



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

“Prevalencia de la Depresión en el Adulto Mayor aplicando la escala de Yesavage”

Integrantes:

Br. Amaro, Luis
Br. Aguiar, Faviana
Br. Calero, Santiago
Br. Desidero, Carolina
Br. Galeano, Lilian
Br. Portillo, Francisco

Tutores:

Prof. Esp. Lic. Enf. Margarita Garay
Ay. Lic. Enf. Sebastian Castrillon

Montevideo, 2013

INDICE

Resumen-----	Pág.3
Introducción-----	Pág.4
Pregunta Problema-----	Pág.5
Objetivo General-----	Pág.5
Objetivos Específicos-----	Pág.5
Justificación-----	Pág.6
Marco Teórico-----	Pág.8
Marco Referencial-----	Pág.19
Diseño Metodológico-----	Pág.20
Definiciones conceptuales y operacionales de las variables-----	Pág.21
Resultados-----	Pág.25
Análisis-----	Pág.49
Conclusiones-----	Pág.53
Sugerencias-----	Pág.55
Bibliografía-----	Pág.56
ANEXOS	
Anexo 1 Cronograma de Actividades de trabajo de Investigación-----	Pág.58
Anexo 2 Instrumento de recolección de datos-----	Pág.61
Anexo 3 Entrevista a referente del Hogar de Ancianos San José de Mayo-----	Pág.63
Anexo 4 Carta solicitud autorización campo de practica-----	Pág.65

RESUMEN

El presente estudio fue realizado por seis estudiantes de la Facultad de Enfermería de la UDELAR (Generación 2008) con el objetivo de determinar la prevalencia de la Depresión en el Adulto Mayor aplicando la escala de Yesavage.

Tiene como propósito describir los signos y síntomas de Depresión en el Adultos Mayores y su incidencia en el estado de salud determinando el grado de dependencia funcional, el estado cognitivo, así como las necesidades y los factores que interfieren en el proceso de salud – enfermedad.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el mes de septiembre del corriente año con la visita al Hogar de Ancianos San José de Mayo en el horario matutino y tarde, aplicando el instrumento de recolección de datos junto a la escala de Yesavage a los usuarios institucionalizados siendo el universo de 68 y la muestra de 44 luego de los criterios de inclusión, exclusión y usuarios que se negaron a ser entrevistados.

Dicha investigación arroja datos como que el 32% de la población según dicha escala, tiene posibles o probables trastornos depresivos. Los síntomas más seleccionados por ellos fueron que “si ha dejado abandonado muchas actividades e intereses, “si prefiere quedarse en casa que salir a hacer cosas nuevas”, “Sentirse a menudo aburrido”.

INTRODUCCION

Este trabajo de Investigación fue elaborado por un grupo de seis estudiantes de Licenciatura en Enfermería, correspondiente al Cuarto Ciclo, Trabajo de Investigación de Licenciatura en Enfermería, del Plan de estudio 1993 de la Universidad de la República.

En la siguiente investigación, lo que se busca es conocer cuáles son los signos y síntomas de la depresión prevalentes, que afectan a los adultos mayores institucionalizados.

El tema es hoy en día muy importante debido a que datos epidemiológicos y estudios realizados demuestran que Uruguay es uno de los países más envejecidos de América Latina, con una baja tasa de natalidad y una elevada esperanza de vida al nacer afectando la depresión a casi la mitad de la población de estudio. Debemos destacar que se puede revertir dicha patología con un tratamiento eficaz y oportuno. Es por eso que consideramos importante realizar una investigación sobre este tema.

Este trabajo se plantea como objetivo general identificar los signos y síntomas de depresión más frecuentes en los adultos mayores aplicando la escala de Yesavage.

Para realizar dicha investigación se creó un instrumento de recolección de datos el cual se aplicó de forma personal entrevistando al usuario.

Se realizó la tabulación de los datos obtenidos, se relacionaron las distintas variables con el grado de depresión obtenida y se midieron las situaciones negativas seleccionadas por los usuarios.

PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuáles son los signos y síntomas de la depresión más frecuentes que se identifican en Adultos Mayores que residen en un Hogar para la Tercera edad en la Ciudad de San José?

OBJETIVOS

Objetivo General: Identificar signos y síntomas de depresión más frecuente en usuarios adultos mayores institucionalizados.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar la población en estudio según las variables: edad, sexo, alfabetización, tiempo de internación, estado civil, nivel de dependencia, quien lo visita, realiza actividades recreativas y grados de depresión.
- Conocer si los usuarios estudiados tienen antecedentes de patologías psiquiátricas.
- Medir los grados de depresión en los adultos mayores, aplicando el test de Yasavage.

JUSTIFICACION

En esta investigación se busca abordar, un enfoque más amplio sobre la prevalencia de la depresión en el Adulto Mayor a través de la salud mental. Debido al aumento social de los problemas sanitarios relacionados a la salud mental, se ha seleccionado el tema para adquirir conocimiento abordando al usuario de manera integral.

Estudios anteriormente realizados han arrojado datos claros que demuestran la importancia del tema a investigar y como afecta a nuestra población de manera directa.

En Uruguay el 17% de la población tiene más de 60 años y 13% más de 65 años; la mitad de los ancianos se concentra en la ciudad de Montevideo.¹

El 25% de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente de las patologías psiquiátricas reversibles.²

Los trastornos depresivos afectan alrededor del 10% de los ancianos que viven en la comunidad y de 15 a 35% de los que viven en residencias.

La comorbilidad enfermedad somática/depresión en el anciano se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad por causas médicas, aumento de la estadía durante internaciones, peor evolución en las mismas, potenciación de la incapacidad funcional, generación de retraso en la demanda de ayuda y en la recuperación, incremento de la percepción del dolor, disminución de la adherencia y colaboración en los tratamientos indicados y aumento de la posibilidad de reingresos y utilización de los sistemas de salud.

Las investigaciones mencionadas aquí que se encontraron en la búsqueda de bibliografía anterior evidencia la importancia de esta patología en el adulto mayor y los costos que también se producen al no ser diagnosticada o captada a tiempo por el personal de salud.

¹R. Lucero y G. Casali, autoras de la Revista de Psiquiatría del Uruguay, Volumen 70 N° 2 Diciembre de 2006 publican estudio Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) y el Estudio Sobre el Adulto Mayor en Argentina, Chile y Uruguay

²Dra. María Julia Muñoz, Dr. Miguel Fernández Galeano, Dr. Gilberto Rios, Dr. José Pereira, Dr. Manuel Bianchi, Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Salud, "Protocolos para el manejo en el Primer Nivel de Atención de los Principales Síndromes Geriátricos. Uruguay Año 2007

“Envejecimiento común y exitoso” de Quintanar Olguín, se hace referencia a las enfermedades psiquiátricas en los ancianos, refiere que con frecuencia se detectan y tratan poco, dando lugar a una angustia significativa, aumento del costo de la atención y una mayor morbi mortalidad.³

El 20% de los Adultos Mayores en Uruguay vive solo, la mayoría son mujeres y un elevado número son llevados a residencias por sus familias. Se ha perdido la función de la familia contenedora, siendo la soledad y el aislamiento causas de depresión y disminución de las defensas, aumentando los problemas de salud como fue mencionado anteriormente.⁴

El abandono familiar del adulto mayor es una de las principales formas de maltrato que se registra en Uruguay de acuerdo con una encuesta realizada entre 2005-2006 por la Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriátrica (SUGG) en base a 202 casos de personas atendidas en el Hospital Maciel, Policial y algunas en mutualistas y 100 denuncias hechas por vecinos en el programa Adulto Mayor del Ministerio del Interior.

La enfermedad física y/o la limitación funcional aumentan hasta tres veces el riesgo de presentar una depresión geriátrica. Los adultos mayores son el grupo de edad con mayor incidencia de suicidio.

Un gran número de estos suicidios sucede en el transcurso de la enfermedad depresiva, también hay causas bastante evidentes que lo favorecen, como la soledad, las afecciones físicas invalidantes o dolorosas, minusvalías sensoriales y las dificultades económicas. La prevención de estos suicidios se basa en el diagnóstico y tratamiento de los síndromes depresivos

Los adultos mayores son el grupo de edad con mayor incidencia de suicidio.

Un gran número de estos suicidios sucede en el transcurso de la enfermedad depresiva, también hay causas bastante evidentes que lo favorecen, como la soledad, las afecciones físicas invalidantes o dolorosas, minusvalías sensoriales y las dificultades económicas. La prevención de estos suicidios se basa en el diagnóstico y tratamiento de los síndromes depresivos

MARCO TEORICO

³Revista Electrónica de Gerontología y Geriátrica .Volumen 5. Número 1 Año 2003.

⁴Panza, R. Abuso y Maltrato. Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriátrica Portal Digital. Diario el país 6.06.2009

Se define al Hombre como un ser bio-psico-social: un ser integral en que deben considerarse aspectos biológicos, psicológicos y sociales, en permanente relación dialéctica con el medio por su quehacer transformador de la realidad objetiva, capaz de elaborar conocimientos acerca de si mismo y de su realidad, lo cual expresa a través de sus necesidades.

Como unidad biológica cumple las funciones vitales de nutrición, reproducción y relación con el medio, siendo estas funciones comunes con los demás sistemas vivos, pero además debemos considerar los aspectos psicológicos y sociales.⁵

Los tres aspectos están vinculados entre sí, las características biológicas dan las bases sobre las cuales se irá construyendo la personalidad del individuo en su constante interrelación con el medio. Para enmarcar este trabajo de investigación definiremos conceptos básicos de algunos puntos que creemos necesarios desarrollar, con el fin de abordar esta problemática en nuestro ámbito académico.

Como primordial el concepto de salud según la OMS (organización mundial de la salud) “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”

Profundizando en el tema al cual refiere este trabajo creemos necesario destacar lo que es la Salud Mental en este caso según Vicente Galli (Ex Director Nacional de Salud Mental (1984 a 1989). Prof. Tit. Depto. Salud Mental, Fac. Medicina - UBA (1987 a 2004) “Es el estado de relativo equilibrio e integración progredientes; con crisis previsibles e impredecibles, registrables subjetivamente u objetivamente, en el que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios y en los de su entorno social.”

La población a la cual está dirigida esta investigación es el adulto mayor, por lo que es importante desarrollar tres conceptos de la OMS que son:

⁵ Barreneche, Menoni, Lacava, Monge, Acosta, Crosa. Actualización En Salud Comunitaria Y Familiar. Herramientas Metodológicas para el Trabajo en el Primer Nivel de Atención. Montevideo, Uruguay. 2009. Cap. 1. Pág. 13.

Geriatría: rama de la medicina que estudia la sintomatología clínica, tratamiento y readaptación en todos los procesos patológicos donde las alteraciones debidas a la edad contribuyen de una manera decisiva.

Gerontología: estudio de los aspectos relacionados con el envejecimiento de la población y sus manifestaciones sociológicas, biológicas, psicológicas, ambientales y especialmente sanitarias. **Enfermería Geriátrica:** la Enfermería Geriátrica contempla los aspectos patológicos que plantean los pacientes geriátricos, encaminados a conseguir una adecuada asistencia de enfermería y su rehabilitación posterior. Cuidado de personas con diferentes grados de dependencia o independencia, sea en forma periódica o continua.⁶

El envejecimiento es un proceso en el cual se dan una serie de modificaciones morfológicas y psicológicas de carácter irreversible que se inician mucho antes de que sus manifestaciones den al individuo “aspecto de anciano”. A medida que avanza la edad aumenta la mortalidad.

Durante el envejecimiento se producen cambios en la composición química del organismo, también se produce un amplio espectro de procesos de deterioro progresivo. La menor capacidad de la persona mayor para adaptarse a los cambios del entorno es un factor determinante en el envejecimiento. Las personas que están envejeciendo son cada vez más vulnerables a las enfermedades.

Envejecimiento determina: Mayor incidencia de enfermedades que se dan en otras etapas de la vida (infecciones, tumores malignos, diabetes) entre otras, las mismas enfermedades pero con especificidades semiológicas, diagnósticas y terapéuticas (Ataque cerebro vascular, Insuficiencia cardíaca, infarto agudo de miocardio, pluripatologías).

Grandes síntomas geriátricos. Mayor vulnerabilidad, menor eficacia de los mecanismos de defensa por disminución de la reserva fisiológica.

⁶ www.sugg.org.uy

Dentro de las consecuencias del envejecimiento vemos: Pérdida total de determinadas funciones (capacidad reproductora, capacidades sensoriales) , cambios funcionales o estructurales (disminución de la función renal por pérdida de población de la nefrona, pérdida de células marcapasos, pérdida de masa muscular), imitaciones funcionales sin pérdidas estructurales demostrables (lentitud por disminución de la velocidad de transmisión neuronal), cambios secundarios a fallos en los sistemas de control (regulación térmica) ,respuestas por exceso (deshidratación por disminución de la sed)

La enfermedad física y/o la limitación funcional aumentan hasta tres veces el riesgo de presentar una depresión geriátrica. Los adultos mayores son el grupo de edad con mayor incidencia de suicidio. Un gran número de estos suicidios sucede en el transcurso de la enfermedad depresiva, también hay causas bastante evidentes que lo favorecen, como la soledad, las afecciones físicas invalidantes o dolorosas, minusvalías sensoriales y las dificultades económicas. La prevención de estos suicidios se basa en el diagnóstico y tratamiento de los síndromes depresivos.

