



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
“PEDRO RUIZ GALLO”  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**“PREVALENCIA DEL SINDROME DEPRESIVO Y  
FACTORES DETERMINANTES EN ADULTOS  
MAYORES DEL DISTRITO SAN JOSÉ,  
LAMBAYEQUE FEBRERO 2018 –FEBRERO 2019.”**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**AUTORES:**

**BACH. ERNESTO ALFONSO BARRANTES TARRILLO  
BACH. LENIN SOSA TINEO**

**ASESOR:**

**Dr. JULIO CESAR VILLANUEVA ÁNGELES**

**LAMBAYEQUE – PERÚ  
2019**



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
“PEDRO RUIZ GALLO”  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**“PREVALENCIA DEL SINDROME DEPRESIVO Y  
FACTORES DETERMINANTES EN ADULTOS  
MAYORES DEL DISTRITO SAN JOSÉ,  
LAMBAYEQUE FEBRERO 2018 –FEBRERO 2019.”**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

---

**BACH. ERNESTO ALFONSO BARRANTES TARRILLO  
AUTOR**

---

**BACH. LENIN SOSA TINEO  
AUTOR**

---

**DR. JULIO CESAR VILLANUEVA ÁNGELES  
ASESOR**



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
“PEDRO RUIZ GALLO”  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**“PREVALENCIA DEL SINDROME DEPRESIVO Y  
FACTORES DETERMINANTES EN ADULTOS  
MAYORES DEL DISTRITO SAN JOSÉ,  
LAMBAYEQUE FEBRERO 2018 –FEBRERO 2019.”**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**APROBADO POR EL JURADO:**

---

**Dr. JESUS RICARDO SANCHEZ HOYOS  
PRESIDENTE DE JURADO**

---

**Dr. HECTOR ELIAS PORTILLA JACOBO  
SECRETARIO DE JURADO**

---

**Dr. JUAN JOSE CRUZ VENEGAS  
VOCAL DE JURADO**

---

**Dr. JORGE ENRIQUE MONTENEGRO PEREZ  
SUPLENTE DE JURADO**

## **DEDICATORIA**

A mis padres Félix y Obdulia, que, con su profundo amor a la vida, me mostraron un caminar de respeto, perseverancia y lealtad, de ellos aprendí la honestidad, solidaridad y prosperidad. Ellos con su acompañamiento y apoyo hicieron realidad mi sueño de ser profesional y luchar con dignidad el día a día, convirtiendo los obstáculos en la mejor materia prima para la búsqueda de la felicidad.

A mis hermanos Cruz, Saturnino, Máximo, César, Juan, Anibal, Félix, Nancy y Nelly, quienes con su apoyo y atinados consejos estuvieron acompañándome en los momentos que más los necesité.

A mis amigos que me dieron su apoyo desinteresado, en alegría y en cada tertulia me motivaron a luchar para la consecución de mis sueños.

**Ernesto Alfonso**

A Segundo y Deolinda, mis queridos padres, principales pilares para la construcción de mi anhelo profesional, con su ejemplo me mostraron la responsabilidad, superación y amor a la vida.

A mis hermanos, Yacari, Darwin, Carla, Edinson y Dilcia, quienes con su acompañamiento fortalecieron mi caminar para el logro de mi carrera profesional.

**Lenin**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por ser nuestro guía y fortaleza en cada instante de nuestras vidas.

Al Dr. Pablo Puescas Sánchez, por su apoyo en la materialización de esta tesis.

Al Establecimiento de Salud y población del distrito de San José, por su participación en la ejecución de esta investigación.

## INDICE

DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTO.....	5
RESUMEN .....	7
ABSTRACT .....	8
I. INTRODUCCIÓN.....	9
II. ANTECEDENTES Y BASE TEÓRICA.....	15
III. MATERIAL Y MÉTODOS.....	28
IV. RESULTADOS.....	33
V. DISCUSIÓN.....	41
VI. CONCLUSIONES.....	46
VII. RECOMENDACIONES.....	48
VIII. REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA.....	50
ANEXOS.....	55

## RESUMEN

**Objetivo:** Estimar la prevalencia del síndrome depresivo y los factores determinantes en adultos mayores del distrito San José, Lambayeque, Febrero 2018 – Febrero 2019. **Diseño:** Transversal, Analítico. **Material y métodos:** Muestra constituida por 236 adultos mayores; obtenida de 1189 Adultos Mayores que habitan la zona urbana y rural del distrito de San José, Lambayeque, según el censo nacional 2017: XII de población, VII de vivienda y III de comunidades indígenas. Se aplicó el Test de Yesavage, la valoración clínica del adulto mayor (VACAM) y la prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL); finalizando con el llenado de la ficha de recolección de datos. **Resultados:** La edad media fue de 70,5 años. Según VACAM el 26,27% presentaron síndrome depresivo, de estos el 25,2% fueron varones y el 27,43% mujeres ( $p > 0,05$ ); según Yesavage el 43,6% de la población presentó síndrome depresivo; las personas fueron de mayor edad quienes presentaron síndrome depresivo, en comparación a las que no tuvieron ( $p < 0,05$ ). Según el análisis multivariado, fueron considerados factores de riesgo de síndrome depresivo en el adulto mayor, los que presentaron: estado cognitivo alterado (RPa 4,84;  $p = 0,01$ ), familia no funcional (RPa 3,45;  $p = 0,01$ ), problema social (RPa 5,41;  $p = 0,01$ ). **Conclusión:** La prevalencia de síndrome depresivo en adultos mayores fue significativa, pero inferior a la mitad de esta población. Se observó que las familias no funcionales (según FF-SIL), el estado cognitivo alterado y vivir en problemas sociales (según VACAM) son determinantes de síndrome depresivo. **Palabras clave:** Trastorno depresivo, adulto mayor, factor de riesgo (Fuente: DeCS).

## ABSTRACT

**Objective:** to estimate the prevalence of depressive syndrome and the determining factors in older adults in the San José district, Lambayeque February 2018 - February 2019. **Design:** Analytical Transversal, study. **Material and methods:** Sample constituted by 236 older adults; obtained from 1189 older adults living in the urban and rural area of San José district, Lambayeque, according to the 2017 national census: XII of population, VII of housing and III of indigenous communities. The Yesavage Test, the clinical assessment of the elderly (VACAM) and the family functioning perception test (FF-SIL) were applied; ending with the filling of the data collection form. **Results:** The average age was 70.5 years. According to VACAM, 26.27% presented with depressive syndrome, of which 25.2% were males and 27.43% females ( $p > 0.05$ ); according to Yesavage, 43.6% of the population had depressive syndrome; the elderly were those who presented with depressive syndrome, in comparison to those who did not ( $p < 0.05$ ). According to the multivariate analysis, they were considered risk factors for depressive syndrome in the elderly, those who presented: cognitive state altered (RPa 4.84,  $p = 0.01$ ), non-functional family (RPa 3.45,  $p = 0.01$ ), social problem (RPa 5.41,  $p = 0.01$ ). **Conclusion:** The prevalence of depressive syndrome in older adults was significant, but less than half of this population. It was observed that non-functional families (according to FF-SIL), altered cognitive status and living in social problems (according to VACAM) are determinants of depressive syndrome.

**Key words:** Depressive disorder, aged, risk factor (Source: MeSH).

# **I. INTRODUCCIÓN.**

## I. INTRODUCCIÓN.

En la actualidad el envejecimiento es un problema de salud pública, que está afectando a la gran mayoría de países del mundo tanto desarrollados como en vías de desarrollo, esto es debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad. Según las Naciones Unidas en el 2017, se calculó que hay 962 millones de personas con 60 años o más, es decir, el 13% de la población mundial, esta cifra se duplicara para 2050(2100 millones) y triplique para 2100(3100 millones). Siendo Europa la región con mayor proporción de adultos mayores, aproximadamente 25%, lejos está África con 6,3%. En nivel intermedio están, Medio Oriente (8,4%), Asia (10,5%), Caribe (13%), América del Sur (12%), Oceanía (20,4%), Canadá y Norteamérica (20,7%) (1–4).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), actualmente hay 125 millones de personas que tienen 80 o más años. Se presume que en el 2050 ese número se incrementaría a 120 millones solamente en países como China. En teoría, el incremento de los años de vida ofrece más tiempo para poder realizar diferentes actividades; aunque esto depende del estado de salud de las personas, específicamente de los adultos mayores, ya que, de alguna manera, ellos aportan a sus familias y a la sociedad(4).

El envejecimiento se reconoce como un éxito en muchos países, sin embargo, a la vez es todo un reto para la sociedad, mantener la salud, asegurar su inclusión, participación y seguridad en todo sentido de éste sector de la población, puesto que el envejecimiento no solamente es la acumulación años calendario, sino también producto de cambios, daños celulares y moleculares, que suelen

acompañarse de acontecimientos como la muerte de amigos o de la pareja, a veces la soledad o abandono por parte de la familia, etc; que vuelve vulnerable al adulto mayor y aumentan las probabilidades de que padezcamos varias afecciones al mismo tiempo, entre ellos los problemas físicos y alteración de la salud mental(4,5).

Según la OMS, “La salud mental, componente integral y esencial de la salud”, y su alteración representa un problema muy frecuente en personas adultas mayores. Más del 20% de personas adultos mayores, padecen algún trastorno mental o neural, destacando la demencia y depresión como los trastornos neuro psiquiátricos más comunes en adultos mayores. Se estima que, en atención primaria, no se diagnostica de forma correcta este problema de salud, debido al infra diagnóstico existente o ya que los síntomas son inespecíficos. La depresión en el adulto mayor, hace que éstos tengan un deficiente desempeño, con respecto a otros que padecen enfermedades crónicas(6,7).

