitiva, retrasar la dependencia y revertir la fragilidad.

Los entornos propicios permiten llevar a cabo las actividades que son importantes para las personas, a pesar de la pérdida de facultades. Edificios y transporte públicos seguros y accesibles, y lugares por los que sea fácil caminar, son ejemplos de entornos propicios.

Diversidad en la vejez:

No hay una persona mayor «típica». Algunos octogenarios tienen unas facultades físicas y psíquicas que nada tienen que envidiar a las de muchos veinteañeros. Otras personas, en cambio, sufren un deterioro considerable a edades mucho más tempranas. Por ello, la respuesta de salud pública debe ser integral, a fin de atender las enormes diferencias en experiencias y necesidades de la gente mayor.

Inequidades sanitarias:

La diversidad que se aprecia en la vejez no es cuestión de azar. En gran medida se debe a los entornos físicos y sociales de las personas, puesto que ese entorno influye en sus oportunidades y sus hábitos de salud. La relación que mantenemos con nuestro entorno viene determinada por características personales, como la familia en la que nacimos, nuestro sexo y etnia, que dan lugar a inequidades de salud. La diversidad que se da en la vejez se debe en gran medida a los efectos acumulados de esas inequidades sanitarias a lo largo de la vida. Deben instaurarse políticas de salud pública que reduzcan, más que refuercen, dichas inequidades.

Estereotipos obsoletos y discriminatorios contra la tercera edad:

Con frecuencia se da por supuesto que las personas mayores son frágiles o dependientes y una carga para la sociedad. La salud pública, y la sociedad en general, debe abordar estas y otras actitudes contra la tercera edad, que pueden dar lugar a discriminación y afectar a la formulación de las políticas y las oportunidades de las personas mayores de disfrutar de un envejecimiento saludable.

SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

El 1o de Enero del año 2008 se comienza a implementar el **Sistema Nacional Integrado de Salud** creado por la Ley 18.211 promulgada el 5 de diciembre de 2007. Se define como: "Un conjunto de servicios de salud públicos y privados de una nación, integrados en forma de red en una estructura única de organización. Con un Organismo Central de gobierno que define políticas y normas generales, con niveles de atención definidos e interrelacionados. Con niveles de

administración intermedios y locales descentralizados... tiene como propósitos esenciales asegurar: cobertura universal, equidad en las prestaciones y en la financiación, eficacia y eficiencia económico-social y una Atención Integral a la salud”.

Este Sistema se apoya en 3 pilares básicos:

- El cambio de modelo de financiación: para el que se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA) - Ley 18.131 que reúne y administra a todos los fondos de la seguridad social destinados a financiar servicios de salud y paga a las instituciones prestadoras según cápita (ajustadas por edad y sexo) y cumplimiento de metas prestacionales.
- El cambio de modelo de gestión: que incluye la creación de un Sistema nacional de Información, una política de Recursos Humanos, un Sistema de Administración de los Recursos Materiales y Financieros y la aplicación de Sistemas de Gestión de Calidad.
- El cambio de modelo de atención: que implica fundamentalmente el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, el trabajo por Programas y establecer guías y protocolos de diagnóstico y tratamiento.

NIVELES DE ATENCION EN SALUD

Se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven

Clásicamente se distinguen tres niveles de atención.

El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básica y más frecuente, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.

En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen. Son ejemplos los hospitales Pereira Rossell, Maciel, Centro Nacional de Quemados (CENAQUE), Centros de diálisis, entre otros.¹²

12 SciELO- Niveles de atención de Prevención y atención primaria de salud. [Internet] Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003 [Consulta: 27 de abril de 2018]

PRIMER NIVEL DE ATENCION

Se define como el conjunto de las acciones realizadas, particularmente por el personal de salud, con el objetivo de promover la salud, prevenir enfermedades, recuperar y rehabilitar la salud de las personas en forma integral, en el ámbito de los sistemas sanitarios. Para aumentar la calidad y expectativa de vida, deberá tener un enfoque preventivo, mejorar los estilos de vida y hábitos de salud de la población y detectar precozmente las enfermedades.

En la organización de la atención médica, existen distintas modalidades que se diferencian por niveles de atención y niveles de complejidad.

En primer lugar, la Organización Mundial de la Salud⁴ (OMS) define los Cuidados Primarios en Salud (PC por su denominación en inglés PrimaryCare) como aquellos cuidados a través de los cuales los individuos toman contacto por primera vez con el sistema de salud que los produce de forma tan cercana como sea posible de donde viven y trabajan las personas. Esto implica la resolución, por parte del personal de salud, de las necesidades más frecuentes de la población y el desarrollo de una relación duradera entre el paciente y el médico en el contexto de la familia y la comunidad, constituyendo esto último, el primer elemento de un proceso de cuidado de salud continuo.

Los cuidados primarios deben ser considerados como un nivel particular de provisión de servicios opuesto a los secundarios o terciarios, o pueden ser vistos como aquellos servicios prestados en el punto de primer contacto.

Las características deseables de estos incluyen, primer contacto, continuidad y longitudinalidad, amplitud de cobertura asistencial, coordinación, enfoque familiar, orientación comunitaria, responsabilidad tanto del paciente como del proveedor del servicio.

En segundo lugar, la Atención Médica Primaria (AMP) se define como la atención sanitaria a la que tiene acceso directo la población y que se presta por intermedio

de médicos generales o de familia, médicos cuyos pacientes no se seleccionan ni por patologías específicas, ni por técnicas concretas, ni por pertenencia a grupos determinados de edad y sexo. La AMP constituye una parte de la Atención Primaria en Salud (APS).

En tercer lugar, la visión local considera que la Atención Médica en el Primer Nivel, debe ser integral, integrada, continua y permanente, activa, accesible, basada en el trabajo en equipo, participativa, programada y evaluable y finalmente, promotora de actividades docentes y de investigación.

Esto implica la resolución, por parte del personal de salud, de las necesidades más frecuentes de la población y el desarrollo de una relación duradera entre el paciente y el médico en el contexto de la familia y la comunidad, constituyendo esto último, el primer elemento de un proceso de cuidado de salud continuo.

Se entiende por continuidad a los cuidados enfocados a la persona a lo largo de un período de tiempo y que está determinada por el grado en que el médico y el paciente están de acuerdo acerca de su mutua asociación. La amplitud de la cobertura asistencial requiere que los proveedores de cuidados primarios ofrezcan un rango de servicios suficientes para reunir todas las necesidades de la población. La coordinación requiere sistemas de información que contengan los datos relevantes de la atención en salud del paciente. La accesibilidad desde el punto de vista geográfico, económico y administrativo hace referencia a la facilidad con que los pacientes toman contacto con el servicio. El trabajo en equipo implica la integración de los trabajadores de la salud. Se espera que la comunidad participe en las etapas de diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de los programas y acciones de salud y no ser simplemente objeto de las mismas. La atención médica debe ser programada y evaluable, basándose en programas con objetivos, metas, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación claramente establecidos. La promoción de actividades docentes y de investigación posibilita la capacitación continua de los profesionales.

SISTEMA DE CUIDADOS

A partir de la Ley 19.353 -aprobada el 18 de noviembre y promulgada el 27 de noviembre de 2015-, en Uruguay todas las niñas y niños, personas con discapacidad y personas mayores en situación de dependencia tienen derecho a ser cuidadas. La ley, a su vez, reconoce el valor social de las personas que realizan tareas de cuidados y apunta a promover una modificación de la actual división sexual del trabajo. En síntesis, la norma establece cuáles son los sujetos de la política, sus derechos y obligaciones, y la institucionalidad del Sistema.

Así nace el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC); con el objetivo de generar un modelo corresponsable de cuidados, entre familias, Estado, comunidad y mercado. Otro de los objetivos centrales es la responsabilidad compartida del cuidado entre varones y mujeres, apuntando a superar la sobrecarga de trabajo en las mujeres que históricamente, y aún hoy, caracteriza a nuestra sociedad.

El Sistema cuenta con una Junta Nacional de Cuidados que define los lineamientos, objetivos y políticas, entre otros, y estará integrada por los Ministerios de Desarrollo Social (quien preside); de Educación y Cultura; de Trabajo y Seguridad Social; de Salud Pública; de Economía y Finanzas; así como la Oficina de Planeamiento y Presupuesto; la Administración Nacional de Educación Pública; el Banco de Previsión Social; el Instituto del Niño y Adolescente de Uruguay (INAU), la Secretaría Nacional de Cuidados y el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres).

Asimismo, como órgano ejecutivo de la Junta, se crea una Secretaría Nacional de Cuidados para la articulación y coordinación interinstitucional del Sistema.

La Junta, a través de la Secretaría, cuenta con un Comité Consultivo honorario integrado por representantes de las organizaciones de la sociedad civil, academia, los y las trabajadores y el sector privado.

ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO:

Los cuidados sociosanitarios para las personas mayores sobrepasan lo estrictamente sanitario, pero en la práctica es difícil diferenciarlos. En el caso de la atención institucionalizada, es decir, los cuidados que se dan a los ancianos fuera de su comunidad, esto se hace muy evidente.