Dentro de los cuales encontramos el Trastorno Depresivo Mayor, la característica esencial de un episodio depresivo mayor, es un periodo de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido, o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de actividad psicomotora; falta de energía; sentimiento de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentración, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, plena o intento de suicidio.

Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos individuos con episodios leves 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” (criterio A1). En algunos casos, la tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser suscrita por la entrevista. Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas (Ej., las molestias y los dolores físicos) en lugar de referir sentimientos de tristeza. Casi siempre hay pérdida de interés y de capacidad para el placer en mayor o menor medida. Los sujetos pueden referir el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones, de que “han perdido el interés” o de haber dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras (criterio A2). Frecuentemente, los familiares notan el aislamiento social o el abandono de aficiones. En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual.

Normalmente, el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer. Otros pueden tener más apetito, con apetencia por ciertas comidas.

Cuando las alteraciones del apetito son graves, puede haber una pérdida o ganancia de peso (criterio A3). Las alteraciones del sueño asociadas más a menudo a un episodio depresivo mayor es el insomnio (criterio A4). Es característico el insomnio medio (despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse) o el insomnio tardío (despertarse demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse). También se puede presentar un insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño). Menos frecuente, los sujetos se quejan de exceso de sueño (hipersomnia) en forma de episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno. Los cambios psicómotores incluyen agitación (incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y arrugar la piel, la ropa o algún objeto) o enlentecimiento (lenguaje, pensamiento y movimientos corporales enlentecidos, bajo volumen de la voz, o mutismo) (criterio A5).

La agitación o el enlentecimiento psicomotor deben ser lo bastante graves como para ser observado por los demás. Es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga (criterio A6). Una persona puede referir una fatiga sin hacer ejercicio físico. Incluso el menor trabajo parece requerir un gran esfuerzo. El sentimiento de inutilidad o de culpa asociado a un episodio depresivo mayor puede implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor o

preocupaciones de culpa referidos a errores pasados (criterio A7). Muchos sujetos refieren una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones (criterio A8). Pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria. En sujetos de edad avanzada con un episodio depresivo mayor, la queja principal puede ser la falta de memoria, que puede ser tomada erróneamente por un signo de demencia. Cuando el episodio depresivo mayor

Es tratado con éxito, suelen desaparecer los problemas de memoria. Sin embargo, en algunos sujetos, especialmente ancianos, el episodio depresivo mayor puede ser la presentación inicial de una demencia irreversible.

Son frecuentes los pensamientos de muerte, la idea suicida o las tentativas suicidas (criterio A9). Estas ideas varían desde la creencia consistente de que los demás estarían mejor si uno muriese. Muchos estudios han demostrado que no es posible predecir con exactitud cuándo o en qué momento un determinado sujeto deprimido va a intentar suicidarse. No se realiza el diagnóstico de episodio depresivo mayor si los síntomas cumplen los criterios para un episodio mixto (criterio B). Los episodios mixtos se caracterizan por presentar síntomas tanto de un episodio maniaco como de un episodio depresivo mayor prácticamente a diario durante al menos una semana.

El grado de incapacidad asociado a un episodio depresivo mayor es variable, pero hasta en los casos leves ha de haber un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (criterio C). Si la incapacidad es grave, el sujeto puede perder su capacidad para relacionarse o trabajar. En casos extremos el sujeto puede ser incapaz de cuidar de sí mismo o de mantener una mínima higiene personal.

Es esencial una buena entrevista clínica para descubrir los síntomas de un episodio depresivo mayor.

La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es esencialmente difícil cuando se presentan en un sujeto que tiene además un enfermedad médica: (cáncer, accidente vascular cerebral, infarto de miocardio, diabetes).

Algunos de los criterios de un episodio depresivo mayor son idénticos a los síntomas y signos característicos de las enfermedades médicas (Ej. Pérdida de peso, fatiga). Este tipo de síntomas se debe atribuir a un episodio depresivo mayor, excepto cuando son clara y completamente atribuibles a una enfermedad médica. Por definición, un episodio depresivo mayor no es debido a los efectos fisiológicos directos de la droga, a los efectos secundarios de los medicamentos. Asimismo, el episodio no es debido a los efectos fisiológicos directos de ninguna enfermedad médica (criterio D)

Además, si los síntomas empiezan antes de transcurrir 2 meses de la pérdida de un ser querido y no persisten más allá de estos 2 meses, generalmente se considera resultado de un duelo, a menos que estén asociados a un deterioro funcional importante o incluya ideas suicidas, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor (criterio E).

Dentro de los criterios para el episodio depresivo mayor la presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

(1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otro.

(2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.

(3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

(4) insomnio o hipersomnia casi cada día.

(5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.

(6) fatiga o pérdida de energía casi cada día.

(7) sentimiento de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día.

(8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.

(9) pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto; provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo; no son debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica; no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Los síntomas y trastornos que experimentan los sujetos con trastorno depresivo mayor se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, ansiedad, fobia, preocupación excesiva por la salud física, y quejas de dolor. Pueden presentarse problemas matrimoniales, problemas laborales, problemas escolares, abuso de alcohol u otras sustancias o aumento de la utilización de los servicios médicos. La consecuencia más grave es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado. Los síntomas suelen desarrollarse a lo largo de días o meses. Antes de que comience un episodio depresivo mayor completo, puede haber un periodo prodrómico con síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves, que pueden durar semanas o meses. La duración también es variable. Lo habitual es que un episodio no tratado dure 4 meses o más, independientemente de la edad de inicio. En la mayoría de los casos, hay una remisión completa de los síntomas y la actividad retorna al nivel pre - mórbido.

Para poder realizar un diagnóstico diferencial, un episodio depresivo mayor, debe distinguirse de un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica. El diagnóstico apropiado es, trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica, si la alteración del estado de ánimo se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica. Esto se determina según la historia clínica, los hallazgos de laboratorio o la exploración física. Si hay un episodio depresivo mayor, y una enfermedad médica, pero se considera

que los síntomas depresivos no son un efecto fisiológico directo de la enfermedad médica, entonces el trastorno del estado de ánimo primario, se considera como un trastorno depresivo mayor. En las personas ancianas, suele ser difícil determinar si los síntomas cognoscitivos (desorientación, apatía, pérdida de memoria) son atribuibles a una demencia o a un episodio depresivo mayor. Para aclararlo es útil la evaluación médica completa, y una evaluación del comienzo de la alteración, la secuencia temporal de los síntomas depresivos y cognoscitivos, el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. El estado premorbido del sujeto, puede ayudar a diferenciar un episodio depresivo mayor de una demencia.

En la demencia suele haber una historia de deterioro de las funciones cognitivas, mientras que el sujeto con un episodio depresivo mayor, es mucho más probable que tenga un estado premorbido relativamente menor, y un deterioro cognitivo brusco asociado a la depresión.

Un episodio depresivo mayor que represente en respuesta al estrés psicosocial se distinguirá de un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, por el hecho de que en este último no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor. Tras la pérdida de un ser querido, los síntomas depresivos deben atribuirse a un duelo, y no a un episodio depresivo mayor, incluso si son de número y duración suficiente para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor, y a no ser que persistan durante más de 2 meses, o incluyan un deterioro funcional importante, ideas suicidas, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Finalmente, hay que señalar que los periodos de tristeza, son aspectos inherentes de la experiencia humana. Estos periodos no se deben diagnosticar como un episodio depresivo mayor, a no ser que se cumplan los criterios de gravedad (5 de entre 9 síntomas), duración (la mayor parte del día, casi cada día durante al menos 2 semanas) y malestar o deterioro clínicamente significativo.⁷

⁷Libro instituto Nacional de la Salud Mental Publicación NIH Número SP 09 3561Modificado en Enero 2009

TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO.

Dentro de los trastornos depresivos encontramos el Trastorno Depresivo No Especificado, el cual incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno depresivo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. Algunas veces los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado. Los ejemplos del trastorno no especificado incluyen: Trastorno disfórico premenstrual: los síntomas (estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad importante, pérdida de interés en las actividades) se presentado con regularidad durante la última semana de la fase luteínica. Trastorno depresivo menor: episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems exigidos para el trastorno depresivo mayor. Trastorno depresivo breve recidivante: episodio depresivo con una duración de 2 días o 2 semanas, que se presenta al menos una vez al mes durante 12 meses (no asociado con los ciclos menstruales). Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia: un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.

Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, aun trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia. Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.

Nos parece importante resaltar el amparo por parte del Estado, para que de manera legal se apliquen los derechos relacionados al Adulto Mayor:

Ley 9.202 del 5 de setiembre de 1933, creada por el Ministerio de Salud Pública, a partir de un Congreso Nacional de Higiene y de un Servicio de Asistencia Pública Nacional.

Todo lo Inherente a la Salud pública, se enmarca en un conjunto de leyes que regulan el funcionamiento del MSP. En este orden y referente a los Adultos Mayores, encontramos las leyes que a continuación se mencionan:

Ley 17796 del 19 de agosto de 2004, creada por el Senado y la Cámara de Representantes, Promoción Integral de los Adultos Mayores, describe en su artículo 50 inciso A al D como se debe atender la salud de los Adultos Mayores, garantizando y asegurando los derechos de éste rango etario.

Ley 17866 del 21 de marzo del 2005 Creación del Ministerio de Desarrollo Social, a quien le compete las políticas de áreas de juventud, mujer y familia, Adultos Mayores, discapacitados y desarrollo social en general.

Creación del Programa Nacional del Adulto Mayor (PRONAM) por parte del Ministerio de Salud Pública en el año 2005, que se dedica a promover y asegurar la calidad de vida de los adultos mayores mediante la atención integral de sus necesidades, la promoción de sus derechos, interactuando el estado con la sociedad civil. La tarea del PRONAM es establecer contactos con organismos privados y públicos por ejemplo con IMM, MSP, BPS, UDELAR, etc., para amparar los derechos del Adulto Mayor, obteniendo una asociación de recursos e iniciativas.

Ley 18922 del 6 de julio de 2012, creada por el Senado y la Cámara de Representantes, Seguro Nacional de Salud, se dispone la Incorporación Progresiva de Nuevos Colectivos; describe la incorporación al Seguro Nacional de Salud a los jubilados y pensionistas no amparados por el mismo, mayores de 74 años de edad, realizando sus aportes al Fondo Nacional de Salud, cuyo ingreso total por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares no supere la suma de 3 BPC (bases de prestaciones y contribuciones) mensuales. Los beneficiarios podrán elegir el prestador de servicios de su preferencia y deberán permanecer en el mismo durante 5 años.⁸

⁸ Disponible en: www.parlamento.gub.uy. (consulta: 27nov.2012)

MARCO REFERENCIAL

Breve descripción de la institución en la que se realiza la investigación :

La institución elegida para realizar nuestro trabajo final de investigación es el residencial para la tercera edad llamado "Hogar de Ancianos de San José" se encuentra ubicado en Ruta 3 Km 91.500 esquina 18 de Julio de la Ciudad de San José de Mayo. Es una asociación sin fines de lucro habilitada por el MSP. El presidente es el Sr. Raúl Martínez. Actualmente residen 67 ancianos aunque la capacidad es para 70.

Se aceptan usuarios mayores de 65 años, auto validos, de ambos sexos. Los residentes para ingresar deben cobrar más de \$6000 de suelo y no tener descuentos en el recibo. El hogar cobra el 80% de ese monto.

Cuentan con cobertura médica UCOR (Emergencia Móvil). Trabajan 7 funcionarios por turno cubriendo los cuatro turnos, También cuentan con Médico, Asistente Social, Fisioterapeuta. Así como también docentes para actividades recreativas Prof. de Canto, Prof. de Manualidades.

DISEÑO METODOLOGICO

Es un estudio: descriptivo de corte transversal.

Universo de estudio:

El universo de estudio es de 68 usuarios.

Muestra:

La muestra es de 44 usuarios luego de aplicado los criterios de inclusión y de usuarios que se negaron a ser entrevistados.

Criterios de Inclusión

Usuarios mayores de 65 años.

Usuarios de ambos sexos.

Usuarios que consientan verbalmente su participación en la encuesta.

Criterios de Exclusión

Usuarios que no aceptan participar en el estudio.

Usuarios que están incapacitados para participar.

Procedimiento para la recolección de la Información (Materiales y métodos)

Para llevar a cabo el siguiente trabajo se realizara una entrevista con el consentimiento informado del usuario. Utilizando el un instrumento de recolección de datos el llenado del mismo será anónimo, para caracterizar a la población: (sexo, edad, estado civil, ocupación, nivel de instrucción, nivel de dependencia, si recibe o no visita, realización de actividades recreativas,)

Se utilizara la escala de depresión geriátrica de Yesavage.

Definiciones conceptuales y operacionales de las variables utilizadas

Sexo:

Definición conceptual: Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos, en los animales y en las plantas. Clasificación de los hombres y mujeres teniendo en cuenta sus características anatómicas.

