



UNIVERSIDAD PRIVADA TELESUP

FACULTAD DE SALUD Y NUTRICION

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA

TESIS

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR FRÁGIL

ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD LA QUERENCIA-

2018

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

AUTORES:

Bach. BALCAZAR SAENZ, Sofia del Rosario

Bach. PALACIOS MENDOZA, Melissa

LIMA-PERU

2018

ASESOR DE TESIS

Dr. GÓMEZ GONZALES WALTER

JURADO EXAMINADOR

.....
Dr. Pedro Pablo Álvarez Falconi

Presidente

.....
Dr. Yreneo Eugenio Cruz Telada

Secretario

.....
Dr. Ítalo Jesús Aponte Rodríguez

Vocal

DEDICATORIA

Con mucho amor a mis padres Alberto y Rosa, agradezco todo su esfuerzo, a mi hermano Alberto y cuñada Margarita por su apoyo. A mis dos amores Mariella y Valentino

SOFIA

Lo dedico con todo amor a mis padres Walter y Rosario. A mis hermanas Sussan y Yessenia, por todo el apoyo brindado y a mi hijo Gadiel mi fortaleza.

MELISSA

AGRADECIMIENTO

A Dios y a la virgen por darnos vida y salud para poder seguir avanzando y superarnos a nivel profesional.

A nuestras familias por apoyarnos.

Al jefe del Centro de Salud La Querencia Lic. Artemio Andrade por su apoyo y comprensión para llevar a cabo la investigación y a todas aquellas personas que de alguna y otra manera nos brindaron sus conocimientos.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo BALCÁZAR SÁENZ, Sofía del Rosario, identificada con D.N.I.43728074 y PALACIOS MENDOZA, Melissa, identificado con D.N.I. 44001752, aceptamos cumplir con las disposiciones vigentes estimadas en el reglamento de grados y títulos de la Universidad Privada TELESUP, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Psicología, asimismo declaramos que la presente investigación es original, autentica y personal.

Del mismo modo declaramos también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumimos la responsabilidad que corresponde a la presente tesis.

Lima 30 de agosto del 2018

RESUMEN

Objetivo: Establecer el nivel de ansiedad y depresión en el adulto mayor frágil atendido en el Centro de Salud La Querencia-2018

Materiales y Métodos: Se hizo un estudio de encuadre cuantitativo, de tipo descriptivo, la población fue conformada por adultos mayores frágiles atendidos en el Centro de Salud La Querencia, la muestra estimada fue de 64. Se utilizó toda muestra. Se aplicó el Test de Hamilton para medir los niveles de Ansiedad y el Test de Zung para medir depresión. Para la digitalización y procesamiento de la información, se empleó el SPSS versión 25. En el presente trabajo se respetaron los principios éticos de privacidad y los participantes diligenciaron un consentimiento informado.

Resultados: Los participantes del estudio tenían edades entre los 80 y 97, el 55,4% eran de sexo femenino y 31,1% de sexo masculino. Los niveles de ansiedad fueron el 60,9% ansiedad mayor, 35,9% ansiedad menor y el 3,1% sin ansiedad. Los niveles de depresión el 43,8% depresión moderada, el 40,6% depresión leve, el 12,5% sin depresión y el 3,1% depresión severa.

Conclusiones: La población de adultos mayores frágiles atendidos en el Centro de Salud La Querencia, presentan un alto nivel de ansiedad y depresión Respecto a los niveles de la ansiedad y sus dimensiones, con el más alto nivel se encontró en la dimensión somática, mientras en la depresión el mayor porcentaje se encuentra en la dimensión fisiológica; siendo los del sexo masculino los más afectados, de religión católica, procedentes de la región sierra del Perú, provincia de Ancash y se halló adultos mayores frágiles en estado de abandono y analfabetos.

Palabras clave: “Ansiedad”, “Depresión”, “Adultos Mayores”, “Adulto Frágil”.

ABSTRACT

Objective: To establish the level of anxiety and depression in the frail elderly treated in the La Querencia Health Center-2018

Materials and Methods: A study was carried out with a quantitative approach, of a descriptive type, the population consisted of frail elderly treated at the La Querencia Health Center, the estimated sample was 64. All samples were used. The Hamilton Test was applied to measure the Anxiety levels and the Zung test to measure depression. For the digitalization and processing of the information, the SPSS version 25 was used. In the study, the ethical principles of privacy were respected and the participants completed an informed consent.

Results: The study participants had ages between 80 and 97, 55.4% were female and 31.1% were male. The anxiety levels were 60.9% greater anxiety, 35.9% minor anxiety and 3.1% without anxiety. The levels of depression were 43.8% moderate depression, 40.6% mild depression, 12.5% without depression and 3.1% severe depression.

Conclusions: The population of frail older adults treated at the La Querencia Health Center, have a high level of anxiety and depression. Regarding the levels of anxiety and its dimensions, with the highest level was found in the somatic dimension, while Depression the greatest percentage is in the physiological dimension; being the males most affected, of catholic religion, coming from the sierra region of Peru, province of Ancash and found frail older adults in a state of abandonment and illiterate.

Keywords: "Anxiety", "Depression", "Older Adults", "Fragile Adult".

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula.....	i
Asesor de tesis.....	ii
Jurado examinador.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Declaratoria de autenticidad.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
Índice de contenidos.....	ix
Índice de tablas.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	13
I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	15
1.1. Planteamiento del problema.....	15
1.2. Formulación del problema.....	18
1.2.1. Problema General.....	18
1.2.2. Problemas Específicos.....	18
1.3. Justificación.....	19
1.4. Objetivo de la investigación.....	21
1.4.1. Objetivo General.....	21
1.4.2. Objetivos Específicos.....	21
II. MARCO TEÓRICO.....	22

2.1. Antecedentes de la investigación.....	22
2.1.1 Antecedentes Nacionales.....	22
2.1.2. Antecedentes Internacionales.....	24
2.2. Bases Teóricas de las variables.....	28
2.3. Definición de términos básicos.....	50
III. MÉTODOS Y MATERIALES.....	52
3.1. Hipótesis de la investigación.....	52
3.2. Variables de estudio.....	52
3.3. Operacionalización de las variables.....	53
3.4. Diseño de la investigación.....	54
3.5. Población y muestra de estudio.....	55
3.5.1. Población.....	55
3.5.2. Muestra.....	56
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	56
3.6.1. Técnicas de recolección de datos.....	56
3.6.2. Instrumentos de recolección de datos.....	56
3.7. Métodos de análisis de datos.....	60
3.8. Aspectos éticos.....	60
IV. RESULTADOS.....	61
4.1 Resultados.....	61
V. DISCUSIÓN.....	69
5.1 Análisis de discusión de resultados.....	69
VI. CONCLUSIONES.....	72

6.1 Conclusiones.....	72
VII. RECOMENDACIONES.....	73
7.1 Recomendaciones.....	73
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	74
ANEXOS.....	77
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	78
Anexo 2: Matriz de operacionalización.....	80
Anexo 3: Consentimiento del C.S La Querencia.....	81
Anexo 4: Consentimiento Informado.....	82
Anexo 5: Ficha de Recolección de Datos.....	83
Anexo 6: Instrumento Test de Hamilton.....	84
Anexo 7: Instrumento Test de Zung.....	86
Anexo 8: Matriz de datos.....	88
Anexo 9: Fotos.....	93

ÍNDICE TABLAS

Tabla 01: Distribución de los Adultos Mayores Frágiles según sexo.....	61
Tabla 02: Distribución de los Adultos Mayores Frágiles según estado civil.....	62
Tabla 03: Distribución de los Adultos Mayores Frágiles según edades.....	62
Tabla 04: Distribución de los Adultos Mayores Frágiles según religión.....	63
Tabla 05: Distribución de los Adultos Mayores Frágiles según procedencia...	63
Tabla 06: Distribución de los Adultos Mayores Frágiles según instrucción.....	64
Tabla 07: Distribución de los Adultos Mayores Frágiles según estado de abandono.....	64
Tabla 08: Niveles de ansiedad en el adulto mayor frágil.....	65
Tabla 09: Niveles de ansiedad en la dimensión psíquica de los adultos mayores frágiles.....	65
Tabla 10: Niveles de ansiedad en las dimensiones somática de los adultos mayores frágiles atendidos en el Centro de salud la Querencia -2018.....	66
Tabla 11: Niveles de depresión en el adulto mayor frágil.....	66
Tabla 12: Niveles de depresión en la dimensión afectiva de los adultos mayores frágiles atendidos en el Centro de salud la Querencia -2018.....	67
Tabla 13: Niveles de depresión en la dimensión, equivalente fisiológico de los adultos mayores frágiles.....	67
Tabla 14: Niveles de depresión en la dimensión, equivalente psicológico de los adultos mayores frágiles.....	68

INTRODUCCIÓN

Desde el punto de vista biológico el envejecimiento es la consecuencia de la aglomeración de una gran variedad de años moleculares y celulares, eso conlleva a una caída gradual de capacidades mentales y físicas, por tanto, resulta un alto riesgo de enfermedades, debemos destacar la gran importancia que tienen los adultos mayores en nuestra sociedad. Vemos los cambios que se relacionan con diversas alteraciones de la vida como la pérdida de familiares, amigos, disminución de ingresos económicos, o también puede ser la época del temor: por su seguridad personal, la inseguridad financiera y la dependencia.

Según Ibrahim Boubakar Keita “En mi cultura se dice que un viejo que muere es una biblioteca que arde” (1999).

Hemos encontrado que en el Perú el 38,2% de las familias viven por lo menos con un adulto mayor que oscila entre los 60 años a más; esto nos conlleva a estar más preparados para atenderlos en sus desgastes progresivos propios de su edad.

Para dar una definición exacta para el adulto mayor frágil, podríamos decir que es la persona que tiene disminuido las reservas fisiológicas y un riesgo de declinar lo que conllevaría a una situación de alta vulnerabilidad; esto limita no solo al anciano sino también a su familia y a su entorno, el hecho de ser frágil hace creíble la dependencia de miembros de la familia y hace reestructurar a toda la familia para ayudar al adulto mayor frágil.

El presente trabajo se realizó para poder determinar los niveles de ansiedad y depresión en los adultos mayores frágiles en el Centro de Salud La Querencia.

En nuestra provincia de Huaral, la atención al adulto mayor para su especialidad, en la cual trata problemas de salud como problemas infecciosos, algunas enfermedades crónicas, pero no ponen mucho énfasis a su salud mental.

Este trabajo consta de Capítulo I: El planteamiento del problema, en el que se describe la realidad problemática, la formulación del problema, la justificación y los objetivos; Capítulo II: Marco teórico, en el cual se expone los antecedentes de la investigación, las bases teóricas y la definición de términos básicos; Capítulo III: Marco Metodológico, hipótesis y variables de investigación, donde se encuentra la formulación de la hipótesis alterna y la hipótesis nula, así como las variables, tipo y nivel de investigación, diseño de la investigación, población y muestra de estudio,

las técnica e instrumentos de recolección de datos, métodos de análisis de datos y los aspectos éticos; Capítulo IV: Los resultados; Capítulo V: Análisis de discusión de resultados; Capítulo VI: las conclusiones, y para terminar las recomendaciones respectivas, junto con las referencias bibliográficas y los anexos.

I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

Se sabe que el envejecimiento es un fenómeno irreversible normal por los grandes cambios que empiezan a generarse, es un fenómeno universal para todas las especies, se asocia con la aparición de problemas físicos, los cuales dificultan la movilidad, también la muerte de su conyugue, familiares, hace evidenciar los cambios de ánimos.

Es la primera vez en la historia del mundo que la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o mayor a 60 años, la proyección para el 2025 será del 12.6% esto puede considerarse como un éxito en las políticas de salud pública, pero también establece un reto para la sociedad, para adaptarse a mejorar su salud al máximo, entre el 2000 y 2050 las personas de 80 años a mas aumentara, casi 4 veces más que alcanzara los 395 millones; esto conlleva que más niños conocerán a sus abuelos e incluso algunos lograran conocer a sus bisabuelos y muy en particular a sus abuelas, en efecto las mujeres viven en promedio entre 6 a 8 años más que los hombres; con los avances de la medicina está ayudando a las personas a tener una vida más larga.

En estos momentos hay más personas de los países más pobres, que están viviendo vidas más largas y tenemos que asegurar que estos años de vida adicionales sean saludables y dignos. Esto no solo será bueno para los adultos mayores sino para la sociedad (OMS, 2015)

La doctora Margaret Chang, directora general de la OMS, en el “Informe Mundial del Envejecimiento y Salud”, menciona las consecuencias para la salud y los sistemas de salud, señala que los desafíos para indicar en el presente siglo deben ser ejecutados con prontitud; en el informe dice que los adultos mayores se debe mantener la capacidad funcional, que el envejecimiento saludable es la ausencia de la enfermedad (OMS, 2015).

El segmento de población que crece más rápidamente es el grupo de edad de 85 años y más años, que es también el que presenta la morbilidad más elevada y la tasa más alta de comorbilidad psiquiátricas y médicas. Su número se ha

multiplicado por 40, desde 100.000 en 1900 hasta más de 4 millones en 2005, y se prevé que alcanzará los 19,4 millones hacia el 2050 (Pág. 1348 Kaplan Y Sadock) En las Américas una de las regiones más envejecidas del mundo, en el 2006 existían 50 millones de adultos mayores, para el 2025 se cuadruplicará, y se repetirá para el 2050; Actualmente más del 80% de personas que nazcan hoy vivirán 60 años, el 42% pasaran los 80, para el 2025 habrá 15 millones de adultos mayores con 80 años.

Actualmente en América el país con mayor número de personas adultas mayores es Canadá; pero según la proyección de datos de población de las Naciones Unidas dicen que en menos de una década tanto Cuba, Barbados y Martinica van a superar a Canadá; la valoración social que recibe los adultos mayores varía según su medio geográfico o en la condición de la sociedad donde viven.

La depresión en el adulto mayor es una enfermedad que merece toda la atención por parte de su entorno. Los cambios que se presentan a esta edad, pueden conllevar a un cuadro depresivo que puede afectar tanto la salud física como la salud mental del adulto mayor. El 15% de los ancianos en el mundo sufren algún trastorno mental y en mucho de los casos es depresión o demencia, comunicó la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Según el Inri en el Perú los adultos mayores representan el 9,7% pues se sabe que son casi 3 millones 11 mil 50 personas y que el 53% de personas mayores son mujeres, mientras que el 46.6% son varones, como en el Perú y el mundo se vive un momento de feminización del envejecimiento, esto significa que las mujeres viven más años que los hombres; en un índice sería que hay 114 mujeres por cada 100 hombres, y en los adultos mayores de 80 años a más aumentará un 141 de la población. En tanto el (Enaho) en el 2014 realizó una encuesta nacional de hogares en el cual informa que el 39.1% de los hogares en el Perú está integrado por algún adulto mayor de 60 años de edad a más, y así mismo que un 33.4% de hogares Peruanos son conducidos por un adulto mayor (Comercio, 2015)

El Perú ocupa el puesto 44 de 96 naciones que figuran en el índice global de envejecimiento en el 2015, esto fue elaborado por Help-Age; esta clasificación se hizo por tres años consecutivos, en el cual se trata de demostrar el nivel social,

personal y económico de las personas adultas mayores, para demostrar cuales son los mejores y peores países para envejecer.