Cuando se hace patente que es imposible mantener a una persona mayor en su domicilio habitual, ni siquiera con soportes externos de sus familiares y allegados (los informales) o con aquellos proporcionados por instituciones públicas o privadas (cuidados formales), se llega a la decisión de internar al anciano.

Hay varios tipos de centros que son adecuados para los diferentes tipos de situación:

- Pisos tutelados, tanto compartidos como individuales; aislados o en comunidades con servicios centralizados y que se adaptan a las necesidades cambiantes de los vecinos.
- Acogida familiar, que es la situación en la que un anciano que precisa ayuda permanente o continuada para su vida cotidiana es amparado por una familia u otra persona menor y más independiente que, por contrato, se compromete a su cuidado a cambio de unas contraprestaciones, que suelen ser económicas (o inmobiliarias) a la extinción del contrato o a la muerte del acogido. En la mayoría de casos es el anciano el que se traslada de domicilio, pero cada vez más es el acogedor el que se muda, manteniendo al dependiente en su ambiente habitual.
- Centros residenciales no asistidos, en los que se acoge a personas ancianas que no pueden vivir solas pero que no presentan necesidades sanitarias importantes. Suelen estar dirigidos a las personas que tienen dificultades serias para las actividades instrumentales y no tantas en las

actividades básicas y que no cuentan con ayudas externas para realizar estas actividades (cocinar, comprar alimentos, mantener la higiene del hogar) en su domicilio. También dan soporte a las actividades básicas de la vida diaria (higiene personal, continencia de esfínteres, ingesta de alimentos, etcétera). Una actividad principal y básica de estos centros es el fomento y mantenimiento de actividades sociales, tanto entre los propios residentes, con el desarrollo de actividades lúdicas, recreativas y culturales, como en el apoyo a la red social externa del anciano. Respecto al soporte sanitario es principalmente preventivo y de control de enfermedades que precisan cuidados sencillos.

- Residencias asistidas o centros de larga estancia, diseñados para los ancianos que tienen problemas mayores de salud, con necesidades asistenciales especiales y/o continuadas. Suelen estar integrados en la red sanitaria. En estos centros se ofrecen cuidados de rehabilitación, de movilización en pacientes altamente dependientes, curas de úlceras por presión, administración de tratamientos complejos como nebulizaciones, administración de alimentación parenteral, etc.

Estos diferentes tipos de atención pueden darse bien a largo plazo, bien en periodos cortos como los de descanso familiar o como la convalecencia después de un episodio que altera la autonomía de la persona mayor.

En el caso que se decida una atención totalmente privada, aunque no se tenga que pasar el trámite de la evaluación pública, son convenientes el soporte y el consejo de grupos interdisciplinarios de valoración geriátrica, así como la opinión del médico habitual de la persona mayor.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Toda investigación en seres humanos debiera realizarse de acuerdo con cuatro principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia, no maleficencia y justicia.

- Respeto por las personas: se debe tener dos consideraciones respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de auto determinación. Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada.
- Beneficencia: es la obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo prejuicios.
- No maleficencia: No causar dolor, discapacidad, sufrimiento y enfermedad. La obligación de no hacer el mal es más exigente que la de hacerles el bien.
- Justicia: Atender a las personas con la misma consideración sin discriminar por algún motivo (raza, religión, edad, ideología política, nivel socio-cultural) Es el principio rector de la sociedad. Distribución igualitaria de los riesgos y beneficios.

Dicha investigación contará con un consentimiento informado, firmado por el residente para la investigación, para así preservar la confidencialidad de la información. (Anexo II)

DISEÑO METODOLÓGICO

- **Tipo y diseño general de estudio:**

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, pues permite la cuantificación y medición de variables. El método fue descriptivo de corte transversal ya que permitió obtener información de forma precisa sobre la variable de estudio en un espacio y tiempo determinado; se realizó una encuesta para medir los niveles de depresión a través de la escala de Yesavage.

Se llevó a cabo la recolección de datos no en más de dos semanas.

Procedimiento para la recolección de información: Técnicas e instrumentos.

La técnica utilizada para la recolección de la información fue la encuesta, se obtuvieron los datos directamente de los adultos mayores residentes en el Hogar de Ancianos San José, a través de la aplicación de un instrumento tipo encuesta. El instrumento utilizado fue un formulario con 7 preguntas cerradas de tipo dicotómica y politómica (Anexo IV); el resto de las preguntas corresponden a la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, por medio de la cual se identificarán los niveles de depresión (Anexo III).

Universo de estudio:

Universo: Residentes en el Hogar de Ancianos San José ubicado en la ciudad de San José de Mayo. El Hogar cuenta, en este periodo de tiempo en el que se realizó la encuesta, con 70 Usuarios.

Muestra: Adultos mayores residentes en el Hogar de Ancianos San José que accedan a participar de la Investigación y que se encuentren en condiciones psicofísicas aptas de poder responder al test.

Tipo de muestra: Por conveniencia.

Unidad de análisis y observación:

Usuario adulto mayor

- **Criterio de inclusión:** Todos los residentes adultos mayores del Hogar de Ancianos San José, ubicado en San José de Mayo que acepten realizar la encuesta y se encuentren en condiciones psicofísicas aptas en el período comprendido.
- **Criterio de exclusión:** Todos los residentes del Hogar de Ancianos San José, ubicado en San José de Mayo que no acepten realizar la encuesta y/o no se encuentren en condiciones psicofísicas aptas en dicho período.

Plan de análisis de los resultados:

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS:

- **Nivel de depresión:** 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. Utilizamos para ello la escala de depresión geriátrica del adulto mayor, el test de Yesavage, el cual es un instrumento psicológico que describen manifestaciones conductuales relacionadas con la depresión del adulto mayor. Categorizando el nivel de depresión en: normal; depresión leve; depresión establecida.
- **Adulto Mayor:** Persona de sexo femenino o masculino con edad de 65 o más años que resida en Hogar de Ancianos San José, ubicado en San José de Mayo.
- **Depresión:** Es una enfermedad de que se caracteriza por un cambio en el estado de ánimo, comportamiento, o en la forma de pensar de las personas.

Métodos y modelos de análisis de los resultados:

Variable Sexo:

- **Definición Conceptual:** Características biológicas determinadas, que hacen posible reconocer como diferentes a los individuos en hombres y mujeres.
- **Definición operativa:** Femenino y Masculino.
- **Escala:** Cualitativa Nominal
- **Fuente:** Instrumento de medición aplicado a los adultos mayores en estudio

Variable Edad:

- **Definición conceptual:** Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta el momento actual.
- **Definición operativa:** 65 a 69 años; 70 años a 74; 75 años a 79, 80 años a 84; 85 años o más.
- **Escala:** Cuantitativa Ordinal
- **Fuente:** Instrumento de medición aplicado a los adultos mayores en estudio

Variable Estado civil:

- **Definición conceptual:** situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
- **Definición Operativa:** Soltero, Casado, Divorciado, Viudo, Unión Libre.
- **Escala:** Cualitativa nominal
- **Fuente:** Instrumento de medición aplicado a los adultos mayores en estudio.

Variable: Nivel de Instrucción

- Definición conceptual: nivel de estudios reconocidos estatalmente, hasta el cual la persona logro llegar.
- Definición Operativa: Primaria incompleta; Primaria completa; Secundaria incompleta; Secundaria completa; Terciario incompleto; Terciario completo.
- Escala: Cualitativa Ordinal
- Fuente: Instrumento de medición aplicado a los adultos mayores en estudio

Variable Tiempo Transcurrido desde la jubilación:

- Definición Conceptual: Tiempo transcurrido en años desde el comienzo de la jubilación.
- Definición Operativa: 0 a 5 años, de 6 a 10 años, de 11 a 15 años, de 16 a 20 años, de 21 a 25 años, mayor a 26 años.
- Escala: Cuantitativa Ordinal
- Fuente: Instrumento de medición aplicado a los adultos mayores en estudio

Variable Enfermedades incapacitantes:

- Definición Conceptual: Toda enfermedad que proporcione una disminución del desempeño diario, sin discriminar el tipo específico de enfermedad. Tomando como discapacidad la restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad, en la forma o dentro del margen que se considera normal. Se caracteriza por insuficiencia o excesos en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Se clasifican en nueve puntos: De la conducta; de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de

situación, de una determinada aptitud, y otras restricciones de la actividad. (OMS; 2004)

- Definición Operativa: Si o No
- Escala: Cualitativa nominal
- Fuente: Instrumento de medición aplicado a los adultos mayores en estudio

Variable percepción del acompañamiento familiar:

- Definición Conceptual: Percepción del adulto mayor del acompañamiento por parte de su familia.
- Definición Operativa: Si o No
- Escala: Cualitativa nominal
- Fuente: Instrumento de medición aplicado a los adultos mayores en estudio

Variables sobre depresión de acuerdo a la Escala de depresión Geriátrica de Yesavage (EDG)

Variable	Pregunta	Categoría	Escala
Satisfacción con la vida	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Abandono de intereses o actividades previas	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Sentimiento de Vacío	¿Siente Ud. que su vida está vacía?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Frecuente sensación de aburrimiento	¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Presencia de buen ánimo	¿Tiene a menudo buen ánimo?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Miedo a que algo le esté pasando	¿Teme que algo malo le pase?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Presencia de sentimientos de felicidad	¿Se siente feliz muchas veces?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Presencia de sentimientos de abandono	¿Se siente a menudo abandonado/a?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Preferencia frente a	¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal

quedarse en casa en vez de salir			
Problemas de memoria	¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Creencia frente a lo maravilloso de estar vivo	¿Piensa que es maravilloso vivir?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Dificultad para poner en marcha nuevos proyectos	¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Sentimiento de plenitud de energía	¿Se siente lleno de energía?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Sentimiento de desesperanza ante la condición actual	¿Siente que su situación es desesperada?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal
Creencia frente a que las demás personas están mejor	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1. SI 2. NO	Cualitativa nominal

Legajo: Datos recuadros de los cuestionarios entregados a los adultos mayores
 en el Hospital Inter Hospital de Artigas San José en el período de tiempo comprendido
 entre el 17/10/2018 al 22/12/2018.