Definición operacional: Cualitativa nominal

Categorías:

- Femenino
- Masculino

Edad:

Definición conceptual: Edad de un individuo expresado como el período de tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento, expresada en años.

Definición operacional: Cuantitativa ordinal.

Categorías:

- 65 – 74 años
- 75 - 84 años
- 85 - 94 años
- 95 o más

Procedencia

Definición conceptual: Origen, principio de donde nace o de donde deriva.

Definición operacional: Cualitativa nominal.

Categoría:

- Montevideo
- Interior

Nivel de Instrucción

Definición conceptual: es la acción de instruirse. Se refiere el nivel educativo que logran alcanzar las personas.

Definición operacional: Cualitativa ordinal

Categorías:

- Primaria completa
- Secundaria completa
- Terciaria Completa

Ocupación

Definición conceptual: Cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa.

Definición operacional: Cualitativa nominal.

Categorías:

Ocupación anterior:

Ocupación actual

- Jubilado
- Pensionista

Estado Civil:

Definición conceptual: Es la condición en la que se encuentra un Individuo en cuanto a sus relaciones con la sociedad.

Definición operacional: Cualitativa nominal

Categorías:

- Soltero/a
- Casado/a:
- Divorciado/a
- Viudo/a

- Unión libre

Tiempo de Institucionalización

Definición Conceptual:

Tiempo: Época durante la cual vive alguien o sucede algo

Institucionalización: Acción y efecto de institucionalizar.

- Menos de 1 año
- De un año a tres
- De cuatro a seis
- Mas de seis

¿Quién lo visita?

Definición conceptual: Visita es la acción de cortesía que se realiza yendo a casa de un familiar, amigo o conocido por atención, conversación, amistad o consuelo.

- Hijos
- Amigos
- Familiares
- Otros

Antecedentes (Personales) Patología Psiquiátrica

Definición conceptual: Tener o haber tenido diagnostico medico de alguna patología psiquiátrica.

Definición operacional: Cualitativa nominal

SI Cual/es

NO

Realización de Actividades Recreativas:

Variable: Cualitativa Nominal

Definición Conceptual: Es una actividad que permite el descanso, la diversión, el aprendizaje, el juego que es lo mismo que lo lúdico.

Definición Operacional:

- Si
- No

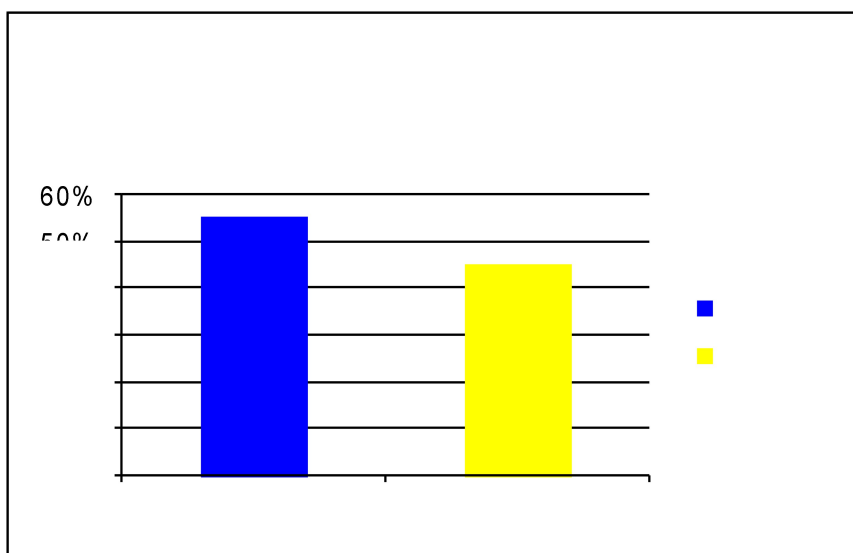
RESULTADOS

Tabla N° 1: Distribución de la población según la variable Sexo, Septiembre 2013 San José de Mayo.

Sexo	FA	FR%
Femenino	24	55%
Masculino	20	45%
Total	44	100%

Fuente: Entrevista

Gráfico N° 1: Distribución de la población según la variable Sexo, San José de Mayo , Septiembre del 2013.



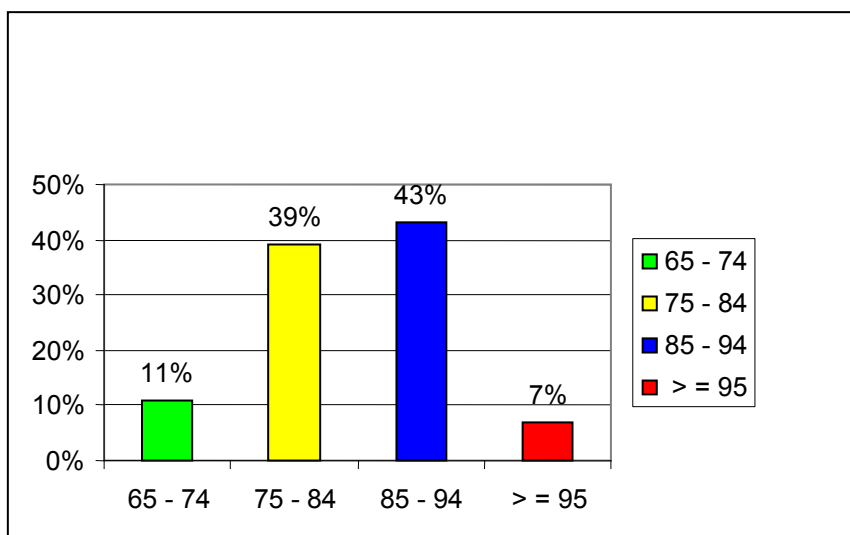
El 55% de la población estudiada eran mujeres.

Tabla N° 2: Distribución de la población según la variable Edad , San José de Mayo, Septiembre del 2013

Edad	FA	FR%
65 - 74	5	11%
75 - 84	17	39%
85 - 94	19	43%
> = 95	3	7%
Total	44	100%

Fuente: Entrevista.

Gráfico N° 2: Distribución de la población según la variable Edad en el Hogar de Ancianos San José de Mayo, Septiembre del 2013



El 43% de la población estudiada esta dentro del rango etario 85-94 años.

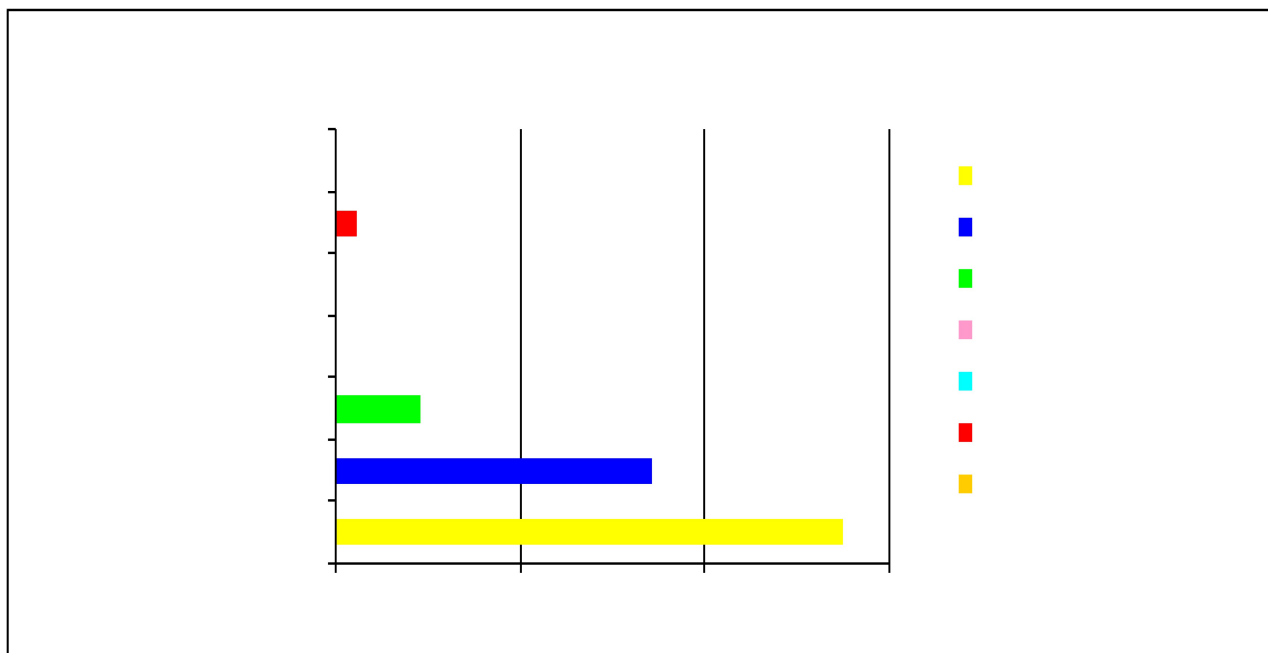
Tabla N° 3: Distribución de la población según la variable Nivel de Instrucción San José de Mayo, Septiembre del 2013

Nivel de Instrucción	FA	FR%
----------------------	----	-----

Primaria incompleta	24	55%
Primaria completa	15	34%
Secundaria incompleta	4	9%
Secundaria completa	0	0%
Terciario incompleto	0	0%
Terciario incompleto	1	2%
UTU	0	0%
Total	44	100%

Fuente: Entrevista

Gráfico N° 3: Distribución de la población según la variable Nivel de Instrucción San José de Mayo, Septiembre del 2013



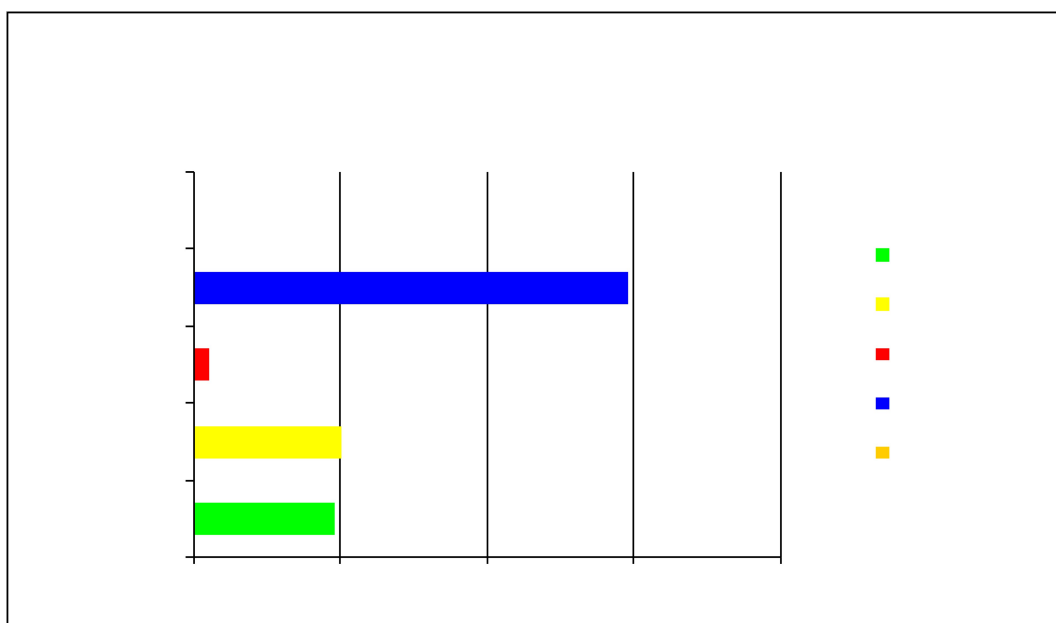
El 55% de la población estudiada presenta Primaria Incompleta.

Tabla N° 4: Distribución de la población según la variable Estado Civil San José de Mayo, Septiembre del 2013

Estado Civil	FA	FR%
Soltero/a	8	19%
Casado/a	9	20%
Divorciado/a	1	2%
Viudo/a	26	59%
Unión Libre	0	0%
Total	44	100%

Fuente: Entrevista.

Gráfico N° 4: Distribución de la población según la variable Estado Civil San José de Mayo, Septiembre del 2013



El 59% de la población estudiada es viudo/a.

