

UNIVERSIDAD GABRIELA MISTRAL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA



PREVALENCIA DE LAS ALTERACIONES DEL ÁNIMO EN ADULTOS MAYORES  
INSTITUCIONALIZADOS. CASO ELEM SAN ANDRÉS, SANTIAGO DE CHILE EN EL AÑO 2020

AUTORES:

Ivanna Becerra Alarcón

Railin García Moreno

PROYECTO DE TÍTULO PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIATURA EN  
ENFERMERÍA

PROFESOR GUÍA:

René Rivera Bilbao

MARZO 2021

SANTIAGO DE CHILE

## **AGRADECIMIENTOS**

### **Investigadora Ivanna Marión Becerra Alarcón**

Agradezco principalmente a Dios por brindarme la instancia de acceder a educación universitaria y acompañarme a lo largo de todo mi proceso educacional brindándome confianza y fuerza para no desistir pese a los inconvenientes que se dieron en el camino. A la red ELEAM y a la residencia San Andrés de Estación central por otorgarnos el acceso.

A la maestría que me instruyó desde un inicio y me brindó instancias de aprendizaje donde comprendí la significancia de la integralidad, que me da hoy en día las herramientas necesarias para visualizar al prójimo con empatía y vocación. Además de la maestría del profesor Rene Rivera Bilbao, tutor guía de nuestra tesis de grado que nos brindó instancias reiteradas de retroalimentación y jornadas de aprendizaje.

Por otro lado, agradecer profundamente a mi compañera y amiga Railin García Moreno por su paciencia y armonía ante la vida, por su contención y disponibilidad, al igual que a su familia por recibirme en su hogar.

Mis mayores agradecimientos son dirigidos a mi familia, que representan el pilar más fundamental en mi vida y son las personas que más me apoyaron durante este largo proceso, principalmente a mi mamá y papá por permitirme siempre darle prioridad a mis estudios, a mi hermana pequeña y abuelos por darme la fortaleza, perseverancia y resiliencia.

### **Investigadora Railin Angélica García Moreno**

Agradezco a Dios por sobre todas las cosas por llenarme de sabiduría y conocimiento al momento de realizar esta investigación, también agradecer a todas las personas que hicieron posible la ejecución de la misma los directivos de la Red ELEAM que nos permitieron entrar satisfactoriamente al recinto para llevar a cabo nuestro proyecto.

Darle gracias a nuestro tutor metodológico el Profesor: Rene Horacio Rivera Bilbao para la paciencia y la vocación como profesional en guiarnos durante todo el camino de ejecución.

Un especial agradecimiento a mi compañera de Tesis Ivanna Becerra Alarcón por ser la mejor compañera de trabajo que pudiera haber elegido, una joven comprometida con nuestra investigación con una inmensa sabiduría e inteligencia propias de una futura profesional enfermería.

Entre mis agradecimientos está mí pilar fundamental de fuerza mis padres quienes siempre han estado para apoyarme en todo momento, quienes han estado para mí en toda mi carrera dándome fuerza y aliento para no desistir.

## **DEDICATORIAS**

### **Investigadora Ivanna Marión Becerra Alarcón**

Este arduo trabajo se lo dedico a mi familia, principalmente a mi papá y mamá que son los principales responsables de hacer que mi educación profesional fuera posible bajo sus constantes esfuerzos, además de brindarme todas las instancias facilitadoras en pro de mi educación, apoyarme y escucharme siempre.

Decirles que son mi pilar fundamental en la vida y que todo mi esfuerzo ha sido siempre pensando en ustedes, son mi ejemplo a seguir y la motivación más grande en mi vida.

A mi hermana pequeña Amanda que me da energía, vitalidad, felicidad y motivación en los momentos más difíciles.

A mis abuelos que me educaron desde pequeña y siempre me inspiraron a estudiar, por su apoyo incondicional y por siempre hacerme sentir capaz de todo.

### **Investigadora Railin Angélica García Moreno**

Quiero dedicarle esta tesis a una persona muy especial en mi vida que ya no se encuentra físicamente en este plano terrenal, pero que ha formado parte vital de mi vida mi abuelo José Antonio Moreno quien a través de un sueño luego de fallecer en mayo del 2020 me dijo que me acompañaría siempre, se lo dedico a él mi ángel de la guarda.

## ÍNDICE

Agradecimientos.....	2
Dedicatoria.....	3
Resumen/ Abstract.....	9-10
CAPÍTULO I. Introducción.....	11-12
CAPÍTULO II. Planteamiento del problema	
2.1 Formulación del problema.....	13-14
2.2 Objetivos de investigación.....	14
2.3 Pregunta de investigación.....	14
2.4 Delimitación del problema.....	15
2.5 Finalidad de la investigación.....	15-16
2.6 Viabilidad de la investigación.....	16
2.7 Hipótesis.....	17
CAPÍTULO III. Marco teórico	
3.1 Marco referencial.....	18
3.1.1 (Jürschik, 2013) .....	18
3.1.2 (Mühlenbrock, 2011) .....	18-19
3.1.3 (Estrada, 2012) .....	19
3.2 Marco teórico.....	19
3.2.1 Definición de adulto mayor.....	19-20
3.2.2 Envejecimiento.....	20
3.2.3 Vejez.....	20
3.2.4 Ancianidad.....	21
3.2.5 Fragilidad en el adulto mayor.....	21
3.2.6 Epidemiología del adulto mayor.....	21

3.2.7 Alteraciones del ánimo en la población de adultos mayores en Chile.....	22
3.2.8 Psicogerontología.....	22
3.2.9 Definición de depresión.....	23
3.2.10 Concepto de trastornos del ánimo.....	23
3.2.11 Salud mental.....	24
3.2.12 Etiología.....	24
3.2.13 Factores biológicos.....	24-25
3.2.14 Limitaciones funcionales.....	25
3.2.15 Factores psicológicos.....	26
• Personalidad.....	26
• Soledad.....	26-27
• Insatisfacción personal.....	27-28
• Pérdida y duelo.....	28
• La muerte del cónyuge e hijos.....	28-29
• Pérdidas múltiples.....	29
3.2.16 Factores sociales.....	29
• Redes de apoyo social y familiar.....	30
• Rol social del adulto mayor.....	30-31
• Actividades recreativas.....	31
• Infantilización del adulto mayor.....	31-32
3.2.17 Factores institucionales.....	32
• Causas frecuentes de institucionalización.....	32
3.2.18 Prevalencia de depresión en el adulto mayor institucionalizado.....	33
3.2.19 Entornos adaptados.....	33
3.2.20 Establecimientos de larga estadía para adultos mayores.....	34
3.2.21 Instrumentos de valoración.....	34
• Valoración Geriátrica.....	34

•	Pesquisa precoz de síntomas depresivos: Yesavage.....	34
•	Funcionalidad.....	35
•	Medición de funcionalidad.....	35-36
3.2.22	Consecuencias de la depresión en adultos mayores.....	36-37
3.2.23	Pandemia.....	37
•	SAR-COVID19.....	37
CAPÍTULO IV. Diseño metodológico de la investigación		
4.1	Diseño de la investigación.....	38
4.2	Tipo de estudio.....	38
4.3	Variables.....	39-40
4.4	Unidad de estudio.....	40
4.5	Población.....	40
4.6	Muestra.....	40
4.7	Instrumentos.....	41
4.8	Plan de trabajo.....	41
4.9	Presupuesto.....	42
CAPÍTULO V. Presentación y análisis de datos		
5.1	Introducción.....	43
5.2	Presentación de datos.....	44-64
5.3	Análisis de datos.....	65-79
5.4	Resumen.....	80-81
CAPÍTULO VI. Conclusiones..... 82-83		
CAPÍTULO VII. Proyecciones internas y externas		
•	Proyecciones internas.....	84
•	Proyecciones externas.....	85
CAPÍTULO VIII. Bibliografía..... 86-88		

## CAPÍTULO IX. Anexos

Anexo n° 1: Escala de depresión geriátrica Yesavage.....	89
Anexo n° 2: Actividades básicas de la vida diaria Barthel.....	90
Anexo n° 3: Cuestionario sociodemográfico.....	91-94
Anexo n° 4: Presentación porcentual de datos.....	95
Índice de Gráficos	
Gráfico 1: Prevalencia de las alteraciones del ánimo según Yesavage.....	45
Gráfico 2: Proporción de mujeres y hombres AM institucionalizados.....	46
Gráfico 3: Prevalencia de depresión geriátrica en mujeres según Yesavage.....	47
Gráfico 4: Prevalencia de depresión geriátrica en hombres según Yesavage.....	48
Gráfico 5: Comparación entre géneros y escala de depresión geriátrica.....	49
Gráfico 6: Asociación edad y escala de depresión geriátrica.....	50
Gráfico 7: Asociación entre género femenino, edad y escala de depresión geriátrica.....	51
Gráfico 8: Asociación entre género masculino, edad y escala de depresión geriátrica.....	52
Gráfico 9: Comparación entre géneros, edad y escala de depresión geriátrica.....	53
Gráfico 10: Asociación nivel educacional, género femenino y Yesavage.....	54
Gráfico 11: Asociación nivel educacional, género masculino y Yesavage.....	55
Gráfico 12: Comparación nivel educacional, géneros y Yesavage.....	56
Gráfico 13: Estado civil en el AM.....	57
Gráfico 14: Asociación de AM con ECNT y puntaje Yesavage.....	58
Gráfico 15: Participación en actividades recreativas intra ELEAM.....	59
Gráfico 16: Comparación entre géneros, participación en act. recreativas y Yesavage.....	60

Gráfico 17: Asociación entre vinculación familiar, géneros y puntaje Yesavage..... 61

Gráfico 18: Clasificación de dependencia en el AM en Mujeres..... 62

Gráfico 19: Clasificación de dependencia en el AM en Hombres..... 63

Gráfico 20: Comparación entre géneros, nivel de dependencia y Yesavage..... 64

Índice de Tablas

Tabla 1: Variable A..... 39

Tabla 2: Variable B..... 40



## **RESUMEN**

Los adultos mayores representan a toda la población con 60 o más años de edad, es un grupo etario de riesgo que se encuentra propenso a desencadenar sintomatología asociada a alteraciones del ánimo y/o el padecimiento propiamente tal. Se ha podido evidenciar que los adultos mayores representan múltiples factores físicos, psicológicos y sociales incidentes, que predisponen las alteraciones del ánimo, considerándose la institucionalización como uno de los factores que predominan en el desarrollo y/o exacerbación en estos.

La institucionalización de los pacientes en establecimientos de larga estadía de adultos mayores (ELEAM), representa en muchas ocasiones sentimiento de abandono, pérdida de pertenencia en torno al cambio social, cultural y comunitario, además sentimiento de carga tanto para los cuidadores como para sus familiares a cargo, desencadenando tristeza permanente, desolación, angustia, desesperanza, entre otros. En consecuencia, el desarrollo o inicio de las alteraciones del ánimo en los adultos mayores institucionalizados es originado por ciertos factores que inciden en la prevalencia de estas; e identificar el comportamiento social de personas afectadas deja plasmada la correlación entre alteración del ánimo e impacto en la socialización-adaptación al nuevo entorno.

**Palabras Claves:** Adultos Mayores, Alteraciones del ánimo, Factores que inciden, institucionalización.

## **ABSTRACT**

Older adults represent the entire population aged 60 or over, it is a risk age group that is prone to triggering symptoms associated with mood disturbances and / or the condition itself. It has been possible to show that older adults represent multiple incident physical, psychological and social factors, which predispose mood alterations, considering institutionalization as one of the factors that predominate in their development and / or exacerbation.

The institutionalization of patients in long-stay facilities for the elderly (ELEAM), often represents a feeling of abandonment, loss of belonging around social, cultural and community change, as well as a feeling of burden for both caregivers and their families in charge, unleashing permanent sadness, desolation, anguish, hopelessness, among others. Consequently, the development or onset of mood disorders in institutionalized older adults is caused by certain factors that affect their prevalence; and identifying the social behavior of affected people shows the correlation between mood alteration and impact on socialization-adaptation to the new environment.

**Key Words:** Older Adults, Mood alterations, Factors that affect, institutionalization

## **CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN**

Para el desarrollo de la presente investigación de carácter descriptivo, se abordará una población de adultos mayores que surtirán de datos necesarios para establecer la alta incidencia de alteraciones del ánimo y la interrelación que existe entre sus múltiples factores. Tomando en consideración como un componente principal y proporcional a estos cuadros la institucionalización en centros de cuidado continuo.

Se plantea que para la recolección de datos de este estudio sea a través de una serie de instrumentos de fácil acceso y de manejo exclusivo del personal de salud en Chile descritos en el Manual de Aplicación de Medicina Preventiva del Adulto Mayor, los elementos que se encuentran dentro del apartado antes mencionado permitirán en la investigación analizar la proporción con la que estos cuadros de decaimiento se presentan en la población seleccionada a razón de elementos que socio demográficamente podrían variar. Es importante acotar que para el momento que se plantea el levantamiento de esta información a nivel mundial existe una Pandemia: Enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una ciudad o región. OMS 2020

El nombre que recibe esta Pandemia es SARS- COVID-19 enfermedad respiratoria que afecta en gran medida y gravemente a los pacientes geriátricos con mayor preponderancia, Se percibe que para el desarrollo de esta investigación existirá un tiempo prudente para la recolección de dichos datos ya que deberá realizarse en estricto rigor bajo las normas sanitaria estrictas propuestas por el ministerio de salud, ya que las casa de larga estadía son áreas de potencial riesgo como se menciona anteriormente. El levantamiento de los datos se procederá a realizar de forma presencial y los lineamientos que determine la institución asignada para la investigación.

Según el criterio asumido por el Gobierno de Chile, desde Naciones Unidas, establece a través de la Ley 19.828, creada por el SENAMA, que los adultos mayores son todas las personas con 60 o más años de edad, las cuales según el censo 2017 demográficamente la población chilena está envejeciendo aceleradamente. Dentro de este grupo etario las actividades de la vida diaria (AVD) se ven afectadas y/o enlentecidas por multicausalidades fisiológicas, patológicas y/o sociales, las cuales tienen impacto en la autonomía de la persona, en su autocuidado, y por consiguiente en su entorno familiar y/o comunitario, aumentando la necesidad de cuidado, ya sea por la supervisión médica o por la simple compañía que requieren socio afectiva mente.

En base a lo antes mencionado, dentro de la múltiples causas por las cuales se procede a la institucionalización de un paciente geriátrico resalta por sobre todo la sobrecarga familiar y/o falta

de cuidador, en algunos casos el maltrato e incluso por iniciativa propia, razón por la cual, se crearon establecimientos de larga estadía para personas adultas mayores, los cuales son residencias que deben contar con la autorización de la Secretaría Regional Ministerial de Salud del lugar al que corresponda, además contar con personal capacitado en cuidados integrales del adulto mayor, con un ambiente de hospedaje permanente protegido, donde brinden cuidado continuo, previniendo y manteniendo la salud, estimulando la funcionalidad de las personas y reforzando sus capacidades.

Es importante acotar que dentro de esta población se ha pesquisado la presencia de trastornos socio afectivo denominados alteraciones del ánimo de distinta índole, son frecuentes e incluso prevalentes sin embargo no son propios del envejecimiento y por ende, debe ser pesquisado de forma precoz para prevenir la aparición y posterior agravamiento. Debido a la amplia gama de trastornos anímicos, resulta sumamente dificultoso saber la procedencia de estos, sin embargo existen estudios previos que dejan en evidencia la existencia de patrones coincidentes entre los adultos mayores que nos ayudan a identificar el o los factores que exacerban los cuadros en cuestión, es por esto que el estudio presente tiene como objeto determinar la prevalencia de estas alteraciones del ánimo en la población geriátrica institucionalizada en el ELEM San Andrés, ubicado en Estación Central en el año 2020, en conjunto con la identificación o reconocimiento de las variables más incidentes y el impacto psicológico y social que este proceso de institucionalización tiene en los adultos mayores.

## **CAPÍTULO II. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

En las edades geriátricas se pueden evidenciar transiciones impactantes y estresantes que son complejas de asimilar y muchas veces tienen como efecto dolencias socio afectivas que se plasman en sufrimiento o desfiguración negativa de su autopercepción, desencadenando problemas psicopatológicos mayores tales como alteraciones del ánimo, que pueden ser de distinta índole y generar vulnerabilidad en las personas. Dado que los adultos mayores representan un deterioro significativo en las AVD, tienden a necesitar cuidados que pueden ser brindados por establecimientos de larga estadía, los cuales son alojamientos permanentes, encargados de brindar cuidados continuos e integrales, y son operacionales para personas adultas mayores que no pueden permanecer en su hogar por múltiples razones variables entre sí, y la institucionalización asociada a pérdidas y distanciamiento social con su entorno, podría representar uno de los factores desencadenantes y/o agravantes de los trastornos del ánimo, conjunto a una serie de factores predisponentes incidentes entre las personas de este rango etario.

Además, el diagnóstico de este tipo de padecimientos en los adultos mayores, suelen ser subvalorados por el personal de salud, debido a que se le atribuyen los síntomas depresivos, al proceso de envejecimiento fisiológico.

El envejecimiento se presenta como una evolución morfo fisiológica caracterizada por una serie de cambios graduales e irreversibles en el área psicológica, social y biológica sin patología asociada, pero que representa un deterioro significativo en las actividades de la vida diaria (AVD) y en la autonomía de las personas, pudiendo desencadenar una serie de consecuencias que van desde patología asociadas hasta la dependencia severa.

Las alteraciones del ánimo o trastornos de humor son trastornos afectivos que generan alteraciones emocionales que reducen el rendimiento general del adulto mayor, desencadenando dependencia o necesidad de cuidado cercano que podría ir en incremento, ya que los trastornos afectivos pueden acentuarse por falta de apoyo familiar, social y/o disminución evidente de interacciones sociales. Las alteraciones emocionales se subdividen en períodos de tristeza excesiva (depresión) y/o euforia excesiva (manía), especificando que pueden ser ambos al mismo tiempo (bipolaridad), y deterioran significativamente la capacidad funcional de la persona, en este rango etario la predominancia es depresiva.

El envejecimiento consta de procesos asociados a pérdidas, tales como muertes de amigos, cónyuge, empleo, entre otros, siendo estos uno de los factores que han provocado que en Chile, actualmente se presente un aumento significativo de pacientes geriátricos con sintomatología

depresiva, ubicando y reconociendo la depresión geriátrica como una de las 21 enfermedades prioritarias en los adultos mayores Chilenos.

Demográficamente hablando, se ha evidenciado que en el país, al igual que varios países del mundo, se encuentra en un proceso de transición epidemiológica, debido a que la esperanza de vida que existe en hoy en día, iguala y/o supera los 60 años, siendo este, un factor biológico desencadenante de múltiples afecciones físicas y mentales que progresan de forma gradual, aumentando la susceptibilidad a pluripatologías, propias de la edad y además condiciones de aislamiento social, discapacidades, baja productividad e incluso postración.

En virtud a lo antes expuesto, las alteraciones del ánimo son una serie de patologías multidimensionales con factores desencadenantes variables e inherentes a cada persona, sin embargo, en el caso de los pacientes institucionalizados existen características negativas propias de estos centros de cuidado, tales como el cambio de contexto social, el aislamiento con el medio, y además el sentimiento de carga e inutilidad.

En resumen, se establece que el problema se justifica directamente en el déficit de atención sanitaria oportuna y holística con énfasis en la salud mental de los adultos mayores, lo que se puede evidenciar bajo la carencia de pesquisa y la desestimación de sintomatología asociada a trastornos anímicos en este grupo etario.

## **2.2 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN**

### **2.2.1 Objetivo General**

Determinar la prevalencia de las alteraciones del ánimo en los adultos mayores institucionalizados del caso ELEAM San Andrés de Estación Central, 2020.

### **2.2.2 Objetivos Específicos**

- Establecer la incidencia de alteraciones del ánimo en los pacientes adultos mayores institucionalizados del caso ELEAM San Andrés.
- Identificar los factores predisponentes incidentes de las alteraciones del ánimo en adultos mayores institucionalizados del caso ELEAM San Andrés.

## **2.3 Pregunta de Investigación**

¿Cuál es la prevalencia de las alteraciones del ánimo de los adultos mayores institucionalizados y los factores predisponentes que más inciden en estas?

## **2.4 Delimitación del Problema**

El presente estudio se realizará a través de la Red ELEAM, una fundación que se encarga de apoyar a hogares o establecimientos de larga estadía de adultos mayores como es el caso del Hogar San Andrés ubicado en la comuna de Estación Central, dicha fundación tiene como objetivo la promoción del envejecimiento positivo y el bienestar integral de las personas que allí residen y que las hace más vulnerables.

En su haber esta red posee 227 hogares inscritos con las características necesarias para realizar nuestra investigación que están regulados por el decreto 14 del Ministerio de Salud, para fines específicos del estudio trabajaremos en San Vicente 1798 Comuna de Estación Central que cuenta con una población de 18 residentes en total, que están bajo el cuidado de un personal auxiliar de planta que cuenta con 7 personas de apoyo. Se realizará la investigación de forma presencial empleando las barreras sanitarias acorde a contexto pandemia, y bajo el respaldo de las autoridades pertinentes, haciendo una recolección de datos cuantitativos y cualitativos elaborados previamente, entre el mes de octubre y noviembre del 2020.

## **2.5 Finalidad de la investigación.**

El incremento de la esperanza de vida ha generado grandes cambios epidemiológicos y demográficos justificados en el aumento significativo de la proporción de personas mayores de 60 años en Chile y el mundo. Si bien, el envejecimiento poblacional puede ser mirado como un éxito de las políticas de salud, las personas adultas mayores presentan transiciones complejas debido al declinar fisiológico irreversible, donde la disminución física y mental desencadenan afecciones en el área social, espiritual y afectiva, por consiguiente la gama de necesidades por satisfacer aumenta considerablemente, transformándose en un desafío social el adoptar medidas que favorezcan una atención integral y acorde a los requerimientos de la edad.

Resulta sumamente significativo el estudio de los síndromes geriátricos asociados a la salud mental ya que en muchos casos son un factor de riesgo importante y requieren de cuidado continuo, generando en el adulto mayor una pérdida importante de sus facultades innatas, creando en muchos casos impotencia, desesperanza en esta última etapa del ciclo vital.

Para la realización de esta investigación se seleccionó una población de adultos mayores que se encuentra residenciados bajo el cuidado continuo de profesionales de la salud quienes se encargan de promover el bienestar físico y cognitivo de estos. Es importante considerar la frecuencia con la cual los adultos mayores son sub tratados en relación a estos cuadros conocidos como alteraciones del ánimo, debido a que en muchos casos llegan a considerarse erróneamente procesos normales del envejecimiento, sin tomar en consideración el impacto que genera la misma reclusión en la esfera

psicoemocional del paciente e incluso en los aislamientos sociales que se puedan desencadenar durante la estancia.

Motivo por el cual se hace indispensable y oportuno, como futuras profesionales de enfermería, profundizar en esta temática de contingencia, ya que el cuidado integral y la cercanía con los pacientes es constante, donde en un proceso de valoración no debería pasar desapercibido la detección precoz y la prevención de exacerbación de estos cuadros clínicos psicológicos.

## **2.6 Viabilidad de la investigación**

Esta investigación se llevará a cabo en el segundo semestre del año 2020, por estudiantes del cuarto año de la carrera de enfermería de la Universidad Gabriela Mistral quienes decidieron realizar su tesis sobre las alteraciones de ánimo en los adultos mayores institucionalizados un tema sumamente interesante de desarrollar. Este estudio pretende, analizar la prevalencia de estos cuadros psicopatológicos que se suelen desarrollar en los adultos mayores y que representa un riesgo para su salud no solo mental sino global, ya que en muchas ocasiones también se suelen sub diagnosticar como procesos normales del envejecimiento. Es importante acotar que el estudio se centra en el ambiente de institucionalización de dicha población que es un factor influyente en la generación de estos cuadros. La presente investigación es interesante de desarrollar pues existen estudios similares que respaldan bibliográficamente la incidencia de estos sentimientos de aflicción en los pacientes geriátricos, es a través de estas referencias previas las que aportarán información útil para el desarrollo de esta.