En el desagregado el Perú está el puesto 68 en ingresos, en salud estamos en el puesto 32, en el 30 en competencias, y en puesto 79 en entornos favorables (Comercio, 2015)

A nivel nacional en el Perú, el incremento de la población de adultos mayores se evidencia por los datos que nos proporciona el Instituto Nacional de Estadística (INEI), en el Perú se está envejeciendo muy lentamente, es un proceso que está presente en todo el país; con cambios semi patológicos como la depresión y el estado de ansiedad. Los adultos mayores que rodean los 65 – 70 años de edad, se incrementara en los próximos 10 años.

En el 2010 era poco menos del 1.5 millones de adultos mayores, representan el 7.54%, en un margen de 3.98% en mujeres y un 3.56% en varones; en los departamentos de Lima, Callao, Cajamarca, Junín, Arequipa, Puno y Trujillo donde se concentran la mayor cantidad de adultos mayores; para el 2050 se pasará el 6.5 millones; y 5 millones adicionales, la cual la mayoría será mujeres.

Un artículo de la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública del Instituto Nacional de Salud (INS), del Ministerio de Salud (Minsa), alerta que la fragilidad se está convirtiendo en una epidemia silenciosa que afecta a los adultos mayores a nivel mundial.

Según DIRESA LIMA NORTE III, en el año 2017 tenía una población de atendidos de 53,291; de los cuales 20,982 son hombres y 32,309 son mujeres; de los cuales 460 tuvo episodio de depresión y 91 tuvo episodio de ansiedad.

En el centro de salud hay un 80 % de los adultos mayores que acuden al establecimiento por sus controles con diversas patologías ya diagnosticadas como la diabetes, osteoartritis, hipertensión arterial, dislipidemia; y el 20 % restante acude por algunos dolores o molestias. Según los datos estadísticos hay un porcentaje del 3 % que sufre de depresión y ansiedad.

La población es altamente vulnerable, debido a los cambios asociados al proceso de envejecimiento y esto conlleva en muchos casos a extrañar a sus familias, vecinos, el habitad donde crecieron; la mayoría de adultos mayores son migrantes de la zona de la sierra.

El desgaste físico de un adulto mayor acarrea a desarrollar depresión y ansiedad cada quien en su dimensión y contexto. En el acontecimiento de los ancianos con función independiente, es menos el grado de depresión que pueden hacer y manejar sus actividades y tiempos; mientras que los adultos mayores con función dependientes, hay más probabilidades de depresión por el mismo hecho de no poder realizar las tareas laborales y no poder efectuar las exigencias requeridas.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema General

¿Cuál es el nivel de ansiedad y depresión en el adulto mayor frágil atendidos del Centro de Salud “La Querencia” 2018?

1.2.2 Problemas Específicos

¿Cuál es la prevalencia de ansiedad según su sexo de los adultos mayores frágiles atendidos en el Centro de Salud La Querencia 2018?

¿Cuál es la prevalencia de depresión según su sexo de los adultos mayores frágiles atendidos en el Centro de Salud La Querencia 2018?

¿Cuál es el nivel de ansiedad según en la dimensión somática y psíquica de los adultos mayores frágiles atendidos en el Centro de Salud La Querencia 2018?

¿Cuál es el nivel de depresión según en las dimensiones afectivo persistente, equivalentes fisiológicos y equivalentes psicológicos de los adultos mayores frágiles atendidos en el Centro de Salud La Querencia 2018?

1.2. Justificación y aportes

Justificación teórica, el tema de la salud mental en el adulto mayor, ha gran adquirido importancia, la presente investigación la hemos realizado debido a la necesidad de que hoy en día las personas dejan de lado al adulto mayor ya que piensan que ellos no deben tener cuidados porque ya vivieron, ya disfrutaron y solo les queda esperar la muerte conllevando este tipo de abandono a la ansiedad y depresión en el Adulto Mayor, la cual es consecuencia de la mayoría de complicaciones de las enfermedades que tienen propias de su misma edad.

La frecuencia de las enfermedades mentales en el adulto ha ido en aumento, sin embargo, se han subestimado debido a la falta de atención a este grupo de edad vulnerable, ya que se suele adjudicar su sintomatología a cambios propios de la edad, no solo por parte del personal de salud, sino por la sociedad en general; lo anterior deriva de la alta comorbilidad con otras enfermedades, la disminución de las funciones intelectuales y la aparición de sucesos vitales adversos.

Los trastornos mentales en las personas de la tercera edad, en especial la depresión, acarrea consigo costos sociales y de salud, ya que se dice que el anciano con depresión presenta dos a tres veces más probabilidades de muerte; acude mayor número de veces a los servicios de atención de primer nivel, y en aquellos que se encuentran hospitalizados, con frecuencia complica y prolonga la estancia hospitalaria, aumentando así el costo de la atención. Aunado a esto la transición demográfica nos obliga a redirigir el camino en atención primaria hacia el anciano, esto con la finalidad de reducir la atención médica innecesaria y aumentar la que sea oportuna y eficaz. La depresión es una enfermedad que sin una intervención oportuna, es decir, sin un diagnóstico y tratamiento adecuado, tiende a la cronicidad, aumentándose así la incapacidad y la alta dependencia funcional.

En ese sentido la depresión en el adulto mayor, es considerada como la problemática más frecuente en esta etapa de vida, básicamente se refleja a través de sentimiento de tristeza, abandono y soledad, características esenciales que presenta un adulto con depresión debido a los cambios que se presentan y por la

falta de cuidado que se le da a esta enfermedad en esta etapa de la vida (Domínguez, 2012).

Justificación social, diferentes factores psicosociales de riesgo también predisponen a los ancianos a sufrir trastornos mentales entre ellos se incluye la pérdida del rol social, la pérdida de autonomía, el fallecimiento de amigos y familiares, el debilitamiento de la salud, el aumento del aislamiento, las limitaciones económicas y la minoración de las funciones intelectuales. (Pág. 1352 Kaplan y Sadock)

Uno de los puntos más importantes en el estudio de fragilidad ha sido únicamente su vínculo intenso, firme e incesante con factores sociodemográficos negativos. Los adultos mayores en riesgo se agrupaban dentro de grupos sociales de muy avanzada edad, poca economía, bajo nivel educativo, soledad y ausencia de cuidadores. (Rev. Infogeriatría 2011).

Justificación metodológica, la presente investigación es para medir los niveles de ansiedad y depresión en el adulto mayor frágil, utilizando los instrumentos validados el test de Zung para la depresión que mide de forma cuantitativa, fue publicada en 1965 por el Dr. W. Zung, consta de 20 ítems. Para realizar la medición de ansiedad utilizaremos el test de ansiedad de Hamilton, que fue diseñada en 1959, inicialmente constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1969 dividió el ítem "síntomas somáticos generales" en dos ("somáticos musculares" y "somáticos sensoriales") quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad.

Con la investigación permitirá describir las particularidades por las que atraviesa el adulto mayor en referencia a la presencia del estado depresivo con la ansiedad, es por ello que se considera de gran importancia la participación de los equipos de salud para contribuir con el bienestar del adulto mayor y realizar mayores atenciones médicas, terapéuticas y atenciones psicológicas con el fin de

fortalecer su desarrollo personal y disminuir la depresión y ansiedad en esta etapa difícil de aceptar, este trabajo ayudará a que las familias que tengan a algún adulto mayor en casa podrán motivar, apoyar y mejorar la calidad de vida en ellos disminuyendo la ansiedad y depresión.

1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivo General

Determinar el nivel de ansiedad y depresión en el adulto mayor frágil atendido en el Centro de Salud “La Querencia” 2018

1.4.2 Objetivos Específicos

Determinar la prevalencia de ansiedad según sexo de los adultos mayores frágiles atendidos en el Centro de Salud La Querencia 2018.

Determinar la prevalencia de depresión según sexo de los adultos mayores frágiles atendidos en el Centro de Salud La Querencia 2018

Determinar los niveles de ansiedad según las dimensiones somáticas y psíquicas en el adulto mayor frágil atendido en el Centro de Salud La Querencia 2018.

Determinar los niveles de depresión según las dimensiones afectivo persistente, equivalentes fisiológicos y equivalentes psicológicos de los adultos mayores frágiles atendidos en el Centro de Salud La Querencia 2018.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1. Antecedentes Nacionales

Casas Rojas A. (2017). Egresado de la Universidad Inca Garcilaso De La Vega, en Ventanilla – Perú, realizó un estudio de “Los niveles de depresión en pacientes adultos mayores que asisten al C.S Ventanilla-Alta”. **El objetivo** del estudio fue determinar los niveles de depresión en el adulto mayor que asisten al centro de salud Ventanilla Alta. **La metodología** de estudio fue aplicada, de enfoque cuantitativo nivel descriptivo, con diseño no experimental del tipo de corte transversal de tipo intencional. Participaron 41 pacientes adultos mayores, que asisten al servicio de psicología en el mes de abril, la cual utilizó la escala geriátrica de Yesavage de 30 ítems. **Resultados** en cuanto a las dimensiones conductual afectiva y cognitiva, los que obtuvieron los niveles altos fue conductual y afectiva con 42% y 74%; en tanto la dimensión cognitiva un 30% respectivamente. Este estudio dio un total que el total de la muestra el 41% no tiene depresión, mientras que el 49% tiene nivel moderado y finalmente el 10% tiene nivel severo de depresión. **En conclusión**, en el centro de salud hay un alto porcentaje de nivel moderado de depresión, en cuanto a la dimensión se obtuvo un alto nivel en conductual y afectiva respectivamente Este estudio lo realizó para optar el título profesional de licenciado en Psicología.

Licas M (2016). Egresado de la Universidad Nacional Mayor De San Marcos, en S.J.M. hicieron un estudio “Nivel de Depresión del adulto mayor en un Centro de atención integral S.J.M- V.M.T 2014”. **El objetivo** de estudio fue establecer el nivel de depresión de los ancianos que acuden al centro de atención integral del adulto mayor. **La investigación** es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra fue por 73 adultos mayores, siendo la técnica de muestreo el aleatorio simple. La técnica empleada fue la entrevista y como instrumento se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica - El Test de Yesavage para

adultos mayores. **El resultado** de la muestra fue 23% dentro de lo normal, 58% depresión leve y 19% depresión severa. **En conclusión** da que los adultos mayores que acuden al centro de atención "TaytaWasi" presentan un nivel de depresión leve. Este estudio lo realizó para optar el título profesional de licenciado en Enfermería

Donayre R (2015), Egresado de la Universidad Nacional D La Amazonia, en Punchana – Iquitos – Perú, se presentó la investigación de "Prevalencia de depresión en los adultos mayores del asilo de ancianos "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos, 2015. **El objetivo:** Establecer la prevalencia de depresión en los adultos mayores del Asilo de ancianos "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos, 2015 **Metodología:** Este trabajo es de tipo cuantitativo de diseño descriptivo transversal prospectivo y correlacional, se evaluó a 44 adultos mayores de ambos sexos sin impedimento mental, que se encuentran en el Asilo de ancianos "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos, se les aplico el test de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. **Resultados**, se evaluaron 44 adultos mayores del Asilo de ancianos "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos, el 34.1% presentan entre 65 a 69 años de edad; el 81.8% son del sexo masculino, el 43.2% proceden de la zona urbana y el 63.6% tienen un nivel de instrucción primaria. El 77.3% de los adultos mayores tienen un abandono familiar. El 40.9% tienen un grado de depresión; el 34.1% tienen depresión leve y el 6.8% depresión moderada; no se encontró casos de depresión severa.

En Conclusión: La prevalencia de depresión en los adultos mayores del Asilo de ancianos "San Francisco de Asís" es leve a moderada y está asociada a la presencia de co-morbilidad y con los que tienen mayor abandono familiar. Este estudio lo realizó para optar el título profesional de Médico Cirujano.

Odar G. (2014).). Egresado de la Universidad San Martin De Porres, en Reque – Chiclayo – Perú, realizó el estudio de "Prevalencia de trastornos depresivos en adultos mayores que conforman el Centro integral del adulto mayor de Reque. Chiclayo- Perú", del Centro Integral del adulto mayor del distrito Reque. **El objetivo**, fue estimar el trastorno depresivo de los adultos mayores que forman parte del centro, así como la relación respecto a edad, sexo, frecuencia según

gravedad. **La metodología** del estudio es descriptivo, transversal, prospectivo se aplicó el test de YESEVAGE, previa autorización mediante un consentimiento informado. Participaron unos 90 adultos mayores, de un empadronamiento de 199 persona mayores de dicho centro, en el 2012, estaban distribuidos en 12 sectores. **El resultado**, mostro que el 28.9% padecen de dicho trastorno (14.4 % hombres y mujeres), a la prevalencia dicho trastorno está presente (65-88 años), el 3.3%. **En conclusión**, se identificó que los adultos mayores de dicho centro integral están con la prevalencia de depresión. . Este estudio lo realizó para optar el título profesional de Médico Cirujano.

Huaypuna A. Y Navarro E. (2016). Egresado De La Universidad Ciencia De La Salud, en Uchumayo – Arequipa – Perú, realizó el estudio de “Relación entre depresión y ansiedad en los adultos mayores del club de paz y amor Congata de Uchumayo Arequipa, 2016”. **El objetivo** fue establecer la relación entre ansiedad y depresión; establecer el nivel tanto de ansiedad como depresión. La población fue en su mayoría mujeres entre 60 – 69 años, se trabajó con 105 adultos mayores. **La metodología** de estudio fue de diseño no experimental de tipo correlacional – simple, nivel descriptivo – explicativo para ambas variables. Se aplicó una encuesta, el Test de Yesavage para medir la depresión, y Hamilton para la ansiedad. **Los resultados** de la investigación indica que hay un tercio de los adultos mayores tienen un nivel de depresión moderada y severa, seguido de un grupo menor de depresión. **En conclusión**, fue ver que ambas variables se relacionen significativamente, se ven elevados, en depresión con frecuencia es moderado, en ansiedad es moderado destacando el humor depresivo, disminución de afecto, ausencia de orientación y pérdida de autoestima. . Este estudio lo realizó para optar el título profesional de licenciado en Enfermería

2.1.2. Antecedentes Internacionales

Algarañaz M. (2017), Egresado De La Universidad Mayor San Andrés, en La Paz-Bolivia, realizó un artículo de investigación titulada “Prevalencia del estado depresivo y los procesos de adaptación social en los adultos mayores del hogar de

San Ramón". **El objetivo** fue describir las particularidades por las que atraviesa el adulto mayor en referencia a la presencia del estado depresivo, analizando también los factores insidiosos que hacen al proceso de adaptación en aquellas personas internas o que habitan el Hogar San Ramón. **La metodología** fue de enfoque cualitativo, descriptivo no experimental, de tipo transversal, la muestra fue 20 adultos mayores de distintas áreas del centro (6 pabellones), la cual utilizó Mini Test mental y Test Yesavage dando como resultado que un 75% de los Adultos Mayores se encuentran normal, un 25% muestran un problema cognitivo. **El resultado** es de 10% no tiene cuadro depresivo, 45% se encuentra con un cuadro depresivo leve y un 45 % se encuentra con un cuadro depresivo profunda. **En conclusión** los factores insidiosos se presentan lentamente de forma que pueden pasar inadvertidos los signos y síntomas propios de la depresión encaminando al Adulto Mayor hacia un cuadro Depresivo, estos factores pueden ser tomados menospreciados por no tomar en cuenta que las capacidades de adaptación social, donde se debe producir un acatamiento de nuevas normas generales que se ajustan a la nueva realidad y que por lo general no se realizaban en su anterior hogar.). Este estudio lo realizó para optar el título profesional de licenciado en Psicología.