La depresión en el adulto mayor, va más allá de estar triste. Es una enfermedad que como tal debe recibir tratamiento ya que de no ser así podría deteriorar el aspecto físico, cognitivo, enlentecer la mejoría post operatoria, entorpecer su inclusión en la sociedad y hasta incrementar el riesgo de suicidio(8).

Por ser una enfermedad en la que muchas veces el diagnóstico no es tan evidente, existe la necesidad de conocer datos poblacionales de depresión en adultos mayores. Esto con el fin de que se puedan implementar políticas públicas a corto o largo plazo para prevenir, diagnosticar y tratar de forma adecuada a este sector de la población(9).

Según bibliografía revisada el síndrome depresivo afecta a quienes lo padecen y a su entorno, siendo la prevalencia de gran significancia y estando asociado a diferentes factores desencadenantes, observándose escasos estudios del tema en el medio local, por tal motivo nos hemos propuesto el siguiente **problema:** ¿Cuál es la Prevalencia del síndrome depresivo y que factores determinantes se encuentran asociados a este en adultos mayores del distrito San José, Lambayeque Febrero 2018 – Febrero 2019?

## **HIPÓTESIS**

La prevalencia de depresión en personas mayores es mayor al 70%, entre los factores que se asocian a síndrome depresivo destacan: biológicos, psicosociales como bajo nivel educativo, pobreza, soledad, pobre soporte socio-familiar, enfermedades físicas y discapacidad; tal como lo muestra la literatura consultada.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

- Estimar la prevalencia del síndrome depresivo y los factores determinantes en adultos mayores del distrito San José, Lambayeque Febrero 2018 – Febrero 2019.

### **Objetivos específicos.**

1. Determinar la prevalencia del síndrome depresivo según escala de Yesavage, en adultos mayores del distrito San José, Lambayeque Febrero 2018 – Febrero 2019.

2. Determinar la prevalencia de síndrome depresivo según la valoración clínica del adulto mayor (VACAM) en adultos mayores del distrito San José, Lambayeque Febrero 2018 – Febrero 2019.
3. Evaluar la asociación como factor determinante el funcionamiento familiar (según el test FF-SIL) a síndrome depresivo en adultos mayores del distrito San José, Lambayeque Febrero 2018 – Febrero 2019.
4. Evaluar los factores determinantes (según VACAM) asociados a síndrome depresivo en adultos mayores del distrito San José, Lambayeque Febrero 2018 – Febrero 2019.

## **VARIABLES**

- Variable independiente: adulto mayor
- Variables intervinientes: Grado de instrucción, estado civil, procedencia, genero, edad, antecedentes personales, disfuncionalidad familiar, polifarmacia, valoración funcional, valoración mental, valoración socio familiar.
- Variable dependiente: síndrome depresivo

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Dimensiones	Indicadores	Sub indicadores	Escala de medición
Valoración clínica del adulto mayor  (VACAM)	Demográfico	Edad	≥a 60 años	Razón
		Sexo	Masculino Femenino	Nominal
	Social	Estado civil	Soltero Casado Conviviente Divorciado Viudo	Nominal
		Grado de instrucción	Iletrada Primaria Secundaria Superior	Ordinal
		Procedencia	Urbano Rural	Nominal
		Antecedentes patológicos (comorbilidades)	Sin antecedentes Con antecedentes	Nominal
	Uso de fármacos	Polifarmacia	Menor 3 Mayor o igual a 3	Nominal
	Valoración clínica	Valoración funcional (KATZ)	Independiente Dependiente parcial Dependiente total	Ordinal
		Estado cognitivo (Pfeiffer)	Normal Deterioro cognitivo leve Deterioro cognitivo moderado Deterioro cognitivo severo	Ordinal
		Estado afectivo (Escala abreviada de Yesavage)	Sin manifestaciones depresivas Con manifestaciones depresivas	Nominal
		Valoración socio familiar	Buena/ aceptable situación social Existe riesgo social Existe problema social	Nominal
		Depresión (escala de Yesavage)	Clínico	No depresión Depresión moderada Depresión severa
Disfuncionalidad familiar (test el FF-SIL de funcionalidad familiar)	Epidemiológica	Familia funcional Familia moderadamente funcional Familia disfuncional Familia severamente disfuncional	70 a 57 pts. 56 a 43 pts. 42 a 28 pts. 27 a 14 pts.	Ordinal

## **II. ANTECEDENTES Y BASE TEÓRICA.**

## II. ANTECEDENTES Y BASE TEÓRICA.

### ANTECEDENTES

**Chafloque J. et al(10)**, en el año 1996 en Perú, realizaron un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de síntomas depresivos y de la depresión mayor en el adulto mayor; estudio prospectivo y transversal tipo entrevista de carácter descriptivo, para lo cual usaron como instrumento al DSMIV, se entrevistaron 60 pacientes al azar que acudieron al consultorio de medicina del HNCH; donde se obtuvo, el 75% de los pacientes presentaba algún síntoma depresivo: 11 varones (24.4%) y 34 mujeres (75.6%); depresión mayor se encontró a 11 adultos mayores (18.3%): 1 varón (9.1%) y 10 mujeres (90.9%), siendo la edad promedio de los pacientes con depresión mayor 72.7 años.

**Varela L. et al(11)** en el año 2004 realizaron un estudio con el objetivo de determinar la frecuencia y grado de deterioro cognitivo del adulto mayor hospitalizado en el Perú, así como su asociación con otros síndromes y problemas geriátricos; estudio tipo prospectivo, transversal y descriptivo; la población estuvo formada por 312 pacientes adultos mayores hospitalizados en los servicios de medicina de hospitales nacionales nivel III y IV, se usó como instrumento al cuestionario de Pfeiffer; encontraron una frecuencia de deterioro cognitivo moderado-severo de 22.11%, además se encontró asociación significativa entre deterioro cognitivo y edad, grado de instrucción (analfabeto), situación socioeconómica.

**Juarez J. et al(9)** en el año 2012 realizaron un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de depresión en Adultos Mayores de 60 años residentes en el Asentamiento Humano de “Viña Alta” de La Molina, durante el

mes de Junio del 2010; estudio de corte transversal tipo entrevista de carácter descriptivo; la muestra estuvo constituida por 68 adultos mayores; usaron la escala de depresión geriátrica de Yesavage de 15 ítems. Los resultados encontrados fueron: el 51.67% presentó depresión en algún grado según el GDS-15; 33,3% eran analfabetos; y 70%, casados, para el grado de depresión se verificó que no existían diferencias significativas en cuanto a género, grado de instrucción, edad y estado civil(12).

**Borges JL, et al.(12)**, en el año 2013 realizaron un estudio con el objetivo de analizar la prevalencia y factores asociados a síntomas depresivos en ancianos. Estudio epidemiológico transversal, en una población de 1656 ancianos de Florianópolis. A través de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15), se encontró una prevalencia de depresión de 23,9% (IC95% 21,84; 26,01), y los factores asociados fueron: escolaridad, 5 a 8 años (RP = 1.50, IC 95% 1.08; 2.08); de 1 a 4 años (RP = 1,62; IC del 95%: 1,18; 2,23) y ningún año de estudio (PR = 2,11; IC del 95%: 1,46; 3,05); económico peor que a la edad de 50 años (PR = 1.33, IC 95% 1.02; 1.74); deterioro cognitivo (RP = 1,45; IC del 95%: 1,21; 1,75); salud es regular (PR = 1.95, IC 95% 1.47; 2.60) o deficiente (PR = 2.64, IC 95% 1.82; 3.83); dependencia funcional (PR = 1.83, IC 95% 1.43; 2.33) y dolor crónico (PR = 1.35, IC 95% 1.10; 1.67). Entre factores protectores fueron: estar en el grupo de edad de 70 a 79 años (RP = 0,77; IC del 95%: 0,64; 0,93); actividad física (RP = 0,75; IC del 95%: 0,59; 0,94).

**Ordoñez GE(13)**, en el año 2014 realizó un estudio con el objetivo de estimar la prevalencia de trastorno depresivo en los adultos mayores que conforman el Centro Integral del Adulto Mayor del distrito Reque. Estudio de tipo descriptivo

transversal prospectivo, en una población de 90 adultos mayores. Utilizando el Test de Yesavage. Se obtuvieron como resultados que el 28.9% presento depresión (14.4% hombres y 14.4% mujeres), y también se encontró asociado a la edad, red social (viven solos).

**Rubiano E. et al(14)**, en el año 2015, en EAP de Pubilla Casas de L'Hospitalet del Llobregat (L'H) Barcelona, donde realizaron un estudio con el objetivo de conocer la prevalencia de riesgo de depresión, características principales y factores de vulnerabilidad geriátrica asociados. Emplearon un estudio descriptivo transversal, en una población de 290, mayores de 75 años, utilizaron la subescala de depresión de goldberg, cuestionario "time Up and" índice de Lawton-brody, índice de barthel, Mini nutritional Assessment, cuestionario corto del estado mental de Pfeiffer. Obtuvieron como resultado una prevalencia del riesgo de depresión 37,2%, siendo 26,5% en hombres y 43,1% en mujeres (p=0,005). Así como también se observó asociación de riesgo de depresión con hipertensión arterial (OR: 3,87 IC95: 1,61-9,34) cáncer (OR: 4,12 IC95%:1,58-10,76), falta de actividad de ocio (OR: 2,75 IC95%: 1,33-5,76), subir en la escala de ansiedad (OR: 1,87 IC95%: 1,57-2,22), y bajar en MNA (OR: 0,78 IC95%: 0,68-0,9).