El costo para la elaboración de esta investigación se escatima en horas de trabajo investigativo de un precio elevado (puesto a las horas de trabajo, los insumo oficina. Impresión, fotocopia, tintas, lápices, la tecnología dada por: programa mensual de internet, y la movilización en transporte público), la cual se encuentra dentro de las posibilidades económicas de las estudiantes. Es importante resaltar que para el año en se plantea el curso de la investigación a nivel mundial existe un contingencia o emergencia sanitaria denominada pandemia SARS-COVID 19, tomando en cuenta este contexto y la población seleccionada para el estudio adultos mayores quienes representan el foco de mayor riesgo de contagio en esta crisis, esto resultaría en un obstáculo para el desarrollo de la misma. El factor temporal para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos de esta investigación dependerá de la disponibilidad en acceso del centro seleccionado Casa Hogar San Andrés de la RED ELEAM sujeto a su vez por los cambios de fase por comuna decretados por el Ministerio de Salud de Chile.



## **2.7 Hipótesis eventual**

Las alteraciones del ánimo en los pacientes adultos mayores institucionalizados prevalecen y son desencadenadas por factores predisponentes incidentes; manejar esta información facilita la pesquisa, prevención y diagnóstico precoz.

## **CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO**

### **3.1 Marco Referencial**

#### **3.1.1 (Jürschik, 2013)**

“El objetivo de este estudio fue conocer el estado de ánimo y los factores que pueden influir en las personas mayores. Se trata de un estudio epidemiológico y transversal que incluye a personas mayores de 65 años de instituciones atendidas en diferentes niveles asistenciales en la ciudad de Lleida. Las variables incluidas fueron, además del estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza, las características sociodemográficas y diversos parámetros del estado de salud. La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo. Es importante detectar este último ya que puede predecir la gravedad de la depresión en las personas de edad avanzada. El personal de enfermería se encuentra en una situación privilegiada por su proximidad con los pacientes”.

En el contexto en el cual se realiza mención de la cita previa, es una referencia bibliográfica útil para el desarrollo de esta investigación pues destaca elementos útiles que guían en el desglose de aquellos factores que más inciden en estos estados del ánimo que se presentan en los paciente geriátricos que son extraído de las características sociodemográficas que permiten abarcar integralmente los conceptos pertinentes a este estudio.

#### **3.1.2 (Mühlenbrock, 2011)**

“Se realizó un estudio descriptivo en pacientes mayores de 60 años hospitalizados antes de cumplir 24 horas desde el ingreso al servicio de Medicina Interna del HMS. Los usuarios de este hospital pertenecen en su mayoría a pensionados de las fuerzas armadas y sus familiares (beneficiarios de la Caja de Previsión de la Defensa Nacional, CAPREDENA) así como público en general perteneciente a alguna Institución de Salud previsional (ISAPRE) o beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA) en modalidad libre elección. Fueron excluidos del estudio los pacientes cuyo resultado en el test de Pfeiffer fue mayor o igual a 3 respuestas incorrectas (escala abreviada para diagnóstico de compromiso cognitivo), pacientes comprometidos de conciencia (Escala Glasgow menor a 15), pacientes con afasia, incapacidad de comprender instrucciones, pacientes con dolor crónico con Escala Visual Análoga (EVA) mayor a 5 y pacientes portadores de otros trastornos mentales (demencia y delirium mediante clínica y revisión ficha clínica) que impidiesen una correcta entrevista”.

El estudio que se hace mención en el párrafo anterior, es uno de los poco estudios relacionados con el tema vigente en el país donde se deja en evidencia que existen elementos bastante atenuantes al momento de seleccionar la muestra pues para un estudio de esta área psicológica se necesitan

determinantes de incidencia marcadas que permitan establecer una prevalencia exacta con interrelaciones proporcionales entre sí, resaltando que las alteraciones del ánimo son un problema de salud existente y que debe abordarse en profundidad.

### **3.1.3. (Estrada, 2012)**

“Este estudio tuvo como objetivo explorar los factores asociados con síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados. Se realizó un estudio transversal en 276 adultos mayores de Centros de Bienestar del Anciano de Medellín. Se valoraron características demográficas, funcionales, ansiedad, salud percibida, redes de apoyo, estado nutricional y calidad de vida. Prevalencias de sintomatología depresiva fueron similares por sexo y edad ( $p > 0.05$ ). Adultos dependientes para la realización de actividades cotidianas, tuvieron mayores porcentajes de síntomas de depresión ( $p < 0.001$ ). Altos niveles de ansiedad (OR = 2.74), deterioro funcional (OR = 2.82), ningún grado de formación académica (OR = 3.70) y mujeres parcialmente dependientes (OR = 21.89) se asociaron con mayor probabilidad de presentar síntomas de depresión ( $p < 0.05$ ). En general, pérdida de roles, estado de dependencia y calidad de vida disminuida aumentan la sintomatología depresiva”.

La presente referencia bibliográfica es un exponente importante y determinante de los factores más influyentes que desencadena estos cuadros depresivos en los adultos mayores y por sobre todo se ubica en el ambiente propicio al cual nuestra investigación se aboca, los otros estudios nos ayudan a entender que estos cuadros existen y que son más comunes de lo que los profesionales suelen pesquisar y que es vital estudiar esta área a profundidad para promocionar y prevenir un envejecimiento saludable y acorde a las necesidades intrínsecas de cada individuo institucionalizado.

## **3.2 Marco teórico**

### **3.2.1 Definición de adulto mayor**

Esta es una etapa que abarca una amplia gama de procesos biológicos, psicológicos y sociales íntimamente relacionados con la edad madura en la cual se incluyen aspectos positivos y negativos. En esta nueva vivencia el adulto mayor vive cambios que no solo se suscitan únicamente al declive de la salud física también en la repercusión de secuelas de funcionalidad que les impide en muchos casos una interacción social plena que dificulta a su vez la continuidad de procesos psicológicos expresados en vivencias previas de toda una vida. Lo que podría definirse entonces para esta etapa del ciclo vital como: pérdida de la capacidad del organismo de adaptarse al medio ambiente lo cual requiere una especial atención sanitaria.

Los adultos mayores situados en Chile, cuentan con un Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) el cual inició en el año 1995, es de asistencia pública con propósito principal contribuir a un envejecimiento positivo, SENAMA define: como adulto mayor a “...toda persona que ha cumplido los 60 años, sin diferencia entre hombres y mujeres” (s.f, p.1). Una vejez saludable o patológica es determinada por el transcurso de la vida, el empleo de actividad social, el grado de participación en la vida productiva y la autonomía, por lo que medir la capacidad de una persona adulta mayor dependerá de su índice de deterioro y el grado de desempeño de la persona.

### **3.2.2 Envejecimiento**

Siendo el concepto de envejecimiento primordial en esta investigación, se toma la definición de La Organización Mundial de la Salud (2015), donde se describe como “...el resultado de los efectos de la acumulación de gran variedad de daños moleculares y celulares que se producen con el tiempo.” (p.248)

El proceso de envejecimiento fisiológico, ocasiona cambios en las características propias de cada persona desencadenando limitaciones en la adaptabilidad del organismo con el medio, además se reduce capacidad de realizar actividades tanto físicas como mentales que conlleva en algunos casos a incapacidad motora del adulto mayor limitando su quehacer cotidiano.

### **3.2.3 Vejez**

Es la etapa de la vida en la que existe debilitamiento de las funciones biológicas (65 a 79 años), ASISTED (2018). En esta última etapa de ciclo vital es sumamente importante ya que como anteriormente se ha mencionado aumento la expectativa de vida, lo cual hace imprescindible el estudio del envejecimiento considerado un proceso de progresión largo que involucra múltiples cambios en el comportamiento y las características biológicas de las personas.

En la vejez se ha estudiado la aparición de problemas físicos de tipo postural con debilitamiento de los huesos que pueden generar en las personas mayores un gran dolor lo que en muchos casos deteriora la capacidad de realizar actividades que impliquen grandes esfuerzos físicos que eran de común cotidianidad. Es importante resaltar que también existe debilitamiento de la visión y audición que en muchas ocasiones se presenta ambos generando frustraciones al adulto mayor que la padece.

Dado lo extenso del tema y sus implicancias generales debemos realizar un paréntesis para diferenciar y hablar de las fases de la vejez, puesto que en cada una de ellas la degeneración y necesidades variarán.

### **3.2.4 Ancianidad**

Representa la última etapa de la vejez y comporta un cambio significativo en la evolución de la degeneración física (80 años >) ASISTED (2018). Es en esta etapa donde se presenta un deterioro marcado a nivel a articular lo que pudiera traducirse en una reducción significativa de la autonomía de la personas adicionando a esto la pérdida general de la salud, que se intensifica en esta fase.

“Las causas de la pérdida de independencia en una persona se dan por una suma de factores. Son muchas las causas que pueden llevar a alguien a la dependencia de otras personas por el deterioro físico y progresivo provocado por el envejecimiento natural de nuestros cuerpos y la falta o pérdida de autonomía física y emocional”. ASISTED (2018)

La degeneración física en la vejez se refiere:

- Fragilidad física
- Problemas de movilidad
- Deterioro de algunos sistemas biológicos (respiratorio, cardiovascular, etc.) que producirán una disminución de la fuerza física, de la movilidad y del equilibrio, las cuales se asocian al deterioro de las capacidades del individuo para realizar aquellas actividades básicas de la vida diaria (tareas domésticas, higiene personal, alimentación, control de esfínter, etc.)
- Padecimiento de enfermedades crónicas como la artritis, la artrosis, la osteoporosis y las fracturas provocadas por caídas u otros accidentes que contribuyen a la discapacidad, a la dependencia física y, en definitiva, a la pérdida de autonomía durante la vejez. ASISTED (2018)

### **3.2.5 Fragilidad en el adulto mayor**

La fragilidad es definida por la Norma Técnica Minsal (2017) como el “...deterioro de las reservas fisiológicas de la persona, que las vuelven más vulnerables y con peor respuesta a situaciones de estrés” (p.256), y corresponde a uno de los parámetros con mayor relevancia, debido a que representa un riesgo de dependencia incluso extrema (postración).

### **3.2.6 Epidemiología del adulto mayor**

Según lo establecido por el Censo (2017) “Chile está envejeciendo aceleradamente, porque si bien sigue creciendo, cada vez lo hace de forma más lenta. En el Censo 1992, 6,6% de las personas tenía 65 años y más, pero en el Censo 2017 este grupo etario representó 11,4%.” (Instituto Nacional de Estadísticas, p.1). Los datos censados, nos permiten evaluar la velocidad de transición demográfica por la cual está pasando el país, actualmente se encuentra ubicado dentro de los más envejecidos del continente, junto con Uruguay.

### **3.2.7 Alteraciones del ánimo en la población de adultos mayores en Chile**

Los estudios epidemiológicos que se relacionan con la proporción de adultos mayores que presentan estos cuadros de tristeza permanente se realizan en base general a toda la población sin discriminación de condición ambiental, es decir: los datos que contemplaremos a continuación no se describen aquellos adultos mayores institucionalizados de forma independiente.

“La Encuesta Nacional de Salud nos indica que, en nuestro país, hay una prevalencia de 17,2% de síntomas depresivos en la población general en el último año, 25.7% en mujeres y 8.5% en hombres. En la población de 65 y más años estas cifras son menores: 11.2% en ambos sexos, 16.9 en mujeres y 4.1 en hombres”. (2019)

Para efectos de referencia estos cuadros de salud mental en la vejez constituyen un factor no menor de riesgo, puesto a que afecta la calidad de vida de quienes los padecen, atribuyéndose en un grado más predominante en mujeres, problemas de salud, viudez, situaciones de pobreza extrema o acontecimientos que dejan secuelas en la funcionalidad limitando autonomía de las persona y que aumenta el padecimiento de estos cuadros.

### **3.2.8 Psicogerontología**

La psicogeriatría es una sub especialización dentro del área de psiquiatría enfocada en el estudio de la enfermedad mental y emocional de los adultos mayores por lo que es sumamente necesaria, ya que abarca los procesos fisiológicos del envejecimiento, las patologías asociadas a la edad, las dificultades y barreras que impactan en el desempeño de las actividades de estos.

La depresión geriátrica a menudo, es considerada erróneamente como parte del proceso de envejecimiento fisiológico provocando una subvaloración por parte del personal sanitario, no tomando en cuenta la sintomatología de las personas afectadas y con ello, desencadenando una serie de síndromes funcionales. Es por ello que “Los avances en la investigación psicogeriatría han concluido que la depresión en el anciano es una enfermedad que tiene alta prevalencia y debe reconocerse como tal y no como un aspecto característico de la edad.” (Senama, p.10).

Para concluir con todo lo antes mencionado, se ha establecido en la Norma Técnica Minsal (2017) que:

“Cualquier alteración detectada será el reflejo de una situación patológica siendo importante no confundir los que es “frecuente” en las personas mayores con los que es “normal”. El hecho de que la prevalencia de enfermedades como la demencia o la depresión aumenta con la edad no significa que sean normales, sino que son un estado de enfermedad y que como tal deben diagnosticarse y tratarse”. (p.19)

### 3.2.9 Definición de depresión

Según el Senama “La depresión en Geriátría tiene una amplia gama de manifestaciones clínicas. Su evolución es más prolongada y en ocasiones tiende a ser crónica, especialmente en aquellos que pierden el sistema de apoyo social.”(p.10). Por lo que es de suma importancia conocer, los distintos tipos de sintomatologías, que se describen como:

- **Tipos de sintomatología de la depresión**

- “Síntomas emocionales: Sentimiento de abatimiento y tristeza vital, estados de ansiedad e irritabilidad, experiencias de pesar, pérdidas, soledad y abandono, disminución de la satisfacción vital, impotencia desesperanza, sensación de vacío.
- Síntomas cognitivos: Disminución de la autoestima que se asocia a deterioro de la imagen física, vulnerabilidad a enfermedades y pérdida de autonomía. También el pesimismo respecto del futuro, dificultades de concentración, déficits de memoria y enlentecimiento del razonamiento
- Síntomas físicos: Alteraciones del sueño, problemas gastrointestinales, pérdida del apetito, contracturas musculares, fatiga, dolor de cabeza, insomnio
- Síntomas volitivos: Evitación de las actividades, pérdida de interés en las actividades o formas de placer o falta de reactividad a estímulos agradables, en algunos casos se produce una parálisis completa de la voluntad que conduce a inmovilidad casi total, junto a resistencia de la intervención de otros.” (Senama, p.10)

### 3.2.10 Concepto de trastornos del ánimo

Según William Coryell (2018\*manual msd\*) “Los trastornos del estado de ánimo son alteraciones emocionales que consisten en períodos prolongados de tristeza y júbilo excesivos” (p.1), son clasificados en depresión (tristeza intensa), y bipolares donde se evidencian episodios de depresión y manía (euforia intensa). Una de las mayores consecuencias es la disminución de la capacidad funcional de las personas que lo padecen, lo que representa un riesgo inminente previsible para el grupo etario en cuestión.

Entendiendo que la autonomía es la facultad de tomar decisiones y ser capaz de hacerse responsable por ellas, y que por otro lado, la dependencia es consecuencia de algún grado de discapacidad, definiéndose esta última como “... deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones en la participación.” (Norma Técnica Minsal, 2017, p.356), los cuales pudieran representar la etiología, las consecuencias y/o los agravantes de un cuadro de trastorno anímico.

### **3.2.11 Salud mental**

Dentro de todo este proceso investigativo, es primordial en primera instancia conocer que el concepto de salud según lo establecido por la OMS es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (2014, p.1), y posterior a esto relacionar salud mental con el desarrollo de la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento de rehabilitación en las personas afectadas por padecimientos de tipo psicológicos, sin embargo se debe destacar que es un concepto sumamente amplio, difícil de abarcar y ambiguo en cuanto a definiciones (no posee definición oficial).

### **3.2.12 Etiología**

Existen numerosos factores biológicos, psicológicos y sociales que generan un impacto en la salud mental de los adultos mayores lo que contribuye en gran medida en que los trastornos afectivos pueden acentuarse. Los estudios muestran que la mayoría de las personas mayores institucionalizadas en estas residencias tienden desarrollar estos cuadros o síntomas depresivos significando una prevalencia marcada.

Sin embargo, los cambios considerables en el transcurso de la vida del adulto mayor pueden desencadenar por molestias, estrés o tristeza episódica o permanente (depresión). Estos cambios pueden incluir la muerte de un ser querido, la jubilación o el tratamiento de una enfermedad grave. Muchas personas mayores eventualmente se adaptan a los cambios, pero algunas pueden tener más problemas para adaptarse. Por ello desarrollaremos factores antes mencionados.

### **3.2.13 Factores biológicos**

La presencia de síntomas depresivos en los adultos mayores es un problema importante de salud que se asocia a sufrimiento y la mala evolución de patologías concomitantes de la etapa. “La forma en que se presentan cuadros depresivos en la población mayor puede ser variable: en forma de enfermedad recurrente que proviene de edades previas a la vejez, bien como una depresión de aparición reciente, en forma de trastorno del estado de ánimo secundario a una condición médica general, o como síntomas relacionados con el humor secundarios al uso de medicaciones. Al igual que en otros grupos de edad, la depresión proviene probablemente de una compleja interacción multidireccional de factores”. Moles, Esteve, Miralles, Floch. (2019)

Otra definición de alteraciones del ánimo que se correlaciona con los factores biológicos: El trastorno depresivo mayor unipolar, definido en el DSM-IV (cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) como una condición caracterizada por la presencia de anhedonia en combinación con otros síntomas, entre los que se incluyen



energía, cambios en el sueño y el apetito, tristeza e ideación suicida. La depresión se caracteriza por una vista profundamente negativa del mundo, de uno mismo y del futuro y esto se ha relacionado con vías negativas en atención, interpretación y memoria.

La presentación de estos cuadros genera condiciones de incapacidad, en la salud física en adultos mayores que está frecuentemente asociada con la salud mental existiendo comorbilidad con las enfermedades crónicas tales como: ACV accidente cerebro vascular, diabetes mellitus, tiroides que generan un impacto en la complicación de dichos cuadros. A estas enfermedades se suman las limitaciones funcionales relacionadas en algunos casos con las patologías antes descritas y que aumentan la predisposición de estas alteraciones del ánimo. “Las actividades funcionales se asociaron con la presencia de depresión siendo los adultos con déficit funcional los que tienen mayores prevalencias de síntomas depresivos moderados y síntomas severos, en comparación con los de una adecuada funcionalidad”. Sinchire (2017)

### **3.2.14 Limitaciones funcionales**

La relación entre el estado de salud general de los adultos mayores y los factores que integran la funcionalidad denotan una preocupación básica ya que son razones proporcionales en estos cuadros de depresión. La capacidad funcional del adulto mayor es definida como: "el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno". Segovia, Torres (2011) (p, 3)

Dicha capacidad viene determinada, fundamentalmente, por la existencia de habilidades psicomotoras, cognitivas y conductuales. “La habilidad psicomotora, entendida como la ejecución de habilidades prácticas que requieren la actividad coordinada muscular, junto con un proceso cognitivo de intencionalidad, que son las bases para las actividades de la vida diaria. “Segovia, Torres (2011) (p, 3)

La población de adultos mayores en un tercio presentan algún tipo de discapacidad: “Término genérico que incluye deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación; indica los aspectos negativos de la interacción entre el individuo con una determinada condición de salud y sus factores contextuales social/ambiental”. Querejeta (2003) (p, 2)

Se evidencia entonces que las actividades funcionales se asocian en gran medida con la presencia de cuadros o sintomatología depresiva en adultos mayores con alguna discapacidad.

### **3.2.15 Factores psicológicos**

Los factores psicológicos que destacan en la presentación de los cuadros depresivos en los adultos mayores están descritos como: pérdidas de salud o de personas significativas, así como la soledad que experimentan en los centros geriátricos.

“Las personas mayores institucionalizadas tienen problemas psicológicos más graves que los que permanecen con sus familias, por la presencia de factores tanto personales como institucionales que influyen en su estado de ánimo” (Cardona, 2010).

Razón por la cual los adultos mayores que residen en estos centros presentan un cuadro de despersonalización asociado en muchos casos a la falta de compañía, comprensión, afecto y comunicación lo que genera en estos un aislamiento social dado por la monotonía de las actividades de la vida diaria como los sentimientos de inutilidad y vacío existencial favoreciendo los estados depresivos.

Los factores psicológicos que involucran en los cuadros depresivos en los adultos mayores:

- **Personalidad**

En relación a los adultos mayores se ha descrito que son personas con pensamientos negativos, baja autoestima, cierta percepción de la falta de control sobre lo que acontece en sus vidas y con tendencias a la preocupación excesiva que los hace propensos a padecer depresión. Dichos patrones son atribuibles a acontecimientos vividos en etapas previas que forman los pensamientos negativos. Para esto se define personalidad dentro de la geriatría como: “una integración, personal y subjetiva, de ciertos rasgos (emocionales, interpersonales, experiencias y motivaciones) que nos permiten reaccionar y adaptarnos de cierta manera ante situaciones específicas”. García & Encinas (2010).

En base a lo antes citado en esta etapa del ciclo vital es cuando se manifiestan todas aquellas conductas habían permanecido ocultas detrás de los mecanismos de defensa que durante mediana adultez fueron creados, aplicando dicha síntesis para ambos géneros. Es en esta etapa donde la vulnerabilidad y la fragilidad se hacen presentes en una forma física y social generando un conflicto constante que puede manifestarse negativamente. La personalidad es un factor que puede influir en los adultos mayores institucionalizados.

- **Soledad**

La soledad en los adultos mayores está comprendida por la autopercepción mental y la capacidad de estos para adaptarse a su nueva realidad esta produce una disminución significativa en la calidad

de vida, problemas de salud asociados a la depresión y que pudieran traducirse en múltiples riesgo para los mismos definiéndose como: “La soledad significa sentirse solo independientemente de la cantidad de contactos sociales”. Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina (NASEM) (2020)

Como experiencia subjetiva la soledad en personas mayores puede manifestarse por múltiples causas como: “El deterioro de las relaciones familiares, el aislamiento social y la menor participación en actividades agradables, a lo que contribuyen factores como la muerte o la ausencia de sus parientes, dificultades motoras y de desplazamiento, limitaciones perceptivas (sordera, ceguera) que marcan barreras con los otros y diferentes ritmos de vida con las generaciones más jóvenes”. Vivarr, Silva (2015)

Es importante para esta narrativa hacer un paréntesis entre lo que es la soledad y el aislamiento ambos factores que favorecen los cuadros depresivos pero que es importante separar un concepto del otro ya que este último puede ser evaluado en forma objetiva: “El aislamiento social es la falta de conexiones sociales. El aislamiento social puede causar soledad en algunas personas, mientras que otras pueden sentirse solas sin estar socialmente aisladas”. (NASEM) (2020)

El aislamiento social aumenta significativamente el riesgo de una persona de morir prematuramente por todas las siguientes causas:

- El aislamiento social se asoció a un aumento de casi el 50 % del riesgo de demencia.
- Las relaciones sociales escasas (caracterizadas por el aislamiento social o la soledad) se asociaron a un aumento del 29 % del riesgo de enfermedad cardíaca y a un aumento del 32 % del riesgo de accidente cerebrovascular.
- La soledad se asoció a mayores tasas de depresión, ansiedad y suicidio.
- La soledad en los pacientes con insuficiencia cardíaca se asoció a un riesgo de muerte casi 4 veces mayor, a un aumento del 68 % del riesgo de hospitalización y a un aumento del 57 % del riesgo de visitas a la sala de emergencias. Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina (NASEM) (2020)

- **Insatisfacción personal**

En el adulto mayor la satisfacción hace referencia con lo que es la vida en una medida de bienestar subjetivo junto con sus componentes conscientes e inconscientes es decir puede ajustarse a la metas, deseos y lo logros obtenidos en todo el ciclo vital del individuo. La obtención de este balance perceptivo radica en la capacidad personal de cada uno de querer mantener vigente sus anhelos, sueños, ilusiones y relaciones afectivas dando un completo sentido a su existencia. Por lo tanto la

satisfacción en esta etapa se correlaciona también con la percepción de salud, uno de los componentes principales del estado de ánimo en las personas de la tercera edad.