Instrumento de Medición de variables Socio-Demográficas:

Variables demográficas:

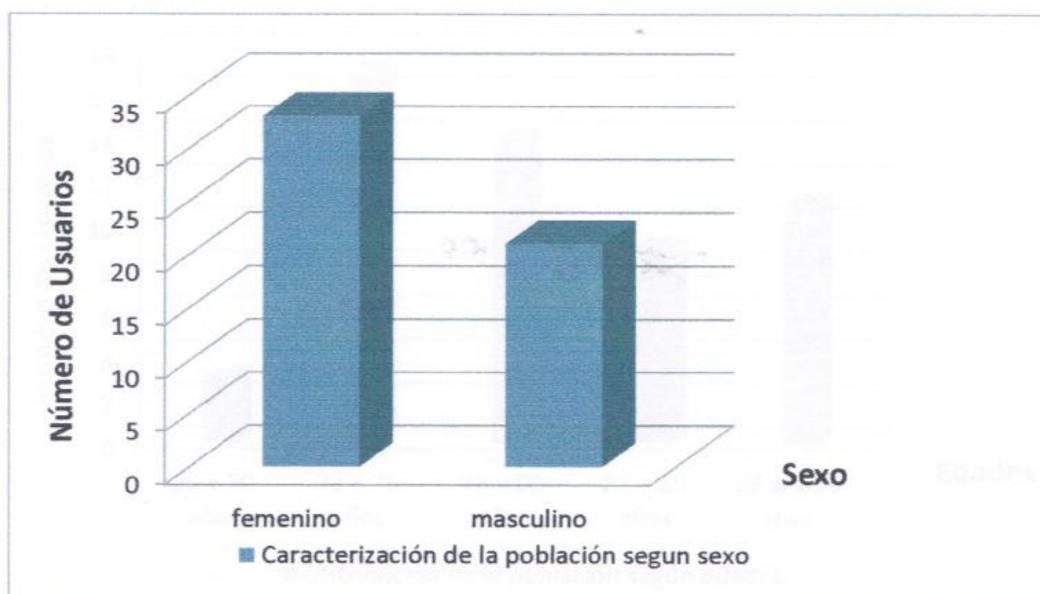
1- Sexo:

Tabla 1: Sexo:

	FA	FR%
Femenino	33	61.11%
Masculino	21	38.88%

Gráfico 1: Sexo:

Distribución de la población según el sexo de los residentes en el Hogar de Ancianos San José, en el periodo comprendido entre el 17 al 29 de Diciembre del 2018



Fuente: Datos recabados de las encuestas realizadas a los adultos mayores residentes en el Hogar de Anciano San José en el período de tiempo comprendido entre el 17/12/2018 al 29/12/2018.

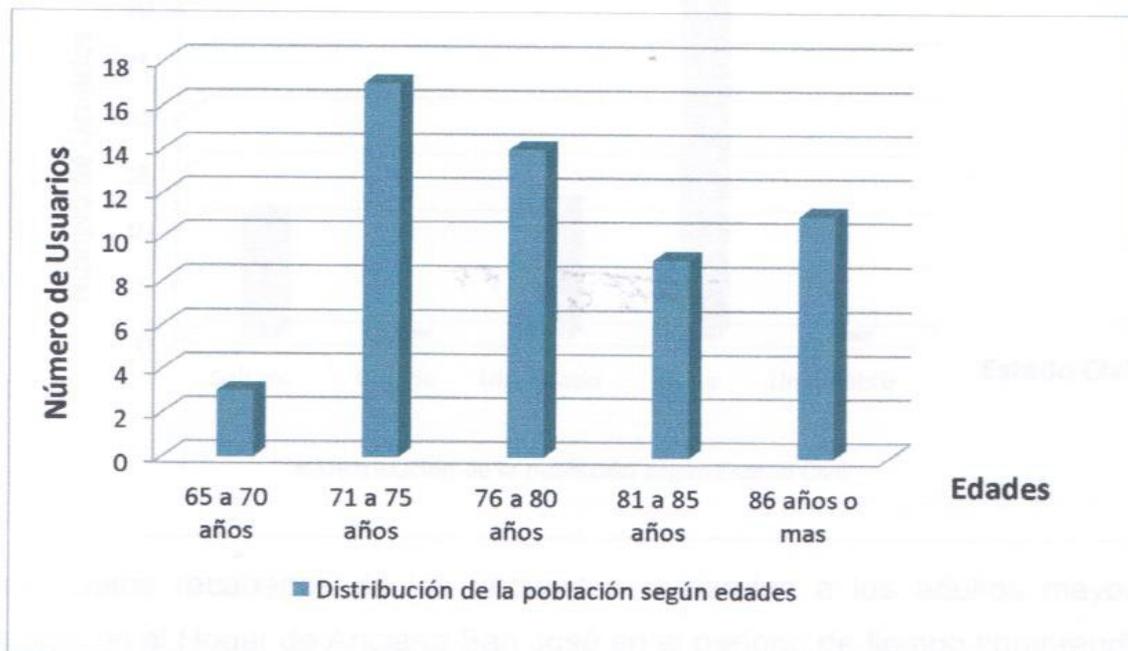
2- Edad:

Tabla 2: Edad:

	FA	FR%
65 a 70 años	3	5,55%
71 a 75 años	17	31,48%
76 a 80 años	14	25,9%
81 a 85 años	9	16,66%
86 años o mas	11	20,37%

Gráfico 2: Edad:

Distribución de la población según edad de los residentes en el Hogar de Ancianos San José, en el período comprendido entre el 17 al 29 de Diciembre del 2018



Fuente: Datos recabados de las encuestas realizadas a los adultos mayores residentes en el Hogar de Anciano San José en el período de tiempo comprendido entre el 17/12/2018 al 29/12/2018.

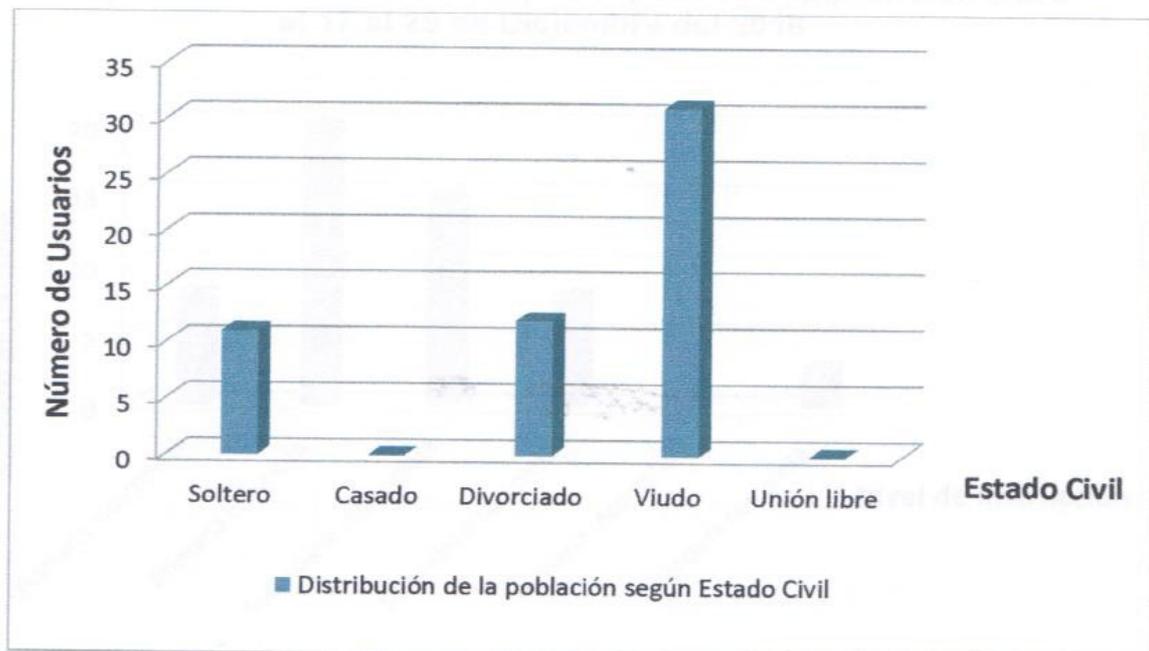
3- Estado civil:

Tabla 3: Estado civil:

	FA	FR%
Soltero	11	20,37%
Casado	0	0%
Divorciado	12	22,22%
Viudo	31	57,40%
Unión libre	0	0%

Gráfico 3: Estado civil:

Distribución de la población según estado civil de los residentes en el Hogar de Ancianos San José, en el periodo comprendido entre el 17 al 29 de Diciembre del 2018



Fuente: Datos recabados de las encuestas realizadas a los adultos mayores residentes en el Hogar de Anciano San José en el período de tiempo comprendido entre el 17/12/2018 al 29/12/2018.