**Navarro J. et al (15)**, en el año 2015, efectuado en la ciudad Victoria, Tamaulipas., México, donde realizaron un estudio con el objetivo de estimar la prevalencia de síntomas depresivos en el adulto mayor y analizar la asociación entre síntomas depresivos y diferentes factores favorecedores de la depresión. Empleando una investigación poblacional y transversal, con una población de 1.126 personas mayores (455 hombres y 671 mujeres), empleando la escala

Geriatric Depression Scale. Se obtuvieron como resultados, una prevalencia de síntomas depresivos de 29%; y los factores asociados a depresión fueron la dependencia en actividades de la vida diaria, el deterioro cognitivo, la falta de apoyo social, la edad, el sexo, la soledad, la pobreza, los eventos estresantes y la percepción subjetiva de salud.

**Pinedo L. et al (16)**, en el año 2015 realizaron un estudio con el objetivo de determinar el perfil clínico, funcional y sociofamiliar de los adultos mayores de la comunidad en un distrito de Lima, Perú, fue un estudio descriptivo de corte transversal; contó con una muestra de 501 personas mayores de 60 años que viven en el distrito de San Martín de Porres; no institucionalizados; obtuvieron los resultados que la enfermedad crónica más frecuente fue hipertensión arterial en 40,9%, seguido por las enfermedades reumatológicas con 36,9%, 16,2% presentaron deterioro cognitivo, 58,5% tuvieron riesgo o problema social.

**Rosas MM. et al (17)**, en el año 2016, efectivizado en un hospital de Lima metropolitana realizaron un estudio con el objetivo de describir la prevalencia y factores de riesgo predictivo asociado a depresión en Adultos Mayores atendidos en el Consultorio de Psiquiatría, revisión de tipo metanálisis, en una población de 79 adultos mayores, empleando la Encuesta sobre el Consumo de Fármacos en el Anciano, los resultados obtenidos en dicho estudio indican que los factores demográficos de independientes de depresión en ambos grupos ( $OR=1.792$ ,  $IC95\%=0.573-5.606$ , edad;  $OR=1.123$ ,  $IC95\%=0.435-4.768$ , sexo;  $OR=2.344$ ,  $IC95\%=0.325-16.928$ , autopercepción de salud;  $OR=1.905$ ,  $IC95\%=0.642-2.434$ , depresión;  $OR=1.250$ ,  $IC95\%=0.642-2.434$ , consumo de medicamentos;

OR=1.260, IC95%=0.763-2.084, número de enfermedad). Las personas no aseguradas con depresión padecen con diabetes mellitus, HTA o Artrosis.

**Paredes Y. et al (18)**, en el año 2016, en la ciudad de San Juan de Pasto, Colombia, realizaron un estudio con el objetivo de determinar la relación entre sintomatología depresiva y factores asociados en población adulto mayor. Se empleó el método transversal, en una población de 219, se utilizó la escala de depresión geriátrica Yesavage. Los resultados encontrados fueron una prevalencia de depresión del 38.4% y se encontró asociación con el nivel de escolaridad (OR:4.4; IC del 95%: 1.0-19.9), estado civil (OR:3.0; IC del 95%: 1.3-7.1), ingresos (OR:3.7; IC del 95%: 1.5-8.9), percepción de salud (OR: 10.3; IC del 95%: 3.0-35.5), obesidad (OR:2.5; IC del 95%: 1.1-5.7), dislipidemia (OR:1.9; IC del 95%: 1.0-3.6) y el EPOC (OR:5.5; IC del 95%: 1.2-24.7).

**Chávez M. et al (19)**, en el año 2017 realizaron un estudio con el objetivo de estimar la prevalencia y los factores asociados a la depresión en la población peruana adulta mayor según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2015, el estudio estuvo constituida por una muestra probabilística de 11 411 adultos mayores que respondieron a la ENDES 2014-2015, consistió de un estudio observacional, transversal y analítico. La prevalencia estimada fue de 14%. Respecto a los factores de riesgo para la depresión, se identificaron la condición de mujer [OR 1,92 (1,72 - 2,15)]; ser mayor de 75 años [OR 1,56 (1,40 - 1,74)]; el carecer de instrucción [OR 2,63 (2,35 - 2,95)]; el vivir sin pareja [OR 1,32 (1,19 - 1,47)]; el residir en área rural [OR 2,12 (1,91 - 2,36)]; el ser pobre [OR 2,30 (2,06 - 2,56)] y el tener alguna discapacidad [OR 2,63 (2,29 - 3,02)].

**De Los Santos PV et al(20)**, en el año 2018 realizaron un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de depresión en mujeres y hombres mayores de 60 a 103 años en México, para ello utilizaron un estudio de tipo expo facto, no experimental, transaccional; en una población de 5275. Emplearon la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento. Obteniéndose como resultados una prevalencia de depresión de 74.3% (1734 hombres mayores y 2186 mujeres). Además, se encontró factores asociados a depresión en esta población como son la edad, la escolaridad, el estado civil, el nivel de somatización, la ocupación y las actividades sociales.

**Rajapakshe O et al (21)**, en el año 2018 realizaron un estudio con el objetivo de cuantificar la prevalencia y factores asociados a depresión en un entorno altamente urbanizado en Sri Lanka; estudio de tipo analítico transversal de base comunitaria, realizado en las áreas urbanas del distrito de Colombo en población 1283 pobladores que presentaron edades de 60 a 74 años, usaron la Escala geriátrica de depresión Versión cingalesa (puntuación de corte  $\geq 8$ ); donde encontraron que la prevalencia de depresión fue de 13.9%, el sexo femenino (OR= 10.60), siendo 60-64 años (OR = 1.61), no casado, separado, divorciado o viudo (OR = 3.73), ingreso  $\leq 20\ 000$  Sri Lankan las rupias (OR = 2,27), presencia de enfermedad crónica (OR = 1.51), limitación en la realización de una o más actividades instrumentales de la vida diaria (OR = 1.73).

## **BASE TEÓRICA**

La salud mental es el estado de bienestar en el cual el ser humano es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, siendo capaz de hacer una contribución a su comunidad(22).

Sin embargo, la depresión toma mucha importancia en los adultos mayores, ya que mundialmente el 15% de estos sufren algún trastorno mental, siendo la depresión y demencia los más comunes. La depresión afecta al 7% de esta población y representa el tercer motivo de consulta en atención primaria y sin embargo es infra diagnosticada (22,23), el síndrome depresivo es un trastorno, quienes lo sufren se muestran tristes, con pérdida de interés o placer, padecen de sentimientos de culpa o falta de autoestima, alteraciones del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración(24); la depresión en los adultos mayores no es una consecuencia normal del envejecimiento, sino una enfermedad con consideraciones especiales que hay que tener en cuenta (22)la depresión puede llegar a ser crónica o suele ser recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo, la vida académica y la capacidad para afrontar la vida diaria (24); siendo la comunidad el marco idóneo para detectar y tratar a estos pacientes, ya que es donde la familia y/o cuidadores conocen los cambios en el estado de ánimo y en el comportamiento(23).Es de suma importancia detectarla a tiempo, ya que se asocia con un aumento global de la mortalidad, que pueden ser por causas cardiovasculares como de otro tipo y que pueden empeorar la calidad de vida, incremento del declive funcional, incomodidad de los cuidadores o menor adherencia al tratamiento médico, además multiplica las visitas ambulatorias y el gasto sanitario(23)

La prevalencia de la depresión varía influenciada por diferentes factores, podemos ver; en Estados Unidos, en diferentes estudios, la prevalencia de depresión en adultos de 65 años o más osciló de 1 a 5%; en Sudáfrica a nivel nacional, encontraron una prevalencia de 4% en adultos de 50 años o más; en Sudamérica, la prevalencia de depresión en adultos mayores se presume que puede ser más alta; en Colombia, a nivel nacional, con una muestra de 17574 adultos de 60 años o más, encontraron una prevalencia de 9,5%; en el Perú, el Instituto Nacional de Salud Mental “H. Delgado-HideyoNoguchi” reportó en 2002 una prevalencia de 9,8% en adultos mayores de Lima Metropolitana y Callao, una réplica de este estudio en 2012 arrojó una prevalencia de 3,8% y según la ENDES 2014-2015 la prevalencia a nivel nacional fue de 14%; cabe mencionar que la prevalencia de depresión en adultos mayores puede variar en función al tipo de instrumento usado durante los respectivos estudios (19).

El síndrome depresivo puede estar determinado por diferentes factores causales, como la personalidad de base, determinantes externos, ritmo cardíaco, cambios estacionales, determinantes internos como los circuitos neuroanatómicos y neuroquímicos; la personalidad puede tener efecto en la modulación y expresión sintomática; las relaciones sociales, personales y económicas también pueden influir en las variaciones y permanencia del estado depresivo; por último, está asociado al ritmo vital de cada persona, los cambios estacionales, en especial otoño e invierno. Existen investigaciones donde refieren la acción del metabolismo, alteraciones en el equilibrio bioquímico y variaciones en los circuitos neuronales provenientes de los núcleos basales (noradrenalina), el núcleo dorsal del rafe (serotonina), y los circuitos de la dopamina. El síndrome depresivo en los adultos mayores se presenta con mayor

frecuencia, en pacientes con enfermedad crónica o trastornos del sueño, historial de eventos altamente estresantes, dificultades en la movilidad, aislamiento, factores socioeducativos, culturales, vivir solos, estar separados, divorciados o viudos. Se puede concluir que el síndrome depresivo puede ser el producto de la interacción entre características biológicas, vulnerabilidad psicológica y sucesos o situaciones estresantes (25). Según estudio realizado en 1656 ancianos en Florianópolis Brasil se determinó como factores causantes de síndrome depresivo en adultos mayores al grado de instrucción, situación económica, estado de salud, dependencia funcional y dolor crónico(12) . En Perú según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014-2015, se concluyó que son factores asociados a síndrome depresivo la condición de mujer, ser mayor de 75 años, el carecer de instrucción, vivir sin pareja, residir en área rural, ser pobre y tener alguna discapacidad(19).

