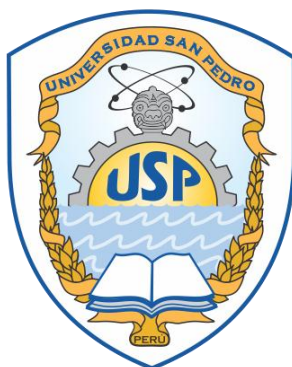


UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**Demencia Senil y Depresión en Adultos Mayores, Casa
Hogar Arzobispo Grosso – Cajamarca, 2017**

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Enfermería

Autora:

Rodríguez Huangal, Juanita Maricruz

Asesora

Dra. Chilón Moza, Emiliana

Cajamarca – Perú

2019

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ACTA DE DICTAMEN DE APROBACIÓN DEL INFORME DE TESIS N.º 003 – 2019

En la ciudad de Cajamarca, siendo las 18 horas del día 26 de abril del 2019, y estando dispuesto al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad San Pedro/RCU 3036-2016 en su artículo 21°, se reunió el jurado Evaluador integrado por:

Mg. Lilia Mendoza Paredes	Presidente
Lic. Rosa Becerra Palomino	Secretaria
Mg. Cesar Guailupo Álvarez	Vocal

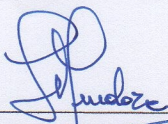
Con el objetivo de evaluar la sustentación del informe de tesis titulado “**DEMENCIA SENIL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES, CASA HOGAR ARZOBISPO GROSSO CAJAMRCA, 2017**”, presentado por la bachiller:

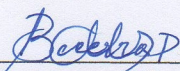
Juanita Maricruz Rodríguez Huangal

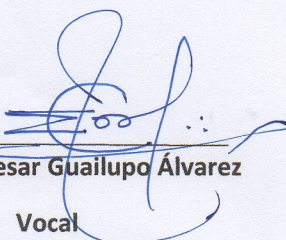
Efectuada la revisión y evaluación del mencionado informe, el Jurado Evaluador emite el siguiente fallo: **APROBAR** por **UNANIMIDAD** la sustentación de tesis, quedando expedita la bachiller para optar el Título Profesional de licenciada en ENFERMERÍA.

Acto seguido fue llamada la bachiller, a quien la secretaria del Jurado Evaluador dio a conocer en acto público el resultado obtenido en la sustentación. Siendo las 19.30 horas se dio por terminado dicho acto.

Los miembros del Jurado Evaluador firman a continuación, dando fe de las conclusiones del acta:


Mg. Lilia Mendoza Paredes
Presidente


Lic. Rosa Becerra Palomino
Secretaria


Mg. Cesar Guailupo Álvarez
Vocal

c.c.: Interesada
Expediente
Archivo.

DEDICATORIA

A Dios quien supo guiarme por el buen camino, dándome las fuerzas necesarias para poder seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome siempre a enfrentar las adversidades y jamás perder la FE.

A mi madre: Hilda Huangal Villate, ya que sin su apoyo no hubiera podido cumplir mi sueño el de ser una Enfermera, gracias a tu amor, consejos, sacrificio, y fuerza estoy culminando una etapa muy importante en mi vida.

A ti padre querido Segundo Rodríguez Rodríguez, que desde el cielo me guías, proteges y bendices eres mi ángel de luz que guías mis pasos y me da la fuerza para lograr todos mis sueños, este logro es tuyo.

A mi hermana Eva Rodríguez Huangal, este logro también es tuyo porque fuiste la que me impulso para poder seguir adelante y no desfallecer en el intento, gracias a tu fuerza y palabras de aliento pude lograrlo.

Finalmente, a todos mis seres queridos quienes de una u otra manera fueron parte de este sueño y especialmente a mis tías Luisa e Irma quienes me dieron la fuerza para seguir adelante, le doy gracias a dios porque puedo compartir con ustedes este logro en mi vida y tener la suerte de poder decirles LO LOGRÈ.

Maricruz

AGRADECIMIENTOS

A los docentes de la Universidad San Pedro, quienes me brindaron sus conocimientos fuente de riqueza cultural, académica y de manera especial a mi asesora Dra. Emiliana Chilón Moza quien, con su paciencia y entusiasmo, me encamino en la realización del mismo.

A todo el personal y adultos mayores de la casa hogar Arzobispo Grosso – Cajamarca, quienes formaron parte del estudio, participando y colaborando de manera activa.

Maricruz

DERECHO DE AUTORÍA

Se reserva esta propiedad intelectual y la información de los derechos de los autores en el DECRETO LEGISLATIVO 822 de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, solo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener antes la autorización del autor.

La Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro ha tomado las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación.

La autora

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos	iii
Derecho de Autoría.....	iv
Índice de Contenidos	v
Índice de Tablas	vii
Palabras Clave.....	viii
Resumen.....	ix
Abstract.....	x
INTRODUCCIÓN	1
1. Antecedentes y fundamentación científica.....	1
1.1 Antecedentes.....	1
1.2 Fundamentación científica.....	6
2. Justificación de la investigación.....	33
3. Problema	34
4. Conceptualización y operacionalización de variables.....	34
5. Objetivos	36
5.1 Objetivo general	36
5.2 Objetivos específicos.....	36

METODOLOGÍA.....	37
1. Tipo y diseño de investigación.....	37
2. Población - Muestra	37
3. Técnicas e instrumentos de investigación.....	38
4. Procesamiento y análisis de la información	39
RESULTADOS	40
1. Análisis e Interpretación	40
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	45
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	47
1. Conclusiones	47
2. Recomendaciones.....	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	53
Anexo 1	54
Anexo 2.....	54
Anexo 3	57
Anexo 4.....	58

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de Variables	35
Tabla 2. Adultos Mayores por sexo de la Casa Hogar Arzobispo Grosso de Cajamarca, 2017g	40
Tabla 3. Nivel de Demencia Senil de los Adultos Mayores en la Casa Hogar Arzobispo Grosso de Cajamarca, 2017.....	41
Tabla 4. Nivel de Demencia Senil según sexo de los Adultos Mayores en la Casa Hogar Arzobispo Grosso de Cajamarca, 2017.....	42
Tabla 5. Nivel de Depresión de los Adultos Mayores en la Casa Hogar Arzobispo Grosso de Cajamarca, 2017	43
Tabla 6. Nivel de Depresión según sexo de los Adultos Mayores en la Casa Hogar Arzobispo Grosso de Cajamarca, 2017.....	44

PALABRAS CLAVE

Tema: Adulto Mayor, Demencia Senil, Depresión

Especialidad: Enfermería

Key Words

Topic: Elderly adult, senile dementia, depression

Specialty: Nursing

Línea de investigación

Área: Ciencias Médicas y de Salud

Subárea: Ciencias de la Salud

Disciplina: Salud Pública

Línea de Investigación: Salud Pública

RESUMEN

La investigación se tituló Demencia Senil y Depresión en Adultos Mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso – Cajamarca, 2017, y tuvo como objetivo determinar el nivel de Demencia Senil y Depresión en Adultos Mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso, 2017. Fue una investigación con enfoque descriptivo, prospectivo, transversal, diseño no experimental. La muestra se conformó por 73 adultos mayores (de ambos sexos de 60 a 90 años de edad internados en la Casa Hogar Arzobispo Grosso, durante el año 2017). Se utilizó como instrumentos el Test de Folstein para determinar el nivel demencia senil y Test de Yesavage para determinar el nivel depresión. Resultados: El 46,6% de los adultos mayores presentó un nivel de demencia senil moderada, el 17,8% demencia senil leve, el 16,4% demencia senil severa y solo el 19,2% no presentó demencia senil. El mayor porcentaje 52,0% de los adultos mayores presentó un nivel de depresión leve, el 32,9% depresión severa y solo el 15,1% no presentó depresión. Concluyendo que el 80,8% de los adultos mayores de la casa hogar Arzobispo Grosso presentaron demencia senil y el 84,9% depresión.

ABSTRACT

The research was titled *Senile Dementia and Depression in Elderly Adults of the House Home Archbishop Grosso – Cajamarca, 2017*, and aimed to determine the level of Senile Dementia and Depression in Older Adults of the House Home Archbishop Grosso, 2017. It was research with descriptive, prospective, transversal, non-experimental design. The exhibition consisted of 73 older adults (of both sexes aged 60 to 90 years in the Casa Hogar Arzobispo Grosso, during 2017). The Folstein Test was used as instruments to determine senile dementia level and Yesavage Test to determine the level of depression. Results: 46.6% of older adults had moderate senile dementia, 17.8% mild senile dementia, 16.4% severe senile dementia and only 19.2% did not develop senile dementia. The highest percentage 52.0% of older adults had mild depression, 32.9% severe depression and only 15.1% had no depression. Concluding that 80.8% of older adults in the Archbishop Grosso household had senile dementia and 84.9% depression.

INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes y fundamentación científica

1.1 Antecedentes

Se realizaron diferentes estudios relacionados con el tema a nivel internacional, así como el de Mosquera, P. (2017) realizó el estudio: “*Niveles de Depresión en Adultos Mayores de un Centro Geriátrico de La Ciudad De Cuenca*”-Universidad de Cuenca Ecuador”. Tiene como objetivo: Identificar los niveles de depresión en adultos mayores que asisten a un centro geriátrico. La metodología que se utilizó fue de tipo descriptivo, la muestra estuvo conformada por 21 mujeres y 11 varones de edades comprendidas entre 67 y 90 años, el instrumento utilizado fue la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Se concluyó que un 46,6% presenta depresión moderada/ grave. Según el tamaño de la muestra los hombres manifiestan mayor depresión que las mujeres, el estudio también indica que la escolaridad es un factor que influye, ya que la mayoría de participantes con instrucción básica o ninguna presentan depresión moderada o grave. (Mosquera & Saldaña, 2017)

También Luzuriaga, M. (2016) realizó el estudio: “*Depresión en los adultos mayores del Asilo Daniel Álvarez Sánchez de la ciudad de Loja*”-Universidad Nacional de Loja Ecuador. Tiene como objetivo: Identificar las posibles causas y el grado de depresión en los adultos mayores del asilo Daniel Álvarez Sánchez de la ciudad de Loja, la metodología que se utilizó fue de tipo descriptivo cuyo universo estuvo constituido por 50 adultos mayores y la muestra 34 entre hombres y mujeres, los instrumentos utilizados fueron la guía de observación, un cuestionario y la escala de depresión de Yesavage. Se concluyó que del grupo de estudio de los adultos mayores el 51% corresponde al sexo femenino y de 49% al sexo masculino; El sexo femenino presenta un 67.70%, de depresión leve al igual que los varones en un 52.50%; a diferencia de la depresión grave es más frecuente en varones en un 35.25% y un 24.20% en mujeres. Entre las principales causas de depresión tenemos: presencia de

enfermedades, ausencia de confianza en sí mismo, que con frecuencia se asocia a sentimientos de inutilidad o de ser una carga para los demás representado por un elevado porcentaje, seguido de los que manifiestan haber perdido interés en la vida y abandono de su familia; un menor porcentaje relaciona la depresión con la dificultad para movilizarse, tristeza y mal humor. La depresión es de particular interés en los adultos mayores ya que se relaciona con otras enfermedades y deterioro de la calidad de vida. (Luzuriaga, 2016)

Arboleda, J. (2015) realizó el estudio: *“Nivel de depresión en adultos mayores del Asilo de Ancianos Esposos Bishara de la ciudad de Esmeralda” – Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas*. Tiene como objetivo: Determinar el nivel de depresión en adultos mayores del asilo de ancianos Esposos Bishara de la ciudad de Esmeraldas, es un estudio de tipo descriptivo, con una muestra de 36 adultos mayores, la metodología que se planteó fue de tipo descriptivo, ya que se logró describir y a la vez analizar toda la información que se obtuvo de las técnicas e instrumentos de recolección de datos, utilizando la escala Depresiva Geriátrica de Yesavage realizada a 36 adultos mayores. Se concluyó que del 45% de adultos mayores presentaban depresión establecida, un 41% problemas depresivos y el restante 14% no presentaba depresión. El abandono y la indiferencia de los familiares hacia los adultos mayores provocan alteraciones significativas en su estado de ánimo, con la propuesta “Terapias Ocupacionales “se quiere disminuir el nivel depresión en el que se encuentran los adultos mayores del asilo de ancianos con la finalidad de que puedan mejorar su calidad de vida. (Arboleda, 2015)

Palomenque, A y Col. (2013) estudiaron la *“Prevalencia de depresión y factores asociados en el adulto mayor en la parroquia de Cañaribamba, cuenca 2013 - Universidad de Cuenca Ecuador*. Tiene como objetivo: Determinar la prevalencia de depresión en el adulto mayor y factores asociados en la parroquia Cañaribamba de la Ciudad de Cuenca, se realizó un estudio transversal en 300 adultos mayores de la parroquia Cañaribamba, los datos se obtuvieron mediante encuestas con aplicación de la escala validada de Depresión Yesavage. La

información fue procesada mediante el software SPSS y Microsoft Excel 2010, se utilizó frecuencias, porcentajes, promedio y DS para asociación RP (C 95%.) Se concluyó que la prevalencia de depresión fue del 14,7% con una media de edad de 73 años; con el 66.7% de mujeres, casados en el 40%; Los factores asociados a depresión fueron adultos mayores, los que no poseen ocupación 1,9 veces más de los que si poseen. (IC 95% 1,1-3,4), la probabilidad de depresión al vivir solo fue 1,9 veces (IC 95% 1,08-3,3), más de los que viven acompañados, diabetes 1,8 veces más que los que no poseían (IC 95% 1,06-3,1), Evento Cerebro Vascular (ECV) y neoplasias 2,4 más veces que las que no tenían (IC 95% 1,2-5). (Palomenque & Peralta, 2013)

Narciza, S y Col. (2012) estudiaron el *“Proceso de Atención de Enfermería para la Demencia Senil en adultos mayores de los asilos de Cantones, Antonio Ante y Cotacachi, en el periodo 2012- Universidad Técnica del Norte Ibarra- Ecuador”*. Tiene como objetivo: Identificar las posibles causas y el grado de demencia senil en los adultos mayores del asilo Daniel Álvarez Sánchez de la ciudad de Loja, es un estudio de tipo Descriptivo, el universo lo constituyeron las personas adultas mayores del Asilo Daniel Álvarez Sánchez de La Ciudad de Loja que se encuentran hospedados en la institución, dicha área asila a 50 ancianos, la muestra lo conforma 34 adultos mayores, el instrumento utilizado la guía de observación, un cuestionario y la escala de depresión de Yesavage. Se concluyó que del grupo de estudio de los de los adultos mayores el 53% corresponde al sexo femenino y de 47% al sexo masculino; El sexo femenino presenta un 77.80%, de demencia leve al igual que los varones en un 62.50%; a diferencia de la demencia grave es más frecuente en varones en un 31.25% y un 22.20% en mujeres, el 90% de los adultos mayores acogidos en los asilos sufren de demencia lo que significa que los programas educativos tanto en el currículo de la escuela y el Municipio desplieguen programas a este grupo de personas. No existe una guía de proceso de atención de enfermería sobre demencia en los asilos donde se realizó la investigación por lo que nosotros consideramos se debe instituir en estos asilos guías de atención de proceso de

enfermería encaminadas a la solución de dichos problemas, así como las elaboraciones de planes de intervención tanto para el personal de cuidadores como para los pacientes de nuestro objeto de estudio. (Narciza & Zuñiga, 2012)

Betancourt, J. (2012) realizó el estudio: *“Prevalencia de Demencia y Factores Asociados en Adultos Mayores de la Ciudad de Langu Valle - Mayo 2012 - Universidad Autónoma de Honduras”*. Tiene como objetivo: Contribuir al conocimiento de la situación de salud general y de demencia del adulto mayor en Ecuador con el fin de influir en políticas públicas que beneficien a esta población, es un estudio de tipo Descriptivo- Transversal, con una muestra de 272 adultos mayores, se utilizó como instrumentos: Mini Examen del Estado Mental de Folstein 1975 (MMSE), el Test del Lempira (2010) modificación del Test del Quetzal, La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage 1983 (GDS) y el Mini-Examen Nutricional (MNA). Se concluyó que existe una prevalencia de 8.2% AM con deterioro cognoscitivo sugestivo de Demencia. A su vez se encontró que el 30.5% obtuvo puntajes que ameritan una evaluación adicional con otras pruebas para detectar afecciones cognoscitivas iniciales o leves; el adulto mayor se encontró afectado principalmente por patologías crónicas prevalentes encontrando la Hipertensión Arterial (40.8%) como la afección principal, seguida por la Diabetes Mellitus (32.7%) y alteraciones del Colesterol y Triglicéridos (18.4%). Todas estas afecciones además de ser prevalentes, representan un riesgo para padecer de demencia u otras alteraciones neurológicas, la depresión fue una de las patologías con mayor prevalencia (38.8%), encontrando un gran número de pacientes con depresión leve (30.6%) y depresión establecida (8.2%) que requeriría de manejo especializado. (Betancourth , 2012)

A nivel nacional se encontró como antecedentes de investigación los siguientes estudios:

Torrejón, R. (015) Realizó el estudio sobre: *“Nivel de Depresión en adultos mayores, Asentamiento Humano Señor de los Milagros Chachapoyas -*