Silva G., Vivar V (2015), Egresado De La Universidad De Cuenca, en Cuenca – Ecuador, realizaron un estudio de "factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado", **El objetivo**, es identificar los factores relacionados a la depresión en el Adulto Mayor. **La metodología**, fue un estudio descriptivo mixto, participaron 8 adultos mayores. se aplicó el instrumento como la escala de Depresión Geriátrica Yesavage, Escala de Soledad en el Adulto Mayor. Se estudiaron variables independientes: soledad, adaptación, motivo de ingreso. Se realizó análisis bivariado de depresión y las variables independientes. Se efectuó el análisis mediante porcentaje, asociación (Chi-cuadrado y p) en los programas SPSS 22 y Atlas. Ti. **Resultados:** dieron que la prevalencia de depresión obtenida fue del 50%, de dicho porcentaje obtuvieron depresión leve el 25,0%, depresión moderada el 12,5% y depresión grave el 12, 5%. Factores asociados como: la pérdida de roles, estado de dependencia, falta de redes de

apoyo emocional, esquemas disfuncionales y procesos de duelos no resueltos favorecen a la aparición de síntomas depresivos en los adultos mayores. **En conclusión**, se encontró que las tres variables independientes son predictoras de depresión puesto que se explicó en un 85% la varianza de la variable dependiente niveles de depresión ($R^2 = 0,85$). Este estudio lo realizó para optar el título profesional de licenciado en Psicología.

Buitrago B., Cordón E. (2017) Egresado De La Universidad Cundinamarca Facatativá – Cundinamarca – Colombia, se presentó la investigación de “niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores en condición de abandono familiar de una institución geriátrica del municipio de Facatativá”. **El objetivo**, es medir los niveles de ansiedad y estrés de los Adultos Mayores en condición de abandono familiar en el hogar Nuestra Señora la Milagrosa del Municipio de Facatativá. **La metodología**, el tipo de estudio es cuantitativa, se utilizó dos instrumentos la escala de Goldberg y de estrés percibido. **Los resultados**, se obtuvieron mediante el análisis descriptivo, en el cual no se encontró niveles significativos de ansiedad y estrés en la población objeto, **la conclusión** que la condición de estos adultos mayores no los está afectando debido a la capacidad de adaptación que poseen, gracias a los beneficios que les brinda el hogar. Este estudio lo realizó para optar el título profesional de licenciado en Psicología.

H., López Y., Vázquez J., Hernández R. (2015), en la Habana-Cuba, en su trabajo de investigación “Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor”, **el objetivo** fue, detallar los factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. **El método** que se empleó fue de estudio exploratorio, descriptivo, de corte transversal de enero a diciembre del 2012, en el Policlínico Docente “Felipe Poey”, área de salud de Nueva Paz, la muestra de 146 ancianos, seleccionados por criterio opinático con criterios de inclusión determinados, se utilizó un cuestionario, explorando variables edad, sexo, factores psicológicos, sociales, y la depresión; con una Escala de Depresión Geriátrica para identificar el comportamiento de la enfermedad. **Los resultados** fueron que predominó el sexo femenino en un 64.38 %, siendo el grupo de 75 a 79 años el de mayor incidencia,

para el 26,04 %, el factor psicológico que más influyó en la depresión fue el temor a la muerte, con un 78,08 %, el factor social, la necesidad de comunicación social, para un 56,85 %, entre los síntomas psicosomáticos se encontró la desesperanza, para 86,98 %, predominando la depresión establecida, en un 50,69 %. Llegando a **la conclusión** que son varios los factores psicosociales de la depresión en el adulto mayor combinándose los factores psicológicos y sociales que están presentes en la convivencia familiar como la inadaptación a la jubilación y la comunicación social, siendo típico la desesperanza que los lleva a una depresión mayor.

Acosta A. (2016) Egresado De La Universidad De Cartagena, en Cartagena-Colombia, en su trabajo de investigación “Prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor en los Centros de Vida en Cartagena” **El Objetivo** fue establecer la prevalencia de depresión en el adulto mayor en los centros de vida en Cartagena. **La Metodología**, se realizó una investigación con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, la comunidad fue conformada por ancianos inscritos en los 16 centros de vida de Cartagena, la cantidad fue de 398. Se empleó un patrón aleatorio por conglomerados. Se utilizó un cuestionario sobre las características sociodemográficas y la versión abreviada de la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS-15). Para la procesar la información, se creó una base de datos en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2013 Windows 7. En la investigación se tomaron en cuenta los principios éticos de privacidad y los participantes ejecutaron un consentimiento informado. **Resultados:** Los participantes del estudio tenían edades entre los 70 y 79, el 51.2% eran de sexo masculino y 48.7% de sexo femenino. La prevalencia de depresión fue de 7.7% en los adultos mayores institucionalizados; el 6.7% presentaron depresión leve, el 1% depresión severa y el 92.2% de los adultos mayores no presentaron depresión. **Conclusiones:** La población de adultos mayores de los centros de vida de la ciudad de Cartagena demostró una baja prevalencia de depresión. Este estudio lo realizó para optar el título profesional de licenciado en Enfermería

2.2. Bases teóricas de las variables

2.2.1. Ansiedad

La ansiedad proviene del latín anxietas-atis que significa estado agitación angustia, aflicción. Es un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, conmoción, intranquilidad, nerviosismo, inseguridad, desosiego o preocupación ante lo que se evidencia una amenaza inminente y de causa indefinida.

Para la medicina la ansiedad es el estado angustioso que puede aparecer junto a una neurosis y otro tipo de patología, que no permite la relajación y el descanso de la persona.

La ansiedad normal la podemos expresar como una emoción común como el miedo o la felicidad, en este sentido es necesaria para sobrevivir ante ciertos riesgos ya que pone en alerta a la persona. (Real academia 2014).

Muchos de los efectos de la ansiedad de acompañan de molestias somáticas, como palpitaciones y sudación, que denotan la hiperactividad del sistema nervioso autónomo.

2.2.1.1 Signos y síntomas de los trastornos de ansiedad.

Signos somáticos

1. Temblor, contracciones, agitación.
2. Dolor de espalda, cefalea.
3. Tensión muscular.
4. Disnea, hiperventilación.
5. Respuesta de sobresalto.
6. Hiperactividad vegetativa (rubefacción y palidez, taquicardia, palpitaciones, sudación, manos frías, diarrea, sequedad de boca, polaquiuria).
7. Parestesias.
8. Dificultad para la deglución.

Síntomas psicológicos

1. Sensación de terror.
2. Dificultades de concentración.
3. Hipervigilancia.
4. Insomnio.
5. Disminución de la libido.
6. Nudo en la garganta.
7. Molestias de estómago.

2.2.1.2 Clasificación

La clasificación es la siguiente:

1. **Crisis de angustia con agorafobia y sin ella.** El trastorno de angustia se caracteriza por crisis espontáneas de angustia, bien solitarias o asociadas a agorafobia (miedo a los espacios abiertos, salir solo de casa o de estar entre la multitud). La angustia puede evolucionar en etapas: crisis subclínicas, crisis completas de angustia, ansiedad anticipatoria, evitación fóbica de situaciones concretas y agorafobia. Puede llevar al abuso de alcohol o de drogas, depresión y restricciones laborales y sociales. La agorafobia aparece a veces sola, aunque los pacientes suelen sufrir crisis asociadas de angustia. La ansiedad anticipatoria se caracteriza por el miedo a la aparición de angustia, con indefensión o humillación. Los pacientes con un trastorno de angustia presentan a menudo molestias somáticas varias relacionadas con una disfunción del sistema autónomo: el riesgo es mayor entre las mujeres.
2. **Agorafobia sin historia de trastorno de angustia.** La ansiedad que provocan lugares o situaciones, como una multitud, los espacios abiertos o salir de casa, se acompaña de un temor a la imposibilidad de escapar o fugarse. Esta situación se evita o se vive con un sufrimiento intenso, a veces incluso con el miedo a una crisis de angustia. Algunos pacientes con agorafobia no salen nunca de casa o sólo lo hacen en compañía.

3. **Trastorno de ansiedad generalizada.** Implica una preocupación excesiva por circunstancias, acontecimientos o conflictos de la vida cotidiana. Los síntomas pueden fluctuar y solaparse con otras enfermedades médicas y trastornos psiquiátricos. La ansiedad es difícil de controlar, produce sufrimiento subjetivo y alerta áreas importantes de la vida personal. Afecta a los niños y adultos.
4. **Fobia específica.** La fobia es un miedo irracional a un objeto. La persona experimenta una enorme ansiedad al exponerse al objeto temido y trata de evitarlo a toda costa.
5. **Fobia social.** Es un miedo irracional a situaciones públicas. Puede acompañarse de crisis de angustia. Suele suceder al comienzo de la adolescencia, pero puede aparecer durante la infancia.
6. **Trastorno obsesivo-compulsivo.** Comprende ideas, imágenes, rumiaciones, impulsos o pensamientos (obsesiones) intrusos y recurrentes o patrones repetidos de conducta o acción (compulsiones). Las obsesiones y las compulsiones son ajenas al yo y producen ansiedad, si se opone resistencia.
7. **Trastorno por estrés postraumático y agudo.** La ansiedad de estos trastornos la produce un acontecimiento extraordinario estresante, que se revive durante las pesadillas y los pensamientos diurnos (rememoración). Los síntomas de la experiencia revivida, evitación e hipervigilancia duran más de 1 mes. Cuando los síntomas del paciente se extiende menos de 1 mes, el diagnóstico correcto es un trastorno por estrés agudo. Suele afectar dos veces más a las mujeres, sigue una evolución crónica y puede acompañarse de abuso de sustancias y depresión.
8. **Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.** Es amplia gama de enfermedades médicas y neurológicas que puedan causar síntomas de ansiedad.
9. **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.** Multitud de sustancias puede causar síntomas de ansiedad que suelen acompañarse de estados de intoxicación o de abstinencia.

10. Trastorno mixto ansioso-depresivo. Este trastorno describe a pacientes con síntomas de ansiedad y depresión que no satisfacen los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad ni de los trastornos del estado de ánimo.

11. Trastorno de ansiedad no específico

Trastorno adaptativo con ansiedad. Se aplica al paciente con una situación estresante clara, cuya ansiedad excesiva surge en los 3 primeros meses.

Ansiedad secundaria a otro trastorno psiquiátrico. El 70% de los pacientes deprimidos sufre de ansiedad. Los pacientes con psicosis-esquizofrenia, manía o trastorno psiquiátrico breve-suelen presentar ansiedad. La ansiedad es común en el delirium y en la demencia.

Ansiedad situacional. Los efectos de la situación estresante desbordan de forma pasajera la capacidad de afrontamiento. Puede darse en situaciones nimias si evocan a la memoria un estrés abrumador previo.

Ansiedad existencial. Implica miedos de indefensión, envejecimiento, pérdida de control y pérdida de seres queridos, además del miedo a la muerte y a la agonía.

Ansiedad de separación y ansiedad frente a los extraños. Los adultos con regresión incluidos algunos con enfermedades médicas, manifiestan a veces ansiedad al separarse de los seres queridos o en respuesta al personal hospitalario. El trastorno de ansiedad de separación se produce en algunos niños pequeños cuando van al colegio por primera vez.

Ansiedad relacionada con la pérdida del autocontrol. Los pacientes que necesitan sentir el control pueden verse muy amenazados en circunstancias donde éste capitula, como ante enfermedades médicas o una hospitalización. La pérdida de la autonomía laboral puede precipitar ansiedad.

Ansiedad relacionada con la dependencia o intimidad. Cuando no se han satisfecho o resuelto las necesidades previas de dependencia, un paciente puede sentir ansiedad frente a un relación estrecha, que implica cierta de pendencia, o en un hospital, donde se entrega el control.

Ansiedad relacionada con la culpa y el castigo. Si un paciente espera un castigo por un delito imaginario o real, puede sentir ansiedad y buscar activamente o incluso infligirse él mismo el castigo. (Kaplan y Sadock 5ta edición).

Los trastorno de ansiedad incluye el trastorno de angustia, las fobias, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de estrés agudo y el trastorno por estrés postraumático (TEPT).

Las personas de edad avanzada tienen que luchar contra la idea de la muerte, y es posible que lo hagan con un sentimiento de desesperación y ansiedad, lugar de hacerlo con serenidad y con el “sentimiento de integridad” Erik Erikson. La fragilidad del sistema nervioso autónomo de los ancianos podría justificar la aparición de ansiedad después de un factor importante. A consecuencia de la incapacidad física asociada a la edad, los ancianos reaccionan de forma más acusada al TEPT que lo más jóvenes. (Kaplan y Sadock 10ma edición)

En el CIE 10 lo encontramos como Otros trastornos de ansiedad – F41

1. F41.0: Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).
2. F41.1: Trastorno de ansiedad generalizada.
3. F41.2: Trastorno mixto ansioso-depresivo.
4. F41.3: Otro trastorno mixto de ansiedad.
5. F41.8: Otros trastornos de ansiedad específicos.
6. F41.9: Trastorno de ansiedad sin especificación.

2.2.1.3 La ansiedad en el adulto mayor

El trastorno de ansiedad con menos prevalencia en los ancianos que en personas más jóvenes, su presencia, muchas veces de forma subclínica, es alta. En

ocasiones pasan inadvertidos, de manera equivocada, no son tratados, o si lo son se realiza de manera incorrecta. Alguna sintomatología se puede presentar como ansiedad generalizada y regularmente se junta con síntomas depresivos.

Como fenómeno psicopatológico ha sido menos investigado que otras formas de psicopatología, lo cual no deja de ser sorprendente ya que es tan común como la depresión, si bien es parte comprensible ya que la búsqueda de tratamiento por esta cuestión es prácticamente insignificante entre las personas mayores.