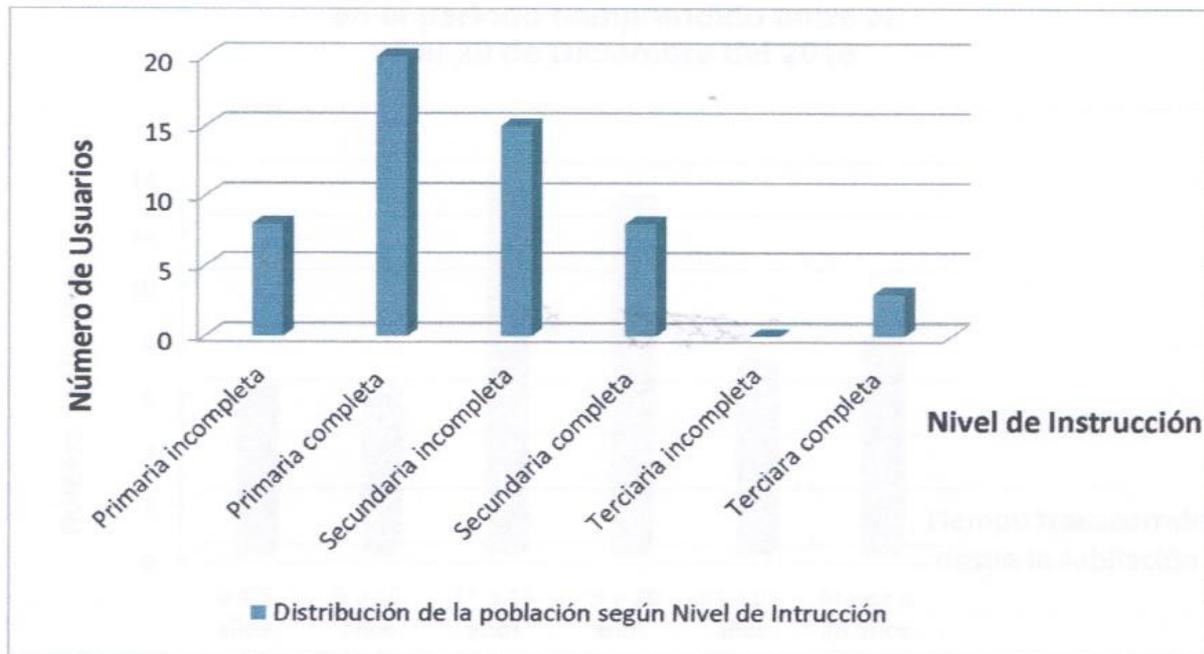
4-Nivel de instrucción:

Tabla 4 Nivel de Instrucción:

	FA	FR%
Primaria incompleta	8	14,81%
Primaria completa	20	37,03%
Secundaria incompleta	15	27,77%
Secundaria completa	8	14,81%
Terciaria incompleta	0	0%
Terciara completa	3	5,55%

Gráfico 4: Nivel de instrucción:

Distribución de la población según Nivel de Instrucción de los residentes en el Hogar de Ancianos San José, en el periodo comprendido entre el 17 al 29 de Diciembre del 2018



Fuente: Datos recabados de las encuestas realizadas a los adultos mayores residentes en el Hogar de Anciano San José en el período de tiempo comprendido entre el 17/12/2018 al 29/12/2018.

Variables económicas:

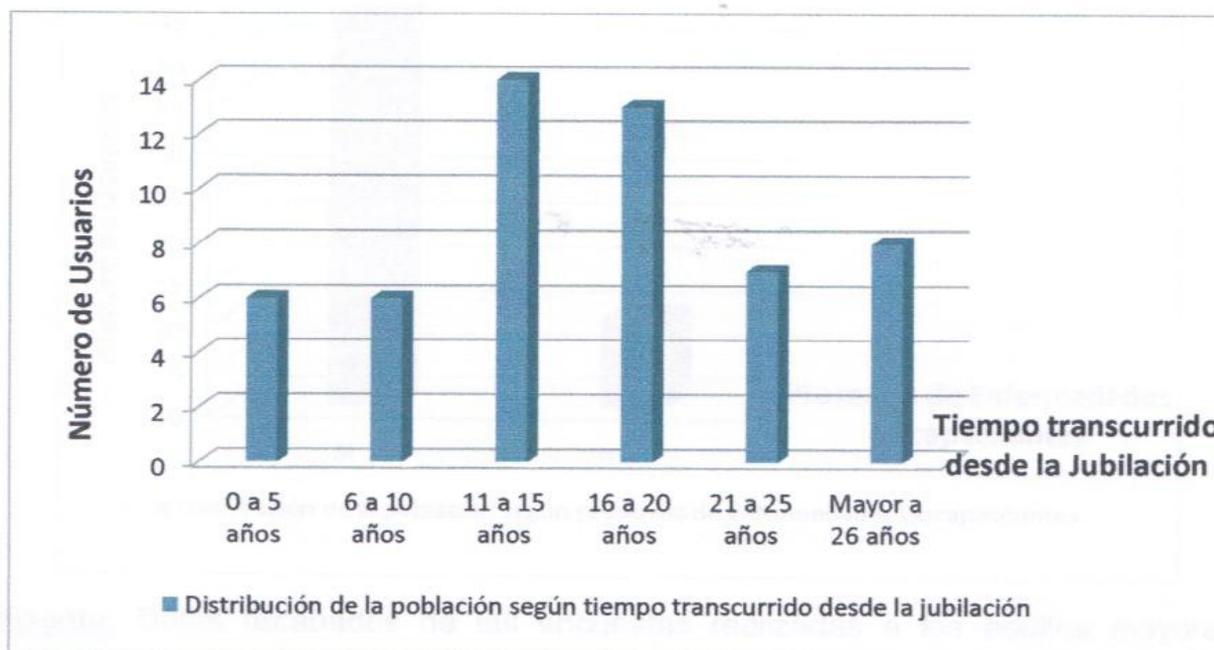
5-Tiempo transcurrido desde la jubilación:

Tabla 5 Tiempo transcurrido desde la jubilación:

	FA	FR%
0 a 5 años	6	11,11%
6 a 10 años	6	11,11%
11 a 15 años	14	25,92%
16 a 20 años	13	24,07%
21 a 25 años	7	12,96%
Mayor a 26 años	8	14,81%

Gráfico 5: Tiempo transcurrido desde la jubilación:

Distribución de la población según tiempo transcurrido desde la jubilación de los residentes en el Hogar de Ancianos San José, en el periodo comprendido entre el 17 al 29 de Diciembre del 2018



Fuente: Datos recabados de las encuestas realizadas a los adultos mayores residentes en el Hogar de Anciano San José en el período de tiempo comprendido entre el 17/12/2018 al 29/12/2018.

Variable salud:

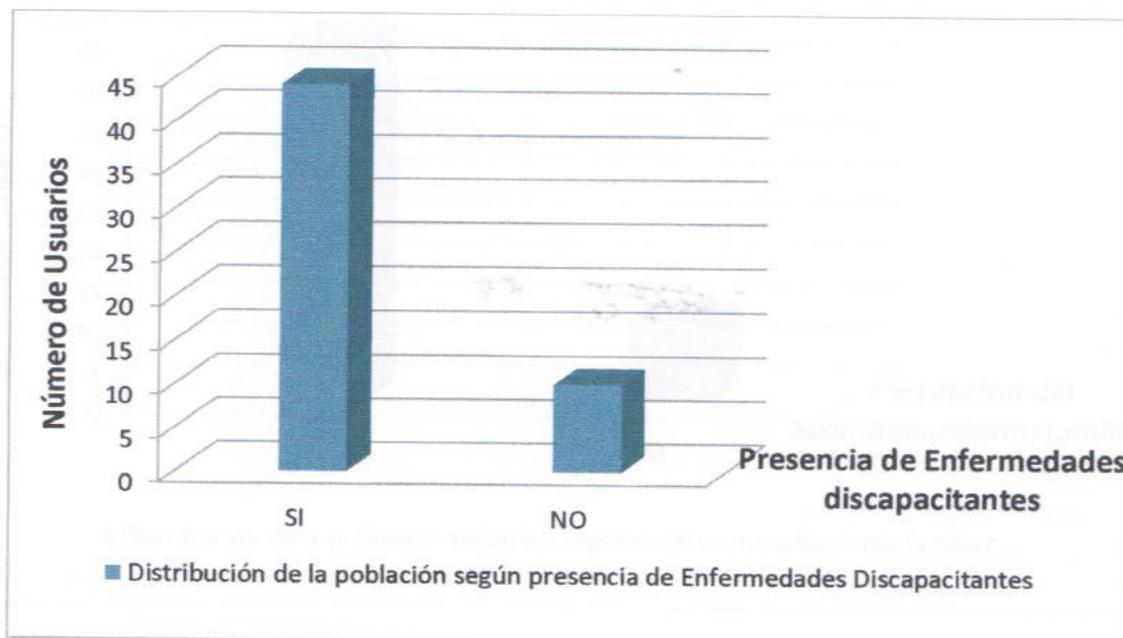
6-Enfermedades discapacitantes:

Tabla 6 Enfermedades discapacitantes:

	FA	FR%
SI	32	59,25%
NO	22	40,74%

Gráfico 6: Enfermedades discapacitantes:

Distribución de la población según presencia de enfermedades discapacitantes de los residentes en el Hogar de Ancianos San José, en el periodo comprendido entre el 17 al 29 de Diciembre del 2018



Fuente: Datos recabados de las encuestas realizadas a los adultos mayores residentes en el Hogar de Anciano San José en el período de tiempo comprendido entre el 17/12/2018 al 29/12/2018.

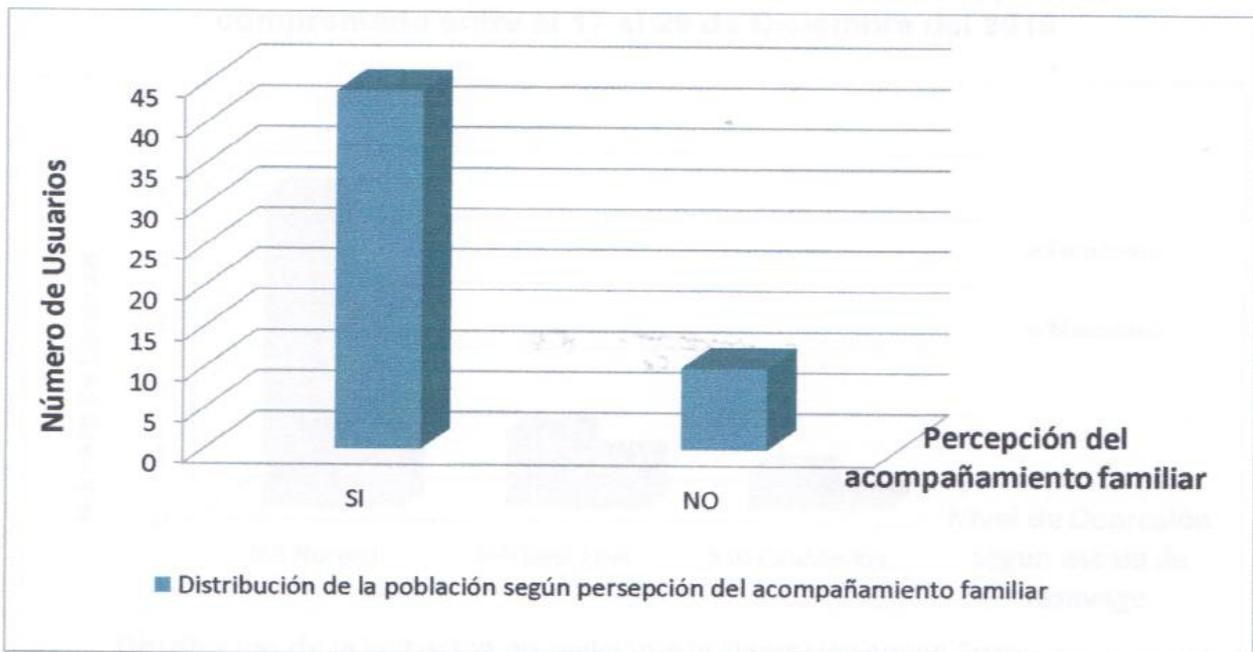
Variable social y familiar:

Tabla 7 Percepción del acompañamiento familiar:

	FA	FR%
SI	44	81,48%
NO	10	18,52%

Gráfico 7: Percepción del acompañamiento familiar:

Distribución de la población según percepción del acompañamiento familiar de los residentes en el Hogar de Ancianos San José, en el periodo comprendido entre el 17 al 29 de Diciembre del 2018



Fuente: Datos recabados de las encuestas realizadas a los adultos mayores residentes en el Hogar de Anciano San José en el período de tiempo comprendido entre el 17/12/2018 al 29/12/2018.

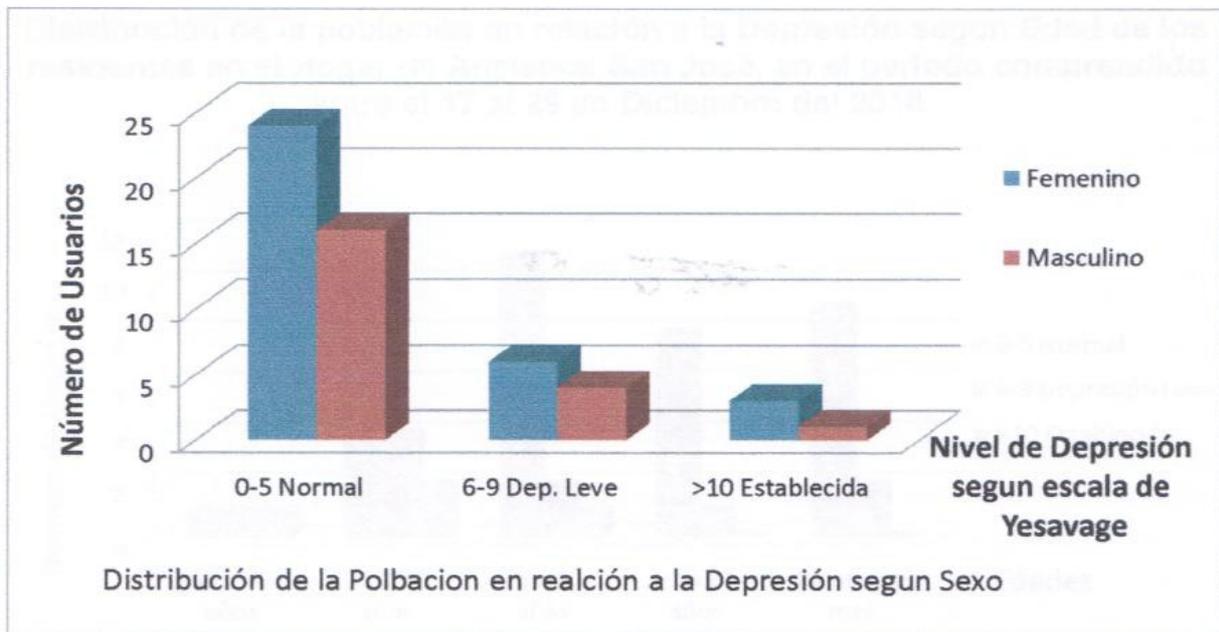
8- Depresión según sexo:

Tabla 8 Depresión según sexo:

	Femenino		Masculino		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FAT	FRT%
0-5 Normal	24	44.4%	16	29.6%	40	74%
6-9 Dep. Leve	6	11.1%	4	7.4%	10	18.5%
>10 Establecida	3	55.5%	1	1.85%	4	7.4%
TOTAL	33	61.05%	21	38.85%	54	100%

Gráfico 8: Depresión según Sexo

Distribución de la población en relación a la Depresión según Sexo de los residentes en el Hogar de Ancianos San José, en el periodo comprendido entre el 17 al 29 de Diciembre del 2018



Fuente: Datos recabados de las encuestas realizadas a los adultos mayores residentes en el Hogar de Anciano San José en el período de tiempo comprendido entre el 17/12/2018 al 29/12/2018.