“Entre los adultos mayores con similar condición de salud, algunos pueden sentirse muy descontentos con su vida y otros, muy conformes. Entonces, no siempre se tiene tan claro todo aquello que influye en la satisfacción vital, pero lo que sí es un hecho es que la satisfacción con la vida es un elemento fundamental en la calidad de vida del ser humano”. González (2012) (p, 6)

Es por ello que entre los factores intrínsecos que más generan satisfacción personal tiene que ver con la realización de actividades de la vida cotidiana (funcionalidad), donde también puede en algunos casos verse inmerso la situación económica dado por la jubilación que puede ser elemento desencadenante de insatisfacción cuando ambos se encuentran en disfunción. Otro elemento primordial que deriva de este estado es el componente social que permite a los adultos mayores tener un sentido de vida, pertenencia y que tiene un alto impacto en la calidad de vida de los mismos.

Por lo tanto la satisfacción en adultos mayores esta vista desde una perspectiva holística de apoyo social y familiar como redes fundamentales lo que les permita abordar de forma positiva cualquier situación de la vida cotidiana.

- **Pérdida y duelo**

La vida afectiva del adulto mayor se encuentra caracterizada por la creciente sensación de pérdida tomadas en cuenta como vivencias (normales) para la etapa las cuales son sumamente significativas para estos. Dentro de estas mismas pérdidas podemos mencionar: la pérdida de autonomía (funcionalidad, salud física) y aquellas asociadas a vinculaciones afectivas como muerte de la pareja, amigos e incluso la jubilación que representan una fuerte influencia en las alteraciones del ánimo de los antes mencionados.

“El duelo se puede definir como el estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales. En otras palabras es una reacción emocional que se da frente a una pérdida”. Verdeza, (2019)

- **La muerte del cónyuge e hijos**

La pérdida física del cónyuge suele ser el principal detonador de los sentimientos de soledad en los adultos mayores, ya que estos de pronto se encuentran sin la compañía afectiva de quien fuera su compañero sentimental, generando problemas personales entorno a su esfera emocional, vida doméstica y social.

Dependiendo de cuán unida haya sido la pareja, mayor será el impacto emocional que la muerte de alguno de los dos genera con su ausencia en la vida de quien sobreviva. “El modo como los longevos viven el acompañamiento de la pareja al final de sus días es una variable importante para la elaboración posterior del duelo y de la soledad”. Vivar, Silva (2015)

Existen circunstancias adicionales que complican un duelo en las personas de avanzada edad favoreciendo estados depresivos ejemplo: la muerte súbita de un hijo siendo este una figura afectiva igual de importante que la primera y el padecimiento prolongado de una muerte inevitable. Los mecanismos de afrontamientos en los adultos mayores entorno a esta pérdidas va estar orientado a su antecedentes, personalidad, edad y/o género de acuerdo a la respuesta natural de los mismos en sus reacciones de nivel cognitivo, emocional.

- **Pérdidas múltiples**

- Pérdida significativa de la capacidad física, sensorial o psicomotora así como la percepción de menor fuerza muscular y/o de energía. Esto puede ser producido por alguna enfermedad o por cambios naturales.
- Pérdida de calidad en las relaciones afectivas significativas. Hay una sensación de pérdida de lazos, de soporte afectivo y/o menor cercanía de los demás.
- Pérdida por jubilación e integración social. Las personas sienten que ya no ocupan un lugar importante o dejan de pertenecer a estructuras sociales no familiares por el hecho de envejecer.
- Pérdida por muerte de seres queridos. (DUELO ) Esta pérdida se refiere principalmente a la muerte de personas que se consideran más esperables en este período de su vida. La viudez es la condición más frecuente, no obstante también aparece la pérdida frente a la muerte de otros cercanos importantes, familiares o no. Verdeza, (2019)

### **3.2.16 Factores Sociales**

En cuanto a temas relacionados al cuidado que debe realizarse a los adultos mayores es importante resaltar que a nivel social esta área puede verse vulnerada directamente por estas alteraciones del ánimo, siendo la vejez una etapa donde los vínculos familiares y sociales son fundamentales para la calidad de vida. En muchos casos las personas mayores pueden experimentar en gran frecuencia el debilitamiento de estos vínculos, ya sea por la pérdida de la pareja , amigos o trabajo ; es por tal razón que la vinculación con un medio social para estos es imprescindible ya que esto representa para ellos no solo afecto si no una seguridad socioemocional.

“La sociedad y el adulto mayor es una de las esferas que se ve más afectada por el proceso de envejecimiento es la social y es por ello que se recomienda de acuerdo a los postulados de la teoría de la actividades, que el adulto mayor que participe durante su vida en grupos de diversa índole con distintos objetivos: grupos deportivos, laborales, religiosos, entre otros, realizando en cada uno diferentes labores, continuando la participación en ellos en la medida en que sus condiciones de salud lo permitan”. Vallejos (2016)

Ante la realidad se ha evidenciado que los adultos mayores que atraviesan por este proceso de envejecimiento padecen un aislamiento emocional y social que para efectos de institucionalización son altamente frecuentes los sentimientos tristeza, irritabilidad y melancolía que al mismo tiempo se ve influenciado por la condiciones de un medio que infantiliza la etapa y no permite la satisfacción de interacción social acorde a la necesidades individuales de cada uno de los residentes, para los efectos de un envejecimiento sano.

- **Redes de apoyo social y familiar**

Entorno al acompañamiento social y familiar este influye en las emociones del adulto mayor, resulta sumamente importante enfatizar ya que como anteriormente se ha mencionado es un factor de vital importancia en el desarrollo de los trastornos depresivos. Pues en aquellos ambientes donde existe una armonía familiar positiva esta persona mayor no se siente vulnerable a diferencia de aquellos donde el abandono emocional y convivencia familiar es disfuncional se ve acentuando cualquier síntoma depresivo.

A pesar de todas estas referencias sobre el tema de la interacción social en los adultos mayores se reconoce que una gran proporción de estos sufren algún tipo de abandono o aislamiento por sobre todo aquellos que se encuentran institucionalizados generando que “la institución como una red de apoyo y en muchos casos la principal para algunos adultos mayores” Vivar, Silva (2015).

Es por ello que se reconoce como un factor protector en los adultos mayores la presencia positiva de cualquier tipo de acompañamiento familiar, amigos, conocidos y hasta vecinos pues aminora los sentimientos de tristeza y sobre todo que estos tengan influencias positivas en motivar estos a involucrarse en actividades sociales recreativas y de ocio que les permita sentirse validados en esta etapa de su vida.

- **Rol social del adulto mayor**

Este proceso de envejecimiento general viene cargado de múltiples cambios no solo a nivel físico sino también se ve afectado en gran medida la parte social ya que los adultos mayores se enfrentan a la jubilación un cambio completamente radical que en muchos casos les resulta sumamente difícil

de afrontar, ya que estos sienten que su ambiente empieza a verse reducido significativamente dejándolos a un lado en lo que fueran su actividades diarias.

“El jubilado se encuentra con una problemática conocida como la indefinición de su posición social (indefinición que no se da en otras etapas vitales) al poseer un rol sin rol, pues al concluir con el periodo de producción sus obligaciones sociales son mínimas y aparecen otros derechos como el de cobrar una pensión. Es decir, el sujeto después de tener un trabajo que le proporcionaba una posición social reconocida y un estatus, tras la jubilación, pasa a desempeñar un rol pasivo de descanso y ocio”. Vivar, Silva (2015) (p, 75)

Todas estas asociaciones que se hace referente a la jubilación en este proceso de envejecimiento juegan un rol importante en la capacidad de estos para enfrentar esta nueva etapa sin verlo negativamente, claro que influye sobre el área donde estos se hayan desarrollado laboralmente en su vida y las oportunidades o provecho que le pueden dar a este nuevo tiempo.

- **Actividades Recreativas**

Las actividades recreativas en la vida social del adulto mayor es una de las mejores herramientas de influencia para mantener un envejecimiento sano sin decaimientos emocionales. Por lo tanto en los adultos mayores institucionalizados la implementación de estas actividades puede mejorar la salud mental de los mismos.

“Por consiguiente en la Tercera Edad, la actividad física-intelectual y el interés por el entorno canalizadas a través de actividades de recreación y ocio productivo, favorecen el bienestar y el estado de ánimo de los individuos”. Vivar, Silva (2015) (p, 73)

- **Infantilización del Adulto Mayor**

Basado en la realidad que acontece en centros de larga estadía ELEAM, donde suele suscitarse este tipo de situaciones en que el adulto mayor se infantiliza es importante acotar que el SENAMA (2017): “En estas instituciones, una vez que el enfermo ingresa, se le despoja de la cultura social que traía desde “el exterior”; dentro de la estructura del sistema institucional se le desculturaliza y despersonaliza, es decir, se le desintegra el yo social y se le intenta transformar su yo subjetivo mediante distintos mecanismos, luego se le resocializa en función de los requerimientos de la institución. “Esto deriva en una serie de depresiones, degradaciones, humillaciones y profanaciones del yo” Esta mutilación del yo es producida por la barrera que las instituciones totales- en este caso los ELEAM- levantan entre el interno (el enfermo) y el exterior. En la eventualidad que el enfermo pueda salir, este experimentará a su vez un nuevo extrañamiento del yo al enfrentarse nuevamente al exterior pero socializado con las pautas de la institución.” (p.14)

Esto genera en muchos casos, grandes conflictos en el adulto mayor que se institucionaliza pues este desplazamiento de su personalidad repercute directamente sobre la circunstancias de presentación de alteraciones del ánimo.

### **3.2.17 Factores institucionales**

La dependencia es uno de los principales factores por los cuales los adultos mayores requieren de cuidados de terceros personal calificado en su cuidado integral en forma continua, a quienes de esta población envejecida no pueden satisfacer sus necesidades por sus propios medios.

Desde la perspectiva intrínseca del proceso de institucionalización se hace referencia que en estos lugares se caracterizan por romper con la lógica de la vida cotidiana de los adultos mayores: “las actividades son desarrolladas en un mismo lugar, la planificación de las mismas responde a los objetivos de la institución y no a necesidades personales, el geriátrico, concluye, altera a su vez la espontaneidad y naturalidad del intercambio diario con aquellos que ya envejecieron”. (Castro, 2007)

“Los adultos mayores institucionalizados son más propensos a sufrir de depresión en comparación con los adultos no institucionalizados, debido a que el ingreso a Centros geriátricos conlleva cambios drásticos en todos los ámbitos de sus vidas” (Hernández, 2007).

- **Causas frecuentes de institucionalización**

En lo que respecta a la circunstancia que motivan el ingreso de los adultos mayores a una residencia de larga estadía son de acuerdo a (Vázquez, González, 2015):

- **Causas físicas:** Las institucionalizaciones son por causas que incluyen discapacidades motoras, trastornos sensoriales, consecuencias de accidentes cerebro-vasculares, procesos con déficit cognitivos como son las demencias, y enfermedades crónicas como la diabetes.
- **Causas psicológicas:** Incluyen los trastornos afectivos, los temores a morir abandonado, los trastornos psicóticos crónicos, las neurosis, los trastornos de personalidad, y el sentirse una molestia para los demás.
- **Causas sociales:** Dentro de este grupo se encuentran el abandono familiar, la carencia de cobertura médica domiciliaria, los problemas de vivienda y los problemas referidos a la inseguridad social.



### **3.2.18 Prevalencia de depresión en el adulto mayor institucionalizado**

La prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados ha sido previamente documentada por diferentes autores, significado un problema no menor que debe ser abordado dentro de estas instituciones y por los profesionales de la salud que laboran dentro de las mismas. Se citan datos investigativos que corroboran la presencia de esta alteración psicopática

“La prevalencia y la sintomatología de la depresión en las personas mayores que viven en instituciones en Inglaterra y Gales”, se encontró que la depresión fue altamente prevalente en las instituciones; tras una estratificada sub-muestra aleatoria de 2.640 participantes de los cuales 340 residían en las instituciones, demostró que la prevalencia de la depresión en las personas que viven en instituciones fue del 27,1% en comparación con el 9,3% en los que viven en el hogar (Zuckerbrot, Cheung, Jensen, Stein y Laraque, 2007).

En un estudio realizado en una población de 5.064.907 personas de 60 años o más que residían en Centros geriátricos de siete ciudades participantes de América Latina, encontraron que la prevalencia de depresión en adultos mayores es variable (Menéndez, 2005). Se observó que en Buenos Aires la prevalencia llegó a un 21,9%; en Sao Paulo un 7%; en Santiago de Chile un 33,4%; en la Ciudad de México un 23,2% y en Montevideo un 23,8%; estos autores utilizaron la misma herramienta para diagnóstico de depresión es decir la escala geriátrica de Yesavage (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Las citas antes mencionadas reportan y afirma que los adultos mayores que viven en estas residencias, las condiciones de vida y la falta de contacto social se asocian a síntomas depresivos.

### **3.2.19 Entornos adaptados**

Entendiendo que según la OMS, los entornos adaptados a personas mayores son:

Entornos (como el hogar o la comunidad) que alientan el envejecimiento saludable y activo al fomentar y mantener la capacidad intrínseca a lo largo de toda la vida y permitir una mayor capacidad funcional en una persona con determinado nivel de capacidad. (p.248)

Los centros de cuidados institucionales son “Instituciones en las que se prestan cuidados a largo plazo. Pueden ser centros comunitarios, centros de atención médica prolongada, residencias de personas mayores, hospitales y otros centros de salud.” (OMS, 2015, p.246)

### **3.2.20 Establecimientos de larga estadía para adultos mayores**

Por otro lado, es fundamental precisar que son los establecimientos de larga estadía (ELEAM) son “residencias que proporcionan alojamiento permanente y atención integral y continuada a adultos mayores” (Senama, s.f, p.15). Estos son regulados por el Decreto 14, el cual rige la instalación y el funcionamiento de todos los ELEAM, los que a su vez serán regulados por la Secretaría Regional Ministerial de Salud competente al lugar donde se encuentra ubicado. En el artículo dos del decreto antes mencionado, se define “Establecimiento de larga estadía para adultos mayores, o ELEAM, es aquel en que residen personas de 60 años o más que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados que allí reciben” (Minsal, 2014, p.1\*d.14\*), teniendo como objetivo principal preservar de forma precoz, prevenir y mantener la salud de los adultos mayores mediante la estimulación, la mantención de la funcionalidad individual y la preservación de las capacidades remitentes, regulando y velando siempre por la condición vital de estos.

### **3.2.21 Instrumentos de valoración**

- **Valoración Geriátrica**

Los adultos mayores cuentan con un sistema sanitario de valoración cuádruple exhaustiva en atención primaria denominada Valoración Geriátrica Integral (VGI) compuesta por una evaluación biomédica, funcional, mental y social, la por ende, a mayor fragilidad mayor riesgo de presentar alteraciones anímicas justificado por el déficit de autonomía que este implica.

- **Pesquisa precoz de síntomas depresivos: Yesavage**

Al hacer alusión a la cita de la Norma Técnica Minsal es importante resaltar la labor de los profesionales de salud por sobre todo las enfermeras que están profundamente ligadas a la atención de los adultos mayores, son quienes deben velar por la presentación de estos cuadros de desequilibrio anímico, a través de la postura privilegiada que poseen en la atención directa que nos permite valorar de forma holística al paciente, aplicando de forma responsable y consciente conocimientos integrativos de la geriatría que nos permite la utilización de herramientas de pesquisa precoz de sintomatologías depresivas, tales como es el Yesavage conocida como Escala de depresión Geriátrica, “Este instrumento se utiliza para el tamizaje de la sospecha de depresión y es útil para guiar al clínico en la valoración del estado de salud mental del individuo”. (Manual de aplicación de medicina preventiva del adulto mayor, s.f, p.9)

- **Funcionalidad**

Para comprender el estado de salud de las personas mayores, es primordial tener en consideración que el término de funcionalidad representa el primer indicador de los adultos mayores, es por eso que es definido por el Servicio Nacional del Adultos Mayor, como “Capacidad de una persona de llevar por sí misma la orientación de sus actos, hacer lo que ella o él desee de su entorno, realizando las actividades de la vida diaria desde el punto de vista psíquico, físico y social.” (Senama, sf, p.16)

Por otro lado, existen conceptos estrechamente relacionados con la funcionalidad de los adultos mayores, y que son de suma importancia incorporarlos para entender las distintas aristas que se involucran y/o afectan en los trastornos del ánimo. En primer lugar, es importante definir y desglosar, que la independencia es la capacidad de efectuar actividades de la vida diaria (AVD) y se divide en:

“Básicas (ABVD): Son aquellas actividades fundamentales para vivir en la sociedad, orientadas al cuidado del propio cuerpo y a la búsqueda del bienestar personal.

Instrumentales (AIVD): ... actividades orientadas a la interacción con el medio (tanto en el hogar como en la comunidad), siendo generalmente más complejas, pero con la posibilidad de delegarlas a otras personas. Requieren además de una competencia cognitiva mínima que propicie su desempeño, considerando el desafío que éstas implican.

Avanzadas (AAVD): ... son actividades basadas en conductas intencionales que requieren un funcionamiento físico, mental y social que permitan al individuo desarrollar múltiples roles y mantener una adecuada salud mental y calidad de vida.” (Norma Técnica Minsal, 2017, p.355)

- **Medición de funcionalidad**

Muchos adultos mayores corren el riesgo de padecer problemas de salud mental por sobre todo alteraciones del ánimo incluso estas afecciones pueden dificultar el manejo de otros problemas crónicos que pueden llevar a la incapacidad física generando en gran medida cuadros de pérdida de la funcionalidad, lo que es otra área relevante en el adulto mayor y en muchos casos un factor determinante de las alteraciones del ánimo, por ello existe instrumentos de evaluación conocido como Índice de Barthel para la Clasificación de Dependencia en Adulto Mayor, el cual es definido por el Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (s.f)

“Se trata de una escala sencilla cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funciones. Su carácter jerárquico permite evaluar el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo. La escala consta de

seis elementos y evalúa las actividades básicas de la vida diaria, proporcionando un índice de autonomía-dependencia en un breve tiempo de administración”. (p.8)

Este instrumento de evaluación se utiliza en adultos mayores que presentan pérdida de funcionalidad, así como también la utilización de ayudas técnicas y en casos más graves dependientes severos que necesitan del cuidado de terceros.

### **3.2.22 Consecuencias de la depresión en adultos mayores**

La depresión en adultos mayores institucionalizados representa un importante problema de salud pública actual con una alta prevalencia ya que la presencia de estos cuadros tiende a pasar desapercibidos o normalizados en el comportamiento del envejecimiento, es importante hacer énfasis en que estas conductas no son naturales y por tanto simbolizan un importante declive en esta etapa de ciclo vital.

Estos estados de depresión tienen importantes implicaciones tanto físicas como mentales que pueden agravar condiciones preexistentes de salud en estas personas de edad avanzada. Independiente del motivo o razón, estos cuadros de tristeza generalizada pueden generar efectos físicos alarmantes. “El índice de mortalidad de los hombres y mujeres de la tercera edad que tienen depresión y sentimientos de soledad es mayor que el de aquellos que están satisfechos con sus vidas”. (Vivar, Silva 2015)

Resaltando además que estos sentimientos de angustia, desesperanza y aislamiento pueden fomentar ideas suicidas, en estos adultos mayores por sobre todo aquellos con discapacidad o que se encuentran confinados voluntaria o involuntariamente en estas residencias de cuidado geriátrico.

Se ha evidenciado que la depresión puede tener efectos potencialmente nocivos para la salud de los adultos mayores. De acuerdo con la American Psychological Association. “La depresión puede llevar a hábitos alimenticios que acaben resultando en obesidad, provocando también pérdida considerable del apetito y la reducción de niveles de energía, ocasionado a veces un trastorno conocido como anorexia geriátrica. Las personas deprimidas de la tercera edad también experimentan índices más altos de insomnio y pérdida de memoria”. (2013)

Dentro de esta mismas consecuencias es importante resaltar que el deterioro cognitivo se presenta como un factor de riesgo negativo en estos cuadros de depresión en el adulto mayor teniendo un pésimo efecto. Puesto a que la combinación de este con otras enfermedades del mismo orden psicológico se consideran un potenciador: (demencia y Alzheimer). En relación con el efecto antes mencionado se amplía la comorbilidad en relación a las capacidades funcionales y el

deterioro cognitivo ya que las consecuencias de estos aumentan la discapacidad física y de interacción social favoreciendo la complejidad de estas depresiones.

Por otro lado, las consecuencias psicológicas y sociales de la depresión son diversas. El ánimo deprimido puede retrasar o impedir que el adulto mayor busque atención médica adecuada. Además, la depresión puede inhibir la participación del adulto en actividades que fomentan las relaciones interpersonales y que por lo tanto favorecen un buen estado de salud.

“La depresión del adulto mayor se asocia a pérdida de peso, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, osteoporosis y mala autopercepción de la salud. “Los mecanismos de estas asociaciones no son claros aunque, por ejemplo, es conocida la relación entre las emociones y la progresión de las enfermedades autoinmunes, quizá debida a cambios de naturaleza cuantitativa y cualitativa del sistema inmunitario” (Águila,Ávila 2006). .

### **3.2.23 Pandemia**

Para el año en que se planteó el desarrollo de esta investigación el mundo se haya conmocionado por una pandemia la cual afecta principalmente a la población adulta mayor como foco principal acarreado un impacto sumamente alto en su mortalidad y letalidad en dicha población es por ello que su conceptualización es sumamente importante de destacar. “Enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una ciudad o región”. RAE (2020).

- **SAR-COVID19**

La pandemia que tuvo el mundo en conmoción y que afectó en gran magnitud la población Chilena recibe el nombre de: “Coronavirus (CoV) son una gran familia de virus que causan enfermedades que van desde el resfriado común hasta enfermedades más graves, como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) y el síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV)”. Minsal (2020)

## **CAPÍTULO IV. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **4.1 Diseño de investigación**

La presente investigación tiene un diseño no experimental mixto cuantitativo/ cualitativo de carácter flexible, ya que debe adaptarse al contexto pandemia COVID-19 y a cualidades propias del estudio, tales como la obtención de la muestra bajo el criterio de padecer un estado cognitivo apto para ser capaz de responder a las preguntas a las que se someterán estos adultos mayores .

El diseño no experimental en la investigación indica que no se somete a estrés a las variables y se levanta información sobre los fenómenos en su origen natural, es decir considerando las cualidades de cada individuo desde la particularidad, sin modificación alguna.

Reiterando el objetivo principal: Analizar la prevalencia de las alteraciones del ánimo en los adultos mayores institucionalizados Caso ELEAM San Andrés, Santiago de Chile en el año 2020 sujeto a variables dependientes e independientes que interactúan entre sí en el desarrollo de la presente investigación.

### **4.2 Tipo de estudio**

Descriptivo, analizando aquellas variables existentes en el fenómeno de estudio sin alterarlas ni someterlas a estrés, a través de una observación externa o no participe directa dada la situación pandemia COVID-19, la dificultad de acceso a los centros ELEAM e inconvenientes en la obtención de información justificado en que los adultos mayores representan un grupo etario de riesgo debido a la inmunodepresión que genera la pluripatología incidente en estos.

Mediante este estudio se podrá investigar, determinar y analizar la prevalencia de alteraciones del ánimo en los adultos mayores institucionalizados, además los factores predisponentes que más inciden en el desarrollo y/o exacerbación de este padecimiento observando los fenómenos de cada individuo en su contexto natural, en la residencia de San Andrés, ubicado en Estación Central el cual fue el único establecimiento de la Red ELEAM con disposición a acceso presencial e informativo de los adultos mayores.

Todas las acciones antes mencionadas, favorecerán la asociación entre la institucionalización de un adulto mayor y el padecimiento de alteraciones del ánimo mediada por factores biopsicosociales preponderantes, mediante la observación de las características inherentes de estas personas.

### 4.3 Variables

Variables	Descripción conceptual	Descripción operacional
Variable A	La incidencia de alteraciones del ánimo en adultos mayores institucionalizados, corresponde a un variable dependiente, puesto a que su resultado está determinado en screening Yesavage (Escala de depresión Geriátrica).	Pretende dimensionar esta variable a través del instrumento descrito como Yesavage (Escala de depresión Geriátrica) prueba validada por el Ministerio de Salud de Chile dentro de su programa de medicina preventiva en el Adulto Mayor. Esta se utiliza en el tamizaje de sospecha depresión y valoración de salud mental de los individuos.