Los adultos mayores puede que sea más vulnerable que los jóvenes a los efectos de la ansiedad en el funcionamiento cognitivo, debido a que presentan niveles más bajos de memoria operativa y de recursos cognitivos de procesamiento.

El trastorno de ansiedad del anciano ha tenido poca atención. La aparición en estas edades de la vida de otros trastornos mentales más específicos y difíciles como las demencias explican que la ansiedad y sus trastornos se hayan considerado “patología ligera”, suponen un deterioro importante en la calidad de vida y se asocian con una mortalidad.

Regularmente, los pacientes con patología ansiosa requieren asistencia, sobre todo en atención primaria, si conoces más de su naturaleza, de su clínica y evolución se podría tratarla más eficazmente y esto se traducirá en una mejor calidad de vida del paciente y de su entorno.

Se dispone de numerosos datos procedentes de estudios comunitarios que se llevaron a cabo en las décadas de 1980 y 1990, en todos estos casos suele ser superior al 10%, es más frecuente entre las mujeres que entre los varones. (Psicogeriatría 2009).

Actualmente en el concepto de ansiedad se reconoce un componente cognitivo y un componente somático. La experiencia clínica hace pensar que las personas adultas mayores, a menudo, prestan más atención a los síntomas somáticos, minimizando los aspectos cognitivos, dado que ellos padecen más enfermedades médicas que las personas más jóvenes, su énfasis en los síntomas

somáticos puede originar problemas para el diagnóstico diferencial de estos trastornos de ansiedad, especialmente en los centros de atención primaria.

Palmer y colaboradores, ponen en entredicho que los trastornos de ansiedad sean menos frecuentes en los ancianos que en adultos jóvenes. Señalan que los trastornos de ansiedad en el anciano son infra diagnosticados y destacan que en los diferentes estudios epidemiológicos para valorar la prevalencia de trastornos de ansiedad en el anciano se utilizan criterios basados en el DSM-IV, los cuales han sido desarrollados para estudiar la morbilidad psiquiátrica en adultos jóvenes, sin considerar que en la tercera edad la presentación de los síntomas de ansiedad puede ser atípica. De forma añadida, en el anciano hay una alta comorbilidad con trastornos médicos y con las depresiones (entre un 30-70%). Los ancianos suelen estar polimedcados y sufren cambios psicosociales importantes, todo lo cual no es tenido en cuenta al utilizar los mencionados criterios diagnósticos. Además, destacan que los clínicos tenemos que tomar decisiones terapéuticas basadas en observaciones clínicas no controladas o extrapolando resultados a cerca de la eficacia de los medicamentos en personas más jóvenes. (Merino)

2.2.1.3.1 Causas de la ansiedad en el adulto mayor

Algunas de las causas más comunes son:

1. **Cambios bruscos en el estilo de vida.** Alcanzada la tercera edad se experimentan diversos cambios vitales como, por ejemplo, la jubilación. Disponer de demasiado tiempo libre y tener que aprender a ocuparlo, genera ansiedad en algunas personas.
2. **Descenso de la autonomía.** Tardar más tiempo en desempeñar algunas actividades, descenso de movilidad o pérdida de reflejos y de fuerza, son algunos de los ejemplos que puede provocar este declive y que pueden hacer que la persona requiera ayuda en situaciones que antes no lo hacía.

3. **Problemas económicos.** Contar con una cantidad de dinero menor a la obtenida durante la adultez es descrito también como fuente de estrés para algunas personas.
4. **Proximidad a la muerte.** Algunas personas mayores consideran que el final de la vida está cerca. Este pensamiento puede generar altos niveles de ansiedad, ocasionando tanatofobia en los casos en los que la obsesión por la muerte, domina el pensamiento.
5. **Deterioro del estado de salud incapacidad física.** Con el envejecimiento, además del deterioro visible, por ejemplo, de la piel, las funciones físicas y cognitivas también se ven afectadas y ocasionan, en algunas situaciones incapacidad que priva a algunas personas del desarrollo de su ritmo de vida.
6. **Aislamiento social.** La suma de diferentes circunstancias problemáticas puede conllevar deterioro del estado de ánimo y esto a su vez las personas que lo sufren no quieren salir de casa ni relacionarse.
7. **Soledad.** Perdidas de amigos, familiares, compañeros sentimentales, sentirse distanciado de los seres queridos entre otras cosas provocan la falta de compañía.
8. **Padecimiento de otra de enfermedad.** Sufrir otro tipo de enfermedad como por ejemplo, la hipertensión, la artrosis o la depresión es considerado otro de los motivos que pueden hacer que los adultos mayores experimentan síntomas de ansiedad.
9. **Incomprensión familiar.** Sentirse incomprendidos por parte de los seres queridos hace que en algunos casos se traduzca en angustia, frustración, inquietud y malestar.

2.2.2 Depresión

La palabra depresión deriva del latín depressio – onis, es un síndrome caracterizado por una fuerte tristeza y por la prohibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos (real academia española 2014)

A pesar del termino moderno depresión, se remonta a un cuarto de siglo, desde el siglo IV antes de cristo, Hipócrates decía que, desde el punto de vista

médico, los problemas que hoy en día le llamamos psiquiátricos se relacionaban con los cuatro humores corporales, estos son sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema que fue descrito desde la época Grecorromana con el nombre de melancolía. La melancolía era producida por exceso de bilis negra, el cuadro depresivo fue descrito desde la época Grecorromana. (Calderón, 1999).

La depresión se puede formar a lo largo de la vida y existen factores genéticos que nos predisponen a ella. Los eventos impactantes, como la muerte de alguien, actúan como detonantes, pero en general los recuerdos de infancia terminan siendo determinantes. Esos traumas pueden hacer la diferencia entre el suicidio y la vida (comercio 2018).

Es un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de la tristeza; un grupo heterogéneo de trastornos efectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía.

2.2.2.1 Etiología

Causas primarias:

1. **Neuroendocrinos.** - demuestran anomalías en el eje del hipotálamo pituitaria adrenal en trastornos depresivos.
2. **Neurofisiológicos.** - con el electroencefalograma del paciente deprimido es el acortamiento de la latencia de los movimientos oculares rápidos durante el sueño. Se vio también la disminución de los estadios 3 y 4 del sueño, la mayor evidencia de las crisis depresivas en primavera y otoño.
3. **Genéticos y familiares.**- la heredabilidad en diferentes estudios esta entre 36% a 75% que muestra claramente un componente genético
4. **Factores psicológicos.**- según Freud diferencia entre el duelo normal (lamenta la pérdida de un ser amado) y anormal (la pérdida es severa).

Causas secundarias:

1. **Drogas.**-Existen 200 medicamentos que pueden causar depresión, pero en la mayoría son ocasionalmente, en muchos casos se sospecha en una relación etiológica cuando se produce un cuadro clínico.

2. **Enfermedades orgánicas.-** se presenta en cualquier enfermedad especialmente en las más graves(sida, cáncer).
3. **Trastornos neurológicos.-** degeneración neuronal tanto en la corteza como estructuras subcorticales(Alzheimer, párkinson).
4. **Trastornos endocrinos.-** los trastornos tiroideos , especialmente el hipotiroidismo.
5. **Trastornos metabólicos.-** en la anemia perniciosa, la enfermedad de Wilson.
6. **Cáncer.-** con frecuencia producen cuadros depresivos .
7. **Enfermedades cardiovasculares.-** el infarto del miocardio con frecuencia produce un cuadro depresivo.
8. **Enfermedades infecciosas.-** la influenza, hepatitis, sida, brucelosis
9. **Enfermedades psiquiátricas.-** la esquizofrenia y los trastornos esquizo afectivos producen cuadros depresivos (Toro, Yepes, Palacio 2011).

2.2.2.2 Síntomas de la depresión

2. **Biológicos:**

1. Antecedentes familiares.
2. Episodios depresivos previos.
3. Cambios en la neurotransmisión de envejecimiento.
4. En el sistema nervioso efecto del citosoma.

3. **Físico**

1. Enfermedades específicas.
2. Trastornos mentales.
3. Exposición a fármacos.
4. Privación sensorial.
5. Pérdida de la función física.

4. **Psicológicos**

1. Conflictos no resueltos.

2. Pérdida de la memoria y demencia.
3. Trastorno de la personalidad.

5. Sociales

1. Pérdida de familiares y amigos.
2. Aislamientos.
3. Pérdida de empleo.
4. pérdida de ingresos

Clasificación de la depresión

Los trastornos del estado de ánimo se presentan en una variedad de formas con diferentes manifestaciones clínicas; la depresión se clasifica en (Strange, 1992).

- I. **Depresión moderada.** Las manifestaciones típicas reportadas por los pacientes son:
 1. **Afecto deprimido:** Sensación de tristeza. Muestra poco interés en las actividades que ante podría haber disfrutado.
 2. **Pensamientos melancólicos:** sobre su pasado, presente y futuro, fracaso y falta de confianza.
 3. **Cambios en la actividad motora:** Poco movimiento motor, con una reducción de la frecuencia de los movimientos del cuerpo, hablar lento y pensamiento. Algunos pacientes reportan incapacidad para relajarse.
 4. **Ansiedad:** manifestaciones psicológicas y somáticas de ansiedad.
 5. **Manifestaciones fisiológicas (somáticas):** los pacientes normalmente hay alteración del sueño, alteraciones del apetito y del peso corporal. Además, puede haber estreñimiento, pérdida de la libido, fatiga y dolor muscular.

II. Depresión severa: Se presenta los mismos síntomas que el anterior, pero son más intensos. Además, pueden presentarse algunas manifestaciones que son más típicas de la psicosis. Algunos pacientes pierden el contacto con la realidad; otros

presentan delirios (ideas falsas), pensamientos pesimistas, también pueden tener alucinaciones.

III. Depresión leve: Se presentan los mismos síntomas, pero la intensidad es más baja. Se encuentra la ansiedad las fobias y los síntomas obsesivos.

Depresión en el Adulto Mayor

La sospecha de depresión se debe tomar con mucho cuidado, los cambios de envejecimiento como las canas y pérdida del cabello, las arrugas de la piel, pérdida dentaria, postura encorvada y marcha lenta y quizás aparentan una imagen deprimida.

Muchos adultos mayores de la generación actual se educaron en una atmósfera que inhiba la expresión de emociones. Alrededor del 15% de ancianos, ya sean que vivan en sus hogares o en residencias geriátricas, presentan episodios de depresión. La edad por sí misma no representa un factor de riesgo para la aparición de la depresión, aunque la situación de viudedad y el hecho de sufrir una enfermedad crónica, son factores que se le asocian a una vulnerabilidad a los trastornos depresivos. La depresión que aparece tardíamente se caracteriza por una recurrencia.

El cuadro clínico típico de los trastornos depresivos incluye disminución de la energía y de la concentración, alteraciones de sueño (el despertar precoz y frecuentes despertares nocturnos).

La alteración cognitiva en los pacientes ancianos deprimidos se conoce como síndrome demencial de la depresión (seudodemencia), que puede confundirse fácilmente con una auténtica demencia en la que la alteración del rendimiento intelectual suele ser global y consistentemente mala; en la seudodemencia, en cambio, la falta de atención y concentración son variables. En comparación con los pacientes que tienen auténtica demencia, es menos probable que aquellos seudodemencia tengan un trastorno del lenguaje y fabulen; cuando indecisos, es más fácil que digan “no lo sé” y sus dificultades de memoria se limitan más al recuerdo libre que al reconocimiento de elementos señalados en las pruebas de memoria. Alrededor del 15% de ancianos deprimidos sufren seudodemencia, y

entre el 25% y el 50% de pacientes con demencia está deprimido (Kaplan y Sadock 10° edición)

Los ancianos son prácticamente vulnerables a los episodios de depresión mayor con rasgos melancólicos, caracterizados por depresión, hipocondría, baja autoestima, sensación de inutilidad y tendencias auto inculporias (particularmente en el sexo y los pecados)

Es uno de los principales síndromes geriátricos, es una enfermedad crónica o recurrente que tiene consecuencias desastrosas en el adulto mayor, la prevalencia es diferente según la metodología y la población de referencia utilizada.

Las manifestaciones de la depresión en el anciano son fluctuantes y los síntomas son somáticos tales como la fatiga, el insomnio y la anorexia predominan, pero con poca especificidad ya que muchos adultos mayores, sin depresión, los pueden presentar; la detección temprana es deseable siempre y cuando los instrumentos usados para ello sean validados y confiables.

Además, en estudios longitudinales se ha comprobado que incluso la presencia de síntomas depresivos en los adultos mayores se asocia con mayor demanda de los servicios de salud, visitas al médico, uso de fármacos, servicios de urgencias y costos globales elevados como pacientes ambulatorios.

Es una enfermedad crónica o recurrente que tiene importantes consecuencias negativas tanto por su elevada prevalencia como por sus efectos dañinos para la salud. La principal causa de sufrimiento del anciano y de la considerable disminución de la calidad de vida.

La depresión es un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute de la apatía y hasta pérdida del interés del trabajo, sentimientos de minusvalías, insomnio, anorexia e ideación suicida; el paciente con depresión no tiene historia previa de manía o de hipomanía, dicho antecedente la convierte en trastorno bipolar.

2.2.2.3 Causas de la depresión:

La depresión es la primera causa de consulta siquiátricas para los mayores de 60 años; además, la organización mundial de la salud calcula que un 25% de

las personas mayores de 65 años padece de algún tipo de desorden psiquiátrico, siendo la depresión la enfermedad más frecuente

La actividad de la serotonina y su unión a los receptores 5HT disminuye con el envejecimiento.

La depresión mayor tiene un efecto sistémico y los ancianos deprimidos parecen tener mayor susceptibilidad para las enfermedades, puesto que esta patología ocasiona cambios neurológicos, hormonales e inmunológicos. De esta manera, la depresión favorece el aumento del tono simpático, la disminución del tono vagal y de las aminas cerebrales, así como la inmunosupresión.

2.2.2.4 Diagnóstico:

En el diagnóstico se enfrenta a diversos problemas. Uno de ellos es la heterogeneidad como la pérdida del interés en las actividades cotidianas, la disminución de la espontaneidad, la apatía, la irritabilidad o un estado de la confusión.

Además, la comorbilidad asociada es otro elemento a considerar que crea una interacción compleja entre la patología ya existente y las complicaciones derivadas del trastorno depresivo.

Las manifestaciones de la depresión de los ancianos son fluctuantes y los instrumentos de detección habituales subestiman o ignoran los síntomas más característicos de la depresión geriátrica, así como su variación.

El diagnóstico temprano es importante porque se trata de una enfermedad potencialmente reversible, aunque la descripción de subtítulos o variantes como la depresión sin tristezas o el síndrome de depleción dificultan aún más la identificación.

La recurrencia de la depresión geriátrica es más elevada; esta con el avance de la edad, tiende a convertirse en depresión refractaria.