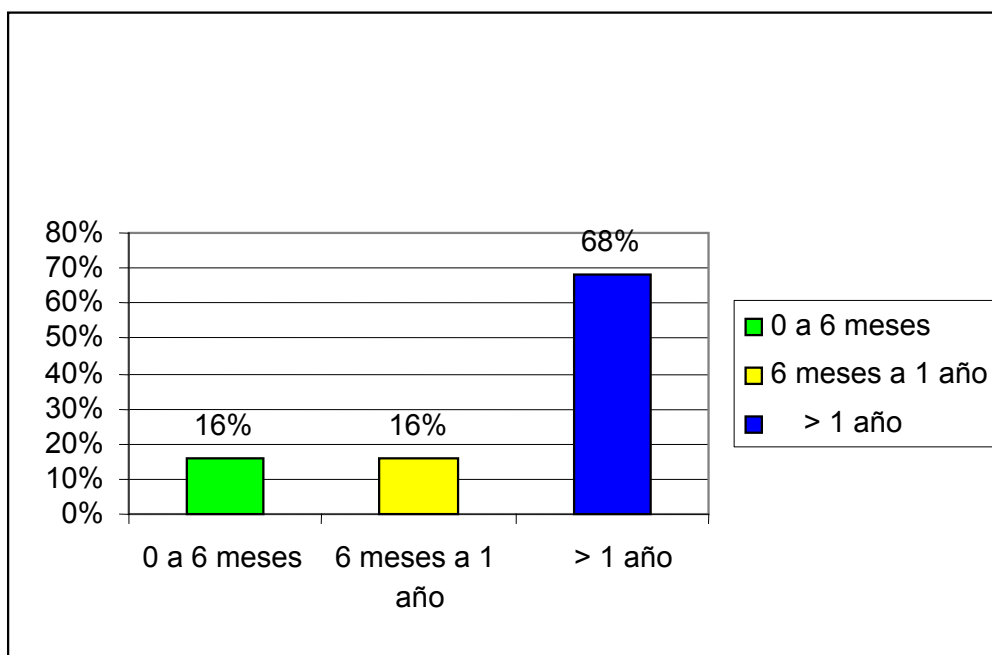
Tabla N° 5: Distribución de la población según la variable Tiempo de Internación en el Hogar de Ancianos San José de Mayo, Septiembre del 2013

Tiempo de Internación	FA	FR%
0 a 6 meses	7	16%

6 meses a 1 año	7	16%
> 1 año	30	68%
Total	44	100%

Fuente: Entrevista.

Gráfico N° 5: Distribución de la población según la variable Tiempo de Internación , San José de Mayo, Septiembre del 2013



El 68% de la población estudiada esta internada en el Hogar hace más de 1 año.

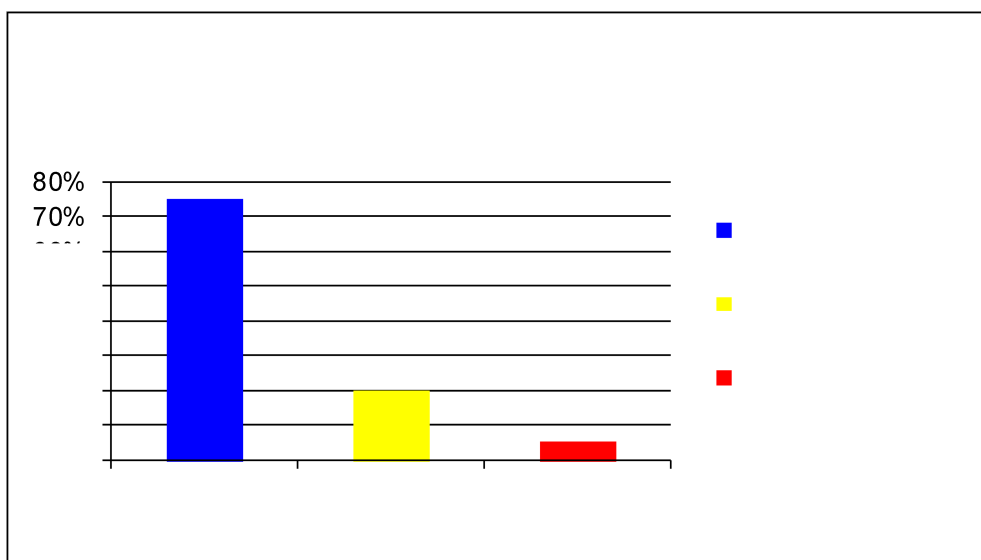
Tabla N° 6: Distribución de la población según la variable Nivel de Dependencia en el Hogar de Ancianos San José de Mayo, Septiembre del 2013

Nivel de Dependencia	FA	FR%
Grado 1 (moderada)	33	75%

Grado 2 (severa)	9	20%
Grado 3 (gran dependencia)	2	5%
Total	44	100%

Fuente: Entrevista.

Gráfico N° 6: Distribución de la población según la variable Nivel de Dependencia , San José de Mayo, Septiembre del 2013



El 75% de la población estudiada tiene grado de dependencia moderada.

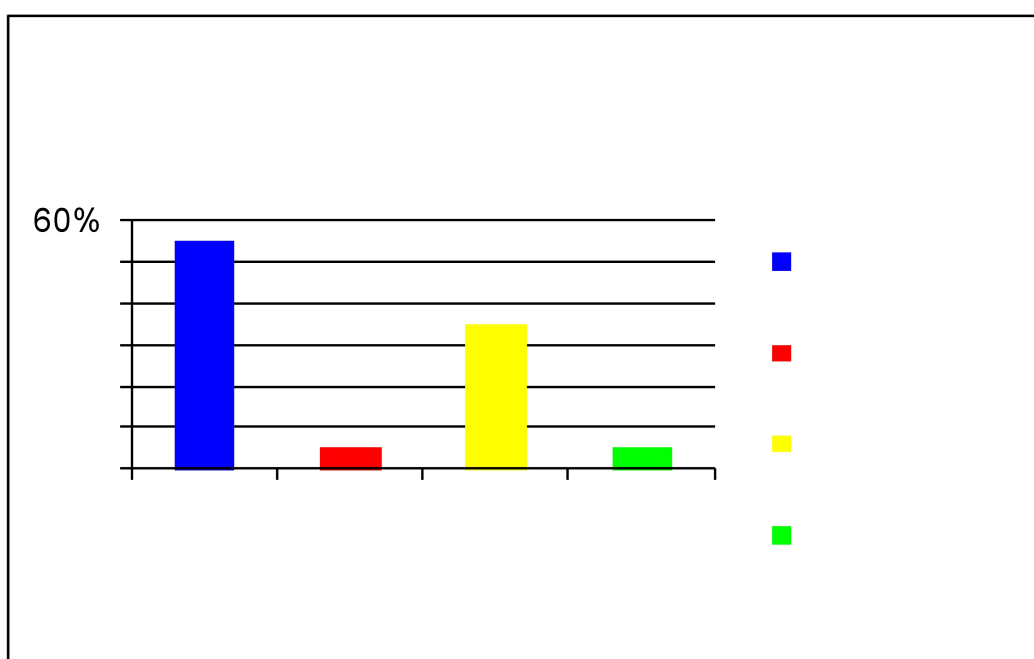
Tabla N° 7: Distribución de la población según la variable Recibe Visitas , San José de Mayo, Septiembre del 2013

Recibe Visitas	FA	FR%
Familiar directo	24	55%
Amigos	2	5%

Familiares e amigos	16	35%
Ninguno	2	5%
Total	44	100%

Fuente: Entrevista.

Gráfico N° 7: Distribución de la población según la variable Recibe Visitas San José de Mayo, Septiembre del 2013



El 55% de la población estudiada recibe visitas de familiares directos.

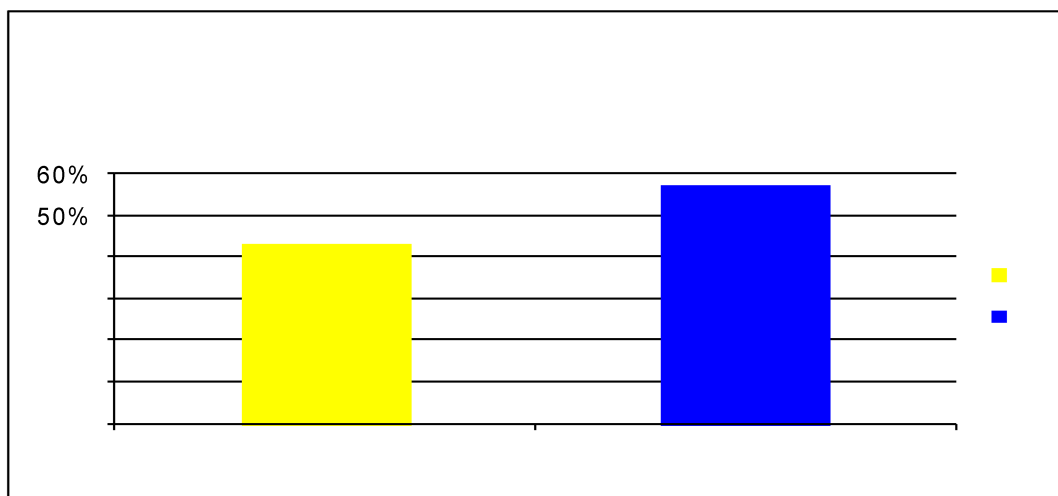
Tabla N° 8: Distribución de la población según la variable Realiza actividades recreativas , San José de Mayo, Septiembre del 2013

Realiza actividad Recreativa	FA	FR%

SI	19	43%
NO	25	57%
Total	44	100%

Fuente: Entrevista.

Gráfico N° 8: Distribución de la población según la variable Realiza actividades recreativas en el Hogar de Ancianos San José de Mayo, Septiembre del 2013



El 57% de la Población estudiada no realiza actividades recreativas.

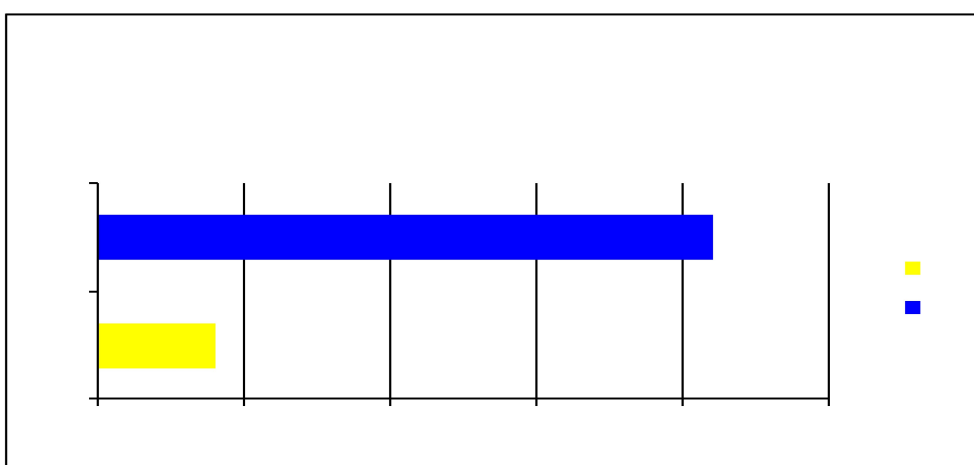
Tabla N° 9: Distribución de la población según la variable Antecedentes personales de Patologías Psiquiátricas, San José de Mayo, Septiembre del 2013

AP Psiquiátricas	Patologías	FA	FR%
SI		7	16%

NO	37	84%
Total	44	100%

Fuente: Entrevista.

Gráfico N° 9: Distribución de la población según la variable Antecedentes personales de Patologías Psiquiátricas, San José de Mayo, Septiembre del 2013



El 16 % de la población estudiada tiene antecedentes personales de Patologías Psiquiátricas.

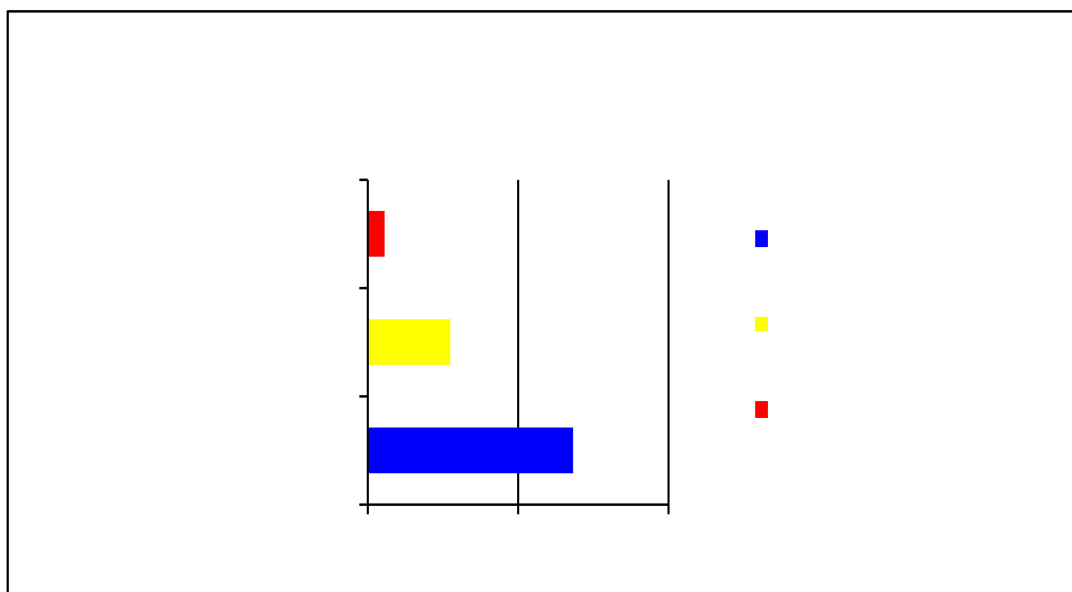
Tabla N° 10: Distribución de la población según puntuación en la Escala de Yesavage , San José de Mayo, Septiembre del 2013

Escala de Yesavage	FA	FR%
--------------------	----	-----

0 a 5 puntos (Normal)	30	68%
6 a 10 puntos (depresión posible)	12	27%
> 10 puntos (depresión probable)	2	5%
Total	44	100%

Fuente: Entrevista.