Existe dificultad para diagnosticar la depresión, tanto para los psiquiatras y por consiguiente también para el médico general; trayendo como consecuencia que en atención primaria de salud la depresión sea diagnosticada y manejada de manera deficiente. El diagnóstico supone la existencia de distintos puntos de vista o enfoques, que involucran, de parte del médico, diferentes niveles de compromiso cognitivo, afectivo y personal, llegando a una conclusión entre la unión de la subjetividad del paciente y la del terapeuta; además depende también del contexto sociocultural y de la estructura de los sistemas de salud interrelacionada con el medio. Uno de los desafíos será incorporar variables que permitan mejorar los diagnósticos, integrando la evidencia neurocientífica con los hallazgos clínicos, de esta manera establecer grupos de trastornos con criterios compartidos y posiblemente también teniendo en cuenta el riesgo

genético, asociación familiar, sustratos neurales, marcadores biológicos y endofenotipos. Por lo tanto, el abordaje diagnóstico de la depresión es un proceso secuencial que debe responder una serie de preguntas, finalizando en un diagnóstico de exclusión, habiendo descartado previamente bipolaridad, enfermedades médicas, otros trastornos psiquiátricos como el consumo de sustancias (26).

Pese a las dificultades, la depresión en el adulto mayor puede ser identificada utilizando diferentes mecanismos como el test de Yesavage, el cual es un instrumento de cribaje, a través del cual se puede tipificar al adulto mayor sin depresión, depresión moderada y Depresión(27); además se puede usar la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM) que es un instrumento del Ministerio de Salud (MINSA), que está destinado a cuantificar en términos funcionales las capacidades, problemas físicos, mentales, sociales y el estado afectivo, este último tipifica como adulto mayor sin manifestaciones depresivas y con manifestaciones depresivas (28).

Se recomienda las terapias psicológicas de baja intensidad en pacientes con síntomas depresivos subumbrales persistentes, además en los tipos de depresión leve y moderada, estas terapias se pueden realizar de manera individual, grupal o por ordenador; a diferencia de las intervenciones psicológicas de alta intensidad recomendadas para personas con depresión moderada a grave. Es importante también la actividad física, orientada por personal médico capacitado(29).

Para el manejo farmacológico del síndrome depresivo en adultos mayores se debe tener en cuenta las comorbilidades y el respectivo manejo, lo que podría

conllevar a sufrir efectos adversos e interacciones medicamentosas. Los fármacos de primera línea son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), por ejemplo la Fluoxetina (Prozac) y la Sertralina (Zoloft); los de segunda opción son los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina, como la Venlafaxina (Efexor) y los de tercera línea son los antidepresivos tricíclicos. Tener en cuenta que durante el manejo se debe iniciar a dosis bajas, incrementar en forma gradual y en pequeñas dosis. Además, se usa la terapia electroconvulsiva en adultos mayores con depresión refractaria, depresiones graves con síntomas psicóticos, riesgo de suicidio y pacientes que han mejorado anteriormente con esta terapia. La educación sobre la depresión a los pacientes, familiares o acompañantes juega un papel importante en el manejo exitoso, ya que esta ayuda a los pacientes a ser conscientes que su estado se debe a una combinación de factores heredados, estrés y la interacción con el ambiente(30).

Según la ONU, a partir de los 65 años de edad se considerar adulto mayor en países desarrollados y en los países en desarrollos a partir de los 60 años (31). Y según la Constitución Política del Perú, LEY N° 30490, artículo 2º: “Entiéndase por persona adulta mayor a aquella que tiene 60 o más años de edad”(32).

El envejecimiento de la población peruana, está sufriendo grandes cambios demográficos, además de la estructura por edad y sexo. En la década de los años cincuenta, la estructura de la población peruana estaba compuesta básicamente por niños/as; actualmente el envejecimiento de la población peruana está incrementado, en los años cincuenta la población adulta mayor fue el 5,7%, a diferencia del 10,4% presente en el año 2018. El año 2018, el 41,0% de los hogares del país tenía entre sus miembros al menos una persona de 60 y

más años de edad; del total de hogares del país, el 26,6% tenía como jefe/a de hogar a un/a adulto/a mayor, siendo las mujeres en mayor proporción, esto siendo más significativo en el área rural; el 14,4% de la población adulta mayor no contó con un nivel educativo o solo tenía nivel inicial, el 41,3% alcanzó estudiar primaria, el 26,0% secundaria y el 18,2%, nivel superior; el 18,4% de la población de 60 y más años de edad no sabía leer ni escribir, siendo más significativo en las mujeres, el 27,8% de adultas mayores fueron analfabetas, a diferencia de los hombres que fue el 8,2%; el 70,9% de la población adulta mayor, tenía como lengua materna el castellano y el 28,7% el quechua, aimara u otra lengua nativa. El año 2018, el 20,3% de los jefes/as de hogar de la población adulta mayor se beneficiaron del programa social Pensión 65, siendo más significativo en el área rural los que se beneficiaron en una proporción 47,5% a comparación de los jefes de hogares de la zona urbana, que fue el 14,8%; el 81,2% de la población adulta mayor femenina presentó algún problema de salud crónico, en comparación con la población masculina que fue afectada en el 71,0%; del total, el 83,7% contó con algún seguro de salud, sea público o privado; el 48,2% son adultos mayores presentó alguna discapacidad, siendo en mayor proporción en el sexo femenino; los adultos mayores pertenecientes a la Población Económicamente Activa (PEA) representaron el 56,9%, siendo mayor el porcentaje de hombres que de mujeres, 69,9% y 45,0%, respectivamente(33). Lo que muestra en nuestro país lo significativa que es esta población y los porcentajes de los factores determinantes del síndrome depresivo.

### **III. MATERIAL Y MÉTODOS.**

### III. MATERIAL Y MÉTODOS.

#### 1. Tipo de investigación.

- La presente investigación, diseño de corte transversal analítico.

#### 2. Población, muestra, criterios de selección.

- **Población:** constituida por adultos mayores que residen en área urbana y rural del distrito San José, provincia de Lambayeque, durante el periodo Febrero 2018- Febrero 2019. Esta población de estudio cuenta con 1189 adultos mayores que habitan en el distrito de San José, datos según el censo nacional 2017: XII de población, VII de vivienda y III de comunidades indígenas.
- **Muestra y muestreo:** El muestreo fue de tipo probabilístico, aleatorio simple, por medio del programa epidemiológico de datos tabulados EPIDAT 3.1, utilizando una proporción esperada de 74.3% como la mayor prevalencia de depresión en adultos mayores(20), con un nivel de confianza de 95%, y una precisión de 5%, con lo cual se obtuvo una muestra de 236 adultos mayores.
- **Criterio de selección:** Se incluyeron a todas las personas igual o mayores a 60 años, de ambos sexos, que residen en el distrito San José, que aceptaron participar voluntariamente y/o contaron con la autorización de un familiar u acompañante (de ser necesario). Se excluyeron, los adultos mayores, que no se encontraban en la capacidad física y/o mental, y que además no contaban con acompañante (de ser necesario) para contestar la entrevista o encuesta. Se eliminaron a las personas que después de aceptar participar del estudio decidieron retirarse del mismo.

### **3. Técnica instrumentos de recolección de Datos.**

#### **TÉCNICA.**

Previo a recolectar los datos, a la población estudiada se le explicó el proceso y se le hizo firmar el consentimiento informado (Anexo N° 01), a los adultos mayores que pudieron leer y escribir se les encuestó, y en los que no lo pudieron, se les realizó entrevista; para ambos procesos se les brindó una tolerancia de 20 minutos cronológicos.

#### **INSTRUMENTOS.**

- El Formato de atención integral del adulto mayor (VACAM) (34) con el cual se recolecto datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, procedencia), polifarmacia, antecedentes personales y la valoración clínica del adulto mayor, el cual consta de los siguientes apartados: Valoración funcional, a través de seis ítems se determinó si el adulto mayor es independiente (ningún ítem positivo), dependiente parcial (de 1 a 5 ítems positivos) o dependiente total (6 ítems positivos); Estado cognitivo, consta de diez preguntas, con lo cual se calificó como normal (2 o menos errores), deterioro cognitivo leve (de 3 a 4 errores), deterioro cognitivo moderado de 5 a 7 errores), deterioro cognitivo severo (de 8 a 10 errores); Estado afectivo, se realizó cuatro preguntas, se determinó, adulto mayor sin manifestaciones depresivas (de 0 a 1 preguntas afirmativas) o con síntomas depresivos (de 2 a más preguntas afirmativas); Valoración socio familiar, donde se determinó como buena/aceptable situación social (de 5 a 9 preguntas), existe riesgo social (de 10 a 14 preguntas) y existe problema social (mayor o igual a15), (Anexo N° 02).

- Para evaluar la sintomatología depresiva de la población adulto mayor se utilizó el Test de Yesavage, (27,35) el cual consta de 30 preguntas, las respuestas fueron “sí” o “no”, de estas, 20 indican la presencia de depresión al ser respondidos como un “SI”, los restantes (1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 y 30) señalan depresión cuando son contestados como “NO”, como resultados se obtuvo lo no depresión (0-9 puntos), depresión moderada (10-19 puntos) y depresión severa (20-30 puntos), (Anexo N° 03).
  
- Para evaluar la asociación entre síndrome depresivo y funcionamiento familiar se utilizó el Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL) (36,37), con el cual se valoró la funcionalidad familiar, este instrumento consiste en 14 proposiciones que suelen suceder en una familia, categorizando como familia funcional (70 a 57 pts), familia moderadamente funcional (56 a 43 pts), familia disfuncional (42 a 28 pts), familia severamente disfuncional (27 a 14 pts), (Anexo N° 04).