Variables y Dimensiones	Descripción conceptual	Descripción operacional
Variables	Factores predisponentes incidentes de las alteraciones del ánimo, corresponde a una variable independiente representada por una causa o razón que va cambiar de acuerdo a las dimensiones individuales de la muestra seleccionada para el estudio, está se evaluará por medio de una encuesta sociodemográfica y un Índice de clasificación de dependencia denominada Barthel.	Se determinarán los factores predisponentes mediante el empleo de diversas dimensiones subdividas en factores independientes donde se tomará en consideración de forma ordenada la respuestas suministradas de la encuesta sociodemográfica (B.1), las ECNT (B.2), además del índice de Barthel que otorga la clasificación de dependencia del adulto mayor que reflejan niveles de conducta en seis funciones de carácter jerárquico, evaluando las actividades básicas de la vida diaria, y proporcionando un índice de autonomía-dependencia en un breve tiempo de administración (B.3)
Variables subyacentes		
Dimensión B.1	<p>Edad (años)</p> <p>Género: Femenino o Masculino</p> <p>Estado civil: soltero, casado, viudo, separado/divorciado</p> <p>Nivel Educacional: &lt; 8vo básico / ≥8vo Básico</p>	Dado a que son dimensiones independientes entre sí, se recopiló la información inherente a cada persona, mediante el empleo de la encuesta sociodemográfica

Dimensión B.2	Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)	Se consideró el conjunto del auto reporte de Hipertensión, Diabetes Mellitus, Hipercolesterolemia, ACV, IAM e hipotensión, mediante un apartado de la encuesta sociodemográfica dedicada al hallazgo de morbilidad asociada
Dimensión B.3	Clasificación de funcionalidad	Se determinó el nivel dependencia de los adultos mayores por medio del empleo de Barthel, el cual está preestablecido según: total, severo, moderado, leve e independiente.

#### 4.4 Unidad de estudio

Adultos mayores institucionalizados en el hogar San Andrés de la Red Eleam, ubicado en San Vicente 1798 esquina Ramón Subercaseaux en la comuna de Estación Central.

#### 4.5 Población o universo

La población está formada por adultos mayores de 70 a 88 años que pertenecen a la comunidad Caso ELEAM San Andrés que cuenta con 18 residentes, de género mixto, y se encuentran de forma permanente en la casa hogar, los cuales autorizaron su participación en el estudio. Se excluyeron del estudio adultos mayores con deterioro cognitivo severo.

#### 4.6 Muestra

La obtención de la muestra fue de carácter no probabilística puesto que se fue incrementando según las características antes definidas como investigadoras, por lo que la muestra a utilizar es de 8 personas adultas mayores institucionalizadas que comprenden el rango etario de 73 a 86 años del ELEAM San Andrés, capaces de responder una encuesta de cinco hojas compuesta por datos sociodemográficos generales que facilitarán el análisis de los factores que predisponen e inciden en el desarrollo y/o exacerbación de alteraciones del ánimo, conjunto al uso de dos screening que determinarán datos directamente relacionados con el padecimiento. Es de suma importancia recalcar que, para la correcta aplicación de la encuesta, es necesario que el adulto mayor tenga conciencia, conocimiento y memoria para rellenar la mayor cantidad de datos posible y de forma coherente.



## 4.7 Instrumentos

Como se ha señalado anteriormente se han realizado la aplicación de un cuestionario sociodemográfico donde se recolectó principalmente información básica de los residentes de la casa hogar, tales como: Nombre, edad, sexo, nivel de instrucción, enfermedades crónica e infecciosas, hábitos tabáquicos, redes de apoyo, sistema de previsión y un anexo de auto percepción de relaciones con el resto de los miembros de la residencia y cuidadores. Posteriormente se realizó el cuestionario de Escala de depresión geriátrica Yesavage que consta de 15 preguntas de en la cuales se le solicita al encuestado responda con sinceridad como se ha sentido la última semana en respuesta cortas de SI O NO , basado en los puntajes obtenidos por la encuesta un punto cuando responde NO a las preguntas con asterisco y un punto cuando responde que Sí al resto de las preguntas, dando una escala Normal: 0-5 ,Depresión leve: 6-9, depresión Establecida >10.

Además, se aplicó también Índice de Barthel para la Clasificación de Dependencia en las AVD del adulto mayor siendo este uno de los factores más influyentes e importante que descandena las alteraciones del ánimo que se estudia, este se basa en las actividades de la vida diaria y se toma en cuenta de acuerdo a la información obtenida del cuidador se evalúan 10 parámetros lo cuales son: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, usos del retretes, trasladarse, deambular y escalones; información obtenida del personal auxiliar de enfermería a cargo de los AM de la residencia.

## 4.8 Plan de trabajo (Carta Gantt)

		CARTA GANTT DE PROCESO INVESTIGATIVO. Construida en semanas por cada mes																		
N°	ACTIVIDAD	MES																		
		Agosto			Septiembre			Octubre			Noviembre			Diciembre			Enero			
1	Idea de Investigación		x	x	x	x	x													
2	Problema				x	x	x	x	x	x										
3	Planteamiento Objetivos				x	x	x	x	x	x										
4	Preguntas de Investigación				x	x	x	x	x	x										
4	Justificación							x	x	x	x	x	x							
5	Viabilidad							x	x	x	x	x	x							
6	Revisión de Literatura							x	x	x	x	x	x							
7	Construcción de Marco Teórico							x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8	Diseño y Tipo de Investigación										x	x	x	x	x	x	x			
9	Formulación de Hipótesis										x	x	x	x	x	x	x			
10	Identificación y definición de variables										x	x	x	x	x	x				
11	Aplicación de instrumento										x	x								
12	Análisis de datos													x	x	x	x	x	x	x
13	Conclusiones																x	x	x	x
14	Revisión de Herramienta																x	x	x	x

#### 4.9 Presupuesto

Gastos	Descripción	Monto
<b>Horas de Trabajo</b>	400 horas de trabajo investigativo por promedio de \$ 3.500 c/u	<b>\$ 1.400.000</b>
<b>Insumos de Oficina</b>	Impresión, fotocopias, tintas, lápices.	<b>\$ 30.000</b>
<b>Tecnología</b>	Programa mensual de internet \$ 20.000 x 6 meses	<b>\$ 120.000</b>
<b>Movilización</b>	Transporte público Ivanna Railin \$230 x 4= \$920 \$230 x 4= \$920  \$2.100 \$2.500 \$2.700 \$7.000  Vehículo de transporte (ambas)	<b>\$ 16.140</b>
<b>Total</b>	<b>\$1.566.140</b>	

## CAPÍTULO V. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

### 5.1 Introducción

La presente investigación científica de carácter mixto (cualitativo y cuantitativo), se desarrolló en un establecimiento de larga estadía de adultos mayores llamado San Andrés, el cual es perteneciente a la red ELEAM y está ubicado en la comuna de Estación Central, en él residen un total de 18 personas de ambos géneros mayores de 65 años de edad.

\*Por utilidad metodológica se realizará la presentación y el análisis de datos de forma separada y en orden correlativo.\*

La muestra escogida es de ocho adultos mayores, de los cuales cinco son mujeres y tres hombres, tomando en consideración únicamente a los individuos con buen estado cognitivo y/o capaces de responder a las preguntas de forma coherente. Se realizaron encuestas presenciales adaptándose a las medidas sanitarias acordes al contexto de pandemia COVID-19, mediante el empleo de un cuestionario socio demográfico y dos screening provenientes del Manual de Aplicación de Medicina Preventiva del Adulto Mayor regulado por el Ministerio de Salud de Chile, los cuales tienen por finalidad identificar características inherentes de cada persona con respecto a lo requerido.

Para dimensionar nuestras variables de investigación en el orden consecutivo establecido en los objetivos específicos, se utilizó:

Escala de Depresión Geriátrica, Yesavage: la cual nos permite abordar de forma cuantitativa la cantidad de individuos institucionalizados que presentan alteraciones del ánimo en el establecimiento de larga estadía San Andrés, otorgándonos a su vez valores porcentuales, indicadores de prevalencia.

Encuesta socio demográfica: tiene como objetivo recabar datos personales de los adultos mayores que se encuentran institucionalizados en el ELEAM San Andrés, con finalidad de situar el contexto de las variables independientes de cada persona, otorgando así los factores que más inciden en las alteraciones del ánimo a través de la identificación de patrones de reiterativos entre los adultos mayores de la muestra. Se considerarán las siguientes variables como dimensiones subyacentes de la variable B anteriormente identificadas:

- Género: hombre o mujer
- Edad: subdivida en rangos de 60-79 años y 80-89 años
- Nivel educacional: < 8° básico como factor de riesgo y ≥8° básico como factor protector
- Estado civil: casado, separado, viudo o soltero
- Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT): DM, HTA, Dislipidemia, Hipotensión y ACV

- Participación en actividades recreativas intra ELEAM: Sí o No
- Vinculación familiar: visita/ contacto con algún individuo externo a la residencia

Índice de Barthel: cribado de medicina que nos permite contextualizar la clasificación de dependencia del adulto mayor con propósito de plasmar la incidencia de este factor predisponente determinante y relevante en las alteraciones del ánimo de los adultos mayores institucionalizados, entiendo la funcionalidad como el mejor indicador de salud en este rango etario. (Ver anexo n° 2)

Encuesta de autopercepción: representa un hallazgo independiente, que no influye en las variables ni en la investigación y que nos permite analizar de forma cualitativa dirigida la percepción de cada adulto mayor en relación a su entorno físico social y emocional, mediante el empleo de cuatro preguntas de respuesta corta “Buena, Regular, Ninguna relación”.

Se realizaron estadísticas univariadas, bivariadas y polivariadas para el análisis mixto de las variables antes mencionadas con propósito de establecer y desglosar la prevalencia de las alteraciones del ánimo en los adultos mayores institucionalizados, los factores que más predisponen e inciden en estos cuadros asociados a la salud mental.

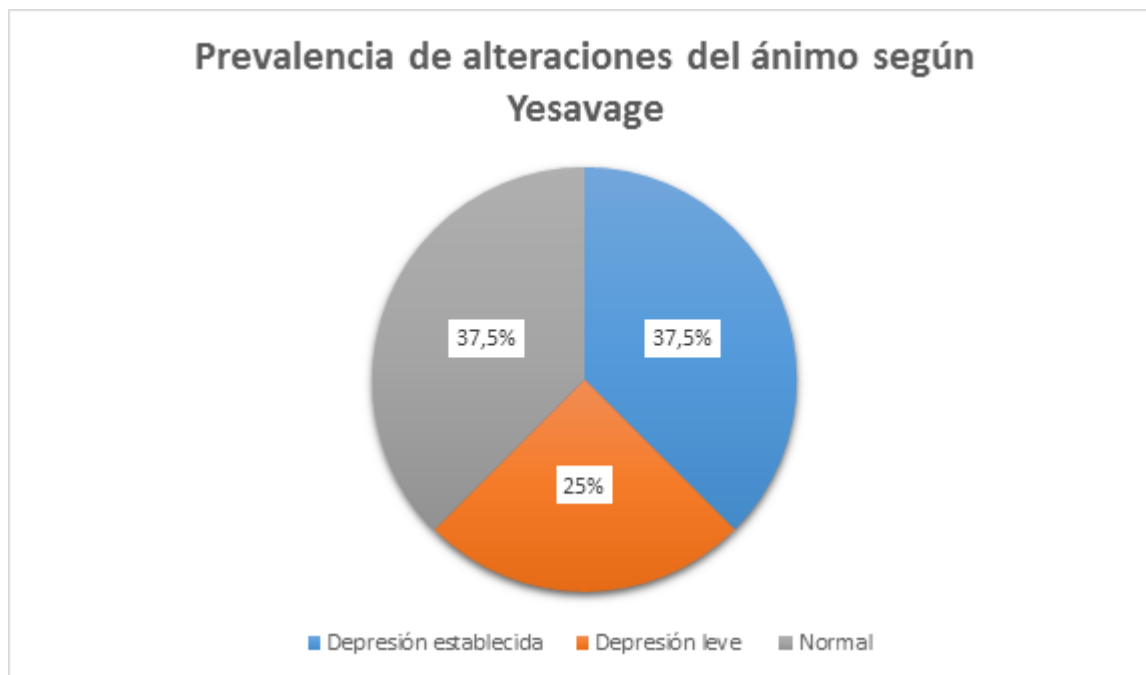
## **5.2 Presentación de datos**

La presente muestra consta de ocho adultos mayores institucionalizados en el ELEAM San Andrés, ubicado en Estación Central los cuales comprenden una edad de entre 73 y 86 años de edad, siendo la media 79,1 años. Los resultados a presentar se desarrollarán según el orden antes establecido en concordancia con las variables de investigación.

### **Variable A**

Por medio de la variable A se recopiló información univariada, la cual otorgó datos cuantitativos y porcentuales acerca de la sospecha de depresión en adultos mayores mediante Barthel.

**Gráfico 1. Prevalencia de las alteraciones del ánimo según Yesavage**



Fuente: Elaboración propia

Valores porcentuales de la prevalencia de alteraciones del ánimo en los AM institucionalizados de ambos géneros en el ELEAM San Andrés.

## Variables A y B

Se hace presentación de datos mediante gráficos univariados, bivariados y polivariados, conjugando el empleo de los instrumentos utilizados en las variables A y B, es decir mediante la utilización de la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, Índice de Barthel y la Encuesta Sociodemográfica, donde esta última otorgará los factores y/o dimensiones: género, edad, nivel educacional, estado civil, enfermedades crónicas no transmisibles, actividades dentro del ELEAM, vinculación familiar y clasificación de dependencia.

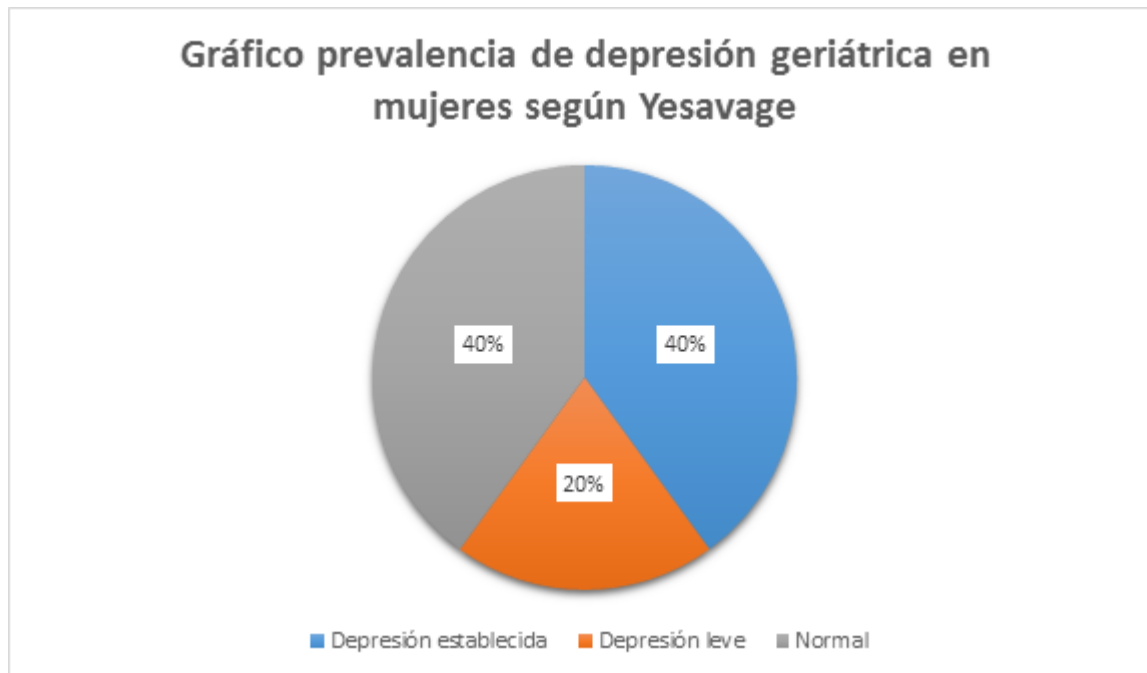
**Gráfico 2: Proporción mujeres y hombres AM institucionalizados**



Fuente: Elaboración propia

Esquematización cuantitativa porcentual de hombres y mujeres adultos mayores institucionalizados en el ELEAM San Andrés.

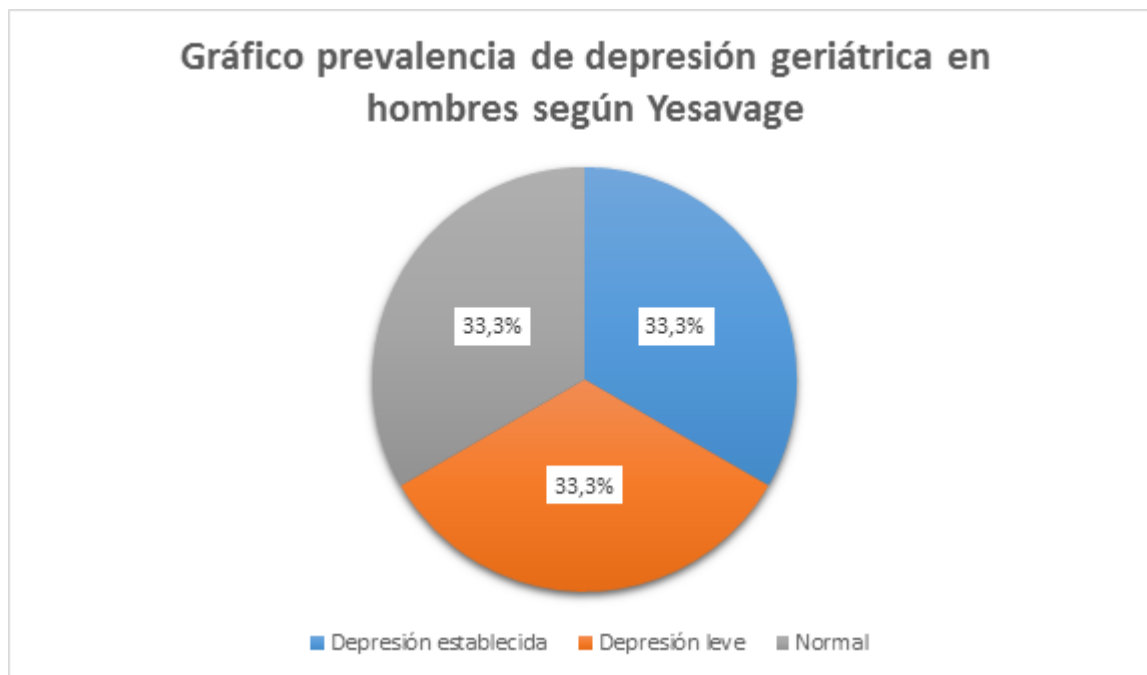
**Gráfico 3: Prevalencia de depresión geriátrica en mujeres según Yesavage**



Fuente: Elaboración propia

Esquematización de mujeres AM institucionalizadas según los puntajes obtenidos en Yesavage.

**Gráfico 4: Prevalencia de depresión geriátrica en hombres según Yesavage**

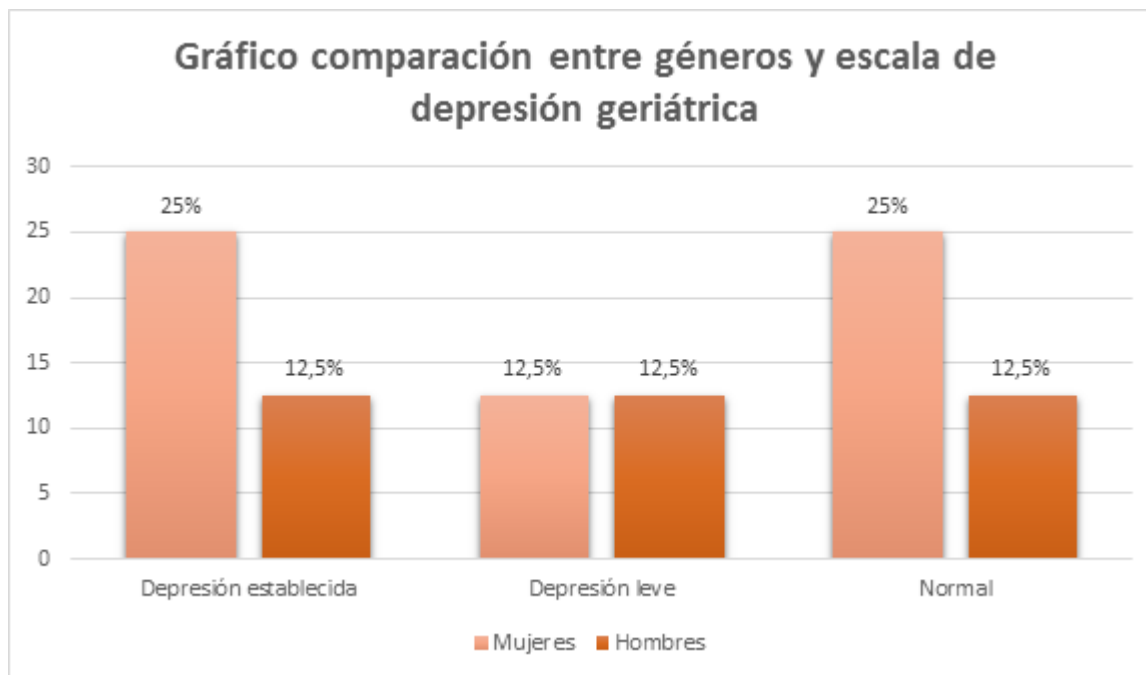


Fuente: Elaboración propia

Esquematización de hombres AM institucionalizados según los puntajes obtenidos en Yesavage.



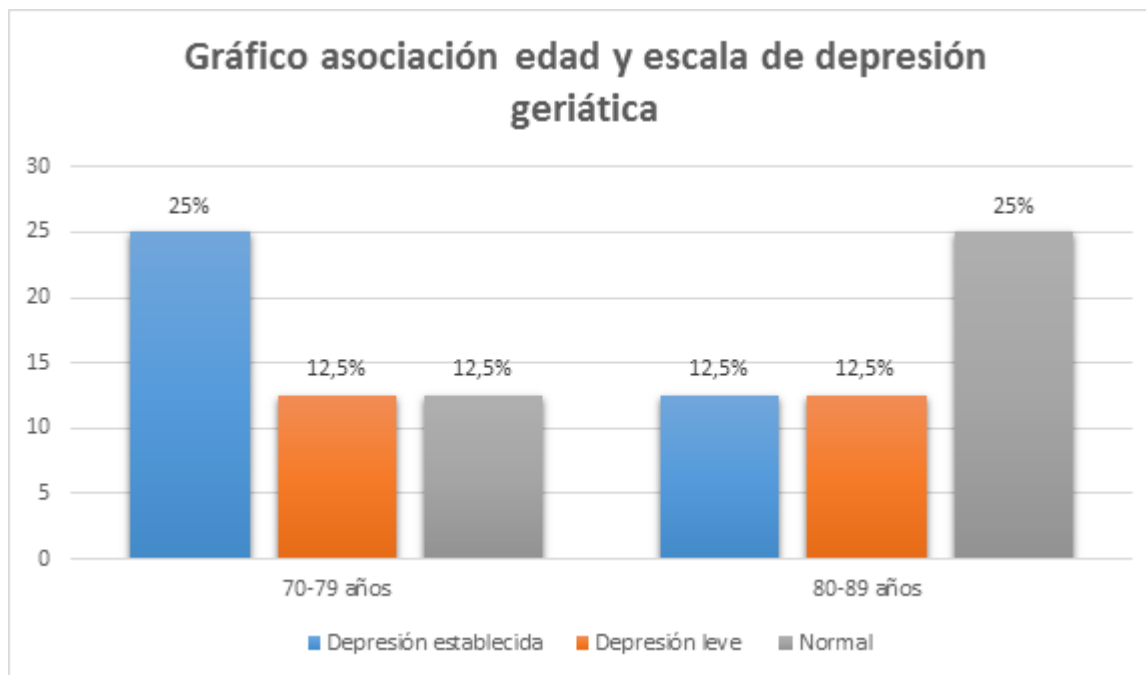
**Gráfico 5: Comparación entre géneros y escala de depresión geriátrica**



Fuente: Elaboración propia

Comparación porcentual entre mujeres y hombres de valores cuantitativos alcanzados según puntaje de Yesavage.