2015". Universidad Nacional de Chachapoyas. Tiene como objetivo: Determinar el nivel de depresión en las personas adultas mayores del Asentamiento Humano Señor de los Milagros de la ciudad de Chachapoyas, la muestra estuvo conformada por 40 adultos mayores que residen en este lugar, para la recolección de datos se utilizó el método de la encuesta, como técnica el cuestionario y como instrumento la Escala de depresión Geriátrica de Yesavage (1983). Se concluyó que del 100 % de adultos mayores el 65 % presentan depresión severa, el 25 % depresión moderada y el 10% depresión leve. Por otra parte, con respecto a la depresión según dimensiones se observa que en la dimensión estado de ánimo depresivo, el 37.5% presenta depresión moderada, el 32.5% presentan depresión severa y el 30 % depresión leve; asimismo en la disminución de impulsos el 40% presentan depresión severa, el 35% depresión moderada y el 25% depresión leve, el 52.5% presenta depresión grave. Se concluye que la mayoría de los adultos mayores en estudio presentan depresión severa, lo que resulta preocupante; asimismo en cuanto a las dimensiones estado de ánimo depresivo, energía o vaciamiento de impulsos una gran proporción de dichos adultos mayores presentan depresión de moderada a severa. (Torrejon, 2015)

Licas, M. (2014) Estudio el "*Nivel de depresión del Adulto Mayor en un Centro de atención integral S.J.M - V.M.T Lima-2014*". Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tiene como objetivo: Determinar el nivel de depresión de los adultos mayores que acuden al centro de atención integral del adulto mayor, estudio descriptivo de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 73 adultos mayores, siendo la técnica de muestreo el aleatorio simple, la técnica empleada fue la entrevista y como instrumento se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica - El Test de Yesavage para adultos mayores. Se concluyó que los adultos mayores que acuden al centro de atención "TaytaWasi" presentan un nivel de depresión leve. (Licas, 2014)

A nivel local se encontró como antecedente de investigación el siguiente estudio:

Cholan, Y. (2015) Estudio la “*Influencia de los factores biopsicosociales en la depresión de los adultos mayores Essalud 2015 - Universidad Nacional de Cajamarca*”. Tiene como objetivo: Determinar la influencia de los factores biopsicosociales en la depresión de los adultos mayores Essalud Cajamarca – 2015. Es un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo correlacional de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 311 adultos mayores pertenecientes a la Cartera de Servicios de Atención del Adulto Mayor de Essalud. La recolección de la información se realizó a través de la aplicación de un cuestionario y la Escala de depresión geriátrica de Yesavage. Se concluyó que la edad más sobresaliente es la comprendida entre los 60 y 69 año, respecto al sexo prevalece el sexo femenino; las enfermedades crónico degenerativas estuvieron presentes en su gran mayoría siendo la primera la Hipertensión Arterial (HTA), así como también se encontró que la mayoría de adultos mayores están casados, más de la mitad realizó estudios superiores, la ocupación más prevalente fue ama de casa, el ingreso económico oscilo entre los 750 y 1000 nuevos soles. Relacionado a factores biológicos la edad y las enfermedades crónicas degenerativas son predisponentes para sufrir depresión, seguido del factor psicológico el cual influye significativamente en la depresión de los adultos mayores. En cuanto al factor social se evidenció que tiene un grado de influencia en los estados de depresión de los adultos mayores encontrándose que el estado civil, grado de instrucción, ingreso económico y con quien viven los adultos mayores tienen influencia significativa en la depresión de este grupo etareo. (Cholàn, 2015).

1.2 Fundamentación científica

El ser humano al nacer sufre un proceso de cambios que se da a lo largo de toda su vida, este proceso es llamado envejecimiento, el cual se caracteriza por ser un conjunto de transformaciones y cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida, es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres

vivos, el cual está determinado por las condiciones sociales, económicas, ambientales y culturales en las que viven los seres humanos, es progresivo y comienza con el nacimiento y termina con la muerte, evolucionando progresivamente a medida que avanza la vida

1.2.1 Adulto mayor.

Según la OMS (2017), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos, a todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta adulto mayor. Una persona es considerada sana, si los aspectos, orgánicos, psicológicos, y sociales se encuentran integrados, de esta forma las personas con un organismo en condiciones, logran llevar una vida plena, psicológicamente equilibrada y manteniendo relaciones socialmente aceptables con otros y básicamente consigo mismo.

De acuerdo a la Real Academia Española (RAE), Adulto es un adjetivo que procede del vocablo latino *adultus*. El concepto permite calificar a aquel que haya alcanzado su desarrollo pleno. También es considerado al individuo que ha completado su desarrollo físico y psíquico. (Perez Porto & Gardey , Definición de adulto, 2016)

Adulto mayor es un término que se le da a las personas que tienen más de 60 años, también pueden ser llamados personas de la tercera edad. Un adulto mayor alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida). En tanto es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y la que antecede al fallecimiento porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades mentales de las personas se van deteriorando (Castro Milano , 2015).

Uno de los términos que comúnmente se asocian con el concepto de adulto mayor es el de envejecimiento, que se entiende como el deterioro secuencial que ocurre en la mayoría de los seres vivos que incluye debilidad, aumento de la tasa de mortalidad después de la madurez, cambios en la composición bioquímica que varían con la edad, mayor susceptibilidad a padecer enfermedades mentales, pérdida de fuerza, movilidad y diversos cambios fisiológicos. Es frecuente que hoy día nos encontremos con muchísimas personas de esta edad que presentan una vida sumamente activa en todo sentido: trabajan, practican deportes, viajan, estudian, entre otras actividades que normalmente desempeñan individuos más jóvenes; pero también existe algunas personas que esta etapa de la vida es ciertamente difícil de sobrellevar, especialmente en aquellos casos en los que el cuerpo empieza a deteriorarse y empiezan a experimentar estados negativos como exclusión, enfermedades y afecciones especialmente asociadas a este momento como: Demencia, osteoporosis, artrosis, cataratas, estados de depresión entre otras. (Fernandez Gonzalez, 2013)

El grupo poblacional al que pertenece el adulto mayor, debe ser abordado desde una perspectiva integral o visión biopsicosocial, donde el envejecimiento sea considerado una etapa normal del proceso del ciclo vital de los seres humanos. Es importante construir una cultura de la vejez en la que el adulto mayor se considere y sea considerado por los demás como un sujeto socialmente activo; no es cierto que la vejez trae tristeza, apatía o melancolía, ya que no son sentimientos causados por la edad, sino que las situaciones familiares de abandono, maltrato físico, indiferencia familiar, además de la inactividad laboral, pueden intervenir entre los factores causantes de un desequilibrio emocional. (Mendoza Lopez, 2015)

Características del Adulto Mayor

La OMS define al envejecimiento como un proceso fisiológico que se extiende por toda la vida y engloba una serie de transformaciones que inician en

el momento de la concepción, esta implica cambios a nivel personal, familiar y social; es el resultado de una compleja interacción de los procesos biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Al llegar a los 60 años los adultos mayores comienzan una etapa marcada por la jubilación que significa el término de su actividad productiva manteniendo en ocasiones dependencia y marginación. El adulto mayor es considerado sano si los aspectos, orgánicos, psicológicos y sociales se encuentran integrados; de esta forma las personas con un organismo en condiciones buenas logran llevar una vida plena y equilibrada manteniendo relaciones con otros individuos y básicamente consigo mismo. Este cambio de clasificación conlleva variadas alteraciones desde cambios físicos, mentales y sociales:

Cambios Físicos

Se presenta disminución de movimientos y de la capacidad respiratoria, lo que implica un ritmo más pausado, disminución de los sentidos como problemas a la vista, sordera y alteraciones del metabolismo; disminución en el grosor de la piel lo que genera una baja en la temperatura corporal. Estas alteraciones obligan en muchos casos a la utilización de implementos como sillas de rueda y bastones.

Cambios Mentales

Provocan alteraciones en la memoria, la orientación, la capacidad de percepción, concentración y atención. Demencia y enfermedades como el Alzheimer, producidas por alteraciones neuronales implica una disminución y comprensión del espacio temporal y entorno.

Modificaciones de las funciones cognitivas en el Adulto Mayor

La disminución de las funciones cognitivas durante el envejecimiento es uno de los aspectos que suele vivirse como una gran amenaza para el bienestar e incluso para la integridad personal. Muchos adultos mayores, por ejemplo,

refieren la pérdida de memoria con mayor angustia, que un dolor crónico, o toleran peor la falta de relación familiar que un determinado proceso de enfermedad. La estrecha relación entre estos aspectos y la lenta evolución con que suelen producirse las modificaciones en esta área, resulta difícil generalizar el alcance de las pérdidas ya que la persona anciana irá adaptándose poco a poco e incluso ensayará y pondrá en práctica estrategias sustitutorias para los déficits que van apareciendo.

La Inteligencia

La edad, por sí sola, no parece ser un factor que modifique de forma apreciable la utilización de las facultades mentales, aunque las personas mayores suelen utilizar los conocimientos adquiridos a lo largo de su vida para compensar la lentitud de respuesta a distintos estímulos. Esta situación permite identificar la estabilidad como una de las principales características de la inteligencia en los adultos mayores. El enlentecimiento de las capacidades intelectuales es el factor clave que hay que tener presente en los cambios psíquicos, y su traducción en el comportamiento individual se caracteriza por: fatiga intelectual, pérdida de interés, pérdida de atención y/o dificultad en la concentración.