La sintomatología de la depresión del adulto mayor afecta las siguientes dimensiones:

1. La dimensión afectiva (afectivo persistente): llanto, tristeza, apatía, etc.
2. La dimensión cognoscitiva (equivalentes psicológicos): desesperanza, negligencia, idea suicida, culpabilidad, etc.
3. La dimensión somática (equivalentes fisiológicos): cambio de energía, del apetito, del sueño, de la evaluación intestinal y de la libido, etc.

En la depresión del anciano, los síntomas somáticos tales como la fatiga, el insomnio y la constipación son predominantes, pero son síntomas con poca especificidad porque muchos adultos mayores, sin depresión, los pueden presentar; debidos a este fenómeno, menos 10% de los ancianos son diagnosticados como deprimidos en una revisión médica inicial. (Aguilar – Ávila 2007).

2.2.3 Adulto mayor frágil

Cuando hablamos del adulto mayor frágil nos encontramos frente a una persona mayor que necesita de ser cuidada por varias cosas. Padece enfermedades crónicas muy evolucionadas y con tendencia a la discapacidad. Además, puede tener trastornos de marcha, caídas, ingresos hospitalarios repetidos, deterioro cognitivo entre otros. Muchas veces se trata de viudos recientes, personas que viven solas y ese factor influye mucho en su salud. En realidad, a este colectivo no se le puede poner una edad, porque uno puede ser frágil a los 65 años o llegar hasta los 90 sin serlo.

Factores de riesgo de anciano frágil según diferentes autores:

1. Factores médicos: pluripatología, polimedicación, hospitalización reciente o reingresos, caídas, déficit sensoriales (auditivos y/o visual), deterioro cognitivo, alteraciones afectivas: depresión y ansiedad.
2. Factores funcionales: dependencia para ABVD (actividades básicas de la vida diaria) Y AIVD (actividades instrumentales de la vida diaria).
3. Factores sociodemográficos: edad >80 años, soporte social deficitario.

2.2.3.1 Definición

Desde el principio de los tiempos geriátricos, más o menos de los años setenta, era apreciable por los clínicos la existencia de un progresivo, lento a veces casi indetectable deterioro funcional por encima de los 80 años. Este deterioro existía, pero no se hacía patente si no se sumaba otro proceso o noxa estresante que desequilibrara la situación (Schneider y Guralkik 1990 y Strawbridge 1992).

El proceso, que para colmo se situaba en un punto medio entre el anciano saludable y activo y el adulto mayor, era enormemente variable, tanto en intensidad como en elementos disfuncionales. Había ancianos que eran capaces de casi todo y ancianos que eran mucho menos capaces. Y eso, sin llegar a manifestar una invalidez franca ni una patología invalidante.

La fragilidad, el concepto denominado en terminología inglesa frailty. Tras este grupo de ancianos vendrían los pacientes geriátricos y grupos institucionalizados asistidos (Rockwood 2000).

Básicamente hay dos líneas de entendimiento de la fragilidad. La de Brocklehurst, que insiste en la pérdida de la capacidad como la gran espada de Damocles que mantiene al anciano en equilibrio meta estable, y la línea de Buchner, que tiene una aproximación menos psico social y más biológica. Es el equilibrio interno del organismo el que presenta el equilibrio meta estable. Ambos interrelacionados. Ambos facilitando una aproximación preclínica que nos permita detectar la fragilidad antes de que dé lugar a discapacidad.

Indicadores de la fragilidad según la OMS:

1. Patología crónica.
2. Ictus con secuelas.
3. Infarto en el miocardio o insuficiencia cardiaca hace menos de seis meses.
4. Enfermedad de Parkinson.
5. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

6. Patología osteoarticular degenerativa.
7. Caídas.
8. Déficit visual severo.
9. Hipoacusia severa.
10. Enfermedad terminal.
11. Toma de tres fármacos con efectos secundarios importantes.
12. Prescripción en el último mes de antihipertensivos, antidiabéticos o sedantes.
13. Ingreso hospitalario en los últimos 12 meses.
14. Necesidad de atención sanitaria en el domicilio una vez al mes.
15. Incapacidad funcional por otras causas.
16. Deterioro cognitivo.
17. Depresión.
18. Ser mayor de 80 años vivir solo.
19. Viudez inferior de un año.
20. Cambio de domicilio hace menos de un año.
21. Situación económica precaria.

¿Por qué es importante distinguir cuando un adulto mayor va ingresando a un estado de fragilidad, que los geriatras denominan el síndrome del adulto mayor? El especialista señala que es importante porque permite conocer o acentuar los cuidados de estas personas, así como estar atentos a sus necesidades e inquietudes. No esperar que la fragilidad toque la puerta del adulto mayor sin poder reconocer ya que eso podría ser determinante y hacer la diferencia entre vivir con o sin sobresaltos respecto a la salud del adulto mayor frágil, así como evitar accidentes que se puedan prevenir.

Las características de un adulto mayor que empieza el ciclo de fragilidad son: disminución de peso, deambulación lenta, bajo nivel de actividad física, sensación de agotamiento, poca fuerza de aprehensión, sarcopenia (pérdida degenerativa de la masa muscular), poca inmunidad. Estos cambios se presentan en la mayoría de los adultos mayores pero solo una fracción de ellos se considera frágiles, es decir,

solo si se pasa el umbral de la fragilidad, no el proceso acumulativo de la decadencia de esta.

Una persona adulta mayor frágil es aquella que cumple dos o más de estas condiciones: mayor de 80 años, dependencia parcial, deterioro cognitivo leve o moderado, manifestaciones depresivas, riesgo social, caídas en el último mes, o más de una caída en el año, padecen de tres o más enfermedades crónicas, enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional parcial, como déficit visual, auditivo, osteoartritis, Parkinson, EPOC, insuficiencia cardíaca reciente, toma de más de tres fármacos por enfermedades crónicas, hospitalización en los últimos 12 meses y condicione de pobreza. (InfoGeriatría 2011).

2.2.3.2 Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores (PAMs)

En el Perú contamos con el Plan de Atención Integral. El Plan de atención integral es el resultado de la evaluación inicial del adulto mayor, en él se especifican la provisión de servicios según categorías. Así mismo permitirá determinar el nivel de atención según capacidad resolutoria quién se encargará de brindar los paquetes de cuidados esenciales. De los Cuidados Esenciales A las PAMs se les brindará los cuidados esenciales, los mismos que estarán correlacionados con las necesidades que se van a satisfacer.

- Necesidades de desarrollo: acciones de promoción y educación para la salud.
 - Necesidades de mantenimiento de la salud: acciones de prevención de la salud (identificación de riesgo e intervención de los mismos).
 - Necesidades derivadas del daño: atención de daños según guía de atención.
 - Necesidades derivadas de secuelas y disfunciones: atención de discapacidades según protocolo
- El Plan de atención integral para la Persona Adulta Mayor es personalizado, y realizado de acuerdo a cada categoría. El mismo que deberá ser elaborado por el equipo interdisciplinario y con participación de la persona adulta mayor y/o cuidador responsable. La aplicación del Plan de atención integral por categoría y personalizado se desarrollará a través de las actividades contenidas en

el plan de manera continua, progresiva y priorizada. El seguimiento dependerá de los hallazgos de la valoración clínica integral inicial, del Plan de atención integral y se actuará de manera individual.

De la aplicación de la VACAM (Valoración Clínica del Adulto Mayor) inicial se concluye que el adulto mayor se encuentra sano, presenta factores de riesgo o tiene alguna afección o daño. Con la finalidad de brindar los cuidados de salud se han clasificado a las PAMs en 4 categorías. Estas categorías se establecen al final de la primera consulta y constituyen el pilar fundamental del Plan de Atención Integral de Salud ya que permitirá identificar y priorizar a las PAMs en las cuales es necesario redoblar los esfuerzos para mejorar su calidad de vida, a través de acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, según la necesidad de salud de las PAMs.

Las cuatro categorías de clasificación de PAMs son las siguientes:

a) Persona Adulta Mayor Activa Saludable. - Es aquella sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas, sub agudas o crónicas y con examen físico normal.

El objetivo fundamental de este grupo poblacional es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Ver anexo N° 4 Plan de atención para PAM activa saludable).

b) Persona Adulta Mayor Enferma. - Es aquella que presenta alguna afección aguda, sub aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante, y que no cumple los criterios de Persona Adulta Mayor Frágil o Paciente Geriátrico Complejo. El objetivo prioritario es la atención del daño, la rehabilitación y acciones preventivas promocionales. Dependiendo de la características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor.

c) Persona Adulta Mayor Frágil. - Es aquella que cumple 2 ó más de las siguientes condiciones:

- Edad: 80 años a más

- Dependencia parcial, según Valoración Funcional del Índice de Katz.
- Deterioro cognitivo leve o moderado, según Valoración Cognitiva Test de Pfeiffer.
- Manifestaciones depresivas, según Valoración del Estado Afectivo Escala abreviada de Yesavage.
- Riesgo social, según la Escala de Valoración Socio – familiar.
- Caídas: Una caída en el último mes o más de una caída en el año
- Pluripatología: Tres o más enfermedades crónicas
- Enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional parcial: Ej. Déficit visual, auditivo, osteoartritis, secuela de ACV, enfermedad de Parkinson, EPOC, insuficiencia cardiaca reciente, y otros
- Polifarmacia: Toma más de tres fármacos por patologías crónicas y por más de 6semanas
- Hospitalización en los últimos 12 meses
- Índice de Masa Corporal (IMC) menor de 23 ó mayor de 28

El objetivo principal para las Personas Adultas Mayores Frágiles es la prevención y la atención. Dependiendo de las características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor.

d) Paciente Geriátrico Complejo. - Es aquel que cumple con tres o más de las siguientes condiciones:

- Edad: 80 años a más.
- Pluripatología: tres o más enfermedades crónicas.
- El proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante (Katz: dependencia total).
- Deterioro cognitivo severo.
- Existe problema social en relación con su estado de salud, según la Escala de

Valoración Socio – familiar.

- Paciente terminal por Ej.: Neoplasia avanzada, Insuficiencia cardiaca terminal, otra de pronóstico vital menor de 6 meses. El objetivo principal en este grupo es el asistencial, tanto terapéutico cuanto rehabilitador.

En el Plan de atención para el Paciente Geriátrico Complejo, requieren de atención geriátrica especializada. El seguimiento de este grupo será realizado en Institutos, Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales y de Referencia, por un equipo interdisciplinario liderado por el médico especialista.

La atención integral de salud del adulto mayor comprende la atención domiciliaria, que es una actividad que realizan los integrantes del equipo interdisciplinario de salud a la PAM y su familia, con la finalidad de brindar atención integral en el domicilio. Esta atención está dirigida al adulto mayor cuando:

- Está postrado, con discapacidad que le impide acudir al establecimiento de salud
- No acude al tratamiento del daño diagnosticado o bajo tratamiento (médico o quirúrgico, transmisible, no transmisible).
- Existen condiciones que requieren el manejo de situaciones específicas, riesgos, entre otros, del entorno domiciliar o familiar que inciden en la salud del adulto mayor.
- No acude a consulta programada (Ej. vacunación antiamebílica, exámenes auxiliares, etc.) (Lineamientos para la PAMs 2005).

2.2.3.3 Ley del adulto mayor

El 21 de Julio del 2016, se promulgo la nueva ley de la persona adulta mayor (Ley N°30490), en la cual se enumeran los derechos de las personas mayores de 60 años. Es fundamental conocer esta norma para darles el lugar que merecen en la sociedad, tomar conciencia de la importancia de esta población, reforzar los valores, respeto y buen trato.

Cabe resaltar, que el cónyuge o conviviente, los hijos, nietos, los hermanos de la persona adulta mayor, en ese orden siempre y cuando sean capaces, tienen el deber de velar por su integridad y satisfacer sus necesidades básicas, brindarle los cuidados necesarios y visitarlo periódicamente. De lo contrario, los adultos mayores podrán iniciar un proceso por la vía civil o penal.

La persona adulta mayor es titular de libertades fundamentales y tiene, entre otros, el derecho a:

- 1.** Una vida digna, plena, independiente, autónoma y saludable.
- 2.** La no discriminación por razones de edad y a no ser sujeto de imagen peyorativa.
- 3.** La igualdad de oportunidades.
- 4.** Recibir atención integral e integrada, cuidado y protección familiar y social, de acuerdo a sus necesidades.
- 5.** Vivir en familia y envejecer en el hogar y en comunidad.
- 6.** Una vida sin ningún tipo de violencia.
- 7.** Acceder a programas de educación y capacitación.
- 8.** Participar activamente en las esferas social, laboral, económica, cultural y política del país.
- 9.** Atención preferente en todos los servicios brindados en establecimientos públicos y privados.
- 10.** Información adecuada y oportuna en todos los trámites que realice.
- 11.** Realizar labores o tareas acordes a su capacidad física o intelectual.
- 12.** Brindar su consentimiento previo e informado en todos los aspectos de su vida.
- 13.** Atención integral en salud y participar del proceso de atención de su salud por parte del personal de salud, a través de una escucha activa, proactiva y empática, que le permita expresar sus necesidades e inquietudes.
- 14.** Acceder a condiciones apropiadas de reclusión cuando se encuentre privada de su libertad.
- 15.** Acceso a la justicia. (El Peruano 2016).

Relación entre ansiedad y depresión

La Ansiedad y Depresión en muchas ocasiones van acompañados, cualquier persona que está deprimida fácilmente puede tener los síntomas de Ansiedad y las personas con Ansiedad también fácilmente pueden tener periodos depresivos.

Alrededor del 80% de personas que están deprimidos sufren de los síntomas de Ansiedad, sin embargo, estos síntomas están más relacionados con aspectos psicológicos. Momentos depresivos y sus causas también pueden ser muy variados, pero si usted se detectado con síntomas de Ansiedad y ha estado padeciendo de Depresión ya sabe que es una reacción que da en un alto porcentaje.

Cuando una persona está con depresión también puede sufrir de ataques de ansiedad, o ataques de pánico, se detectado que el 10% de personas con depresión pueden llegar a padecer de ataques de Ansiedad o ataques de pánico.

2.3. Definición de términos básicos

Ansiedad. - Se trata de la condición que la persona experimenta en una conmoción, nerviosismo preocupación, para la medicina es un estado angustioso, suele aparecer junto con la neurosis y otras enfermedades que no permite a la persona relajarse o que descanse el paciente (Pérez J., Gardey A.2008)

Depresión. - Trastorno mental frecuente, se caracteriza por la presencia de pérdida de interés o placer, tristeza, sentimiento de culpa; en su forma más grave puede conllevar al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero si es el moderado si se requiere medicamentos y terapia profesional (OMS 2017)

Adulto mayor frágil. - Es definida, según el último consenso desarrollado por diferentes entidades destinadas al estudio del envejecimiento, como “un síndrome

medico con múltiples causas y factores que contribuyen a su desarrollo, caracterizado por la disminución de la fuerza, resistencias y funciones fisiológicas reducidas que aumentan la vulnerabilidad de un individuo en el desarrollo de la independencia funcional y/o muerte (Revista Peruana Medica experimental y salud pública, 2016)

III. MÉTODOS Y MATERIALES

3.1 Hipótesis de la Investigación

Por ser un estudio de tipo descriptivo no corresponde formular hipótesis de investigación.