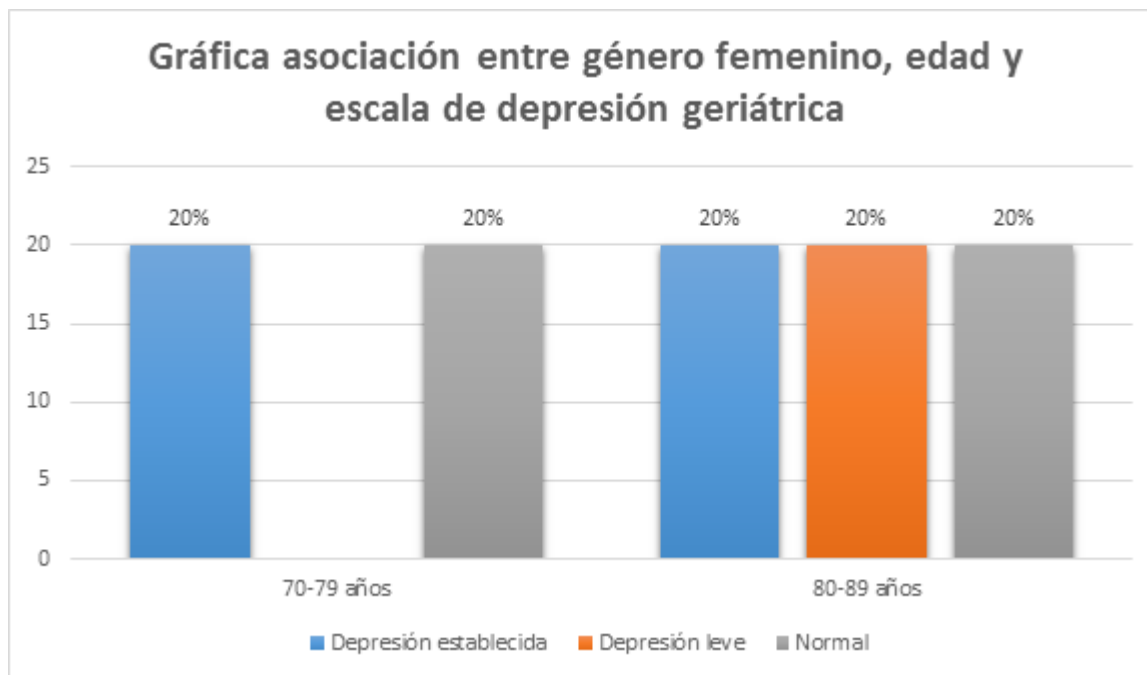
**Gráfico 6: Asociación edad y escala de depresión geriátrica**



Fuente: Elaboración propia

Cantidad porcentual de personas clasificadas según puntaje Yesavage y rangos etarios establecidos.

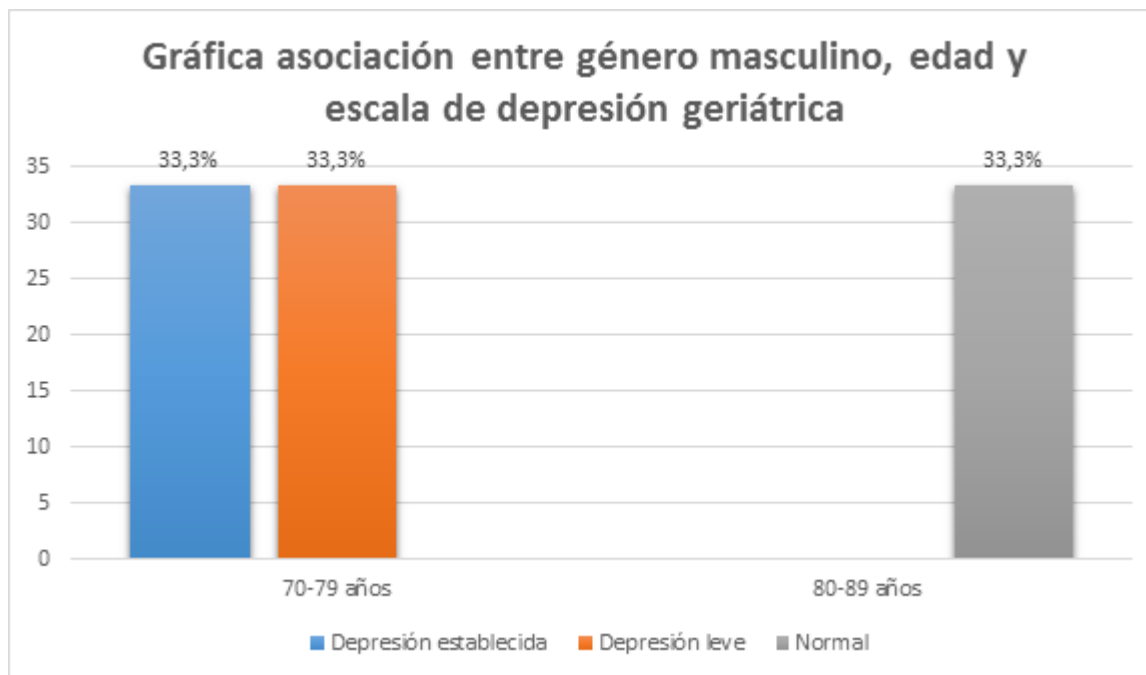
**Gráfico 7: Asociación entre género femenino, edad y escala de depresión geriátrica**



Fuente: Elaboración propia

Valores estadísticos hallados en escala puntaje Yesavage, en mujeres adultas mayores según rango etario establecido.

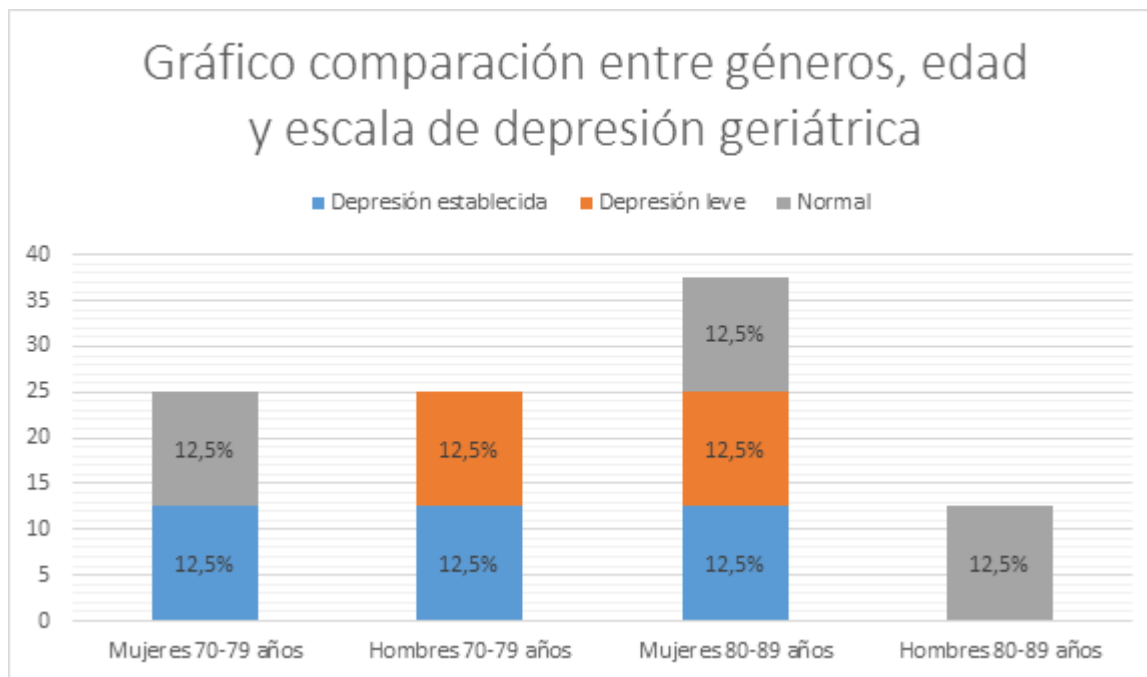
**Gráfico 8: Asociación entre género masculino, edad y escala de depresión geriátrica**



Fuente: Elaboración propia

Valores estadísticos hallados en escala puntaje Yesavage, en hombres adultos mayores según rango etario establecido.

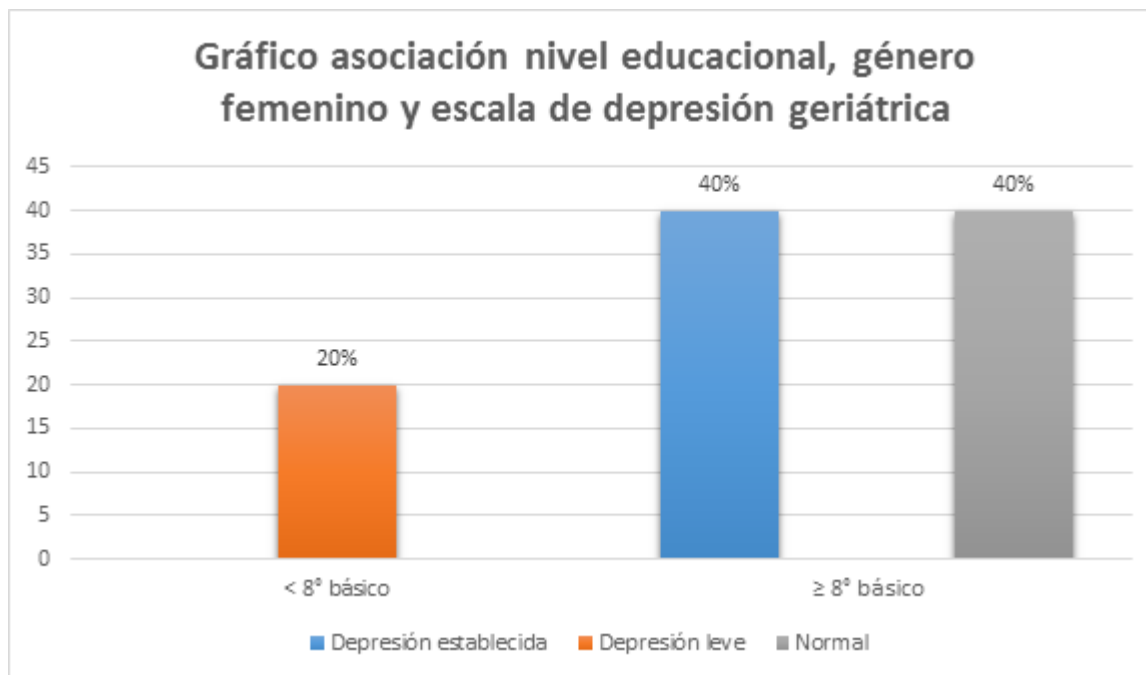
**Gráfico 9: Comparación entre géneros, edad y escala de depresión geriátrica**



Fuente: Elaboración propia

Comparación entre los puntajes obtenidos de Yesavage en hombres y mujeres, según rango etario establecido.

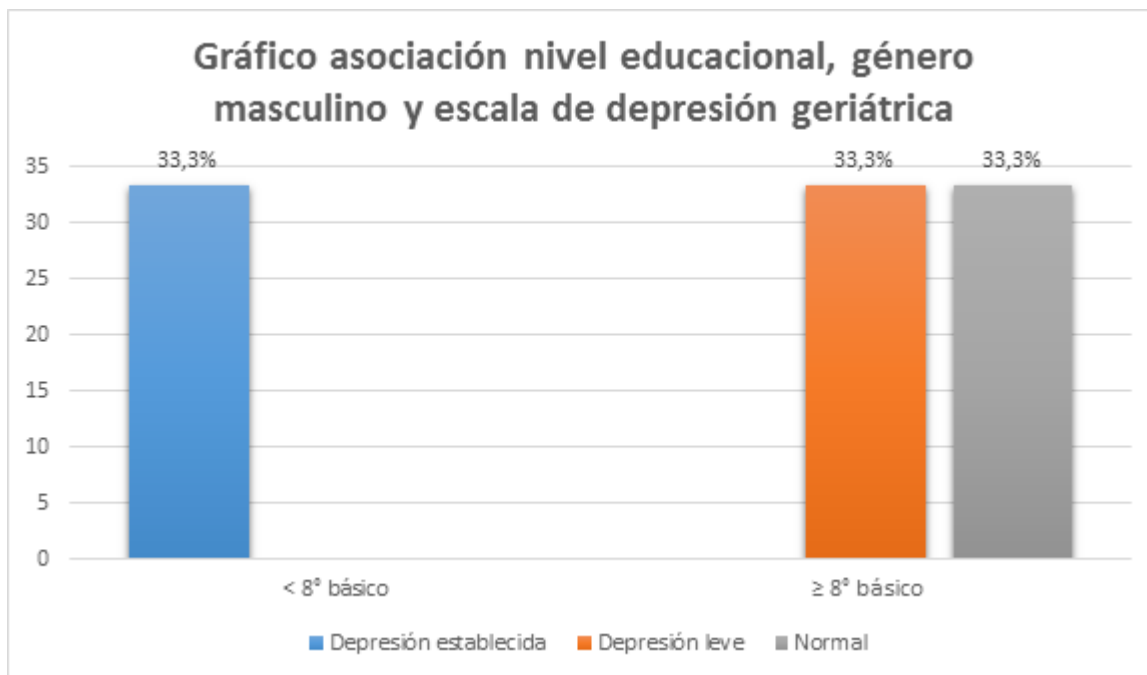
**Gráfico 10: Asociación nivel educacional, género femenino y escala de depresión geriátrica**



Fuente: Elaboración propia

Datos porcentuales de mujeres adultas mayores clasificadas según el grado de escolaridad cursado y puntaje obtenido en Yesavage.

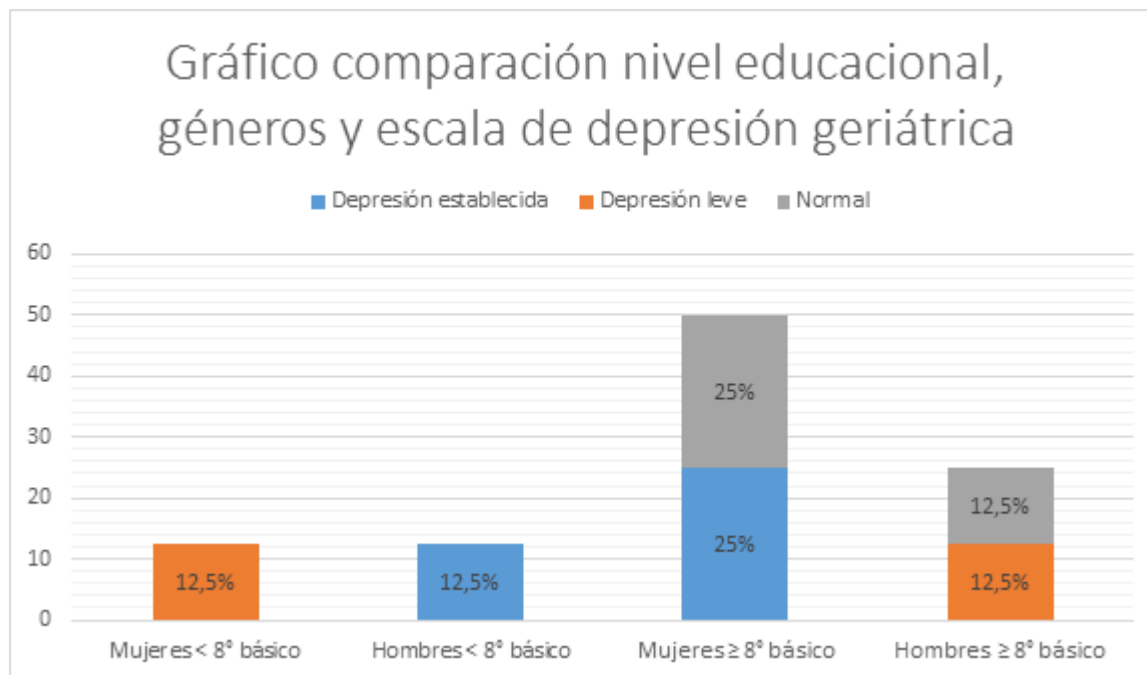
**Gráfico 11: Asociación nivel educacional, género masculino y escala de depresión geriátrica**



Fuente: Elaboración propia

Estadísticas de hombres adultos mayores clasificados según nivel de escolaridad cursado y puntaje obtenido en Yesavage.

**Gráfico 12: Comparación nivel educacional, géneros y escala de depresión geriátrica**

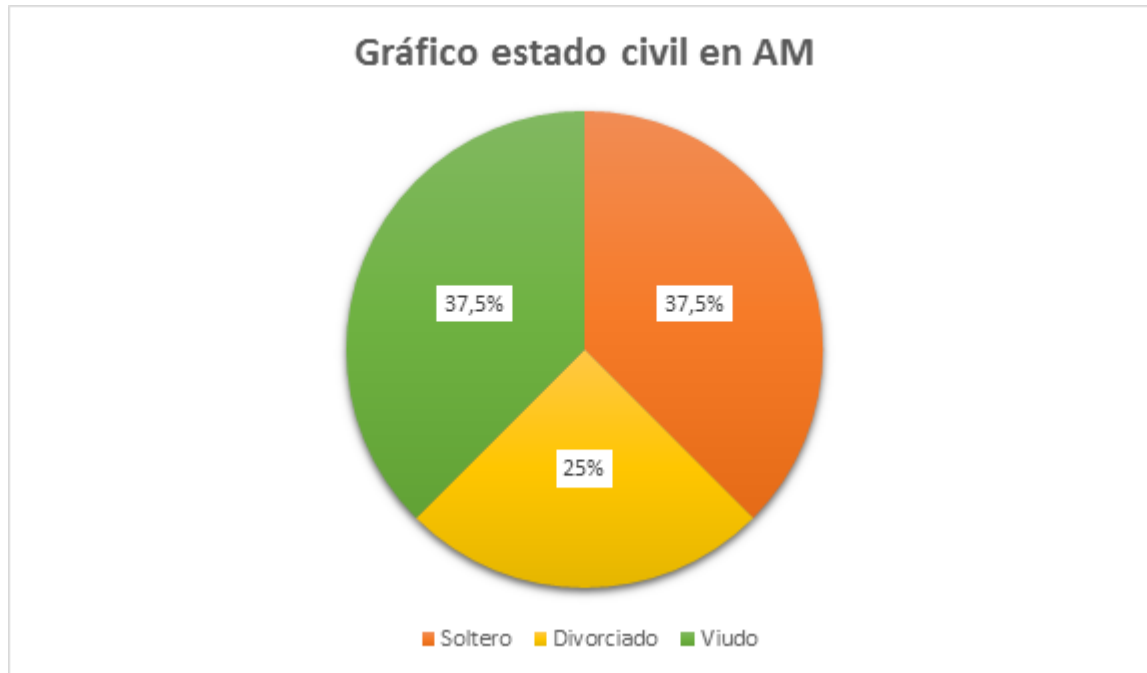


Fuente: Elaboración propia

Índices porcentuales comparativos entre hombres y mujeres sobre nivel educacional y puntajes obtenidos en Yesavage.



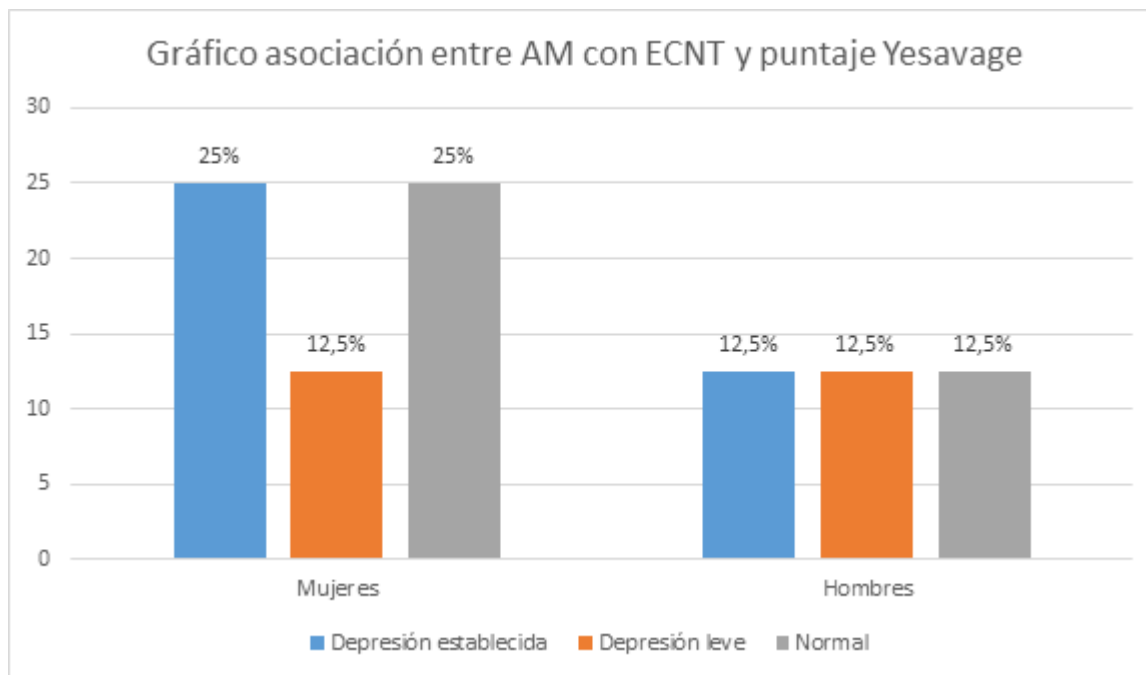
**Gráfica 13: Estado civil en AM**



Fuente: Elaboración propia

Cifras porcentuales del estado civil en los AM institucionalizados de ambos géneros.

**Gráfico 14: Asociación entre AM con ECNT y puntaje Yesavage**



Fuente: Elaboración propia

Datos porcentuales de AM con Enfermedades Crónicas No Transmisibles, clasificados según puntaje obtenidos en Yesavage.

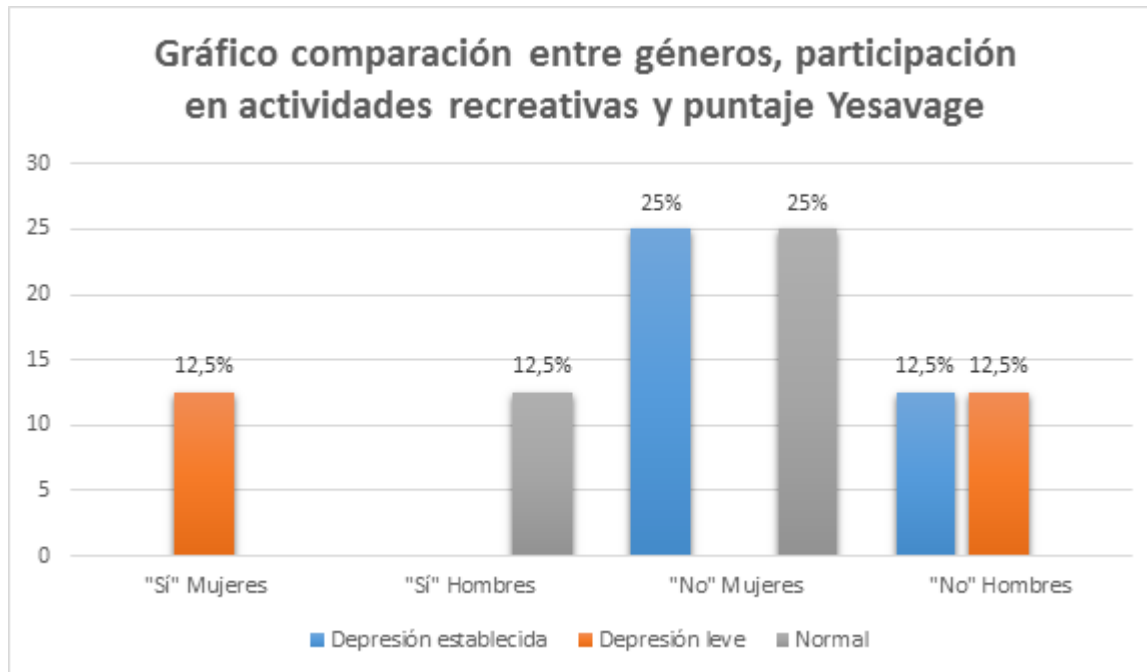
**Gráfico 15: Participación en actividades recreativas intra ELEM**



Fuente: Elaboración propia

Esquematización porcentual de AM institucionalizados que participan en actividades recreativas dentro de la residencia.