#### **4. Análisis Estadístico de los Datos.**

Los datos fueron tabulados en Microsoft Excel 2013®, los cuales fueron analizados estadísticamente mediante un análisis Bivariado con el paquete estadístico Stata versión 14; con las variables categóricas obtuvimos: frecuencias absolutas y relativas; con las variables cuantitativas obtuvimos: mediana y desviación estándar. Se utilizó las pruebas de Fisher y Chi-cuadrado para la búsqueda de diferencias estadísticamente significativa, se realizó modelos de razones de prevalencia (RP) mediante análisis bivariado (RP crudo) y multivariado (RP ajustado) utilizando el modelo lineal generalizado, con nivel de significancia ( $p < 0.05$ ) y nivel de confianza 95%.

## **5. Aspectos éticos.**

Las consideraciones éticas usadas fueron autonomía, justicia, no maleficencia y se mantendrá la confidencialidad de los resultados obtenidos en dicha encuesta. Para la recolección de los datos del presente estudio se solicitó autorización de la municipalidad distrital de San José y del establecimiento de salud del distrito San José, a estos últimos también se les solicitó la ayuda en sectorización poblacional y en la recolección de datos. Este estudio se presentó al comité de investigación de la facultad de medicina humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo para su respectiva evaluación.

## **IV. RESULTADOS.**

#### IV. RESULTADOS.

La edad media de los adultos mayores del distrito San José fue de 70,5 años.

**Tabla N° 01: Características generales de los adultos mayores del distrito San José, Lambayeque Febrero 2018- Febrero 2019.**

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Sexo*</b>		
Femenino	113	47,88
Masculino	123	52,12
<b>Edad en años**</b>		
Edad avanzada	154	65,25
Ancianos	76	32,20
Grandes viejos	6	2,55
<b>Grado de instrucción*</b>		
Iletrado	43	18,22
Primaria	147	62,29
Secundaria	30	12,71
Superior	16	6,78
<b>Estado civil*</b>		
Soltero	27	11,44
Casado	133	53,36
Conviviente	2	0,85
Divorciado	11	4,66
Viudo	63	26,69
<b>Procedencia*</b>		
Urbano	146	61,86
Rural	90	
<b>TOTAL</b>	<b>236</b>	<b>100</b>

**N=** total de adultos mayores

\* Fuente: Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM)

\*\* Fuente: OMS (edad avanzada: 60-74 años; Ancianos: 75-90años; Grandes viejos: ≥ 90 años)

**Tabla N° 02: Evaluación clínica de los adultos mayores del distrito San José, Lambayeque Febrero 2018- Febrero 2019.**

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Estado cognitivo*</b>		
Normal	190	80,51
Leve	37	15,68
Moderado	8	3,39
Severo	1	0,42
<b>Estado afectivo*</b>		
Sin manifestaciones depresivas	174	73,73
Con manifestaciones depresivas	62	26,27
<b>Valoración funcional*</b>		
Independiente	218	92,37
Dependiente parcial	14	5,93
Dependiente total	4	1,69
<b>Valoración Socio-Familiar*</b>		
Buena situación	138	58,47
Riesgo social	73	30,93
Problema social	25	10,59
<b>Medicamentos*</b>		
No polifarmacia	222	94,07
Polifarmacia	14	5,93
<b>Antecedentes patológicos*</b>		
Sin antecedentes	116	49,15
Con antecedentes	120	50,85
<b>Funcionamiento familiar**</b>		
Familia funcional	138	58,47
Familia moderadamente funcional	73	30,93
Familia disfuncional	25	10,59
<b>TOTAL</b>	<b>236</b>	<b>100</b>

N= total de adultos mayores

\* Fuente: Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM)

\*\* Fuente: Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

**Tabla N° 03: Prevalencia del síndrome depresivo en los adultos mayores del distrito San José, Lambayeque Febrero 2018- Febrero 2019. Según Yesavage**

<b>DEPRESIÓN</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
No	133	56.4
Si	103	43.6
<b>TOTAL</b>	<b>236</b>	<b>100</b>

N= total de adultos mayores

En el análisis bivariado, encontramos que a medida que aumenta la edad, el riesgo de tener síndrome depresivo incrementa, al categorizar la edad no encontramos diferencia estadística ( $p > 0,05$ ); sin embargo, la edad expresada en años encontramos que los que tenían síndrome depresivo, tenían mayor edad que los que no tenían depresión (74,6 vs 70,7 años) y es estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ) Ver Figura N° 01.

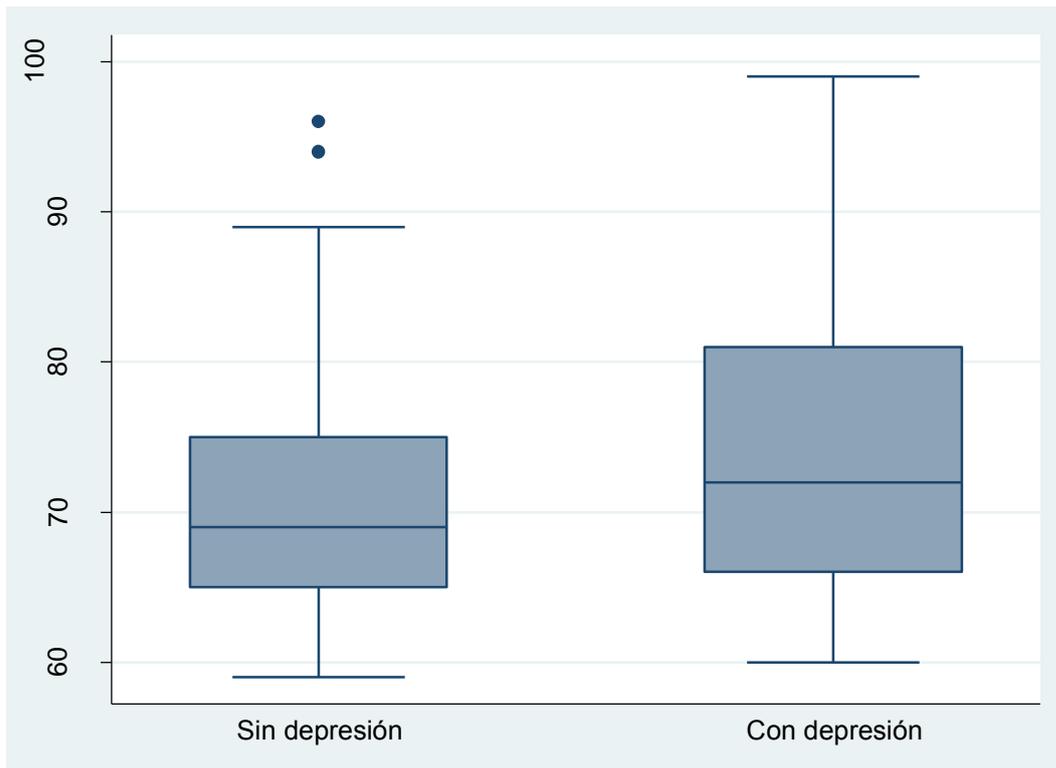


Figura N° 01: Diferencias entre promedios de edad en años según síndrome depresivo

En cuanto al sexo ambos grupos tuvieron similares proporciones ( $p > 0,05$ ). Se observó además, que los que presentaban algún deterioro del estado cognitivo (leve o moderado) tenían un RP de 7,72 veces el riesgo de tener síndrome depresivo.

Estado cognitivo, valoración familiar, socio-familiar, funcional, polifarmacia y antecedente patológico también mostraron una asociación estadísticamente significativa. Se detalla en la Tabla N° 04.

**Tabla N° 04: Análisis bivariado. Factores determinantes del síndrome depresivo en los adultos mayores del distrito San José, Lambayeque Febrero 2018- Febrero 2019.**

CARACTERÍSTICAS	ANÁLISIS BIVARIADO						
	Sin depresión		Con depresión		RPc	P	IC (95%)
	N	%	N	%			
<b>Procedencia</b>							
Urbano	79	54,11	67	45,89	1		
Rural	54	60	36	40	0,78	0,37	0,46 - 1,33
<b>Edad en años</b>							
Edad avanzada	92	59,74	62	40,26	1		
Ancianos	39	51,32	37	48,68	1,40	0,22	0,80 - 2,44
Grandes viejos	2	33,33	4	66,67	2,96	0,21	0,52 - 16,7
<b>Grado de instrucción*</b>							
Iltrado	16	37,21	27	62,79	1		
Primaria	86	58,50	61	41,50	0,42	<b>0,01</b>	<b>0,20 - 0,84</b>
Secundaria	17	56,67	13	43,33	0,45	0,10	0,17 - 1,17
Superior	14	87,50	2	12,50	0,08	<b>0,01</b>	<b>0,01 - 0,42</b>
<b>Estado civil*</b>							
Soltero	15	(55,56)	12	(44,44)	1		
Casado	83	(62,41)	50	(37,59)	0,75	0,50	0,32 - 1,73
Conviviente	2	(100)	0	0	NA		
Divorciado	3	(27,27)	8	72,73	3,33	0,12	0,72 - 15,37
Viudo	30	(47,62)	33	52,38	1,37	0,49	0,55 - 3,40
<b>Estado cognitivo</b>							
Normal	124	(65,26)	66	(34,74)	1		
Alterado	9	(19,57)	37	(80,43)	7,72	<b>0,01</b>	<b>3,51 -16,97</b>
<b>Valoración funcional</b>							
Independiente	129	(59,17)	89	(40,83)	1		
Dependiente	4	(22,22)	14	(77,78)	5,07	<b>0,01</b>	<b>1,61 - 15,9</b>
<b>Sexo<sup>a</sup></b>							
Masculino	69	(56,1)	54	(43,9)	1		
Femenino	64	(56,64)	49	(43,36)	0,97	0,93	0,58 - 1,63
<b>Polifarmacia</b>							
Sin polifarmacia	130	(58,56)	92	(41,44)	1		
Con polifarmacia	3	(21,43)	11	(78,57)	<b>4,73</b>	<b>0,01</b>	<b>1,35 - 16,5</b>
<b>Antecedentes patológicos.</b>							
Sin antecedentes	77	(66,38)	39	(33,62)	1		
Con antecedentes	56	(46,67)	64	(53,33)	<b>1,14</b>	<b>0,01</b>	<b>1,14 - 1,89</b>
<b>Funcionamiento familiar</b>							
Familia funcional	99	(71,74)	39	(28,26)	1		
Familia no funcional	34	(34,69)	64	(65,31)	<b>2,43</b>	<b>0,01</b>	<b>1,75 - 3,37</b>
<b>Valoración Socio-Familiar<sup>a</sup></b>							
Buena situación	64	(72,73)	24	(27,27)	1		
Riesgo social	65	(50,39)	64	(49,61)	<b>2,62</b>	<b>0,01</b>	<b>1,46 - 4,70</b>
Problema social	4	(21,05)	15	(78,95)	<b>10,1</b>	<b>0,01</b>	<b>3,01 - 33,06</b>