3.2 Variables

Variable 1: Ansiedad

Variable 2: Depresión

3.3 Operacionalización de las Variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Numero de ítems	Escala de medición	Niveles y rangos
ANSIEDAD	Ansiedad psíquica	1,2,3,4,5,6 y 14	7	Ordinal	0-5 no ansiedad
	Ansiedad somática	7,8,9,10,11,12 y 13	7		6-14 ansiedad menor 15 a más ansiedad mayor
DEPRESION	Afectivo persistente	1 y 3	2	Ordinal	-40 ausencia de depresión
	Equivalentes fisiológicos	2,4,5,6,7,8,9 y 10	8		40-49 depresión leve
	Equivalentes psicológicos	13,12,11,18,14,16,15,20,17 y 19	10		50-59 depresión moderada 60-69 depresión severa +70 depresión crónica

3.4 Diseño de la Investigación

El trabajo de investigación de acuerdo a las reglas metodológicas de investigación fue:

- Según la participación del investigador en el fenómeno que se estudia: Observacional.
- Debido a que conlleva la interacción en una sola ocasión con un determinado grupo de personas: Transversal.
- Según la fase en que se capta la información: Retrospectivo.
- Según el propósito del estudio: Descriptivo.

El diseño de investigación corresponde al diseño no experimental, dado que no se aplica ninguna intervención en la población.

Tipo de Estudio

El tipo de estudio es básico, busca incrementar los conocimientos teóricos y el progreso científico, persigue de manera general el desarrollo de la teoría construida en leyes y principios. (Flores, S. Afaro, C. 2018).

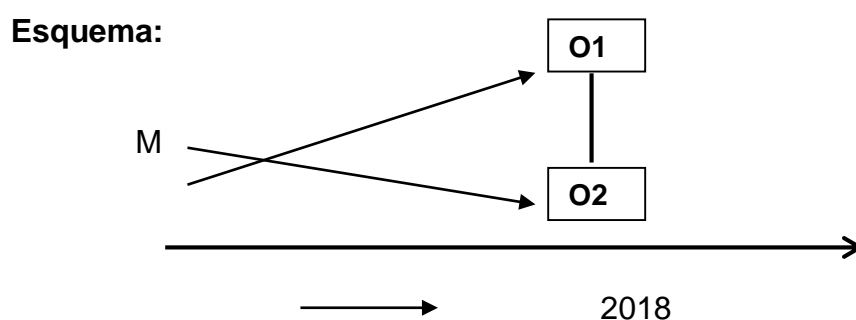
Nivel de investigación

Está enmarcada en el alcance descriptivo porque permitió conocer las características o realidades de la población en estudio frente a un tema.

La investigación descriptiva consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento. Los resultados de este tipo de investigación se ubican en un nivel intermedio en cuanto a la profundidad de los conocimientos se refiere. (Fidas G. Arias 2012).

En esta investigación el fenómeno que se determinó fue el nivel de ansiedad y depresión en la población en estudio.

Por tanto por la naturaleza de la investigación, se adopta este diseño, que se diagrama de la siguiente forma:



1. M: Muestra de adultos mayores frágiles
2. O1 Variable (Ansiedad)
3. O2 Variable (Depresión)

3.5 Población y muestra de estudio

3.5.1 Población

Para el estudio la población estuvo constituido por 64 adultos mayores que se atienden en el centro de salud la Querencia - Huaral, no se realizó el cálculo muestra, por ser una población única y pequeña.

Distribución de los Adultos Mayores Frágiles según sectores.

N ^a	Sectores	N ^a de abuelos
1	CAPORALA	4
2	LAS FLORES	4
3	LOS MOLINOS	3
4	RETES	8
5	LOS LAURELES	4
6	LAS CASUARINAS	5
7	LA QUINCHA	3
8	GRANADOS	6
9	AV. VICTORIA	10
10	ESPERANZA CENTRAL	9
11	GRANADOS	4
12	CERRO CENIZO	4
Total		64

Fuente: área de estadística del centro de salud Querencia – Huaral

3.5.2 Muestra

La muestra estuvo conformada por un total de 64 adultos mayores frágiles.

CUADRO DE EDADES

80 – 84	39
85 – 89	14
90 – 94	9
95 a mas	2
TOTAL	64

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1. Técnicas de recolección de datos

Se utilizó para la realización de la tesis como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario, y los datos se conseguirán con la aplicación de dos instrumentos ya validados y se utilizará en los ancianos frágiles, a su vez teniendo cuidado la integridad y participación con el consentimiento informado de las personas en estudio.

Para la medición de la variable ansiedad se utilizará la Escala de Hamilton y para la depresión se utilizará la escala de Zung.

3.6.2. Instrumentos de recolección de datos

3.6.2.1 Escala de ansiedad de Hamilton

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue diseñada en 1.959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1.969 dividió el ítem “síntomas somáticos generales” en dos (“somáticos musculares” y “somáticos

sensoriales”) quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia).

Existe una versión española, realizada por Carroble y Cols en 1986, que es la que presentamos. Así mismo, está disponible una para aplicación informática y otra para utilización mediante sistema de video4.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13) (8).

No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento (8-10). Se ha sugerido (Bech y Cols) que el test no debería utilizarse en casos de ataques de pánico, pues no existen instrucciones para distinguir entre éstos y estados de ansiedad generalizada o persistente. Proponen que cuando se sospeche la presencia de ataques de pánico (puntuación ≥ 2 en el ítem 1 y ≥ 2 en al menos 3 de los ítems 2, 8, 9, 10 y 13) esta escala puede cuantificar la severidad de los mismos. El tiempo valorado en estos casos debe ser las 3 semanas anteriores la primera vez que se administra y solamente la última semana cuando se utiliza repetidame

Fiabilidad:

Muestra una buena consistencia interna (7) (alfa de Cron Bach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r = 0,74 - 0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras

un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$).

Validez:

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi^{18, 19} ($r = 0,63 - 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck²⁰ ($r = 0,56$). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos¹¹ (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton^{21, 22} ($r = 0,62 - 0,73$). Es sensible al cambio tras el tratamiento (7).

3.6.2.2 Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W. Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo.

La escala para la auto-medición de la depresión (EAMD) destinada a medir cuantitativamente la depresión, se publicó por primera vez en 1965, en una serie de informes sobre pacientes deprimidos y con otros desordenes emocionales. El uso de la escala en cualquier clase de paciente que manifieste síntomas físicos sin base orgánica aparente, puede descubrir y medir las llamadas depresiones ocultas, economizando tiempo valioso en la clínica y varias sesiones de entrevistas de estudio. Generalmente se necesitan menos de cinco minutos para hacer la prueba y calificar al paciente.

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (muy pocas veces, algunas veces, muchas veces y casi siempre).

El rango de calificación es:

1. -40 ausencia de depresión.
2. 40-49 depresión leve.
3. 50-59 depresión moderada.
4. 60-69 depresión severa.
5. +70 depresión crónica.

Fiabilidad:

Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice α de Cron Bach entre 0,79 y 0,92) 6,20.

Validez:

Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico 3,21. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

Si bien esta escala no fue diseñada para cribaje, si muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85 %) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad.

En población geriátrica disminuye su validez, tanto para cuantificar la intensidad / gravedad de la depresión, como a efectos de cribado o detección de casos, debido al elevado peso relativo que tienen los síntomas somáticos en el puntaje total. Orientadas más hacia el paciente geriátrico, se han desarrollado

versiones abreviadas, con menor peso de los síntomas somáticos, que han tenido una difusión muy limitada.

3.7 Métodos de análisis de datos

En nuestro estudio, para la metodología de los datos, se empleará el software estadístico SPSS versión 25.0 para Windows, donde se desarrolló una base de datos para el almacenamiento de los datos del proyecto. Se utilizará para el análisis e interpretación de los datos totales, porcentuales y medidas de tendencia central, que nos permitirá a describir los niveles de ansiedad y depresión en el adulto mayor frágil atendidos en el Centro de Salud La Querencia 2018.

3.8 Aspectos éticos

En la presente investigación se obtuvo el permiso del gerente del Centro de Salud La Querencia, se le explicó el tipo de investigación y se garantizó la confidencialidad de la información proporcionada durante y después de la investigación, a los adultos mayores frágiles incluidos en el estudio fueron informados de forma adecuada y de acuerdo al nivel sociocultural de a cada uno de los participantes en estudio también se les pidió un consentimiento informado por escrito.

La evaluación del estudio se tomará en cuenta el respeto estricto de los principios de la bioética en la investigación como el principio de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

IV. RESULTADOS

4.1 Resultados

Nuestro estudio corresponde a una investigación descriptiva que tiene como finalidad describir la magnitud y las características más importantes de la ansiedad y de la depresión en los adultos mayores frágiles, aunque la investigación es descriptiva y no dispone de forma directa relaciones causales, puede notar indicios sobre las posibles fuentes de un fenómeno.

En el marco de lo explicitado, la muestra de los resultados de la investigación por el tipo de diseño metodológico descriptivo, se hizo sobre la base de la información acumulada sobre ansiedad y depresión en adultos mayores frágiles atendidos en el Centro De Salud La Querencia-2018, dejando de esta manera llegar a conclusiones válidas para el estudio.

Tabla 1: Distribución de los Adultos Mayores Frágiles según Sexo

SEXO	FRECUENCIA	%
Masculino	23	35,9
Femenino	41	64,1
TOTAL	64	100.0

Fuente: Proyecto ADAMFACSQ

La tabla 1, muestra que la población de adultos mayores frágiles atendida en el Centro De Salud La Querencia-2018, el 64,1% es femenino y un 35,9 % es masculino. Es decir, hay más mujeres que hombres.

Tabla 2: Distribución de los Adultos Mayores Frágiles Según Estado Civil

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
Soltero	12	18,8
Casado	25	39,1
Conviviente	3	4,7
Viudo/a	24	37,5
TOTAL	64	100,0

Fuente: Proyecto ADAMFACSQ

En la tabla 2, se aprecia que los adultos mayores frágiles atendidos en el Centro de Salud La Querencia, en su mayoría eran casados 39,1%, seguido por el 37,5% viudos, y en minoría con el 18,8% solteros y el 4,7% convivientes.

Tabla 3: Distribución de los Adultos Mayores Frágiles Según Edades

EDADES	FRECUENCIA	%
80 - 84	39	61
85 - 89	14	22
90 - 94	9	14
95 a mas	2	3
TOTAL	64	100

Fuente: Proyecto ADAMFACSQ

En la tabla 03 se observa los rangos de edades de los adultos mayores frágiles atendidos en el Centro de Salud La Querencia

Tabla 4: Distribución de los Adultos Mayores Frágiles según Religión

RELIGION	FRECUENCIA	%
CATÓLICO	56	87,5
EVANGÉLICO	8	12,5
TOTAL	64	100,0

Fuente: Proyecto ADAMFACSQ

En la tabla 4, se observa que el 87,5% de la población atendida en el Centro De Salud La Querencia son católicas y un 12,5 % son evangélicos.

Tabla 05: Distribución de los Adultos Mayores Frágiles según Procedencia

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	%
HUARAL	14	21,9
LIMA	10	15,6
ANCASH	39	60,9
AMAZONAS	1	1,6
TOTAL	64	100,0

Fuente: Proyecto ADAMFACSQ

En la tabla 5, se aprecia que la mayoría de los pacientes atendidos en el Centro de Salud La Querencia provienen de la provincia de Ancash el 60,9%, seguido por el 21,9% que son netamente Huaralinos, el 15,6% provienen de Lima y el 1,6% del departamento de Amazonas.

Tabla 6: Distribución de los Adultos Mayores Frágiles según Grado de Instrucción

INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	%
ANALFABETO	36	56,3
PRIMARIA	26	40,6
UNIVERSITARIA	2	3,1
TOTAL	64	100,0

Fuente: Proyecto ADAMFACSQ

En la tabla 6, se evidencia que hay un alto porcentaje de adultos mayores frágiles atendidos en el Centro De Salud La Querencia, el 56,3% son analfabetos, el 40,6% curso primario y el 3,1% solo tuvieron estudio universitario.

Tabla 7: Distribución de los Adultos Mayores Frágiles según Estado de Abandono.

ESTADO DE ABANDONO	FRECUENCIA	%
SI	15	23,4
NO	49	76,6
TOTAL	64	100,0

Fuente: Proyecto ADAMFACSQ

En la tabla 7, se observa que el 76,6% viven con algún familiar y un 23,4% viven solos de los adultos mayores frágiles atendidos en el Centro De Salud La Querencia.

Tabla 8: Niveles de Ansiedad en los Adultos Mayores Frágiles según Sexo.

ANSIEDAD	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
NO ANSIEDAD	1	4,3	1	2,4	2	3,2
ANSIEDAD MENOR	6	26,1	17	41,5	23	35,9
ANSIEDAD MAYOR	16	69,6	23	56,1	39	60,9
TOTAL	23	100	41	100	64	100

Fuente: Proyecto ADAMFACSQ

En la tabla 8, se evidencia un alto nivel de ansiedad el 60,9% presenta ansiedad mayor, el 35,9% presenta ansiedad menor y solo el 3,1% no presenta ansiedad. En la tabla 08 también se muestra que los hombres tienen un alto nivel de ansiedad el 69,6% presentan ansiedad mayor y las mujeres 56,1% de ansiedad, de los adultos mayores frágiles atendidos en el Centro de Salud La Querencia

Tabla 9: Niveles de Ansiedad según la Dimensión Psíquica de los Adultos Mayores Frágiles.

ANSIEDAD: DIMENSIÓN		%
PSIQUICA	FRECUENCIA	
BAJO	23	35,9
ALTO	41	64,1
TOTAL	64	100

Fuente: Proyecto ADAMFACSQ

En la tabla 9, se observa que la ansiedad, en la dimensión psíquica hay un alto nivel siendo el 64,1% y un 35,9% que tiene un bajo nivel en los adultos mayores frágiles atendidos en el centro de Salud La Querencia.

Tabla 10: Niveles de Ansiedad según la Dimensión Somática de los Adultos Mayores Frágiles.

ANSIEDAD: DIMENSIÓN SOMÁTICA	FRECUENCIA	%
BAJO	22	34,4
ALTO	42	65,6
TOTAL	64	100

Fuente: Proyecto ADAMFACSQ

En la tabla 10, se observa que el nivel de ansiedad en la dimensión somática el 65,6% es alto y 35,9% es bajo en los adultos mayores frágiles atendidos en el Centro De Salud La Querencia.

Tabla 11: Niveles de Depresión en los adultos mayores frágiles.