Gráfico N° 10: Distribución de la población según puntuación en la Escala de Yesavage ,San José de Mayo, Septiembre del 2013



El 27 % de la población estudiada tiene depresión posible y un 5 % tiene depresión probable.

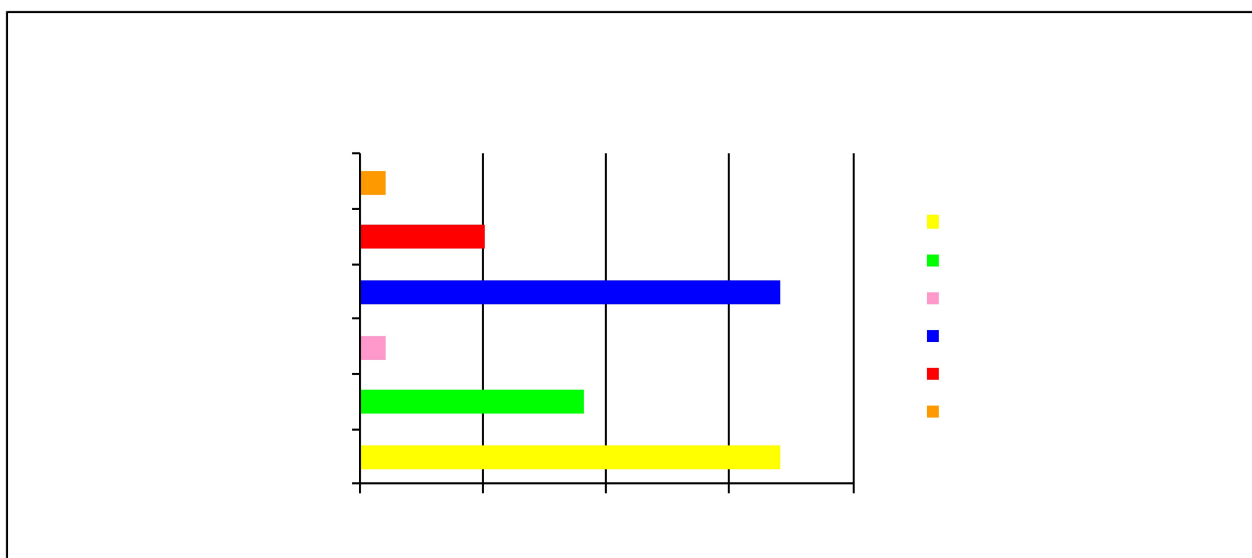
Tabla N° 11: Distribución de la población según variable Sexo con relación a la puntuación en la escala de Yesavage , San José de Mayo, Septiembre del 2013

Sexo - Escala de Yesavage	FA	FR%
Femenino - Normal	15	34%

Femenino - Depresión Posible	8	18%
Femenino - Depresión Probable	1	2%
Masculino - Normal	15	34%
Masculino - Depresión Posible	4	10%
Masculino - Depresión Probable	1	2%
Total	44	100%

Fuente: Entrevista.

Gráfico N° 11: Distribución de la población según variable Sexo con relación a la puntuación en la escala de Yesavage , San José de Mayo, Septiembre del 2013



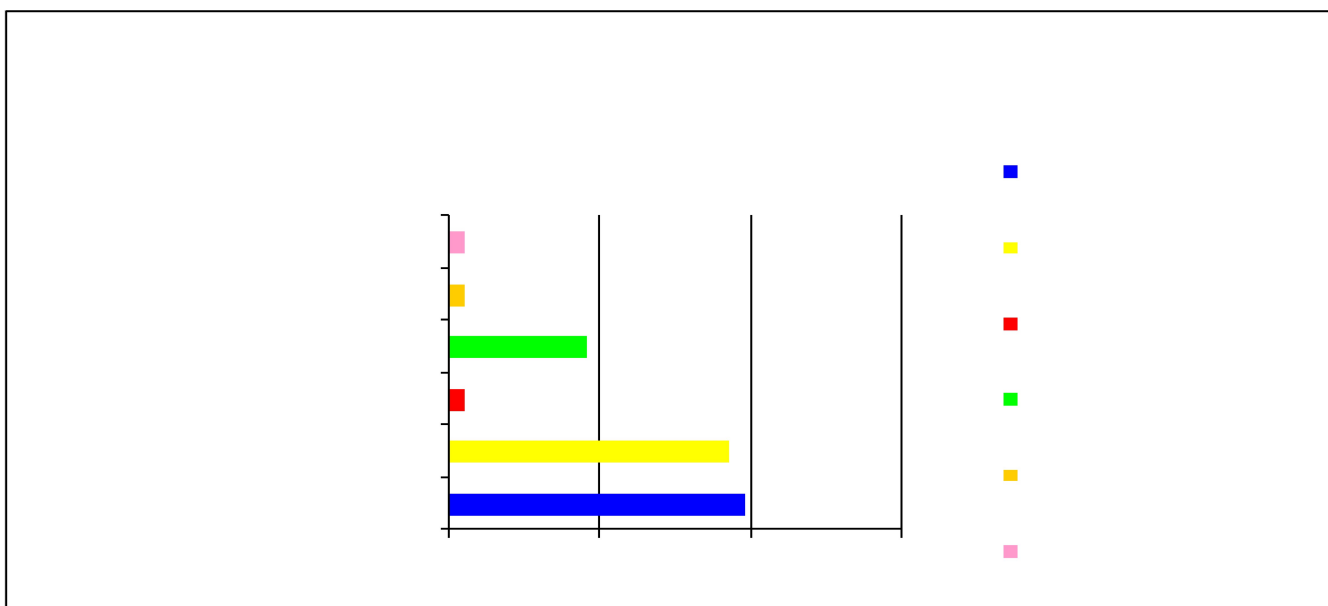
Un 18% de la población estudiada del sexo femenino, tiene depresión posible y un 10 % del sexo masculino, tiene depresión posible.

Tabla N° 12: Distribución de la población según variable Nivel de dependencia con relación a la realización de actividades recreativas, San José de Mayo, Septiembre del 2013

Nivel de Dependencia - Realización actividad recreativa	FA	FR%
Grado 1 - Realiza actividad recreativa	17	39%
Grado 1 - No realiza actividad recreativa	16	37%
Grado 2 - Realiza actividad recreativa	1	2%
Grado 2 - No realiza actividad recreativa	8	18%
Grado 3 - Realiza actividad recreativa	1	2%
Grado 3 - No realiza actividad recreativa	1	2%
Total	44	100%

Fuente: Entrevista.

Gráfico N° 12: Distribución de la población según variable Nivel de dependencia con relación a la realización de actividades recreativas, San José de Mayo, Septiembre del 2013



El 37% de usuarios con nivel de dependencia grado 1 no realizan actividades recreativas

Tabla N° 13: Distribución de la población según variable Recibe visitas con relación a la puntuación en la escala de Yesavage, San José de Mayo, Septiembre del 2013

Recibe Visitas - Escala de Yesavaye	FA	FR%
Familiar directo - Normal	15	34%

Familiar Directo - Depresión Posible	7	%
Familiar Directo - Depresión Probable	2	5%
Amigo - Normal	1	2%
Amigo - Depresión Posible	1	2%
Amigo - Depresión Probable	0	0%
Familiar Directo e Amigo - Normal	14	32%
Familiar Directo e Amigo - Depresión Posible	2	5%
Familiar Directo e Amigo - Depresión Probable	0	0%
Ninguno - Normal	0	0%
Ninguno - Depresión Posible	2	5%
Ninguno - Depresión Probable	0	0%
Total	44	100%

Fuente: Entrevista

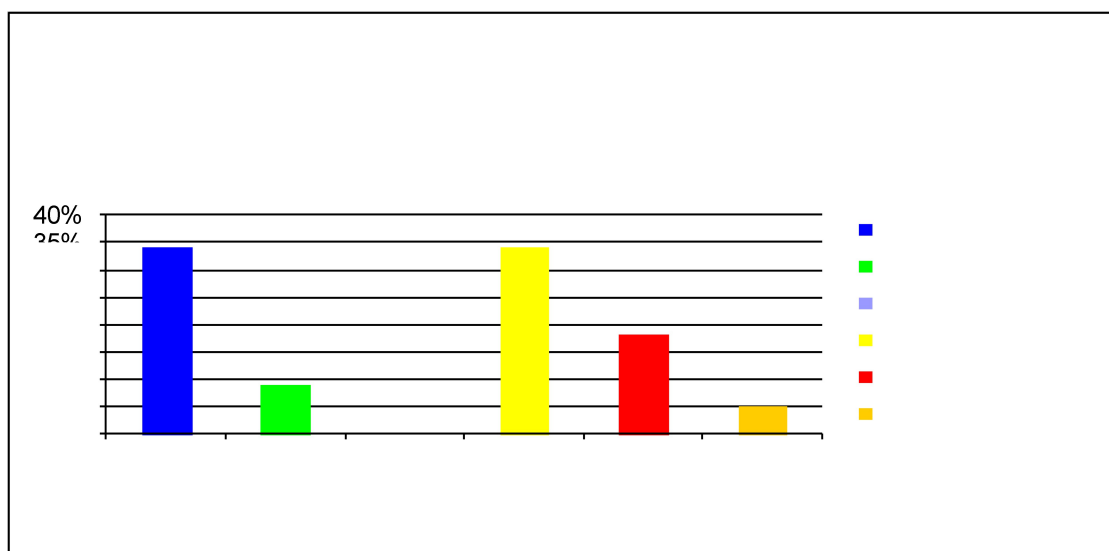
Tabla N° 14: Distribución de la población según variable Realización de actividades recreativas con relación a la puntuación de la escala de Yesavage , San José de Mayo, Septiembre del 2013

Realiza actividades recreativas - Escala de Yesavage	FA	FR%
SI - Normal	15	34%
SI - Depresión Posible	4	9%
SI - Depresión Probable	0	0%

NO - Normal	15	34%
NO - Depresión Posible	8	18%
NO - Depresión Probable	2	5%
Total	44	100%

Fuente: Entrevista .

Gráfico N° 14: Distribución de la población según variable Realización de actividades recreativas con relación a la puntuación en la escala de Yesavage San José de Mayo, Septiembre del 2013



Un 34% de la población entrevistada con puntuación normal en la escala de Yesavage no realiza actividades recreativas observándose el mismo porcentaje de usuarios que si realizan. El 18% con depresión posible no realiza actividades recreativas

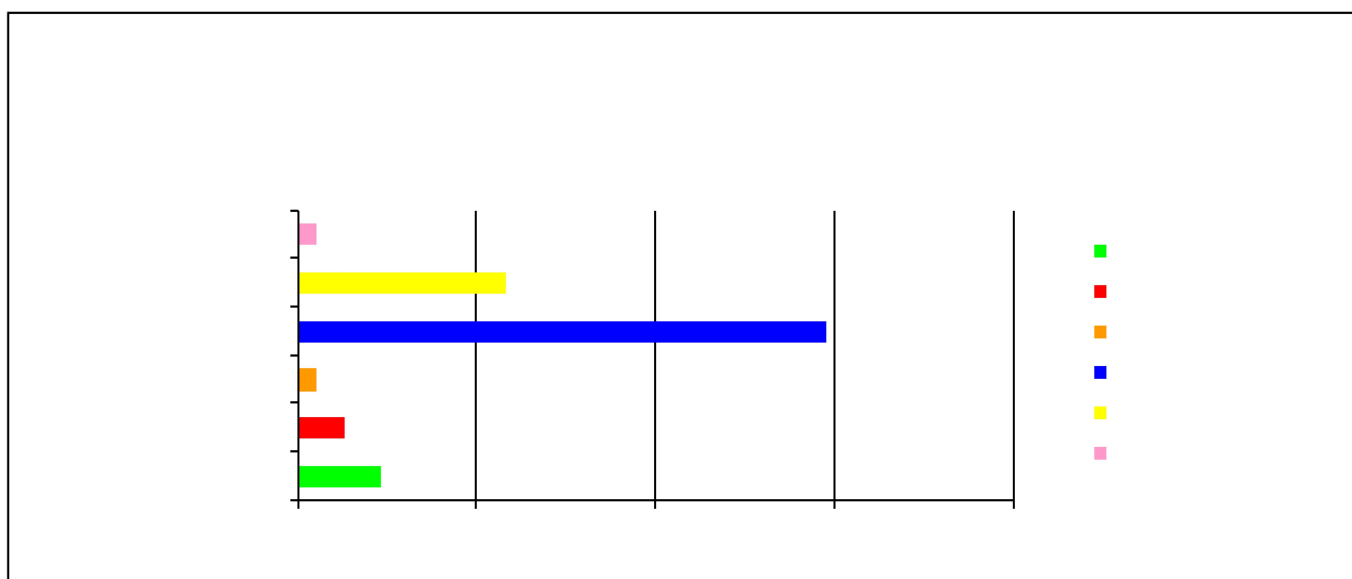
Tabla N° 15: Distribución de la población según variable Antecedentes personales de Patologías Psiquiátricas con relación a puntuación en la escala de Yesavage , San José de Mayo, Septiembre del 2013

Antecedentes Personales Patología Psiquiátrica - Escala de Yesavage	FA	FR%
SI - Normal	4	9%
SI - Depresión Posible	2	5%
SI - Depresión Probable	1	2%

NO - Normal	26	59%
NO - Depresión Posible	10	23%
NO - Depresión Probable	1	2%
Total	44	100%

Fuente: Entrevista.