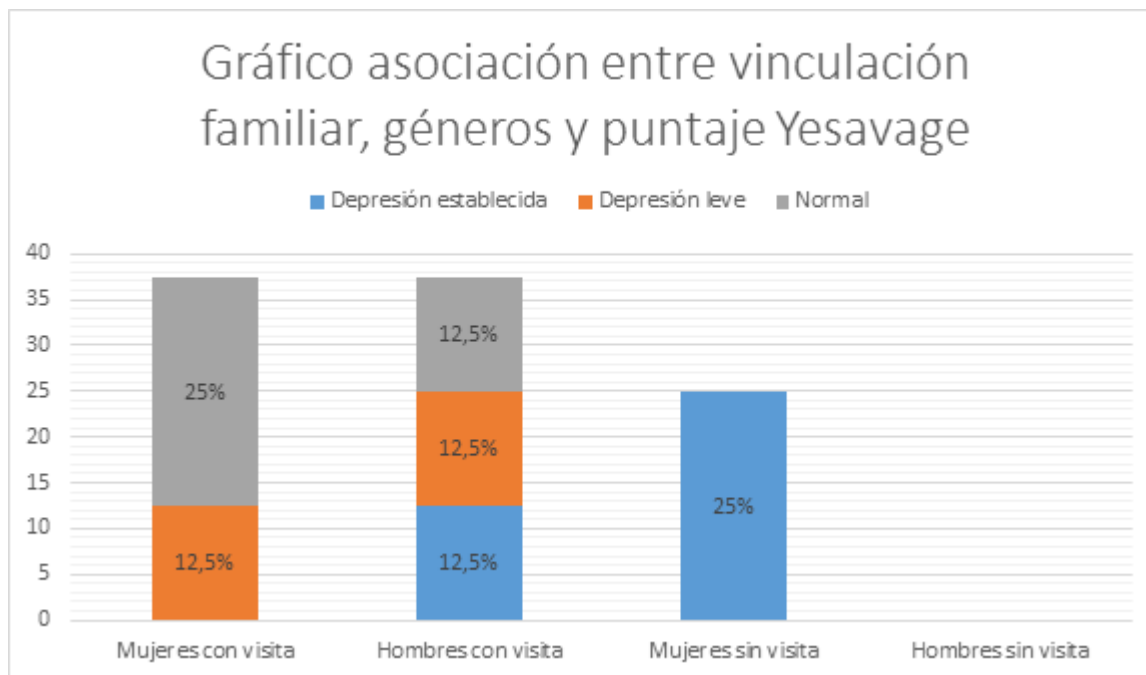
**Gráfico 16: Comparación entre géneros, participación en actividades recreativas y puntaje Yesavage**



Fuente: Elaboración propia

Comparación porcentual entre hombres y mujeres adultos mayores clasificados en puntaje obtenido en Yesavage y la participación en actividades recreativas.

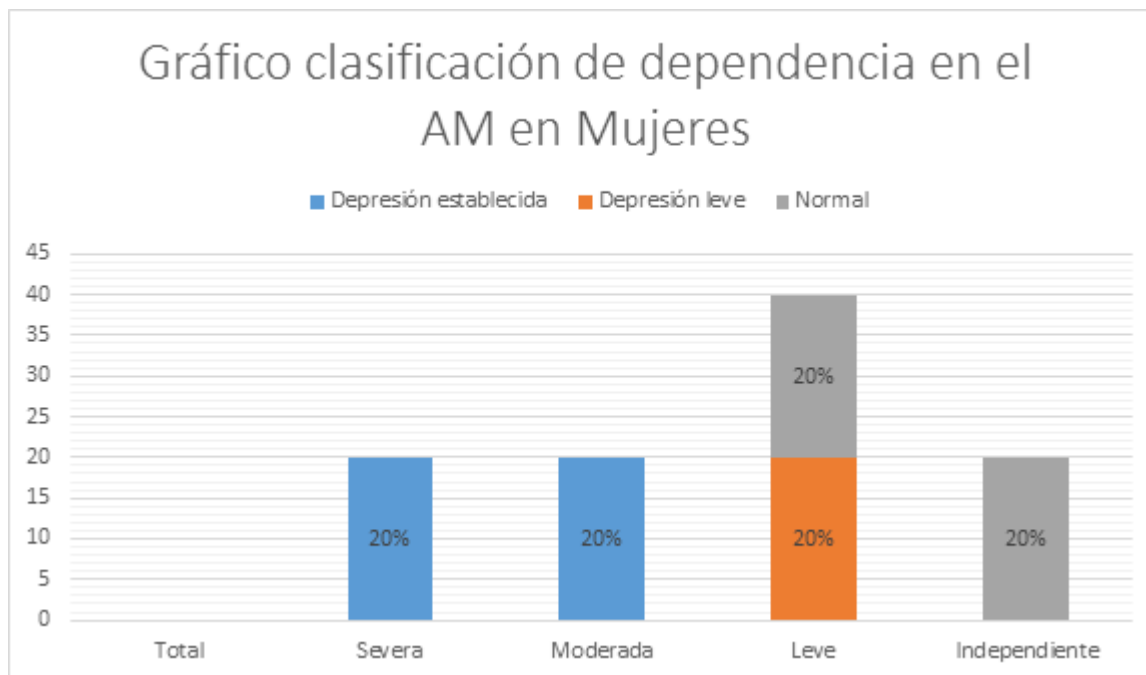
**Gráfico 17: Asociación entre vinculación familiar, géneros y puntaje Yesavage**



Fuente: Elaboración propia

Comparación porcentual entre mujeres y hombres, con o sin visita según puntuación obtenida en escala Yesavage.

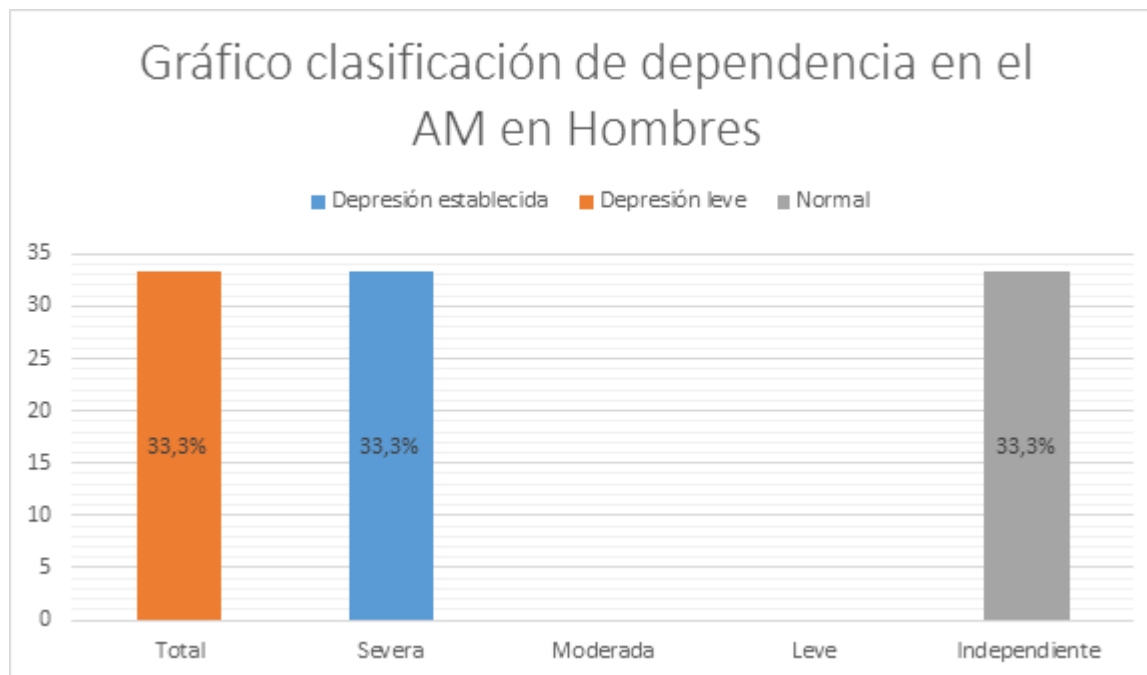
**Gráfico 18: Clasificación de dependencia en el AM en Mujeres**



Fuente: Elaboración propia

Organización porcentual de mujeres según puntaje obtenido Yesavage y Barthel.

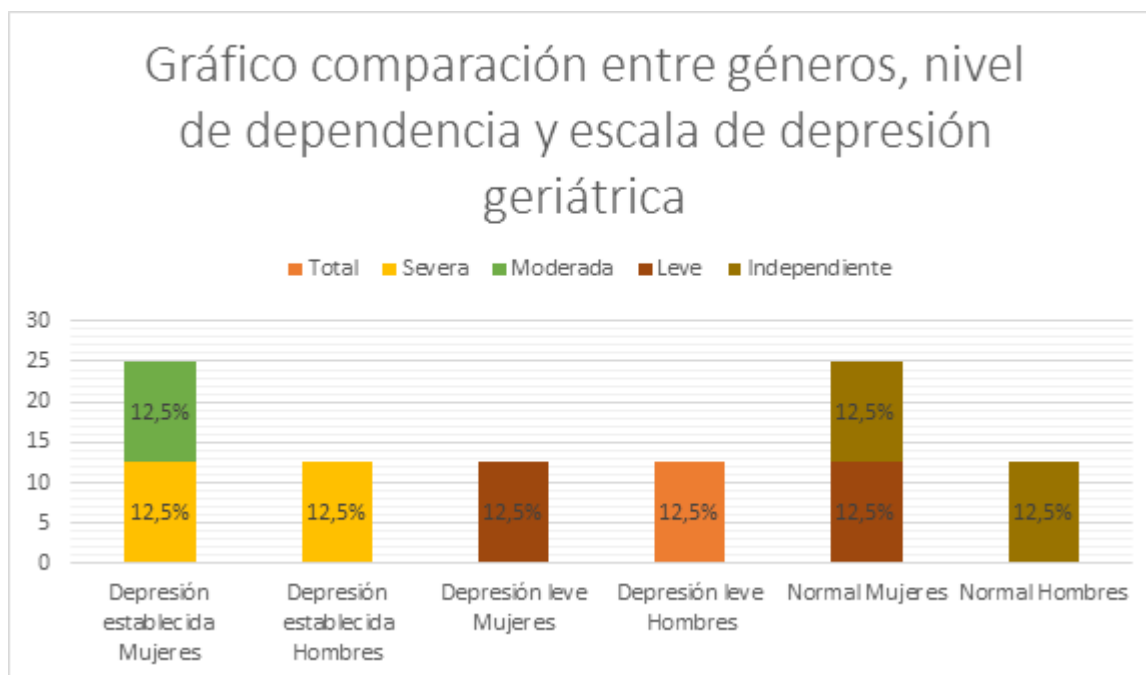
**Gráfico 19: Clasificación de dependencia en el AM en Hombres**



Fuente: Elaboración propia

Organización porcentual de hombres según puntaje obtenido en Yesavage y Barthel.

**Gráfico 20: Comparación entre géneros, nivel de dependencia y escala de depresión geriátrica**



Fuente: Elaboración propia

Comparación estadística entre hombres y mujeres AM, según los diferentes puntajes obtenidos en Yesavage y Barthel.



### 5.3 Análisis de datos

#### Variable A

#### Gráfico 1: Prevalencia de las alteraciones del ánimo según Yesavage

Reiterando que el propósito de la variable A es “Establecer la prevalencia de alteraciones del ánimo en AM institucionalizados” se identificaron valores estadísticos cuantitativos mediante el empleo de la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage (Ver anexo 1) otorgada por el Ministerio de Salud de Chile, sobre la muestra de ocho adultos mayores de ambos géneros, institucionalizados en el Establecimiento de Larga Estadía San Andrés.

Por medio de la recogida de datos se logró establecer que un 37,5% de los individuos adultos mayores obtuvo un puntaje Normal, donde como grupo investigativo exponemos la relevancia del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar y Comunitario, para aumentar los factores protectores para la salud mediante educación/ promoción del envejecimiento saludable o activo, la prevención de la morbimortalidad, el control de enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles y mantención de la funcionalidad, con miras a prevenir discapacidad y dependencia, mediante talleres preventivos de salud mental que incentiven el autocuidado integral del adulto mayor y su inserción social- comunitaria a modo de inclusión, como uno de los roles esenciales en enfermería, que nos favorecerá en la prevención de sintomatología asociada a trastornos psicológicos y con ello disminuir el riesgo de aumento de fragilidad secundario a patología mental en el rango etario.

Mediante el tamizaje se estableció además que un 62,5% de los adultos mayores hombres y mujeres, obtuvieron puntaje escala correspondiente a sospecha de depresión y/o sintomatología asociada a este padecimiento (entendiendo este como Yesavage mayor o igual a 6 puntos), sub dividiéndose propiamente tal como un 25% de personas con puntaje escala Depresión leve y un 37,5% de individuos con Depresión establecida.

Con respecto a lo antes mencionado, las intervenciones de enfermería a seguir son asociadas a la cantidad de puntaje obtenido en el screening. Los adultos mayores con depresión leve suelen presentar cambios conductuales y/o sintomatología asociada a este padecimiento, por lo que protocolarmente es imprescindible otorgar prevención primaria al 25% de la muestra de AM con indicios de patología psicológica asociada a la depresión, dada la necesidad de derivación oportuna a un Control de Salud Integral (VFI) en el Centro de Atención Primaria o Consultorio perteneciente a la comuna de Estación Central para favorecer la instancia de envejecimiento saludable y prevenir la morbilidad psicológica.

En el caso del 37,5% de adultos mayores que arrojaron depresión establecida según Yesavage, las intervenciones requeridas se fundamentan en la necesidad de adquirir un tratamiento acorde a las necesidades inherentes de cada individuo mediante una detección, diagnóstico y atención integral, accesible, oportuna y eficaz en prevención secundaria, la cual otorga el Centro de Atención Primaria o Consultorio para adquirir acceso secuencial y consecutivo a controles programados con profesionales de salud mental (Programa de Salud Mental) o bien, en caso de mayor complejidad se requerirá atención por medio del Hospital o Centro de Salud Mental, mientras que los individuos con alto riesgo de suicidio pueden acceder directamente a las Urgencias perteneciente a la comuna de Estación Central de forma inmediata.

### **Variable A y B**

Como se estableció en la presentación de datos, los gráficos utilizados fueron creados mediante la recogida de datos que nos brindaron los instrumentos empleados en cada variable, tales como la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage para la variable A, mientras que para la variable B la Encuesta Socio demográfica e Índice de Barthel.

En base a esto, se lograron establecer datos univariados, bivariados y polivariados, dónde las dimensiones: género, edad, nivel educacional, estado civil, enfermedades crónicas no transmisibles, actividades dentro del ELEAM, vinculación familiar y clasificación de dependencia; cumplen un rol fundamental para la interpretación.

### **Gráfico 2: Proporción de mujeres y hombres AM institucionalizados**

La muestra total utilizada fue escogida según el contexto pandemia COVID-19 y bajo el precepto de individuos de la tercera edad institucionalizados con estado cognitivo bueno y/o capaces de responder de forma coherente las preguntas estipuladas.

Mediante el empleo de este gráfico univariado, se plasmaron los datos porcentuales de la dimensión “Género” donde se evaluó la proporción de mujeres y hombres, considerando que el total de individuos son ocho adultos mayores. Se obtuvo que más de la mitad de la muestra con un 62,5% son mujeres, las cuales predominan por sobre el 37,5% de hombres adultos mayores institucionalizados en el Establecimiento de Larga Estadía San Andrés, entendiéndose que el género mujer será estudiado en mayor proporción que el de hombres por cuantía de AM.

### **Gráfico 3: Prevalencia de depresión geriátrica en mujeres según Yesavage**

Reiterando lo visto con anterioridad, es fundamental establecer que mediante este gráfico bivariado se establece un cruce de información entre las cinco mujeres que representan un 62,5% del total de la muestra y el puntaje escala obtenido por cada una en Yesavage, el cual está predeterminado por los indicadores: Normal (0-5), Depresión leve (6-9) o Depresión establecida ( $\geq 10$ ).

Se identificó que la prevalencia de mujeres adultas mayores con depresión geriátrica establecida es de un 40% valor sumamente significativo e indicador de déficit de pesquisa precoz de trastornos asociados a la salud mental, los cuales de manera secundaria representan uno de los mayores riesgos ante la salud de este rango etario. Se establece requerimiento inmediato de Centro de Atención Primaria, y/o derivación a Programa de Salud Mental justificado en la necesidad de diagnóstico y tratamiento oportuno del padecimiento y las características inherentes secundarias desarrolladas en cada mujer.

Además, un 20% del total de mujeres presenta depresión leve o sintomatología depresiva por lo que el requerimiento en Atención Primaria va enfocado a una Valoración Geriátrica Integral oportuna y eficaz, capaz de reducir el riesgo de desarrollar la patología propiamente tal.

Por lo tanto, se sobreentiende que más de la mitad de la muestra de mujeres, es decir un 60% se encuentra en riesgo inminente secundario a sintomatología depresiva, porcentaje alarmante e indicativo de déficit de atención holística y subvaloración de patologías mentales en adultos mayores.

Por otro lado el 40% de mujeres sanas/ normales requieren de educación sobre la salud mental y el autocuidado de forma activa, para prevenir la aparición de sintomatologías depresivas.

### **Gráfico 4: Prevalencia de depresión geriátrica en hombres según Yesavage**

Mediante el cruce de información entre la dimensión género en hombres, correspondiente al 37,5% restante de la muestra total, y puntajes obtenidos en Yesavage predeterminados como: Normal, Depresión leve y Depresión establecida; Se desarrolló el gráfico bivariado que nos brinda información acerca de la cantidad de hombres que hay dentro de cada indicador de la Escala de Depresión Geriátrica.

Se obtuvo que la cantidad de hombres por cada puntaje obtenido en Yesavage es proporcional, siendo un 33,3% tanto en normal, depresión leve y depresión establecida.

Se hace una distinción porcentual, donde se observó que más de la mitad de la muestra de hombres, representada por un 66,6% padecen sospecha de sintomatología depresiva, es decir, depresión leve o establecida, siendo un valor significativo que indica la necesidad de empleo de instrumentos de pesquisa precoz. Mientras que la población masculina sana, requiere de promoción activa de salud mental y trabajar en la autoestima, para una salud integral de los pacientes geriátricos.

### **Gráfico 5: Comparación entre géneros y escala de depresión geriátrica**

Mediante el cruce de información comparativa entre géneros y valores porcentuales alcanzados en cada puntaje obtenido en Yesavage se logra establecer que:

Dentro de los adultos mayores con escala Yesavage menor a cinco puntos, es decir Normal, se obtuvo que la cantidad porcentual de mujeres 25% duplica la cantidad de hombres sin depresión 12,5%, siendo un total poblacional de 37,5% de personas de ambos géneros sanas de la muestra total de adultos mayores institucionalizados en el ELEM San Andrés, que requieren por lo tanto promoción de salud mental, envejecimiento activo y sano, además de pesquisa integral continua, con énfasis en utilización de instrumentos capaces de detectar padecimientos psicológicos tales como el utilizado en la presente investigación Yesavage.

Por otro lado, los individuos con puntaje entre seis y nueve puntos en Yesavage se determina que hombres y mujeres obtuvieron un puntaje proporcional e igualitario de 12,5% en cada género, lo que representa un total de 25% de la muestra escogida de adultos mayores institucionalizados en el ELEM San Andrés con Depresión leve, reiterando que esta se presenta como indicios de sintomatología asociada a la patología, por lo que la atención oportuna y eficaz colaboraría con la disminución de progreso sintomático y desarrollo/ exacerbación del trastorno propiamente tal. Las intervenciones de enfermería estarán enfocadas directamente con la detención del desarrollo patológico.

Las personas con puntaje mayor o igual a diez puntos en la escala de Yesavage, padecen depresión establecida de las cuales, al igual que en la población Normal, el puntaje de mujeres 25% duplica el puntaje de hombres 12,5% con la patología ya desarrollada, la cual requiere de diagnóstico y tratamiento profesional conjunto a intervenciones secundarias holísticas que favorezcan un desenlace provechoso en la salud mental de los adultos mayores y eviten la exacerbación de cuadros depresivos y/o consecuencias, tales como intentos suicidas comúnmente observados en adultos mayores con trastornos psicopatológicos. Se explicita la importancia de un cuidado más específico, además de la observación constante de conductas como aislamiento social, cambios drásticos de patrones del sueño (exceso de somnolencia/ insomnio), actitud negativa/desánimo,

déficit de apetito y/o pérdida alimentaria; principales indicadores de riesgo de suicidio en el rango etario.

Dado que el un 37,5% de las personas AM institucionalizadas en el ELEAM San Andrés obtuvieron Depresión establecida y un 25% Depresión leve, se interpreta que un de 62,5% del total la muestra de ambos géneros presenta sospecha de sintomatología asociada a un trastorno depresivo, de los cuales el porcentaje de mujeres 37,5% supera al de hombres 25%, lo que se puede determinar que dentro de la dimensión “Género” ser mujer representa un indicativo de riesgo en el desarrollo de padecimientos psicológicos, confirmando a su vez que lo establecido en literaturas es veraz y rescatando “Género: Mujer” como uno de los factores predisponentes que inciden en los trastornos depresivos, dando lugar a información asertiva de la Variable B.

Dado que más de la mitad de la población entrevistada arrojó sospecha de sintomatología depresiva, como grupo investigativo se determinó que este amplio y preocupante porcentaje representa la necesidad de atenciones multidisciplinarias periódicas en residencias de adultos mayores de larga estadía, para el correcto cumplimiento de estándares de calidad, como lo es la vigencia del EMPAM.

#### **Gráfico 6: Asociación edad y escala de depresión geriátrica**

Gráfico bivariado empleado para determinar la cantidad de personas que hay dentro de cada puntaje escala de Yesavage, subdividiendo a los adultos mayores institucionalizados en dos rangos etarios que comprenden de los 70-79 años y de los 80-89 años.

El 50% de la muestra total quedó expuesto en el primer rango etario comprendido por las edades de 70-79 años donde la vejez es el mejor término empleado según ASISTED, dónde los principales cambios observados son declive de la inteligencia fluida, por ende disminución de la agilidad mental, características psicológicas de retrospectión del pasado y/o experimentación de recuerdos, conjunto a la consolidación de debilitamiento de funciones biológicas y disminución/ pérdida de autonomía. Se obtuvo que la mayor predominancia porcentual fue de adultos mayores con depresión establecida con un 25%, mientras que en la depresión leve y puntaje normal 12,5%, infiriendo que un total de 37,5% posee sintomatología depresiva. Por ende, la atención integral con énfasis en estimulación cognitiva, reducción de la progresión patológica, mantenimiento de la funcionalidad y aumento de los factores protectores de salud, son las intervenciones a seguir guiadas por un plan de enfermería acorde a las cualidades de cada individuo.

Mientras que el 50% restante de la muestra, resultó ser en mayor proporción sana/ normal con un 25% predominante por sobre 12,5% de personas con depresión leve y 12,5% de adultos mayores con depresión establecida, acumulando un porcentaje de 25% de personas con sospecha de

sintomatología depresiva en el rango etario de 80-89 años llamado ancianidad según ASISTED, donde el deterioro de sus esferas biológicas, psicológicas, sociales y comunitarias, es mucho más significativo y se puede evidenciar con aumento de fragilidad, disminución de autonomía, dependencia y/o discapacidad.

Debido a que la edad es un factor independiente no modificable, las intervenciones generales de enfermería a seguir están siempre ligadas a la mantención de salud integral de los adultos mayores, preservando sus esferas psicosociales.

Para efectos de la Variable B, se establece que la dimensión “Edad” corresponde a un factor predisponente de depresión destacando el primer rango etario de vejez, donde se establece mayor predominancia de signos asociados al padecimiento psicológico depresivo con un 37,5% del total de la muestra, por lo que la pesquisa eventual debiera tener mayor énfasis y minuciosidad en estos adultos mayores dada la significación psicológica de la etapa.

#### **Gráfico 7: Asociación entre género femenino edad y escala de depresión geriátrica**

Mediante este gráfico polivariado, se estableció un cruce informacional de la cantidad de mujeres por rango etario con diferentes puntajes obtenidos en Yesavage.