Memoria

La pérdida de memoria reciente parece ser el signo general característico de los cambios psíquicos, durante el envejecimiento, a la persona le resulta difícil evocar sucesos recientes y sufre además pequeños olvidos. Diferentes factores se interrelacionan además con esta pérdida de memoria, aunque no se conocen las causas exactas ni tampoco el alcance de esta interacción, abarcan desde los cambios neurológicos y circulatorios que afectan la función cerebral, la oxigenación y la nutrición celular, hasta la motivación, la pérdida de interés por el entorno, los sentimientos de impotencia, los estados depresivos, el desacuerdo con la situación de vida actual, vivencia de duelos, etc. La memoria a largo plazo, o memoria remota, parece estar bien conservada, los ancianos recuerdan situaciones y hechos antiguos, pero también acontecimientos nuevos

almacenados en su memoria remota. Son capaces de evocar con detalle, hechos que tuvieron lugar en otra época, época por otro lado seguramente significativa en su historia de vida. La memoria remota permite recordar y conservar el vocabulario, las experiencias, los recuerdos y mucha más información útil sobre el mundo que les rodea y sobre sí mismos.

Cambios Sociales

Se manifiestan por la pérdida del papel productivo y de importancia familiar, además de una desconexión en las redes sociales, como, amigos y espacios públicos adecuados, implicando una automarginación y aumento de las inseguridades. Tanto los cambios sociales como mentales pueden derivar en patologías depresivas y angustiosas.

Según el grado de incidencia de las alteraciones y la dependencia asociadas a estas, los adultos mayores se clasifican en tres:

- **Autovalentes:** no necesitan ayuda externa para sus actividades cotidianas poseen capacidad de comprensión y asimilación de la realidad. Rara vez tienen pérdida de memoria.
- **Semivalentes:** necesitan algún tipo de apoyo y ayuda, principalmente sensación de seguridad. Presentan pérdidas de memoria inmediata, por lo que necesitan ciertos cuidados de vigilancia.
- **Postrados:** padecen de invalidez severa y necesitan de terceros para realizar sus necesidades básicas. Generalmente deben mantenerse en cama. (Quijada , 2017).

1.2.2 Demencia Senil en el Adulto Mayor

La demencia senil es el trastorno mental más común en el adulto mayor, es un problema de salud pública caracterizado por el deterioro de la memoria y la capacidad de pensar, trastornos del comportamiento e incapacidad para

realizar las actividades de la vida cotidiana, afecta principalmente a los adultos mayores, pero no es una parte normal del envejecimiento.

La demencia senil es un trastorno mental que supone un deterioro progresivo e irreversible de las facultades mentales, quien sufre de demencia senil experimenta graves trastornos en la conducta y en las funciones cognitivas, hasta el punto de no poder continuar con sus actividades cotidianas. “Senil” por su parte es lo perteneciente o relativo a una persona de edad avanzada en la que se evidencia una decadencia física y/o mental. (Perez Porto & Gardey, Demencia Senil, 2016)

La Organización Mundial define a la demencia senil como un síndrome generalmente de naturaleza crónica o progresiva, caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio; la conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado y en ocasiones es precedido por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación. La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo; puede resultar abrumadora no solo para quienes la padecen, sino también para sus cuidadores y familiares, tiene un impacto físico, psicológico, social y económico en los cuidadores, las familias y la sociedad.

Muchos especialistas consideran que la demencia senil no es una enfermedad concreta sino un grupo de síntomas provocados por los cambios en el cerebro que afecta principalmente a adultos mayores a partir de los 60 años y se acentúa a partir de los 85 años produciéndose un estado de deterioro del funcionamiento cognitivo que hace imposible a la persona desarrollar de forma normal las actividades básicas de la vida diaria. Eventualmente, la persona con demencia senil será totalmente dependiente de los otros para sobrevivir.

Inicialmente puede manifestarse con afección de algunas capacidades, pero por definición debe existir alteración de al menos tres de las siguientes áreas cognitivas: memoria, lenguaje, emocional, personalidad y cognición (OMS, Demencia, 2017).

Rasgos Característicos de la Demencia Senil en el Adulto Mayor.

- La demencia senil es un síndrome caracterizado por el deterioro de las funciones cognitivas, con un inicio gradual y progresivo que es capaz de afectar las actividades de la vida diaria del adulto mayor.
- Pruebas evidentes del deterioro de la memoria a corto plazo (incapacidad para recordar el nombre de tres objetos al cabo de cinco minutos) y a largo plazo (incapacidad para recordar información que le era conocida en el pasado o conocidos por todos).
- Deterioro del pensamiento abstracto (dificultad para definir conceptos, semejanzas, significado de términos, etc.).
- Deterioro de la capacidad de juicio (incapacidad de resolver problemas relacionados con la vida diaria, laboral, social, incapacidad de planificar, etc.)
- Modificaciones en la personalidad (alteración o acentuación de rasgos pre mórbidos). (Buri Quispe , 2011)

Manifestaciones Clínicas de la Demencia Senil

- **Cognoscitivos o neurológicos:** Amnesia, afasia, apraxia, agnosia, trastornos del aprendizaje, desorientación, convulsiones, contracturas musculares, alteraciones de los reflejos, temblor, incoordinación motora.
- **Funcionales:** dificultad para caminar, comer, asearse, vestirse, realizar las tareas del hogar y en general las de la vida diaria.

- **Conductuales:** Reacciones catastróficas, cuadros de furor, episodios maníaco-depresivos, violencia, apatía, vagabundeo, trastornos del sueño, lenguaje obsceno, alucinaciones, ideación delirante, robos, paranoia, trastornos del juicio, conductas paradójicas, trastornos sexuales, inadaptación social, trastornos de personalidad.
- **Síntomas asociados:** Delirium, alteraciones sensoriales (auditivas, visuales, gustativas, olfativas), con otras patologías (cardiopatías, artritis, artrosis, diabetes, osteoporosis). (Novelo Cruz, 2012).

Niveles de la Demencia Senil en el Adulto Mayor.

Demencia Senil Leve: En esta fase el enfermo aún puede funcionar de manera independiente en su vida diaria, comienza a notarse en pequeños detalles, siente que su memoria ya no es la misma, olvida citas que tenía pendientes. En esta fase lo usual es que el afectado y su familia culpen a la vejez de todas las señales de deterioro.

Síntomas más comunes son:

- Olvidar los nombres de personas recién conocidas
- Olvidar dónde pone objetos cotidianos
- Problemas para encontrar las palabras adecuadas en una conversación
- Tendencia al olvido
- Pérdida de la noción del tiempo
- Desubicación espacial, incluso en lugares conocidos.

Demencia Senil Moderada: Esta es la fase donde habitualmente se acude al médico, es la más larga de las tres fases de la demencia senil. A medida que la demencia evoluciona hacia la etapa intermedia, los signos y síntomas se vuelven más evidentes y más limitadores como:

- El enfermo se desorienta en lugares familiares y no sabe la fecha que es.
- Olvida hechos que ocurrieron recientemente, como que ayer conversó con su hermana o algún familiar cercano.
- Se siente frustrado y desanimado a menudo. Este estado es el resultado de la incapacidad para realizar cosas que antes hacía sin inconvenientes.
- En situaciones que implican interactuar con otras personas, especialmente en grupo, se aísla y no toma parte activa en la conversación.
- El lenguaje puede volverse confuso, lleno de palabras innecesarias que intentan llenar el olvido de un término específico. Por ejemplo, en lugar de decir televisión, pueden decir “esa cosa que está en el salón”.
- Alteraciones de la personalidad; pueden volverse más suspicaces y paranoicos. Es habitual que se quejen de que alguien le está robando sus pertenencias o que la pareja le está traicionando.
- Si no cuentan con una persona que los supervise, las dificultades para realizar actividades de la vida diaria, como cocinar, pueden llevar a accidentes domésticos.
- En esta fase es donde más comúnmente ocurre la deambulación del enfermo, que puede perderse por la ciudad y sufrir accidentes potencialmente mortales.

Demencia Senil Severa: En esta fase el deterioro del enfermo es tan avanzado, que necesita de la ayuda de los demás para sobrevivir, habitualmente no reconoce a los familiares cercanos ni a él mismo.

- La capacidad de comunicarse se va perdiendo; todavía puede decir alguna frase aislada, pero es incapaz de mantener una conversación.