\* Se usó la prueba de U Mann-Whitney. a Se usó prueba de Chi-cuadrado. RPc. Regresión logística logarítmica de Binomial; nivel de significación p < 0,05.

En el análisis multivariado, se consideró solo aquellas variables que tenían un efecto directo con el síndrome depresivo, incluyendo aquellas que sean estadísticamente significativo  $p < 0,05$ . En el análisis multivariado con las variables intervinientes, se encontró que la valoración funcional, socio-familiar y polifarmacia perdían significancia estadística.

Se observa, además, que los RP ajustados del estado cognitivo, funcionamiento familiar y la valoración socio-familiar cuando presentan problema social, mantienen valores de riesgo para síndrome depresivo. Ver Tabla N° 05.

**Tabla N° 05: Análisis multivariado del síndrome depresivo en los adultos mayores del distrito San José, Lambayeque Febrero 2018- Febrero 2019.**

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>ANÁLISIS MULTIVARIADO</b>		
	<b>RPa</b>	<b>p</b>	<b>IC (95%)</b>
<b>Estado cognitivo</b>			
Normal	1		
Alterado	<b>4,84</b>	<b>0,01</b>	<b>1,98 – 11,8</b>
<b>Valoración funcional</b>			
Independiente	1		
Dependiente	1,23	0,78	0,27 – 5,53
<b>Polifarmacia</b>			
Sin polifarmacia	1		
Con polifarmacia	2,52	0,23	0,55 – 11,51
<b>Antecedentes patológicos.</b>			
Sin antecedentes	1		
Con antecedentes	1,69	0,09	0,91 – 3,15
<b>Funcionamiento familiar</b>			
Familia funcional	1		
Familia no funcional	<b>3,45</b>	<b>0,01</b>	<b>1,86 – 6,42</b>
<b>Valoración Socio-Familiar</b>			
Buena situación	1		
Riesgo social	1,49	0,24	0,76 – 2,92
Problema social	<b>5,41</b>	<b>0,01</b>	<b>1,48 – 19,72</b>

RPa: Razón de prevalencias ajustado, con modelos lineales generalizados. Regresión logística logarítmica de Binomial; nivel de significación  $p < 0,05$ .

## **V. DISCUSIÓN.**

## V. DISCUSIÓN.

Según nuestro estudio, la mayoría de los adultos mayores encuestados no presentaron manifestaciones de síndrome depresivo, tanto en el test de Yesavage, como en la valoración clínica del adulto mayor (VACAM).

Para el test de Yesavage, se obtuvo una prevalencia de 43,6% de síndrome depresivo, lo cual es mayor a lo encontrado por Ordoñez en Reque (28,9%)(13), y Borges en Brasil (23,9%)(12), y en México con los estudios de Navarro (29%)(15), y Paredes (38,4%)(18). En 1996 se encontró una prevalencia de pacientes con síntomas depresivos del 75% en adultos mayores; pero considerando que el método diagnóstico utilizado fue otro: los criterios diagnósticos de depresión del DSM IV y el 18% de encuestado presentaron depresión mayor(10). Aunque se ha podido encontrar en 2012, estudios como el de Juárez en un asentamiento humano de La Molina, donde incluso llega una prevalencia de 51,67% usando el test de Yesavage(9). Otro estudio realizado por Chávez en Lima metropolitana y de capitales de departamento y del resto urbano y área rural (14%)(19). En Sri Lanka se encontró una prevalencia de 13,9%(21).

En el presente estudio no se encontró asociación entre procedencia y síndrome depresivo, sin embargo en un estudio realizado en Perú por Chávez M. et al(19) se encontró significancia estadística ( $p>0,05$ ), donde el factor determinante fue residir en área rural [OR 2,12 (1,91 - 2,36)]

En nuestro estudio no hubo asociación entre sexo y frecuencia del síndrome depresivo, sin embargo, para otros estudios, sí se obtuvo significancia

estadística (14,15,17,18). Se encontró un ligero predominio del sexo femenino ligado a depresión, igual que muchos otros estudios (9,10,14,15,17,21), pero no encontramos asociación estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ )

En cuanto a la edad, hubo mayor frecuencia de síndrome depresivo en cuanto más edad había ( $p < 0,05$ ). Otros estudios mencionan la edad como un factor asociado a depresión (11,13,19), sin embargo para Rosas, esta asociación no fue significativa (IC 95%: 0,4 – 4,7) (17).

En cuanto al grado de instrucción en este estudio no se encontró asociación, por el contrario los estudios primarios y superior fue perdiendo significancia estadística en el modelo multivariado con respecto a tener síndrome depresivo ( $p > 0,05$ ), otros estudios si se encontró significancia estadística (11,12,18–20).

Para el estado civil no se encontró asociación con síndrome depresivo, al no haber asociación estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ), lo contrario ocurrió con (9,18–20).

La cognición es una cualidad representada por el adecuado funcionamiento de diferentes áreas cerebrales. Se considera que el síndrome depresivo impacta significativamente sobre el estado cognitivo del paciente, aunque para muchos, la relación entre depresión y deterioro cognitivo es compleja. Sin embargo, con todo ello, encontramos asociación marcada entre el estado cognitivo alterado y aparición de síndrome depresivo. La mayoría de los pacientes que tuvieron algún grado de deterioro cognitivo, presentaron síndrome depresivo (RPc: 0,01 y RPa: 4,84,  $p < 0,05$ ), encontrándose las mismas diferencias estadísticamente significativas en los adultos mayores evaluados por otros estudios (11,12,15).

En cuanto a la valoración socio familiar, la mayoría presentó buena situación, sin embargo, los adultos mayores que viven en un entorno con problema social, presentaron síndrome depresivo (RPc: 10,1 y RPa: 5,41,  $p < 0,05$ ), lo mismo ocurrió con otros estudios como el de Varela y colaboradores, donde la mayoría de adultos mayores evaluados tuvo “riesgo social”(11).

La valoración funcional fue perdiendo significancia estadística en el modelo multivariado con respecto a tener depresión ( $p > 0,05$ ). En otros estudios, tuvieron similares resultados al nuestro, como el de Borges en Brasil donde la dependencia funcional fue un factor de riesgo para depresión en adulto mayor (RP: 1,83 IC 95% 1,43 – 2,33)(12).

La polifarmacia fue perdiendo significancia estadística en el modelo multivariado con respecto a tener síndrome depresivo ( $p > 0,05$ ), similar a lo encontrado por Rosas, donde el consumo de medicamento tuvo un resultado no significativo (OR: 1,2 IC 95%: 0,7 – 2)(17).

En cuanto a los antecedentes patológicos, fue perdiendo significancia estadística en el modelo multivariado con respecto a tener síndrome depresivo ( $p > 0,05$ ), lo contrario ocurrió con el estudio de Borges en Brasil, donde el tener “salud deficiente” tuvo un RP=2,64 IC 1,82 – 3,83,(12) similar a lo de Rubiano, donde tener hipertensión arterial (OR: 3,87 IC95: 1,61-9,34) cáncer (OR: 4,12 IC95%:1,58-10,76) fueron significativos(14). Navarro y Paredes también encontraron asociación entre la percepción subjetiva de salud y presentar depresión(15,18), y en Sri Lanka(21) sin embargo, si encontró relación al padecer una enfermedad crónica

Tener familia no funcional, tuvo asociación estadística importante con síndrome depresivo (RPc: 2,43 y RPa: 3,45,  $p < 0,05$ ), sobre todo en las familias disfuncionales. Similar a los encontrado en Reque, donde se encontró asociación entre vivir sólo y presentar depresión, en el adulto mayor(13).

## **VI. CONCLUSIONES.**

## VI. CONCLUSIONES.

1. La prevalencia del síndrome depresivo en adultos mayores del distrito de San José, Lambayeque, fue significativa. Según el test de Yesavage fue 43,6%. Siendo superior a estudios realizados en nuestro país, Europa y Asia; pero inferior a estudios en América Latina.
2. La prevalencia del síndrome depresivo en adultos mayores del distrito de San José, Lambayeque, según el (VACAM) no fue alta; dando un valor de 26,27%. Valor inferior a lo encontrado con el test de Yesavage, debido a que este último es más completo e identifica los diferentes estadios del síndrome depresivo, a diferencia del VACAM que identifica los casos más complicados. Además está en rangos semejantes a los encontrados en Perú, Europa y Asia, pero inferior a los encontrados en América Latina.
3. Usando la Prueba De Percepción Del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) para los factores determinante, los adultos mayores que presentan síndrome depresivo son los que viven en una familia no funcional; y al usar el VACAM, los adultos mayores que presentan síndrome depresivo son los que tienen estado cognitivo alterado y viven en situación socio-familiar con problema social.