Se determinó que en mujeres de menor edad, es decir dentro del primer rango 70-79 años el porcentaje de individuos con depresión establecida es de un 20% en igual proporción que los que tienen Yesavage normal 20%.

Mientras que en el segundo rango etario 80-89 años el porcentaje de mujeres sanas es de un 20% , prevaleciendo la cantidad de mujeres con sospecha de sintomatología depresiva con un 40%, siendo 20% depresión establecida y 20% depresión leve, pudiendo justificarse en que a mayor edad menos autonomía y funcionalidad, circunstancia de limitación en quehaceres, dificultad en realización de autocuidado, necesidad de dependencia por terceros, lo que en la dimensión género mujer tiene mayor afectación, asumiendo que la cultura a nivel país frecuentemente demanda más accionar femenino en quehaceres del hogar y responsabilidades funcionales/ cognitivas con su entorno. Transformándose en requerimiento la pesquisa precoz integral con mayor especificidad.

Dado a que todos los factores en cuestión no son modificables, las intervenciones de enfermería hacen correspondencia a la mantención y/o prolongación un envejecimiento saludable, guiado por talleres educacionales que favorezcan el interés de mantener una vida activa/ funcional, tanto física como cognitivamente de acuerdo a las cualidad propias de cada adulta mayor institucionalizada.

### **Gráfico 8: Asociación entre género masculino, edad y escala de depresión geriátrica**

El análisis en cuestión es polivariado y evalúa las dimensiones antes mencionadas en el gráfico número siete, haciendo la distinción de que el género en este caso son los hombres.

Dentro del primer rango etario 70-79 años, se obtuvo que más de la mitad de la población 66,6% presenta sospecha de sintomatología depresiva, valor sumamente significativo que se subdivide en 33,3% depresión establecida y 33,3% depresión leve, infiriendo que la asimilación de la disminución de la inteligencia rápida y otros procesos psicológicos, biológicos y sociales-comunitarios de la etapa, producen mayor desarrollo de trastornos depresivos en hombres, reflejando la necesidad de pesquisa minuciosa con especificidad en la vejez.

Mientras que en el segundo rango etario 80-89 años el 33,3% de los hombres adultos mayores institucionalizados tuvieron puntaje normal en Yesavage, lo que representa hombres sanos con una etapa psicológica que les permite aceptar su nuevo ciclo de ancianidad, entendiendo que cada proceso es inherente a cada individuo por lo tanto variable entre una persona y otra.

Reiterando lo antes mencionado, dado a que todos los factores en cuestión no son modificables, las intervenciones de enfermería son guiadas a la mantención y/o prolongación un envejecimiento saludable, guiado por talleres educacionales que favorezcan el interés de mantener una vida activa/funcional, tanto física como cognitivamente de acuerdo a las cualidad propias de cada adulto mayor institucionalizado.

### **Gráfico 9: Comparación entre géneros, edad y escala de depresión geriátrica**

El empleo de este gráfico polivariado, se evalúan las mismas dimensiones que en el gráfico 7 y 8, estableciendo una relación comparativa entre hombres y mujeres adultos mayores institucionalizados de los diferentes rangos etarios y valores de puntaje escala Yesavage.

Mediante la comparación de géneros en el primer rango etario se establece que tanto las mujeres como los hombres tienen un valor porcentual igual a 12,5% de depresión establecida en cada género, haciéndose una distinción en el siguiente 12,5% de mujeres adultas mayores que se encuentran sanas (normal), a diferencia del otro 12,5% de hombres que padecen depresión leve. Pudiendo destacar que la prevalencia de sospecha de sintomatología depresiva es mayor en hombres del rango etario 70-79 años con un 25%, duplicando el valor de mujeres de 12,5%, por lo que se puede inferir que los hombres requieren mayor pesquisa e intervención dentro de estas edades, por los antecedentes antes mencionados en el gráfico ocho.

Por otro lado, en el segundo rango etario la incidencia de sospecha de sintomatología depresiva es mayor en mujeres en un 25% de las cuales 12,5% presentan depresión leve y el otro 12,5% presenta depresión establecida; igualándose en valores de puntaje normal con un 12,5% de mujeres y hombres.

Con los datos previamente analizados de la muestra total (hombres y mujeres) se puede establecer que según la evolución observada, los procesos psicológicos de cada género son distintos por lo antes inferido y descrito en los gráficos siete y ocho, donde los hombres representan mayor afección en la vejez, mientras que las mujeres en la ancianidad. Estos datos nos otorgan información fundamental al momento de controlar a los pacientes adultos mayores, ya que nos plantea una realidad que facilita la pesquisa.

#### **Gráfico 10: Asociación nivel educacional, género femenino y escala de depresión geriátrica**

Por medio de este gráfico polivarariado se miden las dimensiones nivel educacional, género en este caso femenino y la relación de estos con los puntajes escala obtenidos mediante Yesavage.

Dentro de la muestra de cinco mujeres adultas mayores institucionalizadas en el ELEAM San Andrés, se obtuvo que un 20% tenían nivel educacional menor a 8vo básico y a su vez padecían depresión leve según el puntaje alcanzado en Yesavage. Además se puede visualizar que el 80% restante de la muestra total de mujeres cursó 8vo básico, de las cuales la mitad 40% está sana (puntaje normal) y la otra mitad 40% padece depresión establecida.

Estos valores son indicativos de que pese a que poseer nivel educacional inferior a 8vo básico representa un factor de riesgo para las personas, la prevalencia de sospecha de sintomatología depresiva es el doble en mujeres con nivel educacional mayor o igual a 8vo básico (factor protector).

Mediante este análisis se puede identificar para la Variable B, que la dimensión “Nivel educacional” pese a tratarse de una muestra pequeña, es un factor predisponente para adquirir y/o desarrollar una afección psicológica asociada a síntomas depresivos, con mayor tendencia y prevalencia en mujeres con estudios educacionales mayores octavo básico.

#### **Gráfico 11: Asociación nivel educacional, género masculino y escala de depresión geriátrica**

Reiterando la trilogía de dimensiones utilizadas en el gráfico anterior, el género es el único que varía ya que en este caso se están categorizando a los hombres adultos mayores institucionalizados en ELEAM San Andrés.



Dentro de la muestra de tres adultos mayores hombres, la cantidad porcentual de individuos con estudios menores a 8vo básico es de un 33,3% los cuales a su vez, presentan depresión establecida. Mientras que más de la mitad de la muestra de hombres 66,6% posee nivel educacional igual o mayor a 8vo básico, de los cuales un 33,3% tiene depresión leve y un 33,3% arrojó Yesavage normal.

Para efectos de la Variable B, la dimensión "Nivel educacional" pese a que la muestra en cuestión es pequeña, se puede señalar que en hombres a menor índice de escolaridad mayor morbilidad depresiva establecida, sin embargo, al evaluar la sospecha de sintomatología asociada a Yesavage (depresión establecida vs depresión leve), no representa ser un factor predisponente indicativo debido a que la comparación las cantidades porcentuales no difieren.

### **Gráfico 12: Comparación nivel educacional, género y escala de depresión geriátrica**

Por medio de la comparación de la dimensión género en hombres y mujeres, se establece un gráfico polivariado para establecer la predominancia de puntajes escala de Yesavage en relación con el nivel educacional de cada individuo, entendiendo que un nivel educacional menor a 8vo básico representa un factor de riesgo, mientras que un nivel educacional mayor o igual a 8vo básico un factor protector fundamentado por la accesibilidad laboral, social, económica, capacidad cognitiva de resolución de problemas, entre otras.

Analizando la muestra total de ocho adultos mayores se obtuvo que un 25% de la muestra total tuvo nivel educacional inferior a octavo básico de los cuales la mitad 12,5% son mujeres con depresión leve y la otra mitad 12,5% representa la totalidad de hombres con depresión establecida, deduciendo que las personas con estudios educacionales inferiores a 8vo básico presentan mayor riesgo de presentar sospecha de sintomatología depresiva, por lo que las acciones de enfermería para este grupo poblacional son enfocadas en la promoción de hábitos de vida saludables que favorezcan el incremento de factores protectores y con ello el envejecimiento saludable y activo. Se da énfasis en la necesidad continua de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario, además de talleres preventivos de salud mental, diagnóstico y tratamiento oportuno para los adultos mayores con la patología establecida.

El valor más significativo correspondiente al 75% de adultos mayores institucionalizados poseen educación igual o superior a 8vo básico, de los cuales la sospecha de sintomatología depresiva se ve en un 37,5% representando candidatura inmediata de atención integral con enfoque en salud mental, donde un 25% corresponde a mujeres con depresión establecida duplicando el porcentaje de hombres con depresión leve 12,5%.

Por otro lado, un 37,5% de personas adultas mayores con estudios igual o superior a 8vo básico no presentan ningún trastorno asociado a sintomatología depresiva, de los cuales las mujeres tienen mayor predominancia con un 25% ante el 12,5% de los hombres.

Del presente análisis y haciendo referencia a la Variable B, se puede establecer que la dimensión “Nivel educacional” para efectos de información de la muestra recogida en crisis sanitaria COVID-19 no representa cualidades indicativas de factor predeterminante de sintomatología depresiva dado que no se logran establecer patrones de predominancia, sin embargo las mujeres con estudios mayores o iguales a 8vo básico presentan mayor índice de Yesavage alterado.

### **Gráfico 13: Estado civil en el AM**

A través de este gráfico univariado se establecieron datos porcentuales de la dimensión “Estado civil” de ambos géneros, obteniéndose que la población de adultos mayores institucionalizados en ELEAM San Andrés se igualan en cantidad de solteros y viudos con un 37,5% cada uno, mientras que en menor proporción con 25% se encuentran divorciados.

Infiriendo que más de la mitad de la muestra 62,5% convivió en algún momento con un cónyuge.

No se logró establecer correlación de la dimensión “Estado civil” con la depresión en adultos mayores institucionalizados en el ELEAM San Andrés.

### **Gráfico 14: Asociación de AM con ECNT, género y escala de depresión geriátrica**

Para el análisis polivariado de personas adultos mayores hombres y mujeres con enfermedades crónicas no transmisibles, se consideraron las patologías: Diabetes Mellitus (DM), Hipertensión arterial (HTA), Hipotensión arterial, Dislipidemia, Artrosis y Accidente cerebrovascular (ACV); con finalidad de establecer en cantidad de individuos que padecen ECNT, y correlacionar el grado de impacto en el puntaje de la Escala Yesavage.

El 100% de la muestra escogida, es decir los ocho adultos mayores padecían Enfermedades crónicas no transmisibles, lo que se justifica en el daño celular acumulativo del pasar de los años, y a su vez refleja el aumento de necesidad de acceso a los sistemas sanitarios, además del aumento de gastos económicos y sociales de los mismos.

La predominancia de sospecha de sintomatología depresiva es de un 62,5% en hombres y mujeres, prevaleciendo el género mujer con un 37,5% de las cuales un 25% padece depresión establecida y un 12,5% depresión leve, por sobre los hombres con un 25% de los cuales la mitad padece depresión establecida y la otra mitad depresión leve.

Por lo tanto se obtuvo a modo general que la prevalencia de AM institucionalizados en el ELEAM San Andrés con depresión establecida es de un 37,5% y con depresión leve un 25%, siendo un valor sumamente significativo entendiendo que las patologías de tipo crónicas representan cambios en todas las esferas de la vida de las personas, produciendo limitaciones y teniendo como principal consecuencia el deterioro de las funciones biológicas del cuerpo (deterioro del estado general de salud) , lo que representa en este rango etario pérdida de funcionalidad y con ello aumento de la fragilidad. En menor porcentaje, con un 37,5% los individuos adultos mayores obtuvieron puntaje normal en Yesavage.

Para efectos de la Variable B, se establece que la dimensión “Enfermedades crónicas no transmisibles” sí representaría un factor predisponente indicativo de sintomatología depresiva, debido al deterioro biopsicosocial que desencadenan estas y el alto porcentaje de prevalencia que obtuvieron los AM institucionalizados con ECNT y sospecha de sintomatología depresiva.

### **Gráfico 15: Participación en actividades recreativas intra ELEAM**

En este gráfico univariado solo se considera la dimensión “Participación en actividades recreativas” dentro del establecimiento de larga estadía San Andrés, con propósito de cuantificar estadísticamente a los adultos mayores que tienen incentivo de compartir con sus pares.

Los resultados son basados en la muestra total de AM indistinto del género, obteniéndose un amplio porcentaje de individuos que no participan 75%, por sobre el 25% restante que sí participaba, dejando en evidencia el déficit de participación recreacional dentro de la residencia lo que representa un factor de riesgo de funcionalidad, dado que en los ELEAM este tipo de instancias impulsa a los adultos mayores a participar e integrarse a sus pares mediante diversos tipos de actividades.

Se establece mediante la observación de las investigadoras que este alto índice de no participación se justifica en la falta de inclusividad al momento de establecer actividades recreativas grupales y además de la baja variabilidad de estas que desencadena a su vez falta de incentivo, destacando que cada adulto mayor posee su individualidad.

### **Gráfico 16: Asociación entre participación en actividades recreativas, géneros y escala de depresión geriátrica**

Mediante este gráfico polivariado se incluyó el género y la escala de depresión geriátrica que nos brindó información comparativa entre mujeres y hombres que padecen distintos puntajes escala en Yesavage y a su vez participan o no en actividades recreativas dentro del ELEAM San Andrés.

Se estableció el análisis con la muestra total de ocho adultos mayores, subdivididos a su vez por cinco mujeres y tres hombres para efectos comparativos. Del 25% que Sí participa en actividades recreativas la mitad son hombres sanos, mientras que la otra mitad son mujeres con depresión leve o sintomatología depresiva, lo que se deduce como grupo investigativo que es sumamente favorecedor para la salud mental la participación en actividades e inserción con sus pares.

Mientras que la mayor proporción de 75% de adultos mayores no participan en actividades recreativas, habiendo un porcentaje de 25% de mujeres con Yesavage normal y un 12,5% de hombres con depresión leve, prevaleciendo un 37,5% de depresión establecida donde el 25% corresponde a mujeres y la mitad 12,5% a hombres. Se obtuvo un total de 50% de personas adultas mayores con sospecha de sintomatología depresiva (depresión leve y establecida) de personas que no participan en actividades recreativas, deduciendo/ confirmando con apoyo de la literatura que los trastornos depresivos al tratarse de tristeza permanente se traduce muchas veces en percepción negativa de la vida y/o desánimo de ejercer actividades en la vida diaria.

Por lo que las recomendaciones de enfermería se basan en la educación de vida sana y salud mental, conjunto a la creación de entornos de conversación, lluvia de ideas, entre otras metodologías de integración que favorezcan la inserción de los adultos mayores con sus pares dentro del ELEM.

Para efectos de la Variable B, se establece una correlación llamativa entre no participación y padecer sospecha de sintomatología depresiva, por lo que “Participar en actividades recreativas” podría destacarse como un indicador que representa a la depresión, siendo estudiada a mayor profundidad mediante una muestra más grande que permita establecer patrones incidentes.

### **Gráfico 17: Vinculación familiar, géneros y escala de depresión geriátrica**

Por medio de este gráfico polivariado se estableció la cantidad de personas adultas mayores hombres y mujeres, según el puntaje alcanzado en Yesavage y las visitas que recibían de forma habitual antes del contexto pandemia, dado que bajo las restricciones de la crisis sanitaria y el rango etario de riesgo, hubo suspensión temporal de visitas y salidas al exterior.

Se obtuvo que el mayor porcentaje de adultos mayores 75% sí tiene visitas de forma periódica, de los cuales un 37,5% obtuvieron puntaje Yesavage normal, donde predominaron las mujeres con 25%, duplicando a los hombres 12,5%.

Mientras que un 37,5% presentó sospecha de sintomatología depresiva, el cual se desglosa en un 25% de AM con depresión leve donde la mitad son mujeres y la mitad son hombres y el otro 12,5% restante son hombres que padecen depresión establecida. Se destaca además que todos los

hombres si reciben visita, de lo que se puede inferir que para las mujeres es más significativo el hecho de tener visitas vinculares, antes que para los hombres que predominan en la sospecha de sintomatología depresiva y si reciben visitas.

Por otro lado, un 25% de mujeres no recibe visita y además padece depresión establecida, lo cual tiene correlación la literatura que fundamenta la necesidad de afecto, y justifica que la falta de visitas es representante de sentimiento de abandono, por lo que para efectos de la Variable B la dimensión “Vinculación familiar” si representa un factor predeterminante que incide en el padecimiento de depresión, sin embargo la falta de patrones establecidos limitan la utilización de este en la investigación.

### **Gráfico 18: Clasificación de dependencia en el AM en Mujeres y escala de depresión geriátrica**

En el presente gráfico polivariado, se evaluó la cantidad de mujeres que hay en cada nivel de dependencia predeterminado según puntaje Barthel (índice utilizado en AM con pérdida de funcionalidad) y la correlación con el puntaje obtenido de la Escala Yesavage. Entendiendo que en la dependencia total, los adultos mayores no son capaces de realizar ninguna de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Se determinó que en las mujeres la prevalencia de depresión establecida se encuentra en los índices de mayor dependencia con un 40%, siendo 20% de dependencia severa y 20% dependencia moderada, dónde cabe destacar que la funcionalidad de las personas se encuentra deteriorada por lo que el uso de ayudas técnicas y desplazamiento en sillas de ruedas les brinda mayor grado de autonomía para poder realizar las leves actividades de la vida diaria que desempeñan.

Mientras que en los niveles de mayor autonomía, se obtuvo que un 40% de mujeres con dependencia leve 20% e independiente 20% arrojó Yesavage normal, lo se explica mediante la capacidad de realizar sus labores cotidianas sin mayor necesidad de ayuda.

Mientras que un 20% de mujeres AM con dependencia leve obtuvieron puntaje entre cinco y nueve en Yesavage, es decir depresión leve.

La prevalencia de sospecha de sintomatología depresiva es de un 60% lo que indica que más de la mitad de la población se encuentra afectada por este padecimiento, pudiendo observarse y confirmarse lo establecido por la literatura que indica que a menor funcionalidad, mayor índice de sintomatología asociada a depresión. Estableciendo la dimensión “Clasificación de Dependencia” como un factor predisponente indicativo potente en depresión de mujeres.

### **Gráfico 19: Clasificación de dependencia en el AM en Hombres y escala de depresión geriátrica**

Gráfico polivariado que al igual que en el anteriormente descrito, evalúa la cantidad de hombres que padecen distintos grados de dependencia cuantificado por Barthel y la correlación/ impacto que genera en el puntaje de Yesavage, entendiendo funcionalidad como el principal indicador de salud de los AM.

Dentro de los niveles de mayor dependencia, se concentra la prevalencia de hombres con sospecha de sintomatología depresiva con un 66,6% de los cuales la mitad es dependiente total y la otra mitad dependiente severo, ambos con necesidad de desplazamiento con silla de ruedas e incapacidad de concretar las actividades de la vida diaria de forma autónoma.

Mientras que la población de hombres independientes 33,3% arrojó puntaje normal en Yesavage.

Lo que se entiende que a mayor dependencia, y por ende mayor necesidad de asistencia mayor es la prevalencia de depresión pudiendo confirmar que la correlación de puntajes depresivos Yesavage y estado de funcionalidad de Barthel es efectiva, y la dimensión “Clasificación de funcionalidad” en hombres sí representa un factor predisponente indicativo.

### **Gráfico 20: Comparación entre géneros, nivel de dependencia y escala de depresión geriátrica**

El gráfico polivariado de la asociación del nivel de dependencia de los adultos mayores con las alteraciones del ánimo mediante Yesavage, se realiza con propósito de identificar la implicancia que tiene el estado funcional de las AVD de los adultos mayores en el hallazgo de una depresión según el instrumento utilizado.

Mediante esta tabla se cuantificó a los adultos mayores institucionalizados según el estado de dependencia, considerando la muestra total y dividiéndolos según género en mujeres y hombres, con finalidad de plasmar los datos cuantitativos porcentuales.

Se estableció que la mayor concentración de sospecha de sintomatología depresiva se da en personas con mayores grados de dependencia, como lo es en 50% de personas AM dependencia total, severa y moderada de las cuales la mitad son hombres 25% de los cuales 12,5% presentan depresión leve y el otro 12,5% depresión establecida, mientras que la otra mitad 25% son mujeres, todas con depresión establecida, sin embargo, se evidenció un índice porcentual de mujeres 12,5% que padecen depresión leve pero su estado de dependencia es leve. Concretando que la prevalencia

de sospecha de sintomatología depresiva es predominante en mujeres con un 37,5%, por sobre el 25% de los hombres.

El porcentaje de normalidad en Yesavage se ve reflejado por un 25% predominante de mujeres que se subdividen en estado de dependencia leve 12,5% , e independencia con 12,5% que iguala al porcentaje de hombres, pudiendo inferirse que el poseer mayor autonomía es un factor protector para el estado de salud mental de los adultos mayores.

Para efectos de la Variable B, corresponde indicar que la dimensión “Clasificación de dependencia” es un factor predisponente indicador y estrechamente relacionado con los padecimientos psicológicos asociados a depresión, justificado en que la pérdida progresiva de la funcionalidad reduce la autonomía y con ello la capacidad de valerse por sí mismo, desencadenando sentimientos negativos en las personas.

## 5.4 Resumen

La interpretación de los gráficos se acotó mediante el ordenamiento de la información por medio de las variables e instrumentos utilizados en este estudio investigativo de carácter cuantitativo y cualitativo, constituido por ocho adultos mayores a 73 años de edad institucionalizados en el ELEM San Andrés ubicado en Estación Central de los cuales por cuantía cinco mujeres representan a un 62,5% predominando por sobre la muestra de tres hombres correspondiente a un 37,5%.

Reiterando los propósitos de las variables A y B que pretenden establecer la “Prevalencia de las alteraciones del ánimo en adultos mayores institucionalizados” según los puntajes obtenidos en el instrumento de Escala de Depresión Geriátrica Yesavage y la determinación y/o hallazgos de “Factores predisponentes que inciden en las alteraciones del ánimo” mediante el uso de una encuesta Socio demográfica e Índice de Barthel, se identificó que:

Refiriéndose a la dimensión género desde cada muestra por separado, en la población de mujeres adultas mayores la prevalencia de sospecha de sintomatología depresiva (entendiéndose esta como Yesavage alterado u obtención de puntaje mayor o igual a 6 puntos) es de un 60% sobrepasando a más de la mitad de la muestra femenina. Y en el caso de los hombres un 66,6% presentó Yesavage alterado, porcentaje que sobrepasa la mitad de la muestra masculina.

Además, la prevalencia de sospecha de sintomatología depresiva es de un 62,5% en la muestra total sin distinción de género, lo que equivaldría a más de la mitad de la población siendo un 37,5% de depresión establecida y un 25% de depresión leve, donde la predominancia en género se concentra en mujeres con 25% duplicando el de hombres con 12,5% de depresión establecida, mientras que en la depresión leve el índice porcentual es equitativo entre ambos géneros siendo un 12,5% en cada caso, sobre entendiéndose que el total de mujeres con sospecha de sintomatología depresiva es más incidente con un 37,5% por sobre los hombres que representan un sub valor de 25%, pudiendo confirmar lo descrito en la literatura que indica que ser mujer es un factor predisponente para desarrollar patologías psicológicas.

Los demás factores predisponentes que más incidieron en las alteraciones del ánimo fueron plasmados mediante el análisis de las variables subyacentes, es decir dimensiones, obteniéndose:

La edad representa mayor riesgo de sospecha sintomatológica en adultos mayores institucionalizados de 70-79 años con una incidencia de 37,5% predominada por hombres 25%, mientras que en los 80-89 años se presentó un 25% del cual todos son mujeres, pudiendo inferirse que entre hombres y mujeres la prevalencia de afección psicológica se da en distintos rangos etarios.



En el caso del nivel educacional se obtuvo que la mayor incidencia de sospecha de sintomatología depresiva es en el AM  $\geq 8$ vo básico con un 37,5%, siendo mayor en mujeres con un 25%.