Gráfico N° 15: Distribución de la población según variable Antecedentes personales de Patologías Psiquiátricas con relación a puntuación en la escala de Yesavage, San José de Mayo, Septiembre del 2013



El 23 % de la población estudiada no tiene antecedentes personales de Patologías Psiquiátricas y tiene una depresión posible según la escala de Yasavage aplicada.

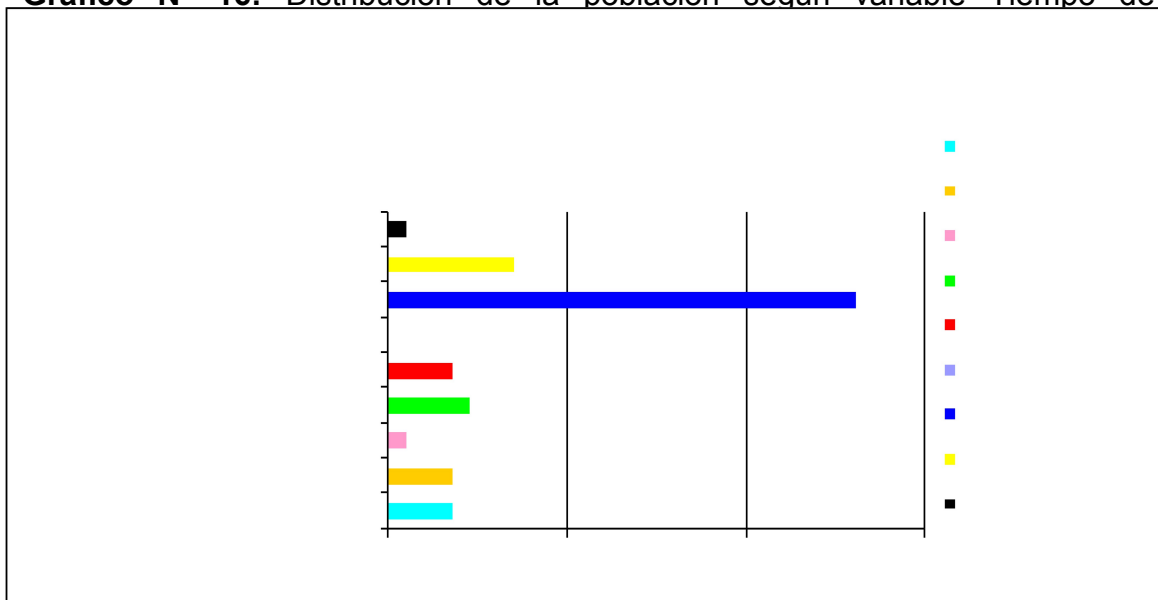
Tabla N° 16: Distribución de la población según variable Tiempo de internación con relación a la puntuación en la escala de Yesavage, San José de Mayo, Septiembre del 2013

Tiempo de Internación - Escala de Yesavage	FA	FR%
0 a 6 meses - Normal	3	7%
0 a 6 meses - Depresión Posible	3	7%
0 a 6 meses - Depresión Probable	1	2%

6 meses a 1 año - Normal	4	9%
6 meses a 1 año - Depresión Posible	3	7%
6 meses a 1 año - Depresión Probable	0	0%
> a 1 año - Normal	23	52%
> a 1 año - Depresión Posible	6	14%
> a 1 año - Depresión Probable	1	2%
Total	44	100%

Fuente: Entrevista.

Gráfico N° 16: Distribución de la población según variable Tiempo de



El 14 % de la población esta hace menos de 6 meses internado y presenta una depresión posible según la escala de Yasavage.

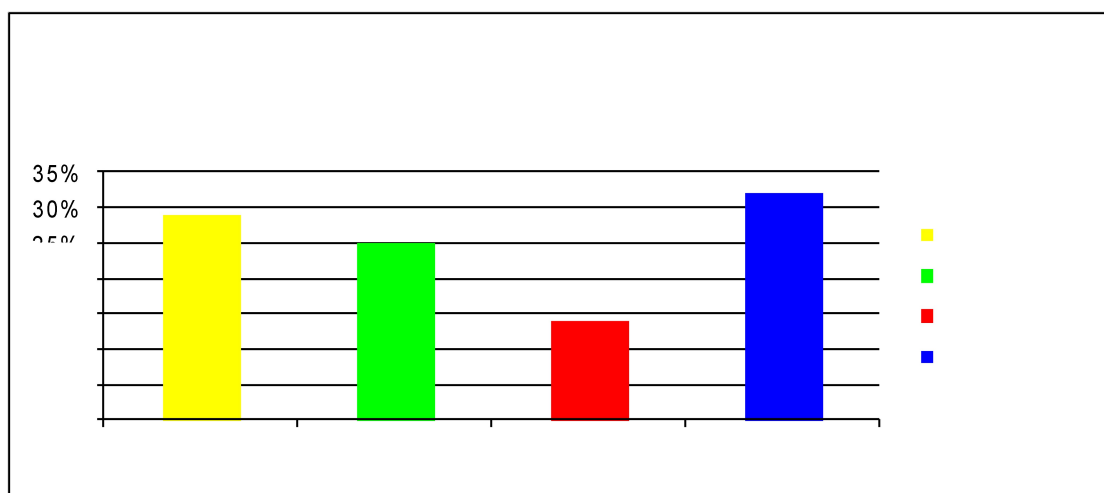
Tabla N° 17: Distribución de la población según variable Sexo con relación a la realización de actividades recreativas, San José de Mayo, Septiembre del 2013

Sexo - Realiza actividad recreativa	FA	FR%
Femenino - SI	13	29%
Femenino - NO	11	25%

Masculino - SI	6	14%
Masculino - NO	14	32%
Total	44	100%

Fuente: Entrevista.

Gráfico N° 17: Distribución de la población según variable Sexo con relación a la realización de actividades recreativas, San José de Mayo, Septiembre del 2013



EL 25% de la población del sexo femenino no realiza actividades mientras que el 32 % del sexo masculino tampoco lo hace.

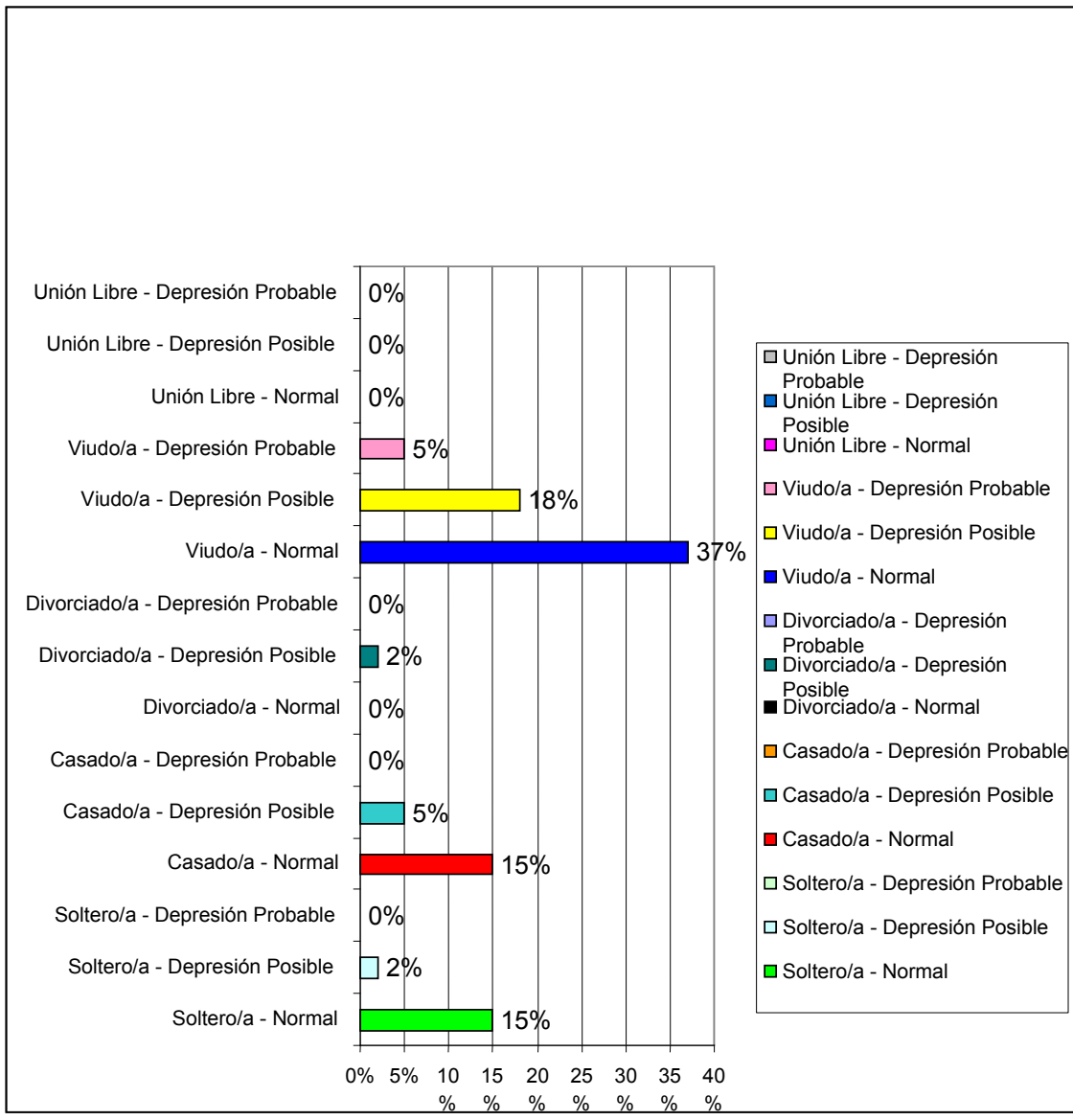
Tabla N° 18: Distribución de la población según variable Estado Civil con relación a la puntuación en la escala de Yesavage, San José de Mayo, Septiembre del 2013

Estado Civil - Escala de Yesavage	FA	FR%
Soltero/a - Normal	7	15%
Soltero/a - Depresión Posible	1	2%
Soltero/a - Depresión Probable	0	0%

Casado/a - Normal	7	15%
Casado/a - Depresión Posible	2	5%
Casado/a - Depresión Probable	0	0%
Divorciado/a - Normal	0	0%
Divorciado/a - Depresión Posible	1	2%
Divorciado/a - Depresión Probable	0	0%
Viudo/a - Normal	16	37%
Viudo/a - Depresión Posible	8	18%
Viudo/a - Depresión Probable	2	5%
Unión Libre - Normal	0	0%
Unión Libre - Depresión Posible	0	0%
Unión Libre - Depresión Probable	0	0%
Total	44	100%

Fuente: Entrevista.