DEPRESION	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
AUSENCIA DE DEPRESIÓN	2	8,7	6	14,6	8	12,5
DEPRESIÓN LEVE	8	34,8	18	43,9	26	40,6
DEPRESIÓN MODERADA	11	47,8	17	43,5	28	43,8
DEPRESIÓN SEVERA	2	8,7	0	0,0	2	3,1
TOTAL	23	100	41	100	64	100

Fuente: Proyecto ADAMFACSQ

En la tabla 11, se evidencia un alto nivel de depresión encontrando lo siguiente: el 43,8% presenta depresión moderada, el 40,6% depresión leve, el 12,5% no presentan depresión y el 3,1% presentan una depresión severa. En la tabla 11 también podemos observar que los hombres padecen más depresión, con un 47,8% de depresión moderada y las mujeres con el 43,5 % no encontrando mucha diferencia.

Tabla 12: Niveles de Depresión según la Dimensión Afectivo Persistente de los adultos mayores frágiles.

DEPRESION: DIMENSIÓN		
AFECTIVO PERSISTENTE	FRECUENCIA	%
BAJO	23	35,9
ALTO	41	64,1
TOTAL	64	100,0

Fuente: Proyecto ADAMFACSQ

La tabla 12, nos muestra que el 64.1% de la población tiene un nivel alto y un 35.9% un nivel bajo en la dimensión afectivo persistente, de los adultos mayores atendidos en el Centro De Salud La Querencia.

Tabla 13: Niveles de Depresión según la Dimensión Equivalente Fisiológico de los adultos mayores frágiles

DEPRESION: DIMENSIÓN		
EQUIVALENTE FISIOLÓGICO	FRECUENCIA	%
BAJO	3	4.7
ALTO	61	95.3
TOTAL	64	100

Fuente: Proyecto ADAMFACSQ

En la tabla 13, se observa que en la dimensión equivalente fisiológico se presenta un alto nivel del 95.3% y un 4.7% presenta un nivel bajo en los adultos mayores frágiles atendidos en el Centro De Salud La Querencia.

Tabla 14: Niveles de Depresión según la Dimensión Equivalente Psicológico de los adultos mayores frágiles.

DEPRESION: DIMENSIÓN EQUIVALENTE PSICOLÓGICO	FRECUENCIA	%
BAJO	6	9,4
ALTO	58	90,6
TOTAL	64	100

Fuente: Proyecto ADAMFACSQ

En la tabla 14, se evidencia que en la dimensión equivalente psicológico el 90,6% presenta un nivel alto y un 9,4% un nivel bajo en los adultos mayores frágiles atendidos en el Centro De Salud La Querencia.

V. DISCUSIÓN

1. El envejecimiento humano es un proceso que se caracteriza por la pérdida progresiva de las capacidades físicas y cognitivas. Es un estado no específico de incremento de riesgo, el cual refleja cambios fisiológicos multisistémicos que se encuentran asociados con la edad. La fragilidad incrementa la vulnerabilidad de los individuos para muchos efectos deletéreos tales como el riesgo del miedo a caerse, de inmovilidad, de fractura de cadera y de muerte (Fried 2001; Morley, Perry, y Miller 2002).
2. Estimamos que la educación es un factor de suma relevancia para la salud, ya que bien informados mejoraría los conocimientos y por ende les permitiría tener una participación activa y poder adoptar estilos de vida favorables para su bienestar.
3. A lo mismo el poder contar con una pareja, es importante ya que puedan apoyarse de forma emocional, física y puedan enfrentarse a las adversidades que se les presente, poder tomarlo de forma positiva.
4. En nuestro trabajo de investigación hemos encontrado un gran porcentaje de adultos mayores frágiles que solo cuentan con estudios primarios o son analfabetos, coincidiendo con el trabajo de Licas (2016), en donde encontró mayor población del sexo femenino un 84,9%, la población en su mayoría son casados 39,7% y tiene un alto porcentaje que solo cuenta con estudio primario.
5. Donayre (2015), muestra en su trabajo de investigación que el 63,6% cuentan con un nivel de instrucción primaria y el 77.3% se encuentran en un estado de abandono en la zona de Punchana-Iquitos, en nuestra investigación encontramos un alto índice de población que solo cuenta con primaria y un 23,4% en estado de abandono.
6. Con respecto al nivel de depresión hallamos un nivel alto en depresión moderada un 43,8%, dichos resultados guardan relación con los encontrados por Casas Rosas (2017), en su investigación acerca de los

niveles de depresión en los adultos mayores en el Centro de Salud Ventanilla-Alta que encontró que el 49% sufren de depresión moderada seguida por la depresión leve y finalmente depresión severa.

7. En el estudio que realizó Huaypuma y Navarro (2016), encontraron mayor población femenina, predominó la depresión moderada y un alto porcentaje de ansiedad la cual concuerda con nuestro trabajo de investigación.
8. Algorañaz (2017), en la Paz Bolivia refleja en su investigación que un 90% de adultos mayores sufren algún tipo de depresión sea severa o moderada y solo un 10% no padece de depresión. Sin embargo, López y compañeros (2015) evidencian que el 50,69% de adultos mayores padecen de depresión establecida, predominando más en las mujeres. Mientras Silva y Vivar (2015) en Cuenca Ecuador muestran en su investigación que el 50% de adultos mayores padecen de depresión, el 25% leve, mientras que el otro 25% entre moderada y grave.
9. Asimismo debemos de manifestar otros autores en otros estudios, como es el caso de Odar (2014), Y Acosta (2016), en sus trabajos de investigación hallaron como resultado, un alto porcentaje donde los adultos mayores no sufren de depresión, los cuales no concuerda con nuestro trabajo de investigación; por tanto debemos de expresar que en términos generales los resultados obtenidos en nuestro estudio responden a un escenario socio geográfico particular y solo es válido para el contexto mencionado.
10. Finalmente, a modo de resumen podemos afirmar que la mayor proporción de estudios concuerdan con la descripción respecto a la magnitud y las características de la ansiedad y la depresión en los adultos mayores frágiles siendo como sigue: en cuanto a la ansiedad según el Test de Zung los niveles se encuentran de la siguiente forma: 60,9% (39) sufren de ansiedad mayor, 35,9% (23) sufren de ansiedad menor y el 3,1% (2) no presentan ansiedad. Respecto a las dimensiones tenemos que el 65,9% (42) presentan un alto nivel afectada en la dimensión somática y en la dimensión psíquica solo presenta un 35,9% (41) de nivel afectado.

11. Respecto a la depresión, según el Test de Hamilton el 43,8% (28) padecen de depresión moderada, el 40,6% (26) padecen de depresión leve, el 12,5% (8) no presentan depresión y el 3,1% (2) padecen de depresión severa. En cuanto a las dimensiones la que se encuentra mayor afectada es la dimensión fisiológica con un 95,3% (61), seguida de la dimensión psicológica con un 90,6% (58) y la dimensión afectivo persistente con un 35,9% (23).

VI. CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación permitió plantear las siguientes conclusiones:

Primera

La mayoría de los adultos mayores frágiles atendidos en el Centro de Salud La Querencia presentan ansiedad mayor, existiendo un grupo menor con ansiedad menor y en mínima cantidad que no presenta ansiedad. Referente a la depresión hay una pequeña similitud entre depresión moderada y leve, y en menos porcentaje no presentan depresión.

Segunda

La mayoría de los adultos mayores frágiles no hay mucha diferencia entre el sexo femenino y del sexo masculino que presentan ansiedad.

Tercera

Los adultos mayores frágiles del sexo masculino presentan mayor depresión que el sexo femenino.

Cuarta

La mayoría de los adultos mayores se ve afectado en la dimensión somática en mayor porcentaje que la dimensión psíquica.

Quinta

Con respecto a la dimensión fisiológica y psicológica hay una similitud por tanto con menor frecuencia en la dimensión afectiva persistente.

VII. RECOMENDACIONES

Primera

La población que ha sido considerada es vulnerable a presentar rasgos de depresión y/o ansiedad en diferentes niveles, por ello es importante tenerlo en cuenta para otras investigaciones, no solo a nivel clínico sino también en el ámbito social, involucrando y educando a los familiares.

Segunda

El personal del Centro de Salud La Querencia, tomen en consideración estos resultados y hallazgos del presente estudio y elabore estrategias de abordaje que permitan disminuir el nivel de ansiedad y depresión en el adulto mayor frágil.

Tercera

Sensibilizar y fortalecer las capacidades técnicas del personal de salud para la detección precoz y manejo de esta entidad, así como la coordinación y referencia oportuna a servicios con capacidad resolutive.

Cuarta

Mejorar e implementar estrategias que contribuyan a la salud emocional y mental del adulto mayor frágil.

Quinta

Realizar talleres de actividades con el fin de interactuar y compartir con los adultos mayores frágiles.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Acosta A. (2016)**, en Cartagena-Colombia, en su trabajo de investigación “Prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor en los Centros de Vida en Cartagena”. (tesis de pregrado Universidad Cartagena) recuperado de <http://www.scribd.com/document/355630074/>
2. **Algarañaz M. (2017)**, en La Paz-Bolivia, realizó un artículo de investigación titulada “Prevalencia del estado depresivo y los procesos de adaptación social en los adultos mayores del hogar de San Ramón”. (tesis de pregrado Universidad Mayor de San Andrés) Recuperado de <http://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/11697>.
3. Ansiedad en la Vejez. <http://elhispanonewspaper.com/ansiedad-en-la-vejez/Septiembre 26, 2013>
4. Ansiedad para Dummies. 1° edición autor Dr. Charles H. Elliott y Dra. Laura Smith
5. Ansiedad en las personas mayores 5 de diciembre de 2013 <http://www.consumer.es/web/es/salud/psicologia/2013/11/18/218619.php>
6. Casas Rojas A. (2017). En Ventanilla – Perú, realizo un estudio de “Los niveles de depresión en pacientes adultos mayores que asisten al C.S Ventanilla-Alta. (tesis de pregrado, universidad Inca Garcilaso de la Vega)
7. Recuperado de <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1537>
8. Cepal. 2017. En este contexto, la CEPAL ha hecho una enorme contribución a la construcción de las cuestiones de las personas mayores como asuntos de derechos humanos. <http://www.salud180.com/adultos-mayores/57-millones-de-adultos-mayores-en-america-latina-y-el-caribe>
9. Donayre R (2015), En Punchana – Iquitos – Perú, se presentó la investigación de “Prevalencia de depresión en los adultos mayores del asilo de ancianos “San Francisco de Asís” de la ciudad de Iquitos, 2015 (tesis de pregrado, Universidad Nacional de la Amazonia peruana). Recuperado de <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3980>

10. Factores psicosociales asociados a la depresión en el adulto mayor del centro poblado los coronados Mochumi – Lambayeque 2016. <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/760/1/MONTENEGRO%20VALDIVIA%20JESSICA%20DEL%20MILAGRO%20y%20SANTISTEBAN%20BALDERA%20YESSICA%20MEDALY.pdf>
11. Geriátría clínica 4° edición autor Kane – Ouslander – Abrass
12. **H., López Y., Vázquez J., Hernández R. (2015)**, en la Habana-Cuba, en su sección de investigación “Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor (revista Medimay, de ciencias médicas de Mayabeque) Recuperado de <http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/>
13. <https://edukavital.blogspot.pe/2013/03/adulto-mayor.html>
14. https://psicologiaymente.net/clinica/escala-autoestima-rosenberg_test
15. https://www.cepal.org/sites/default/files/styles/infographic_aspect_switcher/public/infographic/images/personas_mayores.jpg?itok=lr5n5Vuv×tam p=1425998641
16. <http://www.cubadebate.cu/noticias/2016/10/01/el-envejecimiento-en-america-latina/#.WoXJtIPOXIU>
17. Huaypuna A. Y Navarro E. (2016). En Uchumayo – Arequipa – Perú, realizó el estudio de “Relación entre depresión y ansiedad en los adultos mayores del club de paz y amor Congata de Uchumayo Arequipa, 2016”. (tesis de pregrado Universidad Ciencias de la salud). Recuperado de <http://repositorios.ucs.edu.pe/handle/ucs/9>
18. Licas M (2016). En S.J.M. hicieron un estudio “Nivel de Depresión del adulto mayor en un Centro de atención integral S.J.M- V.M.T 2014”. (tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos) Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4159>
19. Manual de bolsillo de psiquiatría clínica. Kaplan y Sadock 5° edición

20. Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales DSM – 5 5ª edición
21. Minsa. 2005. Lineamiento 2005. www.minsa.gob.pe
22. **Odar G. (2014)**. En Reque – Chiclayo – Perú, realizó el estudio de “Prevalencia de trastornos depresivos en adultos mayores que conforman el Centro integral del adulto mayor de Reque. Chiclayo- Perú”. (tesis de pregrado, Universidad Cesar Vallejo) Recuperado de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/ucv/>
23. OMS. 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/> Envejecimiento y salud
24. Propiedades psicométricas de la escala de depresión geriátrica en los programas integrales de adulto mayor de Trujillo. <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/262>
25. Psiquiatría fundamentos de medicina. 5ª edición autor Ricardo José Toro Greiftenstein- Luis Eduardo Yepes Roldan – Carlos Alberto Palacios Acosta
26. La Tercera Edad 1ª edición autor Dra. María Eloísa Álvarez del Real
27. Silva G., Vivar V (2015), en Cuenca – Ecuador, en su trabajo de estudio de “factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado”. (tesis de pregrado Universidad de Cuenca)
28. Trastornos de ansiedad en el anciano M.D. Franco-Fernández a, R. Antequera-Jurado Viguera Editores SL 2009. PSICOGERIATRÍA 2009; 1: 37-47 https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0101/0101_37_47.pdf
29. Psicopsi.com
30. Unidad Editorial Revistas, S.L.U. 2015. Todos los derechos reservados jueves 10 de diciembre de 2015 - a las 14:00h. <http://www.cuidateplus.com/enfermedades/psiquiatricas/ansiedad.html>
31. www.guiasalud.es

ANEXOS

Anexo N° 01: Matriz de Consistencia

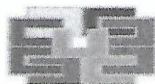
TEMA: Depresión y Ansiedad en el Adulto Mayor Frágil atendidos en el Centro de Salud La Querencia - 2018						
Problema	Objetivos	Hipótesis	variables			
<p>Problema Principal PP ¿Cuál es el nivel de ansiedad y depresión en el adulto mayor frágil atendidos del centro de salud "la Querencia" 2018?</p> <p>Problema Especifico PE1: ¿Cuál es la prevalencia de ansiedad según sexo de los adultos mayores frágiles atendidos en el Centro de Salud la Querencia 2018?</p> <p>PE2: ¿Cuál es la prevalencia de depresión según sexo de los adultos mayores frágiles atendidos en el Centro de Salud la Querencia 2018?</p> <p>PE3: ¿Cuál es el nivel de ansiedad según en la dimensión somática y psíquica de los adultos mayores frágiles atendidos en el Centro de Salud La Querencia 2018?</p> <p>PE4:</p>	<p>Objetivo Principal OP Determinar el n nivel de ansiedad y depresión en el adulto mayor frágil atendidos del centro de salud "la Querencia" 2018</p> <p>Objetivo Especifico OE1: ¿Determinar la prevalencia de ansiedad según sexo de los adultos mayores frágiles atendidos en el Centro de Salud la Querencia 2018?</p> <p>OE2: Determinar la prevalencia de depresión según sexo de los adultos mayores frágiles atendidos en el Centro de Salud la Querencia 2018</p> <p>OE3: determinar el nivel de ansiedad según en la dimensión somática y psíquica de los adultos mayores frágiles atendidos en el Centro de Salud La Querencia 2018</p> <p>OE4: Determinar el nivel de depresión según en</p>	<p>No es pertinente formular hipótesis por ser un estudio descriptivo</p>	Variable: Ansiedad			
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Números rangos
			Ansiedad psíquica	1 2 3	1,2,3,4,5,6 y 14	0-5 no ansiedad 6-14 ansiedad menor