- Si no cuentan con una persona que los supervise, las dificultades para realizar actividades de la vida diaria, como cocinar, pueden llevar a accidentes domésticos.
- La capacidad de sonreír es una de las últimas que pierde, pero también es barrida por la demencia.
- La motricidad deteriora al punto de que la persona termina siendo incapaz de dar unos pasos; pasa sus días en cama y en la silla de ruedas o en el sillón.
- La pérdida de control de esfínteres puede darse desde la fase de demencia senil anterior, pero en esta es inevitable.
- La deglución también se pierde y el enfermo necesita entonces de ayudas mecánicas para alimentarse.
- En esta fase es donde sobreviene la muerte y entre sus causas más comunes están la neumonía e infecciones provocadas por úlceras de presión. (Valencia, 2017)

Tipos de Demencia Senil en el Adulto Mayor

En función del área cerebral que afecta cada demencia, se pueden dividir en dos grupos:

Demencias Corticales las que afectan las partes superiores del cerebro (razonamiento, memoria, lenguaje y relaciones sociales).

Demencias Subcorticales las que afectan las partes más profundas (movilidad y habilidades cognitivas).

Demencias Seniles Corticales.

1. **Demencia tipo Alzheimer (DSTA):** Es el síndrome demencial por excelencia, el que afecta a un mayor número de personas y el que ha originado un mayor número de investigaciones; es considerado el

prototipo de demencias corticales. La Demencia tipo Alzheimer se caracteriza por empezar con un deterioro de la memoria, disminuyendo la capacidad de aprendizaje, presentando olvidos frecuentes y problemas de orientación, posteriormente aparecen los otros síntomas corticales como: Agnosia (incapacidad para reconocer e identificar las informaciones que llegan a través de los sentidos especialmente la vista), Afasia (trastorno del lenguaje que afecta la capacidad de comunicación de la persona), Apraxia (incapacidad de ejecutar movimientos coordinados sin que exista una causa de origen físico). El inicio de esta demencia es muy gradual y la evolución es lenta y progresiva.

2. **Demencia por Cuerpos de Lewy (DCL):** Es un tipo de demencia muy parecida al Alzheimer, los déficits cognitivos son prácticamente calcados a los de la Demencia tipo Alzheimer tiene un inicio y una evolución muy semejante. Se diferencia básicamente por 3 aspectos: presentar una mayor alteración de la atención y fluctuaciones en los déficits cognitivos, padecer síntomas parkinsonianos de temblor, lentitud de movimientos y sufrir alucinaciones frecuentes.
3. **Degeneración Frontotemporal (DFT):** Es una demencia particular que afecta predominantemente el lóbulo frontal, hecho que hace que sus primeros síntomas sean cambios de conducta extravagantes, amnesia, apraxia precoz, graves alteraciones en el habla y el movimiento.

Demencias Seniles Subcorticales

1. **Enfermedad de Parkinson (EP):** La principal característica del Parkinson es la muerte progresiva de neuronas dopaminérgicas, la cual origina disfunción en el movimiento, causando temblor, bradicinesia (lentitud en el movimiento) y rigidez. Así mismo, puede causar déficits cognitivos como lentificación del pensamiento y del movimiento, disfunción de la capacidad de ejecución y deterioro de la memoria de evocación (imposibilidad de recuperar información almacenada).

2. Demencia Vascular (DV): Es un trastorno complejo en el que los síntomas de la demencia son resultantes de problemas vasculares que afectan la irrigación sanguínea del cerebro. Sus síntomas pueden ser de cualquier tipo, dependiendo la zona del cerebro que hayan dañado las enfermedades vasculares. (Gratacos, 2016)

Causas de la Demencia Senil en el Adulto Mayor.

Existen diversos tipos de demencia senil, pero todos parecen tener su origen en la pérdida de las células nerviosas y en la comunicación entre ellas. Como regla general la demencia se presenta a edades avanzadas poco frecuente en pacientes que no hayan alcanzado los sesenta años. Existen diversas causas de la demencia senil entre ellas tenemos:

- **La Enfermedad de Alzheimer** (Enfermedad progresiva que afecta a la memoria y otras importantes funciones mentales).
- **Daños o Lesiones Cerebrales** (Afectación de las estructuras encefálicas en personas que habiendo nacido sin ningún tipo de daño cerebral sufren en un momento posterior de su vida lesiones cerebrales que llevan a una afectación del funcionamiento cognitivo emocional, conductual y/o físico).
- **Esclerosis Múltiple** (Enfermedad en la que el sistema inmunológico degrada la cubierta protectora de los nervios).
- **La Enfermedad de Huntington** (Afección heredada en la que las neuronas se degeneran con el transcurso del tiempo).
- **Parkinson** (Trastorno del sistema nervioso central que afecta el movimiento y suele ocasionar temblores).
- **La Enfermedad de Pick** (Es una forma rara de demencia similar al Alzheimer afecta algunas zonas del cerebro en el interior de cuyas neuronas

se acumulan los cuerpos de Pick se caracterizan por tener alterada la proteína tau presente en todas las neuronas).

- **Tumores Cerebrales** (Neoplasia cancerosa o benigna en el cerebro formada por células anómalas).
- **Parálisis Supra Nuclear Progresiva** (Enfermedad cerebral poco frecuente afecta a las células del cerebro que controlan el movimiento de los ojos conduce a problemas serios y permanentes con el equilibrio y la forma de caminar).

Factores de Riesgo de la Demencia Senil en el Adulto Mayor.

Existen muchos factores que eventualmente pueden conducir a la demencia. Algunos, como la edad no se pueden cambiar, pero otros se pueden manejar para reducir el riesgo

1. Factores de Riesgo inalterables

Edad: A medida que el ser humano envejece, el riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer, demencia vascular y otras demencias aumenta en gran medida, sobre todo después de los 65 años. Sin embargo, la demencia no es una parte normal del envejecimiento, también puede aparecer en personas jóvenes.

Historia Familiar: Si se tienen antecedentes familiares de demencia, se tiene mayor riesgo de desarrollar la condición. A pesar de esto muchas personas con antecedentes familiares nunca desarrollan los síntomas y otras personas sin antecedentes familiares lo hacen.

2. Factores de Riesgo que se puede controlar

El uso excesivo de Alcohol: Las personas que consumen grandes cantidades de alcohol pueden tener un mayor riesgo de demencia, el abuso de esta sustancia es perjudicial.

La Arterioesclerosis: Esta acumulación de grasas en las paredes de las arterias pueden reducir el flujo de la sangre al cerebro y provocan un accidente cerebro vascular y también causar demencia vascular.

Presión Sanguínea: Varios estudios muestran que la presión arterial alta o baja puede aumentar el riesgo de desarrollar demencia.

Colesterol: Si una persona tiene altos niveles de colesterol malo, enfrentan un mayor riesgo de desarrollar demencia vascular o Alzheimer.

Depresión. Aunque todavía no se entiende bien este fenómeno, se ha planteado que la depresión duradera, sobre todo en los hombres, puede ser un indicio del desarrollo de demencia.

Diabetes. Cuando se tiene diabetes, es posible que exista un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular.

Los altos niveles de Estrógeno. Las mujeres que toman estrógeno y progesterona años después de la menopausia pueden estar en mayor riesgo de desarrollar demencia.

Los niveles de Homocisteína en la sangre. Los niveles elevados de homocisteína, un tipo de aminoácido producido por el cuerpo, pueden aumentar el riesgo de desarrollar demencia vascular.

Obesidad. Tener sobrepeso u obesidad durante la mediana edad puede aumentar el riesgo de desarrollar demencia cuando este mayor.

Fumar. Fumar puede aumentar el riesgo de desarrollar demencia y enfermedades en los vasos sanguíneos vasculares. (Fernandez Abanto, 2017)

Prevención de la Demencia Senil en el Adulto Mayor.

1. Estimulación de la memoria

Existen diversos ejercicios para estimular la memoria de los pacientes, pero primero debe tomarse en cuenta la etapa de la enfermedad en la cual estos se encuentran. Además, las actividades propuestas deben ser del agrado del paciente, debido que, de lo contrario, esto puede generarle ansiedad y frustración. De preferencia, es necesario aplicar ejercicios y actividades que concuerden con la historia bio-psico-social de la persona, puesto que así es más probable que la motivación incremente y surjan resultados positivos. La memoria del paciente puede ser estimulada a través de varias actividades, las cuales pueden ser mentales, físicas, sociales, laborales, creativas y memorísticas.

- **Actividades mentales:** Desde rompecabezas y crucigramas hasta cuentos y juegos de mesa, los cuales ejercitan el razonamiento y la comprensión.
- **Actividades físicas:** El baile y los ejercicios de brazos y piernas ayudan a la coordinación motora.
- **Actividades sociales:** Los encuentros con amigos y familiares estimulan al paciente a evocar recuerdos y obtener experiencias.
- **Actividades laborales:** doblar ropa, poner la mesa, alimentar a la mascota, etc.
- **Actividades creativas:** La pintura y las artesanías ejercitan la motricidad y la coordinación del paciente.
- **Actividades de memoria:** Ver fotografías familiares, leer cartas antiguas y que se le narren historias, estimulan las funciones mentales y sociales del paciente a la vez.
- Además, actividades cotidianas como cepillarse los dientes y cambiarse la ropa también son útiles.