Gráfico N° 18: Distribución de la población según variable Estado Civil con relación a la puntuación en la escala de Yesavage , San José de Mayo, Septiembre del 2013



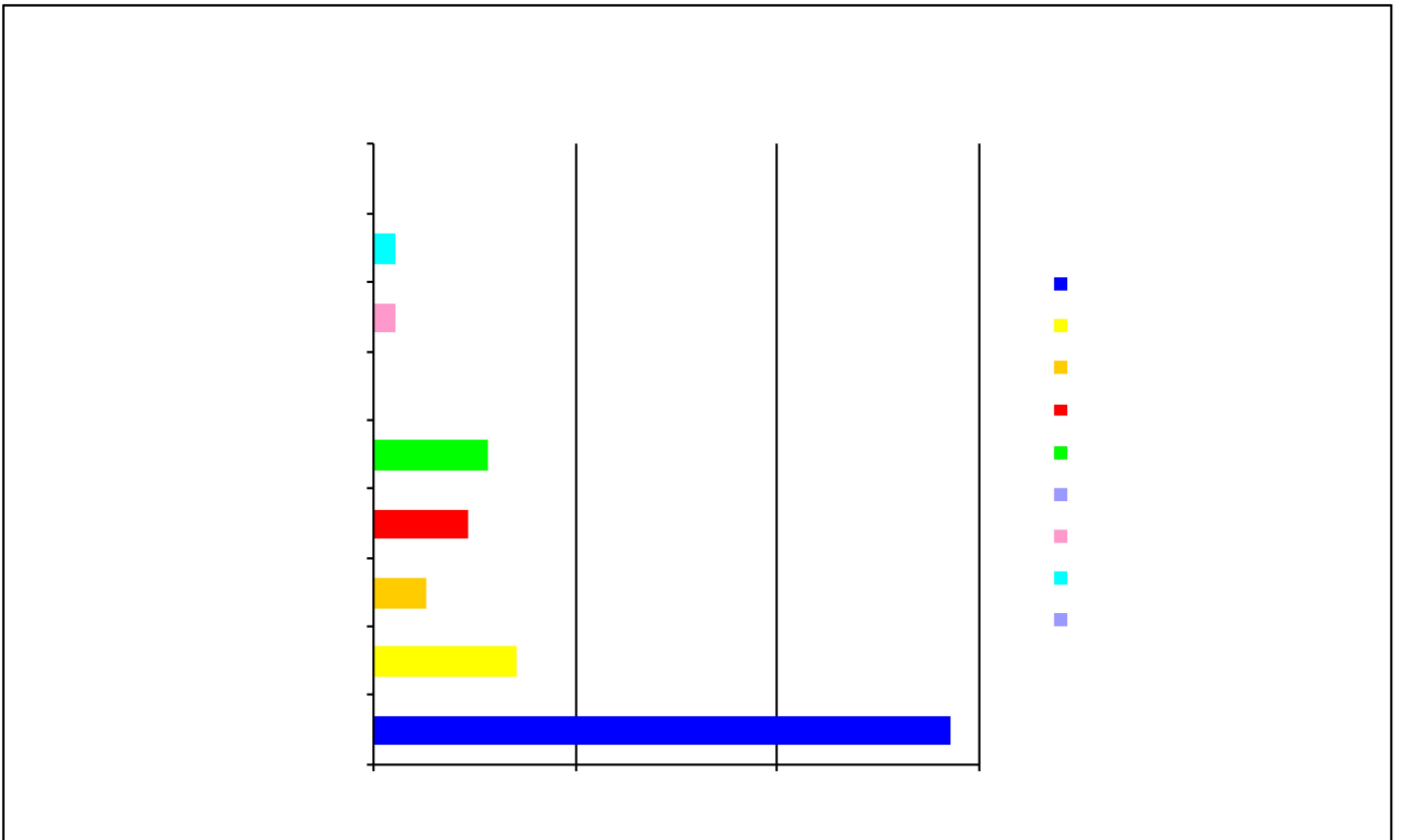
Un 37% de la población entrevistada son viudos/as con puntuación normal en la escala de Yesavage

Tabla N° 19: Distribución de la población según variable Nivel de dependencia con relación a la puntuación en la escala de Yesavage, San José de Mayo, Septiembre del 2013

Nivel de Dependencia - Escala de Yesavage	FA	FR%
Grado 1 - Normal	25	57%
Grado 1 - Depresión Posible	6	14%
Grado 1 - Depresión Probable	2	5%
Grado 2 - Normal	4	9%
Grado 2 - Depresión Posible	5	11%
Grado 2 - Depresión Probable	0	0%
Grado 3 - Normal	1	2%
Grado 3 - Depresión Posible	1	2%
Grado 3 - Depresión Probable	0	0%
Total	44	100%

Fuente: Entrevista.

Gráfico N° 19: Distribución de la población según variable Nivel de dependencia con relación a la puntuación en la escala de Yesavage, San José de Mayo, Septiembre del 2013



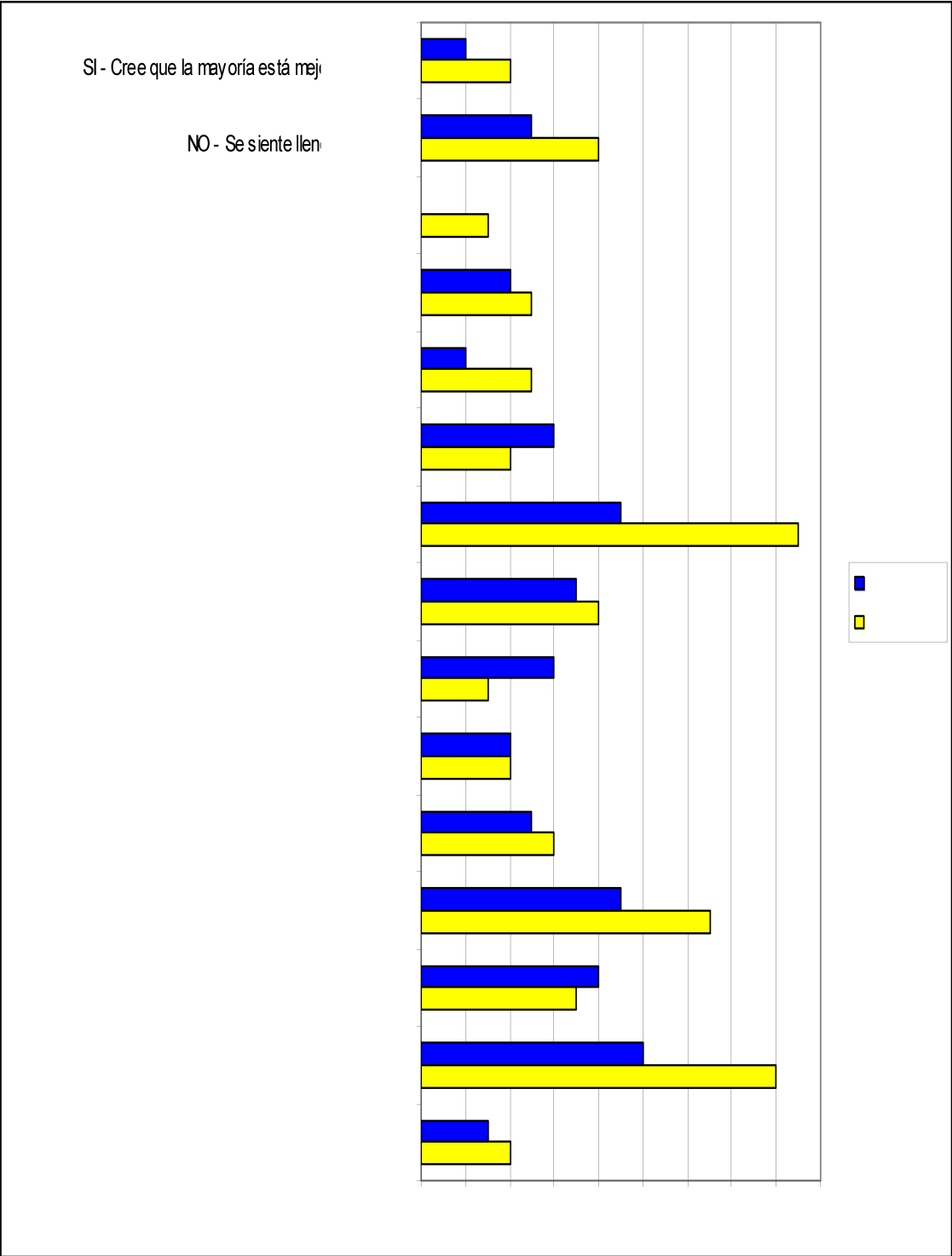
El 57% de la población entrevistada tiene un nivel de dependencia grado 1 y una puntuación normal en la escala de Yesavage

Tabla N° 20: Distribución de la población según situaciones negativas elegidas en la escala de Yesavage , San José de Mayo, Septiembre del 2013

Situaciones negativas elegidas según la escala de Yasavage	Femenino	Masculino	TOTAL
NO - Está básicamente satisfecho con su vida	4	3	7
SI - Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses	16	10	26
SI - Siente que su vida está vacía	7	8	15
SI - Se siente a menudo aburrido?	13	9	22
NO - Está de buen talante la mayor parte del tiempo?	6	5	11
SI - Tiene miedo de que le suceda algo malo?	4	4	8
NO - Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	3	6	9
SI - Se siente a menudo sin esperanza?	8	7	15
SI - Prefiere quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas	17	9	26
SI - Piensa que tiene más problema de memoria que la mayoría	4	6	10
NO - Cree que es maravilloso estar vivo	5	2	7
SI - Piensa que no vale la pena nada tal como esta ahora	5	4	9
SI - Piensa que su situación es desesperada	3	0	3
NO - Se siente lleno de energía	8	5	13
SI - Cree que la mayoría está mejor que usted	4	2	6
TOTAL	107	80	187

Fuente: Entrevista.

Gráfico N° 20: Distribución de la población según situaciones negativas elegidas en la escala de Yesavage, San José de Mayo, Septiembre del 2013



De la población entrevistada se destaca que 17 usuarios de sexo femenino prefieren quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas y 10 usuarios del sexo masculino ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses

ANALISIS

Teniendo un universo de 68 usuarios el total de los entrevistados en el Hogar de Ancianos fue de 44 usuarios.

Observamos que la población de estudio es mayoritariamente del sexo Femenino que corresponde al 55%. Relacionando dicha variable con la puntuación en la escala de Yesavage encontramos una igualdad de porcentaje 34% de usuarios de sexo femenino y masculino que obtiene una puntuación Normal, haciendo la diferencia el sexo femenino con 18% de depresión posible sobre un 10% del sexo masculino, encontrándose 2% de depresión probable en ambos sexos.

En lo que respecta a la variable edad, del grupo de 65 a 74 años corresponden a un 11% y un 7% de 95° mas año (que fueron 3 usuarios) quedando el resto de los usuarios entre 75 y 94 años 82%.

Podemos relacionar dicha variable con la variable de Estado Civil, ya que un 43% de la población está en un rango de entre 75 y 94 años, predomina la Viudez con el 59%. Si bien hay un gran porcentaje de viudez, también podemos valorar un número no menor de usuarios que se encuentran aún casados, 20% y 19% solteros. Al igual que hicimos anteriormente también relacionamos la puntuación en la escala de Yesavage con dicha variable dado la importancia de la pérdida o la compañía de un ser querido, de la cual obtuvimos que el 37% de la población de viudos/as se encuentran dentro de valores normales, en lo que respecta a la escala, habiendo un 18% de viudos/as con depresión posible y solo un 5% de estos con depresión probable. Solteros/as dentro de valores normales de la escala 15%, al igual que los casados/as, solteros con depresión posible 2%, divorciados depresión posible 2% y casado con depresión posible 5%.

Haciendo referencia a la variable nivel de instrucción hubo un predominio de usuarios con primaria incompleta, más de la mitad de la población 55%, y 34%

primaria completa, encontrándose un 9% secundaria incompleta y 2% que corresponde a 1 solo usuario con terciario completo.

En cuanto al tiempo de internación vemos que un 68% corresponde a más de 1 año, destacamos también que al relacionar esta variable con la puntuación de la escala valoramos que predomina los usuarios con más de 1 año de internación con una puntuación normal de la escala de Yesavage 52%, un 14% de estos usuarios depresión posible y solo 2% depresión probable.

Los usuarios que se encuentran internados de 0 a 6 meses y de 6 meses a 1 año ambos presentan el mismo porcentaje 16%. Dichos usuarios presentan solo 2% depresión probable, de 0 a 6 meses en valores normales de escala 7% y de 6 meses a 1 año 9%, ambos con mismo porcentaje de depresión posible 7%..

Un 75% la población tiene un nivel de dependencia, 20% Grado 2, y 5% dependencia Grado 3. Si bien por los datos obtenidos podemos observar que no tienen mayores restricciones en cuanto a los grados de dependencia, predominan los usuarios que prefieren no realizar las actividades recreativas que les ofrece el Hogar con 57%, quedando un 43% restante que si las realizan. Relacionando ambas variables vemos que predomina los usuarios con nivel de dependencia Grado 1 que si realizan actividades 39%, pero un porcentaje no menor de 37% son usuarios con mismo grado de dependencia que no realizan actividades recreativas. No observamos lo mismo en los usuarios con un nivel de dependencia Grado 2, en los cuales predomina con 18% los que no realizan actividades recreativas, habiendo solo un 2% que si realiza. Destacamos aunque si bien es un porcentaje menor, que de 2 usuarios con nivel de dependencia Grado 3, 1 realiza y otro no realiza, ambos con un porcentaje de 2%.

En cuanto a la realización de actividades recreativas y la variable sexo, investigamos y podemos analizar que los usuarios de sexo masculino prefieren no realizar actividades 32%, sobre un 14% que si realiza. Sucede lo opuesto por parte del sexo femenino 29% si realiza actividades sobre un 25% que no realiza.

También se relacionó la realización de actividades con la puntuación en la escala de Yesavage, observándose que dentro de los valores normales de la escala se ve la misma cantidad de usuarios que realiza y no realiza actividades ambos con 34%. No obstante se puede ver un 18% de depresión posible y 5% de depresión probable en usuarios que no realizan actividades sobre un 9% de depresión posible en usuarios que si realizan. Se destaca que no se encontraron usuarios que realizan actividades con depresión probable.

Nos pareció importante investigar también sobre los niveles de dependencia y la puntuación en la escala de Yesavage, de lo cual podemos analizar que el porcentaje mayor, 57%, pertenece a los usuarios Grado 1 con valores normales de dicha escala, 14% depresión posible y 5% depresión probable en dichos usuarios. En usuarios con Nivel de dependencia Grado 2 hay predominio de depresión posible 11% sobre valores normales de escala que es de 9%. Nivel de dependencia Grado 3, 2% valores normales de escala y 2% depresión posible.