¿Cuál es el nivel de depresión según en las dimensiones afectivo persistente, equivalentes fisiológicos y equivalentes psicológicos de los adultos mayores frágiles atendidos en el Centro de Salud La Querencia 2018?	las dimensiones afectivo persistente, equivalentes fisiológicos y equivalentes psicológicos de los adultos mayores frágiles atendidos en el Centro de Salud La Querencia 2018	Ansiedad somática	4	7,8,9,10,11,12 y 13	15 a más ansiedad mayor
		Variable: Depresión			
		Afectivo persistente Equivalentes fisiológicos	Muy pocas veces Algunas veces Muchas veces	1 y 3 2,4,5,6,7,8,9y 10 13,12,11,18,14,16,15,20,17 y19	40 ausencia de depresión 40-49 depresión leve 50-59 depresión moderada 60-69 depresión severa 70 depresión crónica
	Equivalentes psicológicos	Casi siempre			

Anexo N° 02: Matriz de Operacionalización

Variables	Dimensiones	Indicadores	Numero de ítems	Escala de medición	Niveles y rangos
ANSIEDAD	Ansiedad psíquica	1,2,3,4,5,6 y 14	7	Ordinal	0-5 no ansiedad
	Ansiedad somática	7,8,9,10,11,12 y 13	7		6-14 ansiedad menor 15 a más ansiedad mayor
DEPRESION	Afectivo persistente	1 y 3	2	Ordinal	-40 ausencia de depresión
	Equivalentes fisiológicos	2,4,5,6,7,8,9 y 10	8		40-49 depresión leve
	Equivalentes psicológicos	13,12,11,18,14,16,15,20,17 y 19	10		50-59 depresión moderada 60-69 depresión severa +70 depresión crónica

ANEXO N°03



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA

"El Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

HOJA DE CONSENTIMIENTO

Huaral, 14 Mayo de 2018

El que suscribe ARTEMIO ANDRADE CALLUPE, Jefe del Centro de Salud La Querencia de la provincia de Huaral, **da el consentimiento** para que los investigadores MELISSA PALACIOS MENDOZA Y SOFÍA DEL ROSARIO BALCAZAR SAENZ apliquen su trabajo de Investigación titulada "**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR FRÁGIL ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD LA QUERENCIA 2018**", con los Adultos Mayores Frágiles Atendidos en el Centro de Salud La Querencia, institución que me honro en dirigir.

Se concede el presente documento para los fines pertinentes de las interesadas.

ATTE.


GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
CLAS AGREGADO "LA QUERENCIA"

Lic. Enf. ARTEMIO R. ANDRADE CALLUPE
C.E.P. 36592
GERENTE

ANEXO N°04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Usuario:

El propósito de esta ficha de consentimiento es hacer de su conocimiento que nos encontramos en proceso de desarrollo de un proyecto de investigación denominado “Ansiedad y Depresión en el Adulto Mayor Frágil Atendidos en el Centro de Salud La Querencia– 2018”. El objetivo del estudio es conocer las características de la ansiedad y depresión en los adultos mayores frágiles, para poder prevenir con anticipación y salvaguardar la calidad de vida, dicha investigación será conducida por las Bachilleres Sofía del Rosario Balcázar Sáenz y Melissa Palacios Mendoza de la Universidad Privada Telesup.

De aceptar participar en este proyecto, dar su conformidad el haber sido informado de todos los procedimientos, en caso tenga alguna duda a las preguntas efectuadas, solicitará explicación de cada una de ellas.

De antemano agradezco su apoyo en contribuir con una investigación que ayudará a facilitar alcances necesarios para mejorar la autoestima en los escolares.

Fecha:.....

Nombre y Apellido del Participante:.....

Número de DNI:

.....
Firma del Participante

ANEXO N°05

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Ansiedad y Depresión en el Adulto Mayor Frágil Atendidos en el Centro de Salud La Querencia– 2018”

I. DATOS GENERALES:

1. Edad: años
2. Sexo: M F
3. Estado Civil: _____
4. Grado de Instrucción: _____
5. Sector donde vive: _____
6. Religión: _____
7. Procedencia: _____

II. RED SOCIAL DE APOYO

8. Estado de Abandono:

III. APLICACIÓN DEL TEST (Resultados)

9. Resultado de aplicación de test:

- a. Depresión:

Total de puntaje: _____

- b. Nivel de depresión: _____

- c. Ansiedad:

Total de puntaje: _____

- d. Nivel de ansiedad: _____

ANEXO N° 06

INSTRUMENTO TEST DE HAMILTON

TEST DE HAMILTON ANSIEDAD	A	L	M	G	M
	U	E	O	R	U
	S	V	D	A	Y
	E	E	E	V	
	N		R	E	G
	T		A		R
	E		D		A
			O		V
					E
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor,	0	1	2	3	4

sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborismos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.

12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

ANEXO N^o 07

INSTRUMENTO TEST DE ZUNG

	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. Me siento triste y decaído	1	2	3	4
2. Por las mañanas me siento mejor	4	3	2	1
3. Tengo ganas de llorar y a veces lloro	1	2	3	4
4. Me cuesta mucho dormir por las noches	1	2	3	4
5. Como igual que antes	4	3	2	1
6. Aún tengo deseos sexuales	4	3	2	1
7. Noto que estoy adelgazando	1	2	3	4
8. Estoy estreñado	4	3	2	1
9. El corazón late más rápido que antes	1	2	3	4
10. Me canso sin motivo	1	2	3	4
11. Mi mente esta tan despejada como antes	4	3	2	1
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes	4	3	2	1
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	1	2	3	4
14. Tengo confianza en el futuro	4	3	2	1
15. Estoy más irritable que antes	1	2	3	4
16. Encuentro fácil tomar decisiones	1	2	3	4
17. Siento que soy útil y necesario	4	3	2	1
18. Encuentro agradable vivir	4	3	2	1
19. Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto	1	2	3	4
20. Me gustan las mismas cosas que antes	4	3	2	1

ANEXO N°08

MATRIZ DE DATOS

	resultado_ansiedad_somática	resultado_afectivo_persistente	resultado_equivalente_fisiológicos	resultado_Equivalentes_psicológicos
1	1	1	2	2
2	1	2	2	2
3	2	2	2	2
4	2	2	2	2
5	2	2	2	2
6	2	2	2	2
7	2	2	2	1
8	2	2	2	2
9	2	2	2	2
10	1	2	2	2
11	1	1	2	1
12	2	2	2	2
13	2	2	2	2
14	1	1	2	2
15	2	1	2	2
16	1	1	2	2
17	2	2	2	2
18	1	1	2	2
19	2	2	2	2
20	2	2	2	2
21	1	1	2	2
22	2	2	2	2
23	2	2	2	2

	persona	vida	sexo	edad	instruccion	ci	estado	religion	estado_aban_dono	procedencia	td1	td2	td3	td4	td5	td6	td7	td8	td9	td10	td11	td12	td13	td14	td15	td16	td17
24	p24	2	2	80	1	.	5	1	1	3	2	3	2	3	3	4	2	4	2	2	3	2	3	3	3	3	3
25	p25	2	2	84	2	2	5	1	2	1	3	4	2	2	2	4	1	4	2	2	2	2	3	3	1	3	2
26	p26	2	2	81	2	2	2	1	2	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	2	2	3	2	3	3	2	3
27	p27	2	1	80	1	.	2	1	2	3	3	3	3	3	4	4	1	4	2	1	3	3	2	4	1	2	4
28	p28	2	2	80	1	.	5	1	2	1	3	2	1	3	2	4	1	3	1	2	3	2	3	3	2	2	3
29	p29	2	2	82	1	.	1	1	2	3	1	2	2	3	2	4	1	3	2	2	2	3	2	3	1	1	2
30	p30	2	1	92	1	.	2	1	2	2	1	2	1	1	3	3	1	3	1	2	1	4	2	2	1	3	3
31	p31	2	1	86	2	.	2	1	2	1	3	4	2	4	2	3	1	3	2	1	2	2	3	4	3	2	2
32	p32	2	2	90	1	.	5	1	1	3	4	2	3	4	3	4	1	1	3	3	2	3	1	4	2	1	4
33	p33	2	1	94	1	.	2	1	2	3	4	3	2	3	3	4	3	2	3	3	4	4	1	3	3	1	4
34	p34	2	1	89	1	.	2	1	2	3	1	2	1	1	2	3	1	3	1	1	2	3	2	2	2	3	2
35	p35	2	2	87	1	.	5	1	2	3	1	3	2	3	2	2	1	4	2	3	2	2	1	4	3	3	3
36	p36	2	2	87	1	.	1	1	2	1	1	1	1	1	3	4	3	3	1	1	4	1	2	1	2	3	1
37	p37	2	1	80	2	.	2	1	2	3	1	3	2	3	3	3	1	4	2	2	2	2	3	2	3	3	1
38	p38	2	1	80	1	.	2	1	2	2	3	3	3	2	4	4	2	3	3	2	3	4	2	4	2	2	3
39	p39	2	2	80	1	.	1	1	2	1	2	3	1	2	2	4	2	4	2	3	3	3	1	2	2	1	2
40	p40	2	2	81	1	.	1	1	2	1	3	4	2	1	3	4	2	4	2	3	3	2	1	3	3	2	4
41	p41	2	2	83	2	.	2	1	2	3	3	3	3	3	2	4	1	2	2	2	4	2	3	4	3	2	4
42	p42	2	2	88	2	.	5	1	2	3	1	2	1	1	2	3	1	4	1	1	1	3	1	2	1	4	2
43	p43	2	2	94	2	.	5	2	2	3	1	1	2	1	3	3	1	2	1	2	2	3	1	2	1	3	2
44	p44	2	1	82	1	.	3	2	2	1	2	4	2	3	4	3	4	2	2	2	2	4	2	4	1	2	4
45	p45	2	1	80	2	.	5	1	1	3	2	3	1	3	2	1	2	3	2	1	3	1	3	3	4	2	1

	td18	td19	td20	puntaje1	diagnostico1	ta1	ta2	ta3	ta4	ta5	ta6	ta7	ta8	ta9	ta10	ta11
24	3	1	3	54	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	0	1
25	2	1	3	48	2	1	1	1	2	0	1	2	2	1	1	0
26	3	1	3	56	3	4	4	3	4	2	2	2	2	2	3	1
27	3	2	3	55	3	2	1	0	3	1	1	2	0	2	1	2
28	3	1	3	47	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1
29	2	1	2	42	2	2	2	1	3	3	2	3	2	2	2	1
30	2	1	2	39	1	0	1	1	0	0	0	1	2	1	0	1
31	2	2	2	49	2	2	2	3	1	2	1	1	1	1	0	0
32	4	3	3	54	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	1
33	3	2	2	57	3	3	3	1	4	1	2	3	1	2	2	2
34	2	1	2	37	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1
35	3	1	3	49	2	1	2	2	2	1	1	2	1	0	1	1
36	1	1	1	36	1	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0
37	2	1	2	45	2	1	1	1	0	3	0	1	3	2	1	2
38	2	2	2	54	3	1	1	1	2	1	1	3	2	2	2	1
39	3	1	3	46	2	2	1	2	2	1	2	3	2	2	1	1
40	3	1	3	53	3	2	2	1	0	2	2	3	3	3	2	1
41	4	1	4	53	3	1	2	2	2	2	1	3	2	2	2	3
42	2	1	2	36	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0
43	2	1	3	37	1	2	2	0	0	1	1	2	2	1	1	0
44	1	4	4	56	2	2	3	1	2	0	1	2	1	2	1	4
45	2	4	3	45	2	2	1	0	2	0	2	1	0	1	0	1
46	3	1	1	38	1	1	1	1	0	1	1	3	2	1	0	0

	ta12	ta13	ta14	puntaje2	diagnostico2	Ansiiedad_psiqica	Ansiiedad_somática	Afectivo_persiste...	Equivalentes_fisiológic...	Equivalentes_psiológic...	resultado_ansiiedad_psiqica
24	1	1	1	23	3	14	9	4	23	27	2
25	0	0	1	13	2	7	6	5	21	22	1
26	1	1	2	33	3	21	12	6	25	25	2
27	2	0	1	18	3	9	9	6	22	27	2
28	0	1	2	21	3	12	9	4	18	25	2
29	1	0	1	24	3	14	11	3	19	20	2
30	1	1	1	10	2	3	7	2	16	21	1
31	0	0	1	15	3	12	3	5	20	24	2
32	1	2	2	31	3	18	13	7	21	27	2
33	3	1	2	30	3	16	14	6	24	27	2
34	1	1	1	9	2	3	6	2	14	21	1
35	3	1	1	19	3	10	9	3	20	25	2
36	2	2	1	9	2	2	7	2	17	17	1
37	1	1	1	18	3	7	11	3	21	21	1
38	1	1	2	21	3	9	12	6	23	26	2
39	0	0	1	20	3	11	9	3	22	21	2
40	1	1	2	25	3	11	14	5	23	25	2
41	1	1	2	26	3	12	14	6	19	31	2
42	1	1	1	7	2	2	5	2	15	19	1
43	0	0	1	13	2	7	6	3	14	20	1
44	2	1	1	23	3	10	13	4	24	28	2
45	2	2	1	15	3	8	7	3	17	26	2
46	0	0	0	11	2	5	6	3	17	20	1

	resultado_ansiedad_somática	resultado_afectivo_persistente	resultado_equivalente_fisiológicos	resultado_Equivalentes_psicológicos
45	1	1	2	2
46	1	1	2	2
47	1	1	2	2
48	2	2	2	2
49	2	2	2	2
50	2	2	2	2
51	2	1	2	2
52	2	2	2	2
53	2	2	2	2
54	1	2	2	1
55	2	2	2	2
56	1	1	2	2
57	2	2	2	2
58	2	2	2	2
59	1	1	2	2
60	2	1	2	2
61	2	2	2	2
62	2	2	2	2
63	1	2	2	2
64	2	2	2	1
65	.	.	.	.
66	.	.	.	.
67	.	.	.	.

ANEXO Nº 09

FOTOS