1. Estimulación de la atención

Para que el paciente capte la atención de uno y de esa manera se estimule este proceso cognitivo, es importante que esté fuera de objetos como el televisor y la radio, en el momento que el cuidador le hable, pues de esa manera, se llega a concentrar más en la persona y no hay distractores que interrumpen esta función. Asimismo, es importante llamar a la persona siempre por su nombre, y recordarle quien es el quien está con él, es decir su relación o parentesco que existe con el paciente, siempre haciendo contacto visual con este último y así otra vez centrando la atención.

También, se puede implementar una técnica que consiste en traer recuerdos de la historia personal del sujeto a la conciencia, el cual estimula el proceso de la memoria con la reactivación de personas del pasado. Sin embargo, no solo ayuda al proceso mencionado, sino que posibilita una activación de la atención en el paciente y el aumento del lapso de tiempo de concentración. Además, el cuidador o terapeuta puede apoyarse en instrumentos como diarios personales, lo que también ejercitará la atención al tener que leer para poder recordar.

A nivel visual, la atención puede ser estimulada por ejercicios como laberintos, buscar diferencias, localizar elementos concretos dentro de una gran variedad de elementos similares y encontrar errores en fotografías.

En el nivel auditivo, el cuidador puede leer ciertos párrafos sobre los que después de leerlos se preguntará sobre determinados detalles escuchados, trabajando paralelamente la memoria de corto y largo plazo.

A nivel olfativo y táctil, se puede estimular al paciente con demencia senil, a través de la entrega de un conjunto de elementos diferentes, los cuales el paciente, con los ojos cerrados, describa las cualidades y elabore hipótesis sobre lo que se trata.

2. Estimulación del lenguaje

Los problemas de la persona con demencia para expresarse pueden ser de diferentes tipos según la enfermedad. Puede confundir algunas palabras por otras, divagar sobre una misma idea, comunicar solo algunas palabras para indicar una idea, etc. En estos casos, es necesario que el cuidador trate de interpretar lo que se le quiere decir, evitando que el paciente se frustre ante dicha situación. De esta manera, se recomienda completar la idea de la persona cuando tiene dificultades en hacerlo, hacer suposiciones de lo que intenta comunicar y preguntarle si son correctas y dejar pasar pequeños errores que pudieran molestar al paciente si se los recuerda constantemente.

En la primera fase de la demencia, no suele haber problemas de comprensión de lenguaje, los cuales se podrían presentar, posteriormente, al momento de identificar el significado de frases e ideas complejas. Por otro lado, la detección de problemas en la comprensión del lenguaje facilita el diagnóstico del paciente, puesto que se descartaría una demencia frontal o exclusivamente frontal, ya que sería necesario que el área afectada fuera la parte posterior del lóbulo temporal del hemisferio izquierdo, donde se encuentra el área de Wernicke. En este sentido, se conoce como Demencia Semántica a una de las variantes de la afasia primaria progresiva, el cual conlleva a que el paciente vaya perdiendo gradualmente la capacidad para comprender palabras, reconocer objetos y, en especial, el nombre de las personas. (Díaz Barrientos & Sosa Coronado, 2016)

1.2.3 Depresión en el adulto mayor.

La depresión en el adulto mayor es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por un desequilibrio del estado de ánimo donde el paciente muestra un sentimiento profundo de tristeza, desesperanza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la capacidad

para afrontar la vida diaria es decir afecta las funciones mentales y físicas de quienes la padecen. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. (OMS, Depresion, 2012)

Los adultos mayores que desarrollan este tipo de trastorno, tienen determinadas características a ser tenidas en cuenta: antecedentes depresivos previos, enfermedad dolorosa, pérdida reciente de cónyuge, cambio de domicilio habitual e ingreso a residencias para ancianos.

La depresión en el adulto mayor es un problema cuya prevalencia está aumentando, varios factores pueden explicar este incremento. En primer lugar, el porcentaje de esta población está creciendo, en segundo lugar, la depresión es una enfermedad común a cualquier edad y en la vejez puede deberse a episodios recurrentes que se iniciaron precozmente en la vida o episodios que se originan después de los 60 años. Cuando se habla de depresión se debe tener en cuenta manifestaciones que incluyen síntomas psíquicos y corporales. Los primeros síntomas son alteraciones del humor, entendido como alteraciones del estado de ánimo depresivo o tristeza vital. Otros síntomas son la pérdida de interés por las cosas, así como la capacidad de disfrutar. Pueden existir otros síntomas como ideas de culpa, auto reproches, pesimismo, desesperanza, dificultad para concentrarse e ideas de suicidio. Sin embargo, en la depresión existen síntomas somáticos, siendo los más frecuentes las alteraciones del sueño, pérdida de peso, anorexia, falta de energía, manifestaciones gastrointestinales, vértigo, dolor, cefalea, etc. En ocasiones las manifestaciones somáticas son predominantes en la depresión del anciano. (Martínez Dearreaza, 2016)

Prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor.

Una publicación de la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública del Instituto Nacional de Salud (INS), del Ministerio de Salud (MINSA) señala la importancia del cuidado de la salud mental en adultos

mayores, pues más del 20 % padece algún tipo de trastorno mental con variados grados de severidad. Las cifras de la población de adultos mayores en nuestro país están aumentando a un ritmo acelerado por lo que se hace necesario tomar acciones para mejorar la condición de salud física y mental de la población que envejece.

Los adultos mayores están expuestos a factores biológicos, psicológicos y sociales que afectan su salud mental. Los problemas más frecuentes son trastornos afectivos: por falta de apoyo familiar, fallecimiento de seres queridos o situaciones como la jubilación, y desórdenes del sueño que alteran significativamente la calidad de vida de los adultos mayores, entre otros.

Un 2% de la población adulta mayor puede experimentar Trastorno Depresivo Mayor. Los síntomas incluyen persistentes sentimientos de tristeza, vacío emocional, desesperanza, apatía, insomnio o retardo psicomotor, aislamiento social y disminución de funciones cognitivas. En el Trastorno Depresivo Persistente o “depresión crónica” los síntomas pueden estar presentes por meses y años. Los problemas de salud mental muchas veces pasan desapercibidos, no son diagnosticados o tratados, por lo que la capacitación de los profesionales en esta área es indispensable. (MinisteriodeSalud, 2016)

Signos y Síntomas de la Depresión en el Adulto Mayor.

Los signos y síntomas propios de la depresión se pueden agrupar en tres categorías, claramente distinguibles:

- **Animo Depresivo:** Tristeza profunda, pesimismo, sentimiento de insuficiencia personal, de culpabilidad, sensación de improductividad, y tendencia a desestimarse, sentimiento de pesimismo general, sensación de apatía y desinterés, sensación de vacío afectivo, indecisión abrumadora e idea suicidio.

- **Síntomas de Inhibición Psíquica:** lentificación del pensamiento y del lenguaje, dificultad para iniciar y/o mantener una conversación, dificultad para expresarse, fatiga, alteraciones en la memoria, dificultad para concentrarse.
- **Síntomas de Inhibición Motora:** lentificación de los movimientos, esfuerzo físico se percibe como agotador y penoso. Fatiga en actividades que requieren poco esfuerzo. (Ponce, 2015)

Niveles de la Depresión en el Adulto Mayor.

1. **Depresión Leve:** Presenta síntomas como: pérdida de interés, estado de ánimo, falta de vitalidad o aumento de fatiga, la persona con depresión leve probablemente esta apta para continuar con la mayoría de sus actividades.
2. **Depresión Moderada:** Presenta síntomas como; pérdida de interés, estado de ánimo, sentimientos de culpa, falta de vitalidad o aumento de fatiga, quejas o disminución de la capacidad de concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios de actividades psicomotriz, alteraciones del sueño, pérdida de confianza, cambios de apetito. Las personas con depresión moderada probablemente tendrán dificultades para continuar con sus actividades cotidianas.
3. **Depresión Severa:** Existen síntomas como pérdida de interés, estado de ánimo, sentimientos de culpa, falta de vitalidad o aumento de fatiga, quejas o disminución de la capacidad de concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios de actividades psicomotriz, alteraciones del sueño, pérdida de confianza, cambios de apetito. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas angustiantes y marcados, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad; con frecuencia presentan ideas o acciones suicidas y síntomas somáticos. Pueden aparecer síntomas psicóticos como alucinaciones, delirios. (Buri Quispe , 2011)

Causas de la Depresión en el Adulto Mayor.

A través del estudio de las teorías, sintomatología y la fisiopatología de la depresión, existen diferentes factores que llevan a la depresión del anciano, entre ellos están los factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales:

Factores Biológicos: Cuando hablamos de los factores biológicos, se está refiriendo a la parte física, anatómicamente estructurada y visible, tanto microscópica como macroscópicamente hablando, por lo tanto, entre los factores, se toman en cuenta el sistema Nervioso Central y sus diferentes estructuras, así como las enfermedades que causan alteraciones a nivel de los demás sistemas y aparatos.