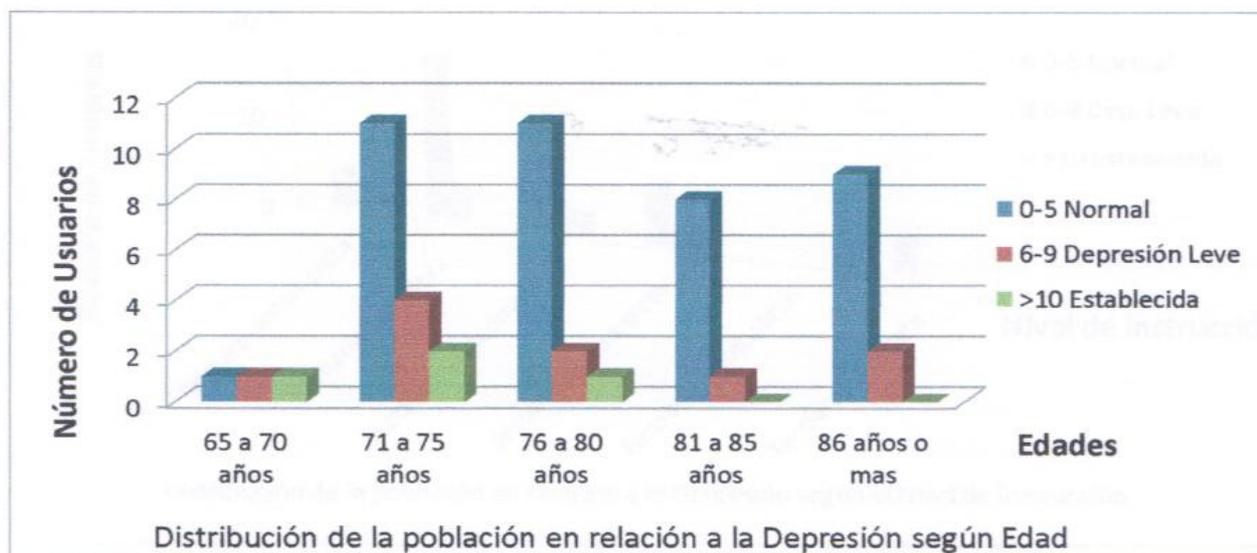
9- Depresión según la edad

Tabla 9 Depresión según Edad:

Edad	0-5 Normal		6-9 Depresión Leve		>10 Establecida		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FAT	FRT%
65 a 70 años	1	1.85%	1	1.85%	1	1.85%	3	55.5%
71 a 75 años	11	20.35%	4	7.4%	2	3.7%	17	31.45%
76 a 80 años	11	20.35%	2	3.7%	1	1.85%	14	25.9%
81 a 85 años	8	14.8%	1	1.85%	0	0%	9	16.65%
86 años o mas	9	16.65%	2	3.7%	0	0%	11	20.35%
TOTAL	40	74%	10	18.5%	4	7.4%	54	100%

Gráfico 9: Depresión según edad:

Distribución de la población en relación a la Depresión según Edad de los residentes en el Hogar de Ancianos San José, en el periodo comprendido entre el 17 al 29 de Diciembre del 2018



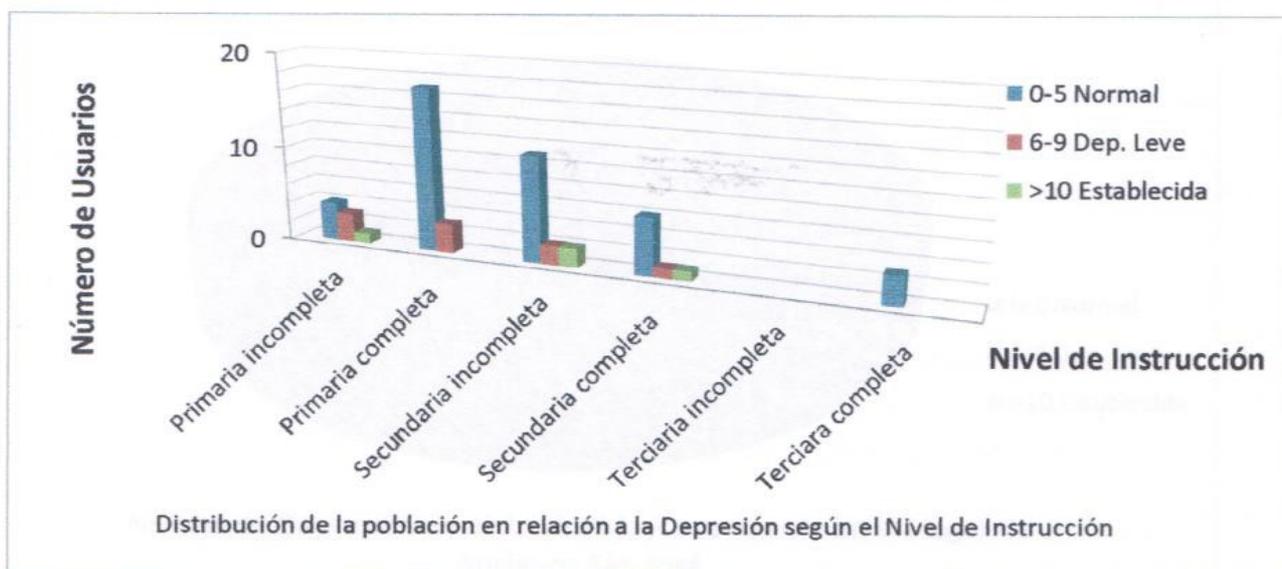
Fuente: Datos recabados de las encuestas realizadas a los adultos mayores residentes en el Hogar de Anciano San José en el período de tiempo comprendido entre el 17/12/2018 al 29/12/2018.

10- **Depresión según Nivel de instrucción, Tabla 10:**

Nivel de instrucción	0-5 Normal		6-9 Dep. Leve		>10 Establecida		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FAT	FRT%
Primaria incompleta	4	7.4%	3	5.55%	1	1.85%	8	14.8%
Primaria completa	17	31.45%	3	5.55%	0	0%	20	37%
Secundaria incompleta	11	20.35%	2	3.7%	2	3.7%	15	27.75%
Secundaria completa	6	11.1%	1	1.85%	1	1.85%	8	14.8%
Terciaria incompleta	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Terciara completa	3	5.55%	0	%	0	0%	3	5.55%
TOTAL	40	74%	10	18.5%	4	7.4%	54	100%

Gráfico 10: Depresión según Nivel de Instrucción.

Distribución de la población en relación a la Depresión según el Nivel de Instrucción de los residentes en el Hogar de Ancianos San José, en el periodo comprendido entre el 17 al 29 de Diciembre del 2018



Fuente: Datos recabados de las encuestas realizadas a los adultos mayores residentes en el Hogar de Anciano San José en el período de tiempo comprendido entre el 17/12/2018 al 29/12/2018.

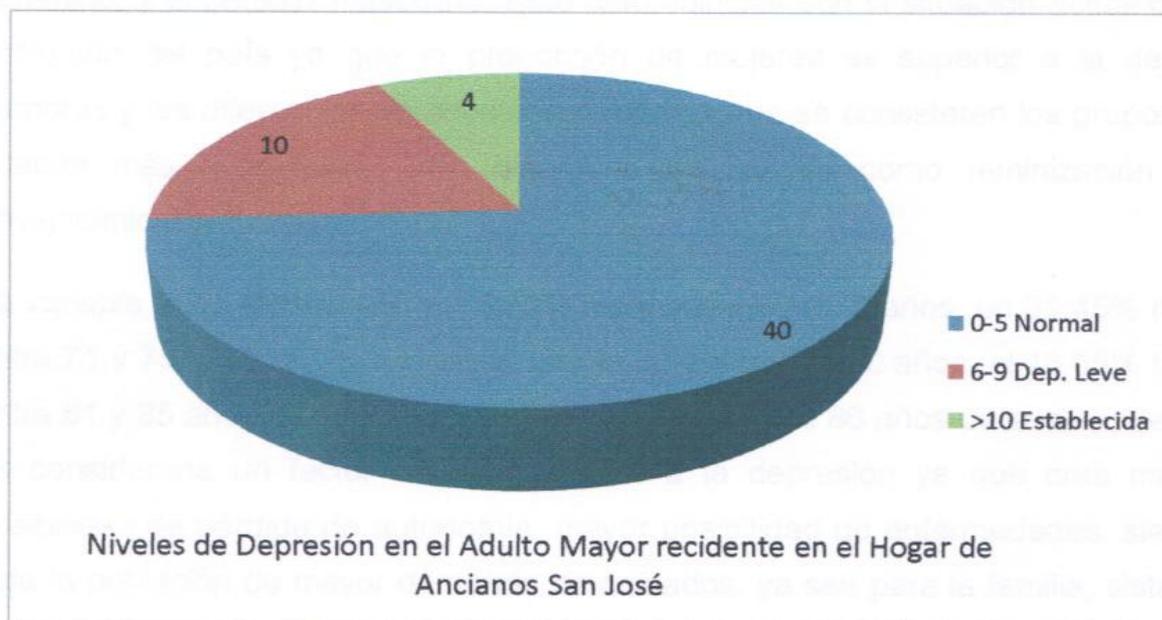
ANÁLISIS

11- Niveles de Depresión en Adulto mayor residente en Hogar de Ancianos San José, Tabla 11:

	FA	FR%
Normal (0-5 puntos)	40	74%
Depresión Leve (6-9 puntos)	10	18.5%
Depresión Establecida (>10 puntos)	4	7.4%
Total	54	100%

Grafico 11: Niveles de Depresión en Adulto Mayor residente en el Hogar de Ancianos San José.

Depresión en Adulto Mayor residente en el Hogar de Ancianos San José, en el periodo comprendido entre el 17 al 29 de Diciembre del 2018



Fuente: Datos recabados de las encuestas realizadas a los adultos mayores residentes en el Hogar de Anciano San José en el período de tiempo comprendido entre el 17/12/2018 al 29/12/2018.