Las ECNT (enfermedades crónicas no transmisibles) presentaron una prevalencia de sospecha de sintomatología depresiva mayor a la mitad de la muestra total con un 62,5% dónde en su mayoría con un 37,5% son mujeres, dejando reflejada la mayor tendencia de arrojar Yesavage alterado al padecer DM, HTA, Dislipidemia, Hipotensión, Artrosis y/o ACV.

En la participación en actividades recreativas dentro del ELEAM se obtuvo mayor prevalencia en la respuesta “No” con un 75%, donde los índices de sospecha sintomatológica son iguales en hombres y mujeres con un 25%, infiriendo que se correlaciona con el desánimo.

La vinculación familiar se estableció según las visitas que recibían los AM, dónde los mayores índices de sospecha sintomatológica se dan en hombres con visita 25% y mujeres sin visita 25%, la falta de patrones establecidos dificultan el otorgamiento de ser un factor indicador.

Mediante los gráficos de clasificación de dependencia según Barthel y la asociación de esta con Yesavage, se logró identificar patrones llamativos donde las personas con Yesavage normal 37,5% presentan menor dependencia o bien, son independientes, mientras que las personas con sospecha de sintomatología depresiva 62,5% poseen una condición mayor de dependencia (moderada, severa o total) en su mayoría, lo cual es justificado en la pérdida de autonomía.

Cabe destacar que debido a que el desarrollo de la investigación fue en periodo de crisis sanitaria COVID-19, el acceso a información presencial y el tamaño de la muestra fueron de difícil manejo desencadenando que dimensiones como estado civil y otras no pudieran ser analizadas para ser utilizadas como factores que inciden en la predeterminación de una alteración anímica.

Como grupo investigativo se deduce que las intervenciones necesarias en los adultos mayores en cuestión, van guiadas a una atención integral con enfoque en salud mental y énfasis en la pesquisa precoz de padecimientos psicológicos que desarrollen alteraciones del ánimo en los adultos mayores, facilitado por un ambiente de institucionalización donde la población a tratar comprende rangos etarios similares, por lo que el proceder y los instrumentos a utilizar facilita la atención oportuna.

## CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES

Por medio de esta investigación descriptiva de diseño no experimental y carácter mixto (cualitativo y cuantitativo) realizada en el Establecimiento de larga estadía San Andrés ubicado en Estación Central en período de pandemia COVID-19 año 2020, dificultosamente se logró recopilar información de una reducida muestra de adultos mayores institucionalizados con capacidad cognitiva buena, es decir capaces de responder las preguntas solicitadas en la aplicación de una encuesta sociodemográfica, escala de depresión geriátrica Yesavage e Índice de Barthel.

Por medio de la pregunta de investigación “¿Cuál es la prevalencia de las alteraciones del ánimo de los adultos mayores institucionalizados y los factores predisponentes que más inciden en estas?” se agrupan los propósitos de los objetivos planteados, dándose por orden correlativo las resoluciones: La prevalencia de las alteraciones del ánimo en los adultos mayores institucionalizados en San Andrés, cuantificada según los puntajes obtenidos en Yesavage (Escala de Depresión Geriátrica) es de un 62,5% considerando todos los casos con sospecha de sintomatología depresiva, es decir puntaje  $\geq 6$  puntos (depresión establecida y leve), sin distinción de género, determinando que se trata de un índice porcentual alto ya que representa a más de la muestra de adultos mayores encuestados.

Siguiendo el precepto, para el objetivo “Identificar los factores predisponentes incidentes de las alteraciones del ánimo en adultos mayores institucionalizados del caso ELEAM San Andrés” se estableció que la identificación de los factores que predisponen las alteraciones del ánimo según lo estudiado en referencias bibliográficas nacionales e internacionales precedentes, se vio afectada debido al tamaño de la muestra y la complejidad de establecer patrones con esta.

Sin embargo, se logró identificar que en factores como el “Género” la predominancia de sospecha sintomatológica era en mujeres con 37,5%; en la “Edad” el rango etario 70-79 años incide la afección en los hombres, mientras que en los 80-89 años en mujeres; en “Nivel educacional” las mujeres con  $\geq 8$ vo básico son las más afectadas; el “Participar en actividades recreativas intra ELEAM” prepondero la negación ante la realización con un 50%; además el padecer “Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)” representa uno de los mejores indicativos para las alteraciones del ánimo medida por Yesavage, ya que el 100% de la muestra con sospecha de sintomatología depresiva presenta patologías crónicas, es decir un 62,5% al igual que en el caso de la aplicación del Índice de Barthel, dónde se pudo identificar que a mayor dependencia es mayor la incidencia de sospecha de sintomatología depresiva y viceversa.

Con respecto a la hipótesis se puede concluir y afirmar que las alteraciones del ánimo en los adultos mayores institucionalizados en el ELEAM San Andrés son prevalentes con un porcentaje que supera a la mitad de la muestra entrevistada, mientras que en el caso de los factores predisponentes que inciden en el desarrollo y/o exacerbación de estas no se lograron pesquisar a cabalidad puesto a las características de la muestra y el contexto mundial no permitió abordar más allá, es por ello que se recomienda ampliar la muestra para corroborar las correlaciones que estos factores tienen en la presentación de estas patologías. Cabe destacar que según la aplicación realizada por las investigadoras el instrumento Yesavage presenta gran potencialidad en la pesquisa de alteraciones del ánimo asociadas a tristeza permanente y/o depresión.

## **CAPÍTULO VII. PROYECCIONES INTERNAS Y EXTERNAS**

### **7.1 Proyecciones Internas**

Mediante la problemática de investigación planteada por las investigadoras, se evidenció que en la población de adultos mayores institucionalizados en el hogar de larga estadía San Andres de la Red ELEAM, presentan alteraciones del ánimo confirmando una incidencia preponderante de estos cuadros de tristeza permanente en aquellos individuos que por distintos motivos requieren de la atención y cuidados que brindan en dichos establecimientos. De igual forma se obtuvieron datos específicos importantes que suministraron información correlativa sobre la identificación de los factores predisponentes e incidentes de esta patología, lo que permitió cumplir con el objetivo principal, determinar la prevalencia de estos cuadros en un orden secuencial y multifactorial.

Para la elaboración congruente de la investigación fue imprescindible la utilización de instrumentos de evaluación obtenidos del Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor los cuales son: Escala de Depresión Geriátrica Yesavage e Índice de Barthel para la Clasificación de Dependencia del adulto mayor, siendo la primera escala el principal instrumento otorgador de los datos cuantitativos consistentes con la investigación, el segundo instrumento se evaluó de forma particular pero en una relación asociativa a una encuesta sociodemográfica la cual influyó en la identificación los factores más incidentes de las alteraciones del ánimo considerando un abanico de datos imprescindibles para el estudio.

Estos instrumentos utilizados, fueron aplicados de forma individual a cada uno de los participantes estudio donde se tomó en consideración el contexto pandemia COVID-19, el tiempo de disponibilidad de los auxiliares encargados de los adultos mayores y la disposición de los mismos en responder las preguntas asociadas.

Tomando en consideración la dificultad de realización por crisis sanitaria, cabe destacar que los patrones identificados son de una muestra pequeña, basados y confirmados mediante el uso de bibliografía precedente, por lo que ampliar la muestra resultaría sumamente provechoso. Además, por medio de los valores estadísticos se evidenció que la alta tasa de alteraciones del ánimo en adultos mayores institucionalizados es cuantificable por medio de instrumentos como Yasavage, por lo que la implementación de estos recursos se transforma en una necesidad tanto de pesquisa precoz como de prevención al desarrollo y/o exacerbación de cuadros psicológicos.

## 7.2 Proyecciones Externas

La presente investigación tuvo un diseño no experimental mixto cuantitativo/cualitativo cuyo objetivo “Determinar la prevalencia de las alteraciones del ánimo en los adultos mayores institucionalizados Caso ELEAM San Andrés” , logró corroborar la alta incidencia de esta patología mediante una prueba de tamizaje denominada Escala de depresión Geriátrica Yesavage obteniendo como resultado que la prevalencia de alteraciones del ánimo asociadas a tristeza permanente (depresión) es de un 62,5% considerando depresión leve y establecida. Para mayor profundización del estudio se identificó por género la predominancia, obteniéndose que el género mujer presentó mayor índice sospecha de sintomatología depresiva con un 37,5% por sobre el 25% de los hombres.

La implementación de esta prueba reconocida por el Ministerio de Salud resultó ser eficiente para la pesquisa de las alteraciones del ánimo, pues permite detectar precozmente y derivar de forma oportuna la sintomatología asociada, concluyendo la necesidad de aplicación de herramientas de pesquisa preventiva dentro de los ELEAM.

El diseño de esta investigación permitió abordar múltiples dimensiones tales como el análisis de factores predisponentes que inciden en el desarrollo y/o exacerbación de trastornos psicológicos, los cuales se recopilaron por medio de una encuesta sociodemográfica que permitió ordenar los datos inherentes de los encuestados, adicionando una escala para clasificación de la dependencia llamada Índice de Barthel.

Debido a que la cantidad total de la muestra es pequeña, no se logran establecer valores significativos que asocien las distintas patologías con el desarrollo o detección de depresión según Yesavage, por lo que para esta investigación no se consideran factores predisponentes indicativos.

La presente investigación da a conocer nuevos problemas y plantea nuevas incógnitas, sobre el abordaje de estos cuadros en los adultos mayores institucionalizados en ELEAM, ya que puso en evidencia la alta incidencia de estos y los múltiples factores que los predisponen. Cabe indicar según lo observado el nulo manejo de los cuidadores acerca la escala Yesavage por lo que se sugiere profundizar para futuras investigaciones las cualidades, aptitudes y conocimiento del personal a cargo de los adultos mayores.

Este diseño de investigación es sumamente óptimo para analizar todas las variables y dimensiones necesarias siendo completamente dinámico y adaptable asociaciones, lo que permite a futuro poder trabajar a través una muestra más grande y compleja.

## CAPÍTULO VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina (NASEM). (2020). Soledad y aislamiento social vinculados a afecciones graves. Octubre 16,2020, de Centers for Disease Control and Prevention Sitio web: <https://www.cdc.gov/aging/spanish/features/lonely-older-adults.html#:~:text=Los%20adultos%20mayores%20est%C3%A1n%20en,la%20cantidad%20de%20contactos%20sociales>
- Alvarado, A. & Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. Análisis del concepto de envejecimiento, Revisión (Octubre 6,2020), p58. <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Arce, M. (2019). Duelo en el adulto mayor. Noviembre 2,2020, de Verdeza Sitio web: <https://verdeza.com/2019/05/02/duelo-en-el-adulto-mayor/#:~:text=El%20duelo%20se%20puede%20definir,da%20frente%20a%20una%20p%C3%A9rdida>
- ASISTED. (2019). Las distintas etapas de la vejez. Octubre 15,2020, de ASISTED Sitio web: <https://blog.asisted.com/author/asisted>
- Brüning, K. (s.f). Depresión en adultos mayores: una mirada desde la medicina familiar. Septiembre 3,2020, de Pontificia Universidad Católica de Chile Sitio web: <https://medicina.uc.cl/publicacion/depresion-en-adultos-mayores-una-mirada-desde-la-medicina-familiar/>
- Coryell, M. (2020). Generalidades sobre los trastornos del estado de ánimo. Diciembre 2,2020, de MANUAL MSD Sitio web: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-psi%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/generalidades-sobre-los-trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo>
- Departamento Medicina Familiar PUC. (2019, marzo). DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES: UNA MIRADA DESDE LA MEDICINA FAMILIAR. Medicina UC. <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/08/Articulo-Depresion-en-AM-Bruning.pdf>
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, Á., Ordoñez, J., Osorio, J. & Chavarriaga, L. (2012). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. Octubre 6,2020, de Pontificia Universidad Javeriana Sitio web: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/999/0>

- García, G & Encinas, E. (2010). La personalidad durante el envejecimiento. Noviembre 27,2020, de UNAM Sitio web: <http://www.facmed.unam.mx/gaceta/gaceta/may1097/VEJEZ.htm#:~:text=De%20esta%20forma%2C%20podemos%20entender,cierta%20manera%20ante%20situaciones%20espec%C3%ADficas>
- González, S. (2012). Calidad de vida en la vejez. Octubre 5,2020, de Pontificia Universidad Católica de Chile Sitio web: [http://adultomayor.uc.cl/docs/satisfaccion\\_vida.pdf](http://adultomayor.uc.cl/docs/satisfaccion_vida.pdf)
- I.N. .d.e. .E. (s. f.). Censos de Población y Vivienda. INE. Recuperado 31 de agosto de 2020, de <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/censos-de-poblacion-y-vivienda>
- Jürschik, P., Botigué, T., Nuin, C & Lavedán, A.. (2013). Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores. Octubre 13,2020, de Scielo Sitio web: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v24n1/comunicacion1.pdf>
- Legislación Chilena. (2014). APRUEBA REGLAMENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA PARA ADULTOS MAYORES. Octubre 5,2020, de Biblioteca del Congreso Nacional de Chile Sitio web: [https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/DTO-14\\_05-AGO-2010\\_ELEAM.pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/DTO-14_05-AGO-2010_ELEAM.pdf)
- Ministerio de Salud. (2015). MATRIZ DE CUIDADOS A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA. Septiembre, 2020, de Gobierno de Chile Sitio web: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/MATRIZ-DE-CUIDADOS-A-LO-LARGO-DEL-CURSO-DE-VIDA.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile. (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Septiembre, 2020, de Gobierno de Chile Sitio web: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/PDF-PLAN-NACIONAL-SALUD-MENTAL-2017-A-2025.-7-dic-2017.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile. (2018). Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria. Septiembre, 2020, de Gobierno de Chile Sitio web: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28\\_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA\\_DIGITAL.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA_DIGITAL.pdf)
- Ministerio de Salud de Chile. (2019). Guía práctica en Salud Mental y Prevención de suicidio para Personas Mayores. Octubre, 2020, de Gobierno de Chile Sitio web: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/10/2019.10.08\\_Gu%C3%ADa-Pr%C3%A1ctica-Salud-Mental-y-prevenci%C3%B3n-de-suicidio-en-Personas-Mayores\\_versi%C3%B3n-digital.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/10/2019.10.08_Gu%C3%ADa-Pr%C3%A1ctica-Salud-Mental-y-prevenci%C3%B3n-de-suicidio-en-Personas-Mayores_versi%C3%B3n-digital.pdf)
- Ministerio de Salud. (2020). DEFINICIÓN COVID19. Septiembre 3,2020, de Gobierno de Chile Sitio web: <https://saludresponde.minsal.cl/definicion-covid19/>

- Mühlenbrock, F., Gómez, R., González, M., Rojas, A., Vargas, L. & Mühlenbrock, C. (2011). Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. Noviembre 4,2020, de Scielo Sitio web: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272011000400004](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000400004)
- Parga, L. (1991). LA VIVIENDA PARA EL ADULTO MAYOR. Revistainvi.uchile, Vol. 6(N°13-14), p1. <http://revistainvi.uchile.cl/index.php/INVI/article/view/148/63>
- Programa Interdisciplinario de Estudios Gerontológicos U. de Chile. (2017, octubre). Cuidado y Autocuidado de salud del adulto mayor Autor. Senama. <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/CUIDADO-Y-AUTO-CUIDADO-DE-SALUD-DEL-ADULTO-MAYOR.pdf>
- RAE. (2014). Pandemia. Noviembre 2,2020, de Real Academia Española Sitio web: <https://dle.rae.es/pandemia>
- Senama. (2003). GLOSARIO GERONTOLÓGICO. [http://www.senama.gob.cl/storage/docs/GLOSARIO\\_GERONTOLOGICO.pdf](http://www.senama.gob.cl/storage/docs/GLOSARIO_GERONTOLOGICO.pdf)
- Silva, M & Vivar, P. (2015). "FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO. Septiembre 5, 2020, de UNIVERSIDAD DE CUENCA Sitio web: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21620/3/TESIS.pdf>
- Segovia, M & Torres, E. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Octubre 15,2020, de Scielo Sitio web: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2011000400003#:~:text=La%20capacidad%20funcional%20del%20adulto,medio%20y%20Fo%20entorno%22](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003#:~:text=La%20capacidad%20funcional%20del%20adulto,medio%20y%20Fo%20entorno%22)
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2016). Estándares de Calidad para ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA PARA ADULTOS MAYORES. Agosto, 2020, de Ministerio de Desarrollo Social Sitio web: [http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Estandares\\_Calidad-ELEAM\\_WEB.pdf](http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Estandares_Calidad-ELEAM_WEB.pdf)



## CAPÍTULO IX. ANEXOS

### Anexo n°1: Escala de depresión geriátrica Yesavage.

#### ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA Yesavage

Elija la respuesta que mejor describa como se ha sentido la última semana

<i>Preguntas</i>			<i>Respuesta</i>	<i>Puntaje</i>
*1 ¿Se considera satisfecho de su vida?	SI	NO		
2 ¿Ha ido abandonando muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO		
3 ¿Se aburre a menudo?	SI	NO		
4 ¿Siente que su vida esta vacía?	SI	NO		
*5 ¿Esta de buen animo la mayor parte del tiempo?	SI	NO		
6 ¿Tiene miedo que le pueda ocurrir algo malo?	SI	NO		
*7 ¿Esta contento la mayor parte del tiempo?	SI	NO		
8 ¿Se siente a menudo desvalido?	SI	NO		
9 ¿Prefiere quedarse en casa en vez de hacer otras cosas?	SI	NO		
10 ¿Siente que tiene más problemas con su memoria que la mayoría de las personas?	SI	NO		
*11 Piensa que es maravilloso estar vivo?	SI	NO		
12 ¿Se siente muy inútil como está en este momento?	SI	NO		
*13 ¿Se siente lleno de energías?	SI	NO		
14 ¿Siente su situación como sin esperanzas?	SI	NO		
15 ¿Cree que la mayoría esta mejor que usted?	SI	NO		
<b>PUNTAJE TOTAL</b>				

**Puntuación:** Un punto cuando responde "NO" a las respuestas marcadas con asterisco.  
Un punto cuando corresponda "SI" al resto de las preguntas.

**Escala:** Normal                                   **0-5**  
Depresión Leve                               **6-9**  
Depresión Establecida                   **> 10**

## Anexo nº2: Barthel. Actividades básicas de la vida diaria

### Índice De Barthel


**Actividades básicas de la vida diaria**  
Se puntúa la información obtenida del cuidador principal

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (Valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
	- Dependiente	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0
Total		

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Severo
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

### Anexo n°3: Cuestionario adultos mayores residencia San Andrés, Estación central 2020

	Universidad Gabriela Mistral Facultad de Ciencias de Salud Seminario de Grado Profesor: René Rivera Bilbao	Nombre: _____ Carné: _____ Fecha: _____
---	---	---

**Cuestionario Socio demográfico, Autopercepción de relaciones  
interpersonales  
&  
Screening de alteraciones del ánimo Yesavage e Índice de Barthel**

El presente cuestionario, es administrado por alumnas de enfermería de 4to año Ivanna Becerra Alarcón y Railin García Moreno de la Universidad Gabriela Mistral a los adultos mayores institucionalizados en la residencia San Andrés de Estación Central pertenecientes a la Red ELEAM, con el objetivo de analizar a alteraciones del ánimo. Su participación en la realización de los siguientes cuestionarios será acuerdo al secreto estadístico y de gran importancia, ya que sin su ayuda no podríamos llevar a cabo los objetivos de nuestra investigación. Le pedimos su mayor colaboración y agradecemos su disposición, no olvide que sus respuestas serán totalmente anónimas y se mantendrán bajo estricta confidencialidad.

**Cuestionario Socio demográfico**

I. ANTECEDENTES PERSONALES

Nombre: _____	Edad: _____
Nacionalidad: _____	Sexo: _____
Nivel educacional: _____	Profesión u oficio: _____
Ocupación (años): _____	Jubilación (años): _____
Pensión: _____	Nivel de independencia: _____

ANTECEDENTES SOCIALES

_____	_____
-------	-------

ANTECEDENTES ECONÓMICOS

_____	_____
-------	-------

<b>Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo (años) <input type="checkbox"/> Pareja. ¿Sexualidad?	<b>Previsión:</b> <input type="checkbox"/> Fonasa <input type="checkbox"/> Isapre
---	---

**II. ANAMNESIS REMOTA**

<b>ANTECEDENTES MÓRBIDOS</b>	
<b>Enfermedades crónicas:</b> <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia <input type="checkbox"/> ACV secuejado <input type="checkbox"/> Ins. Renal crónica <input type="checkbox"/> Otra:	<b>Enfermedades infecciosas:</b> <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Otra:
<b>HÁBITOS NOCIVOS</b>	
<b>Consumo de alcohol:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Consumo de tabaco:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Consumo de marihuana</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Consumo de otras drogas:</b> <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuál? <input type="checkbox"/> No
<b>ANTECEDENTES SOCIALES</b>	
<b>Nivel socioeconómico:</b>	<b>Atención sanitaria:</b>

<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Atención pública (CESFAM) <input type="checkbox"/> Atención privada (Particular; intra o extra ELEM) <input type="checkbox"/> Atención mixta
<b>Redes de apoyo:</b> <input type="checkbox"/> Hijos. ¿Cuántos? <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Otro. ¿Quién?	<b>Religión/ Creencia:</b> <input type="checkbox"/> Cristiana <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Otra. ¿Cuál?
<b>Vivienda propia</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Actividades recreativas</b> <input type="checkbox"/> Sí. ¿Cuál? <input type="checkbox"/> No

### III. ANTECEDENTES DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN

Fecha de ingreso:	Motivo de ingreso:
Apoderado (parentesco):	¿Con quién vivía antes de institucionalizarse?
<b>Visitas:</b> <input type="checkbox"/> ¿Quién lo visita? <input type="checkbox"/> Frecuencia de visita	Número de personas por habitación:
Realiza actividades recreativas dentro de la residencia: ¿Cuáles?	<b>Relación con su/s compañero de habitación:</b> <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ninguna Relación

Relación con el resto de los residentes del hogar: <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ninguna Relación	Relación con sus cuidadores del hogar: <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ninguna Relación
---	---

**Screening de alteraciones del ánimo Yesavage**

<i>Preguntas</i>			<i>Respuesta</i>	<i>Puntaje</i>
*1 ¿Se considera satisfecho de su vida?	SI	NO		
2 ¿Ha ido abandonando muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO		
3 ¿Se aburre a menudo?	SI	NO		
4 ¿Siente que su vida esta vacía?	SI	NO		
*5 ¿Esta de buen animo la mayor parte del tiempo?	SI	NO		
6 ¿Tiene miedo que le pueda ocurrir algo malo?	SI	NO		
*7 ¿Esta contento la mayor parte del tiempo?	SI	NO		
8 ¿Se siente a menudo desvalido?	SI	NO		
9 ¿Prefiere quedarse en casa en vez de hacer otras cosas?	SI	NO		
10 ¿Siente que tiene más problemas con su memoria que la mayoría de las personas?	SI	NO		
*11 Piensa que es maravilloso estar vivo?	SI	NO		
12 ¿Se siente muy inútil como está en este momento?	SI	NO		
*13 ¿Se siente lleno de energías?	SI	NO		
14 ¿Siente su situación como sin esperanzas?	SI	NO		
15 ¿Cree que la mayoría esta mejor que usted?	SI	NO		
<b>PUNTAJE TOTAL</b>				

**Puntuación:** Un punto cuando responde "NO" a las respuestas marcadas con asterisco.  
 Un punto cuando corresponda "SI" al resto de las preguntas.


Anexo n° 4: Presentación porcentual de datos

PRESENTACIÓN DE DATOS		Depresión leve	Depresión establecida	Normal
<b>Género</b>	Femenino	12,5%	25%	25%
	Masculino	12,5%	12,5%	12,5%
<b>Edad</b>	70-79 años	12,5%	25%	12,5%
	80-89 años	12,5%	12,5%	25%
<b>Nivel educacional</b>	≤8° básico	12,5%	12,5%	
	≥8° básico	12,5%	25%	37,5%
<b>Estado civil</b>	Soltero	25%	25%	
	Casado			
	Viudo			37,5%
	Divorciado		12,5%	
<b>ECNT (Enfermedades Crónicas No Transmisibles)</b>		25%	37,5%	37,5%
<b>Participación en actividades recreativas</b>	Sí	12,5%		12,5%
	No	12,5%	37,5%	25%
<b>Vinculación familiar</b>	Sí	25%	12,5%	25%
	No		25%	12,5%