Factores Neurológicos: La alteración de la serotonina y la aparición de enfermedades cerebro-vasculares son fuente de que el paciente comience una serie de cambios y que esto produzcan casos de ansiedad, depresión o de otro tipo de patología que conlleven a estos cambios que son las alteraciones en la salud mental, tal como los trastornos bipolares.

Factores Psicosociales: La parte psicológica y social de los factores de riesgo hace referencia a la parte interna del paciente, que no se puede observar y hace conciencia de su ser, entre ellos está el aislamiento, la soledad.

El Aislamiento y la Soledad: El sentirse solo, sin su pareja o sin las personas que toda su vida lo han rodeado, disminuye la capacidad de afrontamiento de situaciones y sus demandas no se exteriorizan. Permanecen invisibles para la sociedad desde su familia hasta la comunidad a la que pertenecen, convirtiéndose en grupos vulnerables y que en muchas ocasiones no son tomados en cuenta para la toma de decisiones, a pesar de la experiencia que les ha dado la vida y todo lo que pueden brindar, la soledad por no ser escuchados o el aislamiento que puede producirse dentro de su propia familia o en una institución, determina un factor importante para desencadenar depresión en los adultos mayores.

Escasas Posibilidades Educativas :La baja de conocimientos generales de los adultos mayores, el choque tecnológico y la importancia de las lenguas que son distintas a la autóctona de él hace que este grupo poblacional se vea aislado por la falta de conocimientos y los nuevos avances del mundo actual sin poder realizar aportaciones a la sociedad, logrando que el sentimiento de rechazo por estas limitaciones sea marcado logrando la depresión en los pacientes que sienten las limitaciones del futuro.

Insuficiencia Económica: El desempleo y la jubilación limita las posibilidades de afrontar con éxito las consecuencias del deterioro físico que comienzan a vivir y sufren con la idea de su situación actual, tomando en cuenta lo costoso de la vida actual y el futuro que le espera sin importar la edad. La falta de financiamiento para subsistir o cuidar de su familia produce alteraciones del sueño, de las actividades físicas produciendo finalmente depresión marcada.

Cuando la persona que ha sido económicamente activa por varios años llega a un punto que deja de aportar en su hogar, comienza el sentimiento de desesperación y carga para las personas que lo rodean y que ahora han tomado el rol de protectores y jefes del hogar

Crisis del Sistema Familiar: La mayor parte de los adultos mayores, aún son cuidados por la familia, pero este fenómeno se está transformando, por los cambios ocupacionales de los mismos familiares augurando que en poco tiempo, la oferta de cuidadores informales se incrementará. En la antigüedad los hijos, principalmente las hijas eran los encargados de cuidar a su padres y velar por todas sus necesidades, en la actualidad, la necesidad económica y los nuevos roles que está tomando la mujer en la sociedad, han hecho que los adultos mayores sean considerados una carga para la familia, por lo que buscan alternativas que ayuden a equilibrar las necesidades de este grupo de edad, siendo la institucionalización el factor predominante en la toma de las decisiones. (Luzuriaga, 2016)

Consecuencias de la Depresión en el Adulto Mayor.

La depresión tiene una serie de consecuencias negativas sobre la comorbilidad y las capacidades funcionales del adulto mayor y al contrario, la comorbilidad, la discapacidad y el deterioro cognoscitivo tienen un pésimo efecto sobre los individuos deprimidos. Las consecuencias entre otras son: mayor tasa de morbilidad, discapacidad física y social, pronóstico negativo para un pronto restablecimiento y mayor utilización de los servicios hospitalarios.

La depresión del adulto mayor se asocia a pérdida de peso, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, osteoporosis y mala auto percepción 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 del sistema inmunitario.

Las consecuencias psicológicas y sociales de la depresión también son diversas, el ánimo deprimido puede retrasar o impedir los procesos de restablecimiento al interferir con el comportamiento de la persona de tal forma que ésta no busque la atención médica adecuada. Además los síntomas depresivos pueden provocar trastornos de la alimentación e inhibir la participación en actividades que favorecen un buen estado de salud. (Aguilar, 2007)

Prevención de la Depresión en el Adulto Mayor.

Ante todo, paciente con depresión (independiente del tipo y severidad de la misma) se pueden seguir las siguientes recomendaciones, editadas por la National Guideline Clearinghouse; considerados de gran interés y que se resumen en los siguientes puntos:

- Controlar y promover una alimentación adecuada, asegurar un sueño de calidad, así como mantener el confort físico (especialmente eliminando el dolor).

- Promover la actividad física, por ejemplo, estructurando una actividad regular y un programa de actividades diario. Cuando sea preciso derivar a fisioterapia o terapia ocupacional.
- Facilitar el necesario apoyo social, identificando y movilizándolo a las personas más significativas del entorno del enfermo (familiares, amigos, confidentes, recursos asistenciales, grupos de soporte, etc.).
- Tratar de optimizar la autonomía del individuo, el control personal, así como sus sentimientos de auto-eficacia hasta donde le sea posible; a través de su participación activa en actividades diarias.
- Promover estrategias de resolución de problemas.
- Proporcionar soporte emocional (a través de la empatía, la escucha activa, animando la expresión de sus sentimientos, facilitando la esperanza).
- Desarrollar actividades para mejorar la salud en adultos mayores y evitar la depresión.
- Para mejorar la motricidad fina y la memoria: tejer, hacer manualidades, pintura, lectura, musicoterapia.
- Para mejorar la motricidad gruesa: bailoterapia, caminata.
- Charlas para mejorar el aspecto psicológico: autoestima, nutrición, cuidado personal. (Rui Soberiana, 2016)

Casa hogar.

En términos generales, el término asilo se designa aquella práctica a través de la cual se brindará amparo y protección a una determinada persona o varios individuos como consecuencia de diversas situaciones y motivos que les acontecen y por los cuales se han quedado sin esa mencionada protección. En un sentido más amplio, la idea de asilo alude a la protección, el resguardo o el

auxilio que se le presta alguien brindando refugio a individuos con algún tipo de dependencia como adultos mayores o discapacitados, es el lugar físico, residencia o al centro de servicios para adultos mayores abandonados por sus familiares, entre otros.

Dado que con el envejecimiento pueden aparecer un gran número de trastornos y condiciones muy diferentes, es difícil definir todos los servicios que brinda un asilo de ancianos; donde los adultos mayores son dependientes a causa de una patología crónica, con deterioro cognitivo y altamente dependientes por demencia. Todo esto sin mencionar los casos de personas cuyas familias las internan contra su voluntad por no querer hacerse cargo de ellas, o porque el anciano decida activamente ingresar en un asilo para no molestar a sus seres queridos, o bien por no tener alguien que lo ayude.

Con respecto a la organización de un asilo de ancianos, existen tres modelos básicos:

Similar a un hospital: se trata de aquéllos que ofrecen a sus pacientes asistencia médica de diversas clases, y que cuenta con personal de enfermería en cada planta.

Familiar: este tipo de asilo tiene un funcionamiento que podría compararse con el de una gran casa de familia, en el cual no existe una gran rigidez en las rutinas, y el personal se relaciona con los residentes de una forma más cercana y espontánea.

Mixto: los asilos que combinan las prestaciones de un hospital con el ambiente familiar. Normalmente requieren instalaciones de mayores dimensiones que quiera de los dos anteriores, y un presupuesto mayor para sostenerse. (Perez Porto & Gardey, Definición de asilo, 2017)

Casa hogar Arzobispo Grosso de Cajamarca

La Casa Hogar Arzobispo Grosso, está dirigida por Religiosas de la congregación “Hermanitas de los Ancianos desamparados” que brindan albergue y se encargan del funcionamiento de esta casa hogar para el cuidado y mejora de la calidad de vida del Adulto Mayor a partir de los 60 años, quienes por diversos motivos son hospedados, unos por sus familiares y otros son abandonados. La permanencia del adulto mayor es temporal o permanente teniendo en cuenta el grado de dependencia, problemas de salud, ya sea invalidez, demencia senil, entre otros.

Actualmente, albergan a un promedio de 90 adultos mayores entre hombres y mujeres, la mayoría de ellos procede de familias de bajos recursos, la atención a los ancianos en gran parte no tiene costo alguno para sus familiares, dejando que otras personas colaboren buenamente. Además, buscan apoyo para la atención de los adultos mayores logrando que sus necesidades básicas estén satisfechas, siendo las hermanitas encargadas de buscar ayuda y colaboración de personas de buena voluntad que quieran apoyar y poder así sostener el asilo de ancianos.

La casa hogar está constituida en dos áreas una para hombres y otra para mujeres en el centro de las dos áreas hay una capilla para que los ancianitos escuchen misa. Cada área cuenta con las siguientes Instalaciones:

- Tópico de Enfermería atendido por las hermanitas que cuidan a los adultos mayores.
- Sala amplia para diversas actividades
- Patio
- Una sala TV
- Un comedor para ancianos que se pueden movilizar
- Un comedor para ancianos que están en silla de ruedas y son dependientes.