## **VII. RECOMENDACIONES.**

## VII. RECOMENDACIONES.

1. Realizar estudios con mayor alcance poblacional, con diversidad de regiones involucradas, que incluya determinantes bioquímicos y de personalidad en el adulto mayor.
2. Fomentar reuniones de confraternidad e integración acorde a la realidad sociocultural de cada una de las poblaciones, patrocinados por instituciones públicas y/o privadas, donde participen los adultos mayores.
3. Crear más centros integrales de atención al adulto mayor, que garanticen la actividad física y diferentes tipos de terapia en esta población.
4. Capacitar al personal de salud en prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de enfermedades crónicas y síndrome depresivo en adultos mayores.
5. Promover la protección y la creación de programas de salud que lleguen a los adultos mayores que viven solos o distantes a los establecimientos de salud. Construcción de casas con infraestructura adecuada y que cuenten con personal capacitado para el cuidado de esta población.
6. En los establecimientos de salud, para medir el síndrome depresivo se debe usar instrumentos más completos por ejemplo el test de YESAVAGE; ya que el VACAM por lo reducido del número de preguntas en lo concerniente a las manifestaciones depresivas, no logra identificar los diferentes estadios de estas.

## **VIII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.**

## VIII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.

1. Organización de las Naciones Unidas. Envejecimiento [Nota descriptiva en Internet]. 2016 [citado 11 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>
2. Health in the Americas. Envejecimiento y cambios demográficos [Nota descriptiva en Internet]. 2017 [citado 11 de febrero de 2019]. Disponible en: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_t\\_es=envejecimiento-y-cambios-demograficos](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=envejecimiento-y-cambios-demograficos)
3. Infobae. Los diez países que más envejecerán hasta 2050 [Nota descriptiva en Internet]. 2015 [citado 11 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.infobae.com/2015/09/12/1754821-los-diez-paises-que-mas-envejeceran-2050/>
4. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Nota descriptiva en Internet]. [Citado 23 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
5. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento [Nota descriptiva en Internet]. 2019 [citado 23 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/ageing/es/>
6. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores [Nota descriptiva en Internet]. 2017 [Citado 11 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
7. Tello-Rodríguez T, Alarcón RD, Vizcarra-Escobar D. Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2016; 33(2):342-50.
8. Jonis M, Llacta D. Depresión en el adulto mayor, cual es la verdadera situación en nuestro país. *Rev Medica Hered*. 2013; 24(1):78-79.
9. Juarez J, León A, Alata V. Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH “Viña alta” – La Molina, Lima – Perú. *Rev Horiz Med*. 2012; 12(2).
10. Capuñay Chafloque J, Figueroa Alvarado M, Varela Pinedo L. Depresión en el adulto mayor: Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Rev Medica Hered*. 1996; 7(4):172-77.
11. Varela L, Chávez H, Gálvez M, Méndez F. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Rev Soc Per Med Inter*. 2004; 17(2).

12. Borges LJ, Benedetti TRB, Xavier AJ, d'Orsi E, Borges LJ, Benedetti TRB, et al. Associated factors of depressive symptoms in the elderly: EpiFloripa study. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(4):701-10.
13. Ordoñez O, Enrique G. Prevalencia de trastorno depresivo en adultos mayores que conforman el Centro Integral del Adulto Mayor. Reque. Chiclayo-Perú. Julio – diciembre 2012. Univ San Martín Porres – USMP [Internet]. 2014 [citado 12 de febrero de 2019]; Disponible en:  
<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2200>
14. Kronfly Rubiano E, Rivilla Frias D, Ortega Abarca I, Villanueva Villanueva M, Beltrán Martínez E, Comellas Villalba M, et al. Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2015; 47(10):616-25.
15. Rivera Navarro J, Benito-León J, Pazzi Olazarán KA. La depresión en la vejez: un importante problema de salud en México. *América Lat Hoy*. 2015; 71: 103-18.
16. Varela-Pinedo L, Chavez-Jimeno H, Tello –Rodríguez T, Ortiz-Saavedra P, Galvez-Cano M, Casas-Vasquez P, Aliaga-Díaz E, Ciudad-Fernandez L. Perfil clínico, funcional y sociofamiliar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima, Perú. *Rev peru med exp salud pública*. 2015; 32 (4).
17. Rosas MM, Neyra OT. Prevalencia de depresión mayor en adultos mayores atendidos ambulatoriamente en un hospital de Lima Metropolitana. *Rev Av En Psicol*. 2016; 2(2):171-87.
18. Paredes-Arturo YV, Aguirre-Acevedo DC. Síntomas depresivos y factores asociados en población adulto mayor. *Rev Mex Neurocienc*. 2016; 17(3):26-38.
19. Martina M, Ara MA, Gutiérrez C, Nolberto V, Piscocoya J. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *An Fac Med*. 2017; 78(4):393-97.
20. Santos PVD los, Valdés SEC. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Poblac Salud En Mesoamérica*. 2018; 15(2).
21. Rajapakshe O, Sivayogan S, Kulatunga P. Prevalence and correlates of depression among older urban community – dwelling adults in Sri Lanka. *Japanese Psychogeriatric Society*. 2018. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30467924>
22. American Health Organization / World Health Organization. Oxandabarat A. Depresión y demencia son los trastornos mentales que más afectan a los mayores de 60 años en el mundo. [Internet]. 2013 [citado 13 de febrero de 2019]. Disponible en:

- [https://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=760:de-presion-demencia-son-trastornos-mentales-que-mas-afectan-mayores-60-anos-mundo&Itemid=245](https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=760:de-presion-demencia-son-trastornos-mentales-que-mas-afectan-mayores-60-anos-mundo&Itemid=245)
23. Sarró-Maluquer M, Ferrer-Feliu A, Rando-Matos Y, Formiga F, Rojas-Farreras S. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. SEMERGEN - Med Fam. 2013; 39(7):354-60.
  24. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Nota Descriptiva en Internet]. 2019. [citado 12 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
  25. Tobar RT, Vargas J, Murcia S, Gaitán N, Umbarila D, Sarmiento K. Depresión mayor en adultez tardía: Factores causales y orientaciones para el tratamiento. Rev Vanguard Psicológica Clínica Teórica Práctica. 2013; 4(2):147-53.
  26. Botto A, Acuña J, Jiménez JP. La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. Rev Médica Chile. 2014; 142(10):1297-305.
  27. Blanco Molina M, Salazar Villanea M. Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage. [Internet]. 2014 [citado 17 de febrero de 2019]; Disponible en: <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/30350>
  28. Centro de investigación del envejecimiento -CIEN. Universidad San Martín De Porres. Guía de Capacitación Para Mejorar las Competencias para la Aplicación del VACAM en la Zona Rural. 2010. disponible en: [http://www.medicina.usmp.edu.pe/medicina/envejecimiento/2\\_Guia\\_de\\_capacitacion\\_para\\_mejorar\\_competencias\\_VACAM\\_zona\\_rural.pdf](http://www.medicina.usmp.edu.pe/medicina/envejecimiento/2_Guia_de_capacitacion_para_mejorar_competencias_VACAM_zona_rural.pdf)
  29. Información farmacoterapéutica: tratamiento de la depresión en atención primaria: cuándo y con qué. 2017; 1(25). Disponible en: [http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_infac\\_2017/es\\_def/adjuntos/INFAC-Vol-25-n-1\\_antidepresivos.pdf](http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2017/es_def/adjuntos/INFAC-Vol-25-n-1_antidepresivos.pdf)
  30. Orozco WN. Depresión, el trastorno psiquiátrico más frecuente en la vejez. Rev Médica Costa Rica Centroamérica. 2013; 70(607):495-501.
  31. Mayores de Hoy. Rivero AM. El adulto mayor en el Mundo Parte 1 [Internet]. 2012 [citado 18 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://mayoresdehoy.com/2012/11/07/el-adulto-mayor-en-el-mundo-parte-1/>
  32. El Peruano - Ley de la Persona Adulta Mayor - LEY - N° 30490 - Poder Legislativo - Congreso De La Republica [Internet]. [Citado 13 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-la-persona-adulta-mayor-ley-n-30490-1407242-1/>

33. Perú. Instituto Nacional de Estadística e Informática (Internet). 2018 (citado el 25 de febrero de 2019). Disponible en:  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico-situacion-de-la-poblacionadulta-mayor\\_dic2018.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico-situacion-de-la-poblacionadulta-mayor_dic2018.pdf).
34. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. 2006.
35. Depresión En El Adulto Mayor: Diagnóstico [Internet]. [Citado 17 de febrero de 2019]. Disponible en:  
<http://depresionadultomayorspnc.blogspot.com/p/diagnostico.html>
36. Aguilar APF, Escobar JMM. Validación De Un Instrumento De Funcionalidad Familiar. Ajayu Órgano Difus Científica Dep Psicol Univ Católica Boliv San Pablo. 2016;14(2):247-283.
37. Daniel. Plantilla - Cuestionario de Funcionamiento Familiar (ff-sil) [Internet]. El Blog de Daniel. 2015 [citado 17 de febrero de 2019]. Disponible en:  
<http://danalarcon.com/plantilla-cuestionario-de-funcionamiento-familiar-ff-sil-para-trabajo-social/>

# **ANEXOS**

## ANEXO N° 01



### UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO FACULTAD DE MEDICINA HUMANA FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**ESTUDIO:** “Prevalencia del síndrome depresivo y factores determinantes en adultos mayores del distrito San José, Lambayeque Febrero 2018 – Febrero 2019”. Estimado Sr(a). Les saludan cordialmente, los estudiantes del duodécimo ciclo de Facultad de Medicina Humana de Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo: Ernesto A. Barrantes Tarrillo y Lenin Sosa Tineo; invitamos a Ud. A participar, a su familiar o acompañante a permitirnos formularle un conjunto de preguntas, que serán realizadas través de una encuesta o entrevista, que le presentaremos a continuación.