Destacamos que en cuanto a la recepción de visitas el 95% de los usuarios entrevistados reciben vistas, ya sea de un familiar directo de amigos o ambos, familiar directo 55%, familiar e amigos 35% y amigos 5%. Solo un 5% no recibe visitas de nadie. Nos pareció importante también como se hizo con variables anteriores relacionar dicha variable con la puntuación en la escala de Yesavage, lo que nos llevó a conocer que un 68% de los usuarios que recibe visita, se encuentra dentro de valores normales de dicha escala, ya sea por recibir visita de familiares, amigos o de ambos, quedando un 15% de usuarios con depresión posible y 5% depresión probable recibiendo vista de familiares, 2% depresión posible recibiendo vistas solo de amigos, 5% depresión posible de los que reciben visitas de ambos y 5% depresión posible los usuarios que no reciben visitas (cabe destacar que fueron los únicos 2 usuarios entrevistados que no reciben visitas).

En lo que respecta a la variable de usuarios que refieren tener o haber tenido antecedentes personales de patología psiquiátrica se presenta un 84% de usuarios que no padecen ni padecieron enfermedades de este tipo, está fuertemente relacionado con la escala aplicada en el instrumento (Escala de depresión geriátrica de Yesavage) la cual nos muestra que el 68% de dichos usuarios llegan una puntuación normal, quedando 27% depresión posible y 5% depresión probable. En cuanto a la relación entre ambas, el 59% de usuarios que no refieren antecedentes se observó que tienen valores normales dentro de la escala, destacándose un 23% que no refirió dichas enfermedades con depresión posible y 2% depresión probable. En cuanto a los que si refirieron antecedentes, el 9% obtuvieron valores normales en la escala, sobre 5% de depresión posible y 2% depresión probable.

En cuanto a los síntomas de depresión mas frecuentes en la población de estudio evidenciados en la escala de Yesavage observamos que hay una paridad en cuanto al sexo destacándose: "SI - Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses" seleccionada por 26 usuarios, "SI - Prefiere quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas" 26 usuarios y " SI - Se siente a menudo aburrido" con 22 usuarios .

CONCLUSIONES

Luego de finalizada la investigación se puede concluir que se ha podido cumplir con los objetivos planteados al comienzo de esta, logrando una buena inserción en el área donde se llevó a cabo dicho trabajo, pudiendo así obtener un acercamiento a la realidad del tema tratado en esta investigación.

Lo que se realizó fue entrevistas a los usuarios adultos mayores institucionalizados en el Hogar de Ancianos de San José, basándonos en los criterios de inclusión y exclusión, y utilizando la escala de depresión geriátrica Yesavage, buscando que signos y síntomas de la depresión más frecuentes se podían detectar en dichos usuarios para que se pueda trabajar en un problema que, afecta a gran parte de la población adulta mayor en general, incluyendo la de Uruguay, que como se refirió anteriormente el adulto mayor es la población mayoritaria de este país.

Los resultados arrojados fueron los esperados, ya que bibliografía anteriormente mencionada sobre antecedentes de investigaciones con respecto a este tema, muestran que de los adultos mayores institucionalizados del 15% al 30% presentan trastornos depresivos, en este caso los resultados muestran que de 44 adultos mayores entrevistados 14 presentaban trastornos depresivos que corresponde a un 31,8% de la población de estudio.

Es de suma importancia destacar lo positivo del área de estudio, ya que allí se cumple con las normas del MSP por el cual está habilitado, se cuenta con personal las 24hs del día que atiende las necesidades de los usuarios, y también, muy importante haciendo referencia al tema principal de dicha investigación, se realizan diversas actividades recreativas de las cuales los usuarios participan a gusto y la gran mayoría recibe visitas de familiares y amigos.

La motivación para la realización de esta investigación se ha mencionado reiteradamente durante la elaboración de la misma, se captó una realidad mencionada por diferentes investigaciones, y lo que se quiere lograr con la misma es contribuir a la lucha contra una patología que es reversible captada en tiempo y forma, que se hace muy frecuente en usuarios institucionalizados, y que se asocia a la comorbilidad y mortalidad por causas medicas aumentando la utilización de los sistemas de salud y por ende los costos de estos.

SUGERENCIAS

- Realizar estudios a fondo que profundicen acerca de la temática planteada para una detección precoz de los signos y síntomas más frecuentes de la patología investigada y que factores llevan a estos con el fin de lograr una disminución de los mismos.
- Se resalta el trabajo que se está llevando a cabo por el equipo de funcionarios en el Hogar de Ancianos San José de Mayo proponemos la formación de un equipo multidisciplinario con personal capacitado que trabaje en conjunto con los mismos, para tratar las problemáticas que llevan a los usuarios institucionalizados a desarrollar dichos síntomas de esta patología estudiada con el fin de prevenirlos.
- Fomentar un espacio planificado semanal o mensual, en el cual los Adultos Mayores puedan plantear sus inquietudes y así contribuir a que el trabajo sea recíproco entre funcionarios y usuarios.

BIBLIOGRAFIA

Autores Institucionales

- Universidad de la Republica –Facultad de Enfermería Centro de Posgrado. Montevideo. Julio 2011
- Nacional de la Salud Mental. Departamento de Salud y Servicios Humanos de las Naciones Unidas Instituto. Manual de Depresión. Montevideo
- Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Programa Nacional del adulto mayor. División Salud de la Población. Montevideo.
- Universidad de la Republica. Facultad de Enfermería. Cátedra de Salud mental. Curso de Salud Mental. Plan 93.
- Instituto Nacional de la Salud Mental. Departamento de salud y servicios humanos de los estados unidos. Publicado Enero año 2009

Libro

- Hernandez R, Fernandez C . Metodología de la Investigación. 5a ed. México. Mc Graw Hill; 2010

Capítulo de libro

- J. J. López-Ibor Aliño , Co-Director Valdés M, Miyar M. Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR).

Artículo de revista

- Lucero y G. Casali, Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) y el Estudio Sobre el Adulto Mayor en Argentina, Chile y Uruguay. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Diciembre de 2006; Volumen 70 N° 2

Artículo de revista en Internet

- Quintanar Olguin. “Envejecimiento común y exitoso”. En la Revista Electrónica de Gerontología y Geriatria. Volumen 5 (Número1). [Internet] . Año 2003 [citado 7 junio 2012, 14:30hs]. Disponible en: <http://www.geriatrianet.com/>
- Carmen Casanova, Silvana Delgado, Soraya Estévez. El médico de familia y la depresión del adulto mayor. Revista Biomédica de Medicina Familiar y Comunitaria. [Internet].Año 2009[citado 7 junio 2012,15:00hs] Disponible: <http://www.um.edu.uy/docs/revistabiomedicina>.

Página web (sede web)

- Parlamento [Internet]. Montevideo: Leyes Nacionales; 2012 Noviembre. [Consulta 27 noviembre 2012; 7 junio 2013]. Disponible en www.parlamento.gub.uy
- Panza, R. Abuso y Maltrato. Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriatria Portal Digital. Diario el país 6.06.2009

Página web de una sede web

- SUGG: Sociedad Uruguaya de Geriatria y Gerontología [Internet]. Montevideo: SUGG; c2002 [citado 3 abr 2013]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.sugg.org.uy>
- INE: Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Montevideo: Censos.INE; 2011 Junio. [Consulta 7 junio del 2013]. Disponible en www.ine.com.uy
- MSP: Ministerio de Salud Publica [Internet]. Montevideo: Envejecimiento en Uruguay; 2011 Junio - 2012 Noviembre; (Consulta 7 Junio 2011, 27 noviembre 2012) [Consulta 7 de junio del 2013]. Disponible en: www.msp.gub.uy
- “MSP: Ministerio de Salud Pública, [OMS: Organización](#) Mundial de la Salud. [Internet]. Montevideo. “Protocolos para el manejo en el Primer Nivel de Atención de los Principales Síndromes Geriátricos”; (2007 año) [Consulta 7 de junio del 2013]
- Disponible: www.msp.gub.uy/andocasociado.asp

Anexo 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Fechas	Marzo	Junio	Setiembre	Febrero	Abril	Junio	Setiembre	octubre
	Abril	Julio	Octubre	Marzo	Mayo	Julio		
	Mayo	Agosto	Noviembre	2013	2013	Agosto		
	2012	2012	2012			2013		
Actividades								
Reunión grupal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tutoría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Definición del problema de investigación, objetivo, pregunta de investigación, justificación.	<input type="checkbox"/>							
Revisión literaria, extracción y recopilación de información de interés, construcción del marco teórico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Elección del tipo de investigación y sus alcances.		<input type="checkbox"/>						
Definición conceptual y operativa de las variables de medición.		<input type="checkbox"/>						
Selección de la muestra. Determinación de universo.			<input type="checkbox"/>					
Elaboración del protocolo de investigación.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Entrega del protocolo								
Trabajo de campo y recolección de datos.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabulación y graficas estadísticas.								
Análisis de datos y								<input type="checkbox"/>

conclusión								
Defensa del trabajo final								

Anexo 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Iniciales _____

Sexo _____

Edad _____

Nivel de Instrucción _____

Estado civil _____

Tiempo de internación:

0 a 6 meses. _____

6 meses a 1 año. _____

> 1 año. _____

Nivel de Dependencia:

Grado I (Dependencia moderada) _____

Grado II (Dependencia severa) _____

Grado III (Gran dependencia) _____

Recibe Visitas: Familiar directo ___ Amigo ___ Ninguno ___

Realiza Actividad Recreativa: SI _____ NO _____

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

Debe considerarse la situación en la última semana si la respuesta coincide con mayúsculas en negritas anotar un punto.

1. ¿Esta básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2. ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	SI	NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4. ¿Se siente a menudo aburrido?	SI	NO
5. ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6. ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	SI	NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8. ¿Se siente a menudo sin esperanza?	SI	NO
9. ¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir a hacer cosas nuevas?	SI	NO
10. ¿Piensa que tiene más problema de memoria que la mayoría?	SI	NO
11. ¿Cree que es maravilloso estar vivo?	SI	NO
12. ¿Piensa que no vale la pena nada tal como está ahora?	SI	NO
13. ¿Piensa que su situación es desesperada?	SI	NO
14. ¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
15. ¿Cree que la mayoría está mejor que usted?	SI	NO

Puntuación Orientadora:

0 a 5 puntos: Normal posible
6 a 10 puntos: Depresión
Más de 10 puntos: Depresión probable

Anexo 3

Entrevista a referente del Hogar de Ancianos San José de Mayo.

FECHA

26/9/2013

Nombre y función: GABRIELA RUIZ - ADMINISTRATIVA

¿Antigüedad en el cargo?: 2 años

¿Qué misión tiene el hogar? Es una asociación civil sin fines de lucro, hogar para adultos mayores, habilitado por el MSP.

¿Cuál es el requisito de ingreso? Ser mayor de 65 años, autovalido , y se retiene un porcentaje de la jubilación.

¿Cuál es el número de residentes? Hoy en día son 68 de forma permanente, son 39 mujeres y 29 hombres.

¿Con cuantas habitaciones cuenta el hogar? El hogar cuenta con 23 habitaciones algunas con 4 camas y hay habitaciones matrimoniales.

¿Con cuántos baños cuenta el hogar ? En total hay 13 baños.

¿Cuál es el régimen de visitas? El régimen de visita es libre siempre respetando las horas de sueño es decir cuando duermen la siesta y en la noche.

¿Con cuántos trabajadores cuenta el hogar? Bueno hay 28 auxiliares de servicio, 2 peones, 1 prof de canto, 1 medico (Director), 1 directora (Enfermera), 1 administrativa, 1 asistente social, 1 Fisioterapeuta.

¿Reciben ayuda o apoyo? Si contamos con una comisión de fomento que realiza beneficios y esta siempre a disposición.

¿Qué actividades recreativas se realizan? En el hogar contamos con coro, manualidades, una quinta , un taller ,también es abierto a cualquier religión , se realizan misas los sábados.

¿Cuentan con cobertura médica en casos de urgencia? Si contamos con el servicio de emergencia móvil U.C.O.R

Anexo 4

Montevideo, 16 de Septiembre de 2013

A: Presidente de la institución Sr. Raúl Martínez:

Comisión de Directiva: "Hogar de Ancianos San José de Mayo."

Por medio de la presente un grupo de 6 estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, de Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Cátedra de Enfermería en Salud Mental, solicitamos a Uds.

autorización para realizar el Trabajo Final de Investigación de la Carrera, titulado: "Prevalencia de la Depresión en el Adulto Mayor aplicando la escala de Yesavage". El mismo será de carácter anónimo y voluntario; se ejecutará durante el mes de Setiembre de 2013. Contamos con la autorización de nuestros tutores: la Prof. Esp. Margarita Garay y el Ay. Lic. Sebastián Castrillon.

Agradeciendo desde ya le informamos que el grupo está integrado por los siguientes estudiantes:

Br. Amaro, Luis C.I: 4.440.992-5 Br. Aguiar, Faviana C.I: 4.490.966-8

Br. Calero, Santiago C.I:4.471.534-8 Br. Desidero, Carolina C.I: 4.232.475

Br. Galeano, Lilian C.I: 3.811.098-8 Br. Portillo, Francisco C.I:4.842.248-8

Tutores Ay. Lic. Sebastian Castrillon Prof. Esp. Margarita Garay