ANÁLISIS

Para la investigación se tomó una muestra de 54 Usuarios, teniendo un universo de 70 Adultos mayores de 65 años que residen en el hogar de Ancianos San José, donde se aplicó el cuestionario de Yesavage y un formulario con 7 preguntas cerradas de tipo dicotómica y politómica, en el turno de la mañana durante el periodo de tiempo comprendido entre el 17 al 29 de diciembre del año 2018.

Cabe destacar que se contó con esta muestra ya que hubo usuarios que no quisieron participar y otros que no se pudo realizar la entrevista ya que las condiciones psicofísicas no lo permitían.

Los datos que resultaron del relevamiento, fueron presentados mediante gráficas de barras y tablas de las cuales se deducen los datos para el análisis y la conclusión de los mismos.

La variable sexo reveló que de la población estudiada el 61.05% es del sexo femenino, y el 38.85% masculino. Este dato coincide con la situación actual de la población del país ya que la proporción de mujeres es superior a la de los hombres y las diferencias se acentúan a medida que se consideran los grupos de edades más avanzadas. Este fenómeno se conoce como feminización del envejecimiento.¹³

La variable edad mostro que un 5.55% tiene entre 65 y 70 años, un 31.45% tiene entre 71 y 75 años, el 25.9% posee una edad entre 76 y 80 años, el 16.65% tiene entre 81 y 85 años y finalmente el 20.35% tiene más de 86 años de edad. La edad es considerada un factor de riesgo frente a la depresión ya que crea mayor posibilidad de pérdida de autonomía, mayor posibilidad de enfermedades, siendo esta la población de mayor demanda de cuidados, ya sea para la familia, sistema de salud y comunidad.

¹³ Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL - El proceso de envejecimiento demográfico en el Uruguay y sus desafíos [Internet] Disponible en: <https://www.cepal.org/es/enfoques/proceso-envejecimiento-demografico-uruguay-sus-desafios> [Consulta: 23 de marzo de 2019].

Con respecto al estado civil encontramos que el 20.35% son Solteros, el 22.2% de los encuestados son Divorciados y el 31% Viudos.

El mayor porcentaje de los usuarios se encuentra en situación de viudez, siendo esta población la que presenta mayor vulnerabilidad, ya que la pérdida de un ser querido es una de las causas de depresión.

La variable nivel de instrucción mostro que la población investigada presenta primaria incompleta un 14.8%, primaria completa un 37%, Secundaria incompleta un 27.75%, Secundaria completa un 14.8% y solo el 5.55% presento una educación Terciaria completa. Información acorde con la tasa de alfabetización de nuestro país que corresponde a un 98.3%, entendiéndose por alfabetización la capacidad de leer y escribir a una determinada edad.¹⁴

Dentro de las variables económicas, encontramos Tiempo transcurrido desde la Jubilación, pudimos ver que el 11.1% está jubilado hace como máximo 5 años, el 11.1% lleva un tiempo de jubilación que va entre 6 a 10 años, el 25.9% el tiempo transcurrido es entre 11 a 15 años, el 24.05% lleva entre 16 a 20 años de jubilado, el 12.95% va entre 21 a 25 años de jubilación y finalmente el 14.8% ha pasado más de 26 años de Jubilado.

La variable Enfermedades discapacitantes, variable de Salud, mostro que el 59.2% posee una enfermedad discapacitante y el 40.7% no.

La bibliografía utilizada nos aporta que toda enfermedad que proporcione una disminución del desempeño diario, sin discriminar el tipo específico de enfermedad, tomando como discapacidad la restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad, en la forma o dentro del margen que se considera normal.

¹⁴ Tacuarembó 2030 - ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO DE LA ONU: Uruguay en el lugar 48° [Internet] Disponible en: <https://www.tacuarembó2030.com/uruguay/657-indice-de-desarrollo-humano-de-la-onu-uruguay-en-el-lugar-48o/> [Consulta: 23 de marzo de 2019].

Se caracteriza por insuficiencia o excesos en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos.

Se clasifican en nueve puntos: De la conducta; de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de situación, de una determinada aptitud, y otras restricciones de la actividad. (OMS; 2004)

La variable percepción que tienen los usuarios del acompañamiento familiar nos muestra que el 81.4% de los entrevistados se sienten acompañados por sus familiares y el 18.5% percibe la falta de acompañamiento.

En cuanto a la escala de Yesavage, los datos nos dicen que el 74% de esta población NO presenta depresión ya que el resultado fue entre 0 y 5 puntos calificándose como Normal, el 18.5 % presenta una depresión Leve (entre 6 y 9 puntos) y el 7.4% presenta Depresión Establecida (>10 puntos).

Con respecto a los resultados del Test de Yesavage por sexo, encontramos que para el sexo femenino el 44.4% se encuentra con un resultado entre 0-5 puntos considerándose Normal, el 11.1% presenta entre 6-9 puntos, Depresión Leve y el 5.64% presenta más de 10 puntos, teniendo Depresión Establecida.

Por otro lado el sexo masculino aportó que el 29.6% Normal, entre 0-5 puntos, el 7.4% Depresión Leve, entre 6-9 puntos y el 1.8% posee más de 10 puntos, presentando Depresión Establecida.

Con respecto a los Niveles de Depresión en relación con las edades encontramos que:

- Entre 65 y 70 años el 1.85% normal, el 1.85% Depresión Leve y el 1.85% Depresión Establecida

- Entre 71 y 75 años el 20.35% Normal, el 7.4% Depresión Leve y el 3.7% Depresión Establecida
- Entre 76 y 80 años, el 20.35% normal, 3.7% Depresión Leve y el 1.85% Depresión Establecida
- Entre 81 y 85 años, el 14.8% Normal y el 1.85% Depresión Leve
- Finalmente los usuarios con más de 86 años, el 16.65% Normal y el 3.7% Depresión Leve.

Al estudiar los Niveles de Depresión relacionada con el Nivel de Instrucción encontramos que:

- Usuarios con Primaria Incompleta el 7.4% Normal, 5.55% Depresión Leve y 1.85% Depresión Establecida.
- Primaria Completa, 31.45% Normal, 5.55% Depresión Leve.
- Secundaria Incompleta, 20.35% Normal, 3.7% Depresión Leve y 3.7% Depresión Establecida.
- Secundaria Completa, 11.1% Normal, 1.85% Depresión Leve y 1.85% Depresión Establecida.
- Terciaria Completa, el 5.55% presento un resultado Normal.

Como profesionales de la salud la utilización de esta herramienta nos brindó pautas para realizar prevención y detección precoz de depresión, enriqueciendo nuestros conocimientos.

CONCLUSIONES

El Objetivo que nos habíamos planteado para nuestro Trabajo de Investigación Final fue Detectar Niveles de depresión de la población adulta mayor residente en el Hogar de Ancianos San José a través de la escala de Yesavage.

Para alcanzar dicho Objetivo fuimos cumpliendo distintas etapas que nos marcamos a través de Objetivos específicos que fueron:

- Caracterizar la población en estudio según las variables.
- Cuantificar el número de adultos mayores que según la escala sufren signos de depresión en el Hogar de Ancianos San José, aplicando la escala de Yesavage.
- Identificar el nivel de Depresión según sexo, edad y nivel de instrucción del adulto mayor institucionalizado en el Hogar de Ancianos San José.

Se logró cumplir con los Objetivos planteados, se caracterizó a la población según las variables propuestas y con respecto a la muestra elegida, fue adecuada para la investigación.

A través de estos pasos podemos concluir que, aplicando la escala abreviada de Yesavage, el 74% de esta población NO presenta depresión ya que el resultado fue entre 0 y 5 puntos calificándose como Normal (sensibilidad del 80 % y especificidad del 75 %), el 18.5 % presenta una depresión Leve (entre 6 y 9 puntos, sensibilidad del 68 % y la especificidad del 83 %) y el 7.4% presenta Depresión Establecida (>10 puntos).

Esta información recabada a través del cuestionario de Yesavage nos permitió reconocer signos de depresión, con el fin de poder diagnosticar lo más tempranamente posible por parte del profesional para sí poder brindarle la atención integral necesaria a través de un equipo multidisciplinario, ya que es una dificultad que se presenta cada vez más frecuente en nuestro país y día a día aumenta el número de usuarios con esta patología.

SUGERENCIAS

Mientras estuvimos recabando datos en el Hogar de Ancianos y a través de nuestra interacción tanto con el personal como con los residentes nos encontramos con un lugar que cuenta con todos los servicios. Los Usuarios reciben una atención completa y multidisciplinaria, cuentan con distintas actividades recreativas y amplio acompañamiento.

Lo único que encontramos desde nuestro aporte, muy importante a sugerir es la incorporación del Licenciados en Enfermería especializados en las áreas de Adulto Mayor y Salud Mental.