#### **PROPÓSITO DEL ESTUDIO**

La cual tiene como objetivo estimar la prevalencia del síndrome depresivo y los factores determinantes en adultos mayores del distrito San José, Lambayeque Febrero 2018 – Febrero 2019; el cual será de mucha importancia para los profesionales de salud y las autoridades competentes, para que puedan actuar oportuna y adecuadamente para prevenir y solucionar los problemas existentes.

#### **PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO:**

Si usted acepta participar, deberá responder una encuesta donde se han consignado datos generales, antecedentes de salud, polifarmacia, dependencia, valoración funcional, estado cognitivo, estado afectivo, valoración socio familiar y además poder determinar si Ud. Sufre depresión. No se considerará datos como nombres, apellidos, DNI, dirección domiciliaria y la información obtenida será debidamente manejada.

#### **BENEFICIOS:**

Si usted acepta participar no recibirá un beneficio directo de los resultados de este estudio. Con la información obtenida, se propondrán medidas para prevenir síntomas depresivos.

**RIESGOS:**

El presente estudio no tiene riesgo alguno.

**CONFIDENCIALIDAD:** Sólo los investigadores saben que Usted están participando de éste estudio.

**FIRMA DEL CONSENTIMIENTO:**

Usted entiende que su participación en el estudio es VOLUNTARIA. En cualquier momento usted puede retirar su consentimiento a participar en el estudio. Al firmar este consentimiento usted acepta permitir al investigador recoger la información requerida. Usted recibirá una copia de este consentimiento informado que está firmando; aquí encontrará la información que le permita contactar al investigador y a su equipo de trabajo para cualquier inquietud.

**PERSONAS A CONTACTAR:**

Si tiene dudas con respecto a los derechos y deberes que tiene por su participación en este estudio, puede comunicarse con cualquiera de los estudiantes responsables de la Investigación: Ernesto A. Barrantes Tarrillo o Lenin Sosa Tineo, asesorados por los Drs. Pablo Puestas Sánchez y Dr. Julio Villanueva Ángeles.

YO HE LEIDO LA INFORMACION BRINDADA EN EL TEXTO ANTERIOR Y VOLUNTARIAMENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO RESPONDIENDO AL LLENADO DE LA FICHA DE RECOLECCION DE DATOS, REALIZANDO LOS TEST DESCRITOS Y PERMITIENDO ALOS INVESTIGADORES USAR LA INFORMACION ACERCA DE MI.

**FECHA:** .....

**NOMBRE, FIRMA Y DNI DE LA PERSONA QUE PERMITE CONSENTIMIENTO:**

.....

**FIRMA DEL INVESTIGADOR**

.....

## ANEXO N° 02

### VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR (VACAM)

 <b>Ministerio de Salud</b> <small>Personas que atendemos personas</small>	2																																																												
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR																																																													
FECHA <input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año	HORA <input type="text"/> N° HC <input type="text"/>																																																												
DATOS GENERALES																																																													
Apellidos <input type="text"/>	Nombres <input type="text"/> Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																																												
Lugar de Nacimiento <input type="text"/>	Procedencia <input type="text"/> Edad: <input type="text"/>																																																												
G° de Instrucción <input type="text"/>	Estado Civil <input type="text"/> F. Nac: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/>																																																												
Domicilio <input type="text"/>	Grupo sanguíneo <input type="text"/> Rh <input type="text"/>																																																												
	Teléfono <input type="text"/> Ocupación <input type="text"/>																																																												
Familiar o cuidador responsable <input type="text"/>																																																													
ANTECEDENTES																																																													
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <th style="text-align: center;">ANTECEDENTES PERSONALES</th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> <th style="text-align: center;">ANTECEDENTES FAMILIARES</th> <th style="text-align: center;">SI</th> <th style="text-align: center;">NO</th> </tr> <tr> <td>Hipertensión Arterial</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Tuberculosis</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Hipertensión Arterial</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dislipidemias (Colesterol Alto)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Osteoartritis</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Infarto de Miocardio</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ACV (Derrame)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Demencia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Enfermedad Cardiovascular (infarto, Arritmia, ICC)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Cáncer: (Mama, estómago, color)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cáncer</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>    Cáncer de cervix/mama</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>    Cáncer de próstata</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO	ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO	Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dislipidemias (Colesterol Alto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infarto de Miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ACV (Derrame)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Cardiovascular (infarto, Arritmia, ICC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer: (Mama, estómago, color)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Cáncer de cervix/mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO	ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO																																																								
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Dislipidemias (Colesterol Alto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infarto de Miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
ACV (Derrame)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Enfermedad Cardiovascular (infarto, Arritmia, ICC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer: (Mama, estómago, color)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
Cáncer de cervix/mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
Descripción de antecedentes y otros: _____																																																													
_____																																																													
_____																																																													
_____																																																													
Medicamento de uso frecuente																																																													
No.	Nombre	Dosis	Observaciones																																																										
REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS		NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Cuál? <input type="text"/>																																																									
VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR - VACAM																																																													
I. VALORACIÓN FUNCIONAL																																																													
Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)																																																													
KATZ	Dependiente	Independiente	DIAGNÓSTICO FUNCIONAL	INDEPENDIENTE	(1)																																																								
1. Lavarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		DEPENDIENTE PARCIAL	(2)																																																								
2. Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		DEPENDIENTE TOTAL	(3)																																																								
3. Uso del Serv. Higiénico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
4. Movilizarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
5. Continencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
6. Alimentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
			(1) Ningún ítem positivo de dependencia																																																										
			(2) De 1 a 5 ítems positivos de dependencia																																																										
			(3) 6 ítems positivos de dependencia																																																										
APELLIDOS Y NOMBRE:				N° HC																																																									

**FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR**

**II. VALORACIÓN MENTAL**

**2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer)**

Colocar 1 punto por cada error

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

**2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)**

¿Está satisfecho con su vida?	<input type="checkbox"/> NO	Colocar una marca (X), si corresponde	<b>SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0-1 marca)</b>	<input type="text"/>
¿Se siente impotente o indefenso?	<input type="checkbox"/> SI		<b>CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 O más marcas)</b>	<input type="text"/>
¿Tiene problemas de memoria?	<input type="checkbox"/> SI			
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	<input type="checkbox"/> SI			

**III. VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR**

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

**APELIDOS Y NOMBRE:**

**N° HC**

### ANEXO N° 03

#### ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (GDS 30)

Por favor escoja la respuesta de acuerdo a como se ha sentido durante las  
últimas semana

¿En el fondo está satisfecho con su vida?	SI	NO*
¿Ha abandonado muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI*	NO
¿Siente que su vida está vacía?	SI*	NO
¿Se aburre con frecuencia?	SI*	NO
¿Tiene esperanza en el futuro?	SI	NO*
¿Le preocupan ideas que no pueda quitar de su cabeza?	SI*	NO
¿Se encuentra de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	SI	NO*
¿Teme que algo malo pueda sucederle?	SI*	NO
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO*
¿Se siente desamparado con frecuencia?	SI*	NO
¿Con frecuencia se siente desvelado y nervioso?	SI*	NO
¿Prefiere quedarse en casa a salir y realizar cosas nuevas?	SI*	NO
¿Se preocupa con frecuencia por el futuro?	SI*	NO
¿Piensa que tiene más problemas de memoria que las demás personas?	SI*	NO
¿Piensa que es bueno estar vivo hoy?	SI	NO*
¿Se siente triste y desanimado con frecuencia?	SI*	NO
¿Se siente inútil en su estado actual?	SI*	NO
¿Se preocupa mucho por el pasado?	SI*	NO
¿Le parece que la vida es algo apasionante?	SI	NO*
¿Le cuesta mucho emprender nuevos proyectos?	SI*	NO
¿Se siente con energías?	SI	NO*
¿Piensa que su situación no tiene arreglo?	SI*	NO
¿Piensa que la mayor parte de la gente está mejor que usted?	SI*	NO
¿Se disgusta con frecuencia por cosas sin importancia?	SI*	NO
¿Siente ganas de llorar frecuentemente?	SI*	NO
¿Tiene dificultad para concentrarse?	SI*	NO
¿Disfruta al levantarse de mañana?	SI	NO*
¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	SI*	NO
¿Le resulta fácil tomar decisiones?	SI	NO*
¿Siente su mente tan despejada como antes?	SI*	NO

\* = Asignar un punto en cada respuesta marcada con el asterisco. Aplicar sin los asteriscos.

Puntuación total	
No depresión	0-9 puntos,
Depresión moderada	10-19 puntos
Depresión severa	20-30 puntos

## ANEXO N° 04

### PRUEBA DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

	<b>SITUACIÓN</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>Pocas veces</b>	<b>veces</b>	<b>Muchas veces</b>	<b>Casi siempre</b>
1	Las decisiones importantes se toman en conjunto.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, en forma clara y directa					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de manera que nadie esté recargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada uno son respetados por toda la familia.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

Casi siempre: 5; muchas veces: 4; a veces: 3; pocas veces: 2; casi nunca: 1

<b>Diagnóstico del funcional familiar según puntuación total de la prueba FF - SIL</b>	
Familia funcional	70 a 57 puntos
Familia moderadamente funcional	56 a 43 puntos
Familia disfuncional	42 a 28 puntos
Familia severamente disfuncional	27 a 14 puntos