El Licenciado en Enfermería es un pilar importante en la salud, un nexo entre el equipo y los usuarios, pudiendo llevar a cabo distintas tareas específicas del Licenciado como lo son:

- ✓ Aplicar el Proceso de Atención de enfermería, a nivel de la línea operativa
- ✓ Registro en Historia Clínica
- ✓ La valoración desde el punto de vista del Licenciado
- ✓ Asegurar y gestionar tanto los recursos materiales como los personales
- ✓ Promover trabajo en equipo
- ✓ Planificar turnos y horarios de los funcionarios
- ✓ Conocer qué es lo mejor para el paciente
- ✓ Responder a las necesidades del paciente
- ✓ Ser técnicamente competente, científicamente conocedora, prácticamente responsable y emocionalmente capaz de afrontar las situaciones de crisis en el cuidado de la salud.
- ✓ Ser competente en habilidades de comunicación y tener la capacidad de explicar la fundamentación empírica y filosófica de sus acciones en relación con el cuidado del paciente.
- ✓ Ser capaz de controlar las situaciones del paciente, con actividades y con el manejo de sus propias emociones.

- ✓ Reconocer que en cualquier momento una persona puede necesitar ayuda de otra. La enfermera(o) puede requerir ayuda para el mantenimiento o desarrollo de habilidades, para el autoconocimiento o la comprensión de otros.
- ✓ Potenciar la dignidad y el valor de las personas.
- ✓ Enfatizar y apoyar la contribución del paciente y la familia al cuidado con la adaptación.

Actividad	Días
1. Asesorar	3-5 días
2. Diagnosticar	3-5 días
3. Planificar	3-5 días
4. Implementar	3-5 días
5. Evaluar	3-5 días

RECURSOS:

Recursos Humanos: 3 estudiantes de la Facultad de Enfermería, Udelar.

Recursos Materiales: Computadoras, impresoras, hojas tamaño A4, cartuchos de tinta, lapiceras, fotocopias, cuadernos.

Recursos Financieros: Boletos, fotocopias, hojas tamaño A4, cartuchos, impresiones, encuadernaciones, material de papelería.

Materiales	Gastos
Boletos	\$ 5280
Fotocopias	\$ 350
Impresiones	\$ 300
Encuadernaciones	\$ 400
Material de papelería	\$ 250

Los recursos materiales serán financiados por estudiantes a cargo de la investigación.

Referencias Bibliográficas:

- 1- Organización Mundial de la Salud. Día mundial de la salud mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. [Internet]. [2012]. Disponible en: https://www.paho.org/bulletins/index.php?option=com_content&view=article&id=1251:dia-mundial-de-la-salud-mental-la-depresion-es-el-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=0&lang=es [consulta: 20 feb 2018].
- 2- Uruguay. Ministerio de Educación y Cultura. Uruguay es el país más envejecido de Latinoamérica. [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.mec.gub.uy/innovaportal/v/100518/61/mecweb/uruguay-es-el-pais-mas-envejecido-de-latinoamerica?parentid=98366> [consulta: 23 feb 2018].
- 3- Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Resultados del censo de población 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad. [Internet]. 2011. Disponible en: <http://ine.gub.uy/documents/10181/35289/analisispais.pdf/cc0282ef-2011-4ed8-a3ff-32372d31e690> [consulta: 23 feb 2018].
- 4- Savio I, Lucero R, Fierro A, Levi S, Atchugarry M, Casali G, et al. Manual de geriatría y psicogeriatría. Montevideo: FEFMUR; 2004.
- 5- Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Plan nacional de envejecimiento y vejez. [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/22737/1/plannacionaldeenvejecimientoyvejez_digital.pdf [consulta: 13 feb 2018].
- 6- Promoción integral de los adultos mayores. Ley N° 17.796 de 19 agosto 2004. [Internet]. Uruguay. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp1720245.htm> [consulta: 26 abr 2019].
- 7- Organización Mundial de la Salud. Día mundial de la salud mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. Op. Cit.
- 8- Ibid
- 9- Kurlowicz L, Greenberg SA. Escala de depresión geriátrica de Yesavage. Try This [Internet] 2007 (4). Disponible en: <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-4-spanish.pdf> [consulta: 26 feb 2018].

10-Savio I, Lucero R, Fierro A, Levi S, Atchugarry M, Casali G, et al. Manual de geriatría y psicogeriatría. Op. Cit.

11- Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Plan nacional de envejecimiento y vejez. Op. Cit.

12- Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Int [Internet] 2011; 33(1): 7-11. Disponible en:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003 [consulta: 27 abr 2018].

13- Paredes M. El proceso de envejecimiento demográfico en el Uruguay y sus desafíos. [Internet]. 2017. Disponible en:

<https://www.cepal.org/es/enfoques/proceso-envejecimiento-demografico-uruguay-sus-desafios> [consulta: 23 mar 2019].

14- Índice de desarrollo humano de la ONU: Uruguay en el lugar 48°. [Internet]. 2012. Disponible en:

<https://www.tacuarembu2030.com/uruguay/657-indice-de-desarrollo-humano-de-la-onu-uruguay-en-el-lugar-48o/> [consulta: 23 feb 2018].

Anexo I:

Lista de Anexos

ANEXOS

Anexo I:

Carta autorización al Hogar de Ancianos San José



Montevideo, 27 de noviembre de 2018

DE: Facultad de Enfermería, UdelaR
Departamento de Salud Mental

PARA: Director Hogar de Ancianos de San José
Dr. José Levratto

Por este medio solicitamos a ustedes la autorización para que las estudiantes de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República, puedan aplicar el protocolo de su trabajo final de investigación "Depresión del adulto mayor en un Hogar ubicado en San José de Mayo", para la obtención de su título de grado.
El grupo estudiantil esta conformado por:

Br. Avondet Fabiana
Br. Placeres Tatiana
Br. Rotela Valeria

Los datos producto del trabajo a realizarse serán un insumo que permitirá planificar actividades a futuro con el fin de mejorar la asistencia al usuario. Es importante compartir con ustedes que en todo momento mantenemos la confidencialidad de los datos y de la institución a la cual pertenece. El trabajo fue tutorado por quienes suscriben, pertenecientes al Departamento de Enfermería en Salud Mental de la Facultad de Enfermería. Ante cualquier consulta quedamos a sus órdenes. Desde ya muchas gracias.
Saluda Atte.


Prof. Adj. Lic. Araceli Otárola
Asist. Lic. Gabriel Chávez


Prof.

Anexo II:

Consentimiento informado para participantes de Investigación:

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la misma, así como su rol como participante. La presente investigación es conducida por la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

La meta de este estudio es determinar la prevalencia de la depresión en la población adulto mayor residente en el Hogar de Ancianos San José en el período comprendido entre el 17 al 29 de Diciembre de 2018.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de ésta investigación.

Si tiene dudas sobre ésta investigación, podrá hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Si alguna pregunta le resulta incómoda, tiene derecho de hacérselo saber a las investigadoras o de no responderlas.

Mediante su consentimiento será parte de una investigación realizada por estudiantes de la facultad de enfermería realizando un trabajo de investigación "¿Cuál es la prevalencia de la depresión en la población adulto mayor residente en el Hogar de Ancianos San José en el período comprendido entre el 17 al 29 de Diciembre del 2018?". Certifica que fue informado/a verbalmente de forma clara y precisa de lo que consta dicha investigación y sus fines.

El proceso será estrictamente confidencial. Sus datos personales no serán utilizados en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

ANEXO III

Acepto participar voluntariamente de esta investigación.

He sido informado/a de que la meta de este estudio es

Me han indicado también que tendré que responder cuestionario, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme cuando lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de éste estudio cuando éste haya concluido.

Nombre _____ del participante _____ (en _____ letra
impresa): _____

Firma del participante: _____

Fecha: _____

ANEXO III

<u>Escala de depresión geriátrica de Yesavage</u>			
Ítem	Pregunta a realizar	SI	NO
1	¿Está básicamente satisfecho/a con su vida?	0	1
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades?	1	0
3	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4	¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5	¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6	¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7	¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8	¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9	¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
10	¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11	¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12	¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13	¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14	¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
Puntuación total: _____			
0 – 5: Normal.			
6 – 9 : Depresión LEVE			
> 10 : Depresión ESTABLECIDA			

Anexo IV:

Instrumento de Medición de variables Socio-Demográficas:

Variables demográficas:

12-Sexo:

Femenino	<input type="checkbox"/>
Masculino	<input type="checkbox"/>

13-Edad:

60 a 65 años	<input type="checkbox"/>
66 a 70 años	<input type="checkbox"/>
71 a 75 años	<input type="checkbox"/>
76 a 80 años	<input type="checkbox"/>
81 a 85 años	<input type="checkbox"/>
86 años o mas	<input type="checkbox"/>

14-Estado civil:

Soltero	<input type="checkbox"/>
Casado	<input type="checkbox"/>
Divorciado	<input type="checkbox"/>
Viudo	<input type="checkbox"/>
Unión libre	<input type="checkbox"/>

4-Nivel de instrucción:

Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------

Primaria completa

Secundaria incompleta

Secundaria completa

Terciaria incompleta

Terciaria completa

Variables económicas:

5-Tiempo transcurrido desde la jubilación:

0 a 5 años

6 a 10 años

11 a 15 años

16 a 20 años

21 a 25 años

Mayor a 26 años

Variable salud:

6-Enfermedades discapacitantes:

SI

NO

Variable social y familiar:

7-Percepción del acompañamiento familiar:

SI

NO