- Servicio de lavandería
- Servicio de Cocina
- Dormitorios personales e impersonales (Hermana Superiora, 2017).

2. Justificación de la investigación

El haber llevado el curso de adulto mayor durante mis practicas pre profesionales en la Casa Hogar Arzobispo Grosso, me permitió darme cuenta que existen adultos mayores con problemas de memoria, orientación, atención, comprensión, olvido, tristeza, llanto, desinterés por actividades, baja autoestima; por lo que me motivo a realizar el presente estudio titulado: “Demencia senil y Depresión en Adultos Mayores, Casa Hogar Arzobispo Grosso – Cajamarca, 2017”.

El estudio afirma la realidad observada en otros centros de atención del adulto mayor a nivel internacional, nacional y local, dando luces para implementar estrategias, acciones de abordaje pendientes a profundizar el conocimiento sobre demencia senil y depresión en centro de atención del adulto mayor específicamente como es la casa hogar Arzobispo Grosso.

Luego de poner en evidencia el presente estudio, se podrá dar a conocer cuál es el verdadero nivel de demencia senil y depresión que presentan los adultos mayores, con el tamizaje realizado se podrá tener información para que el profesional de enfermería a partir de esta experiencia, facilite en otras oportunidades estrategias y proponga acciones de prevención en este grupo de riesgo ya que la demencia senil y depresión son los trastornos mentales más comunes en este grupo poblacional, afecta a personas de todos los países y sociedades residentes en zonas urbanas o rurales, personas ricas o pobres, varones o mujeres. Las personas que presentan dichos trastornos no solo deben enfrentar sus síntomas sino también la discriminación a participar de actividades sociales, laborales y recreativas; incluso con frecuencia están expuestos al abuso y violación de sus derechos tanto en ámbitos institucionales como en la comunidad.

3. Problema

¿Cuál es el nivel de Demencia Senil y Depresión en Adultos Mayores Casa Hogar Arzobispo Grosso de Cajamarca, 2017?

4. Conceptualización y operacionalización de variables

Definición conceptual de variable Demencia senil

Es un trastorno mental caracterizado por el deterioro de la memoria, la capacidad de pensar, incapacidad para realizar actividades de la vida diaria.

Definición conceptual de variable Depresión

Es un trastorno mental que se caracteriza por un desequilibrio del estado de ánimo, presenta tristeza, desesperanza, pérdida de interés, sentimientos de culpa, falta de autoestima y concentración.

Tabla 1. Operacionalización de Variables

Variable	Dimensiones	Indicadores	Tipo de escala medición
Demencia senil	Orientación temporal	Año en que se encuentra	Nominal
		Estación del año en que se encuentra	
		Fecha en que se encuentra	
		Mes en que se encuentra	
		Día de la semana en que se encuentra	
	Orientación espacial	Lugar en que esta	
		Área en que se encuentra	
		Ciudad en que se encuentra	
	Fijación del recuerdo	Provincia en que se encuentra	
		País en que se encuentra	
Atención calculo	Repita estas palabras: Moneda, caballo, manzana		
Recuerdo diferido	Reste los siguientes números: 15-12-9-6-3		
Lenguaje	Repita estas palabras: Moneda, caballo, manzana Se le dará un lápiz y se pregunta qué objeto es: ¿Lápiz o reloj? Repita la frase: “ni si, ni no, ni pero” o “en un trigal habían 5 perros” Coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo. Escriba en un papel la frase: “cierre los ojos” Escriba una frase con sujeto y predicado. Dibuje un cuadrado		
Depresión	Estado de animo	Preguntas: 1, 4, 5, 7, 10, 11,15.	
	Sentimiento de tristeza	Preguntas: 3, 14.	
	Falta de energía	Preguntas: 13.	
	Dificultad en las relaciones sociales	Preguntas: 2, 9.	
	Sentimientos de inutilidad	Preguntas:12.	
Desesperación	Preguntas: 6, 8.		

Fuente: Elaborada por el autor

5. Objetivos

5.1 Objetivo general

Determinar el Nivel de Demencia Senil y Depresión en Adultos Mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso de Cajamarca, 2017.

5.2 Objetivos específicos

Identificar el Nivel de Demencia Senil de los Adultos Mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso de Cajamarca, 2017.

Identificar el Nivel de Depresión de los Adultos Mayores de la Casa Hogar Arzobispo Grosso de Cajamarca, 2017.

METODOLOGÍA

1. Tipo y diseño de investigación

Enfoque – Cuantitativo

Nivel Investigativo – Descriptivo

Tipo de Investigación: Transversal- Retrospectivo

Diseño de investigación: No experimental.

2. Población - Muestra

Población: La población estuvo conformada por 90 adultos mayores de ambos sexos de 60 a 90 años de edad internados en la casa hogar Arzobispo Grosso, durante el año 2017.

Muestra: La muestra consta de 73 adultos mayores internados en la casa hogar Arzobispo Grosso, durante el año 2017

El tamaño de la muestra se calculó considerando el muestreo aleatorio simple para estimación de proporciones poblacionales con una confiabilidad de 95% y admitiendo un error máximo tolerable del 5%. La determinación de las 73 unidades muestrales obedece a la siguiente fórmula.:

$$n = \frac{NZ^2PQ}{E^2(N-1) + Z^2PQ}$$

Donde:

n= Tamaño de la muestra

N= 90 adultos mayores

Z= 1.96 (Confiabilidad al 95%)

P= 0.50

Q= 0.50 (Complemento de P)

E= 0.05 (Tolerancia de error en las mediciones)

Aplicando la fórmula:

$$n = \frac{90(1,96)^2(0,50)(0,50)}{(0,05)^2(90-1) + (1,96)^2(0,50)(0,50)}$$

n= 73 adultos mayores

3. Técnicas e instrumentos de investigación

Técnica: Entrevista.

Se utilizó la técnica de la entrevista para determinar el nivel de demencia senil y depresión en los adultos mayores internados en la Casa Hogar Arzobispo Grosso.

Instrumentos: Cuestionario

Mini Examen del Estado Mental de Folstein (MMSE) - para determinar el nivel de Demencia Senil

Es una prueba neuropsicológica muy utilizada para realizar evaluación cognitiva en pacientes adultos mayores, desarrollada por Marshall Folstein en 1975, el test evalúa brevemente el estado mental y permite observar la progresión del estado cognitivo, su aplicación es de 5-10 minutos, consta de 30 ítems para evaluar 5 áreas: orientación temporal (ítems1-2-3-4-5), orientación espacial (ítems6-7-8-9-10), fijación del recuerdo(ítems11-12-13), atención calculo (ítems14-15-16-17-18), recuerdo diferido (ítems19-20-21) y lenguaje (ítems22-23-24-25-26-27-28-29-30), los criterios de calificación son: (contesta mal = 0 contesta bien = 1); La evaluación final llega a un puntaje máximo con 30 ítems clasificándolos de la siguiente manera: de 27-30 puntos: normal; de 21- 26 puntos: demencia senil leve; de 11-20 puntos: demencia senil moderada y de 0-10 puntos demencia senil severa. La validez y confiabilidad: oscila entre 0.82 – 0.84.

Escala de Depresión Geriátrica – Test de Yesavage (GDS)- para determinar el nivel de Depresión

Es una prueba muy útil para el tamizaje del estado de depresión, creada por Brink y Yesavage en 1982, evalúa el aspecto cognitivo – conductual, relacionadas a las características específicas de la depresión, su aplicación es de 5 a 7 minutos, consta de 15 preguntas para evaluar 6 áreas: estado de ánimo (ítems 1-4-5-7-10-11-15), sentimiento de tristeza (ítems 3-14), falta de energía (ítem 13), dificultad en las relaciones sociales (ítems 2-9), sentimiento de inutilidad (pregunta 12), desesperación (pregunta 6-8), las respuestas tienen el siguiente valor: **SI = 1, NO=1 (MAYUSCULAS)**, si = 0, no = 0 (minúsculas); La puntuación total corresponde a la suma de los 15 ítems clasificados de la siguiente manera: de 0-5 puntos: normal; de 6-10 puntos depresión leve; de 11-15 puntos depresión severa. La validez y confiabilidad es del 92 %, y la especificidad fue del 89 %.

4. Procesamiento y análisis de la información

Se procedió a recolectar la información y entrevistar a los adultos mayores internados en la casa hogar Arzobispo Grosso. Posteriormente el análisis de la información se hizo mediante la distribución de frecuencias absolutas y relativas, utilizando el programa informático de Excel para la elaboración y presentación de resultados en tablas y gráficos estadísticos.

RESULTADOS

1. Análisis e Interpretación

Tabla 2. Adultos Mayores por sexo de la Casa Hogar Arzobispo Grosso de Cajamarca, 2017

Adultos mayores por sexo	Número	%
Masculino	31	42,5
Femenino	42	57,5
Total	73	100,0

Fuente: Datos obtenidos de la Encuesta realizada en la casa hogar “Arzobispo Grosso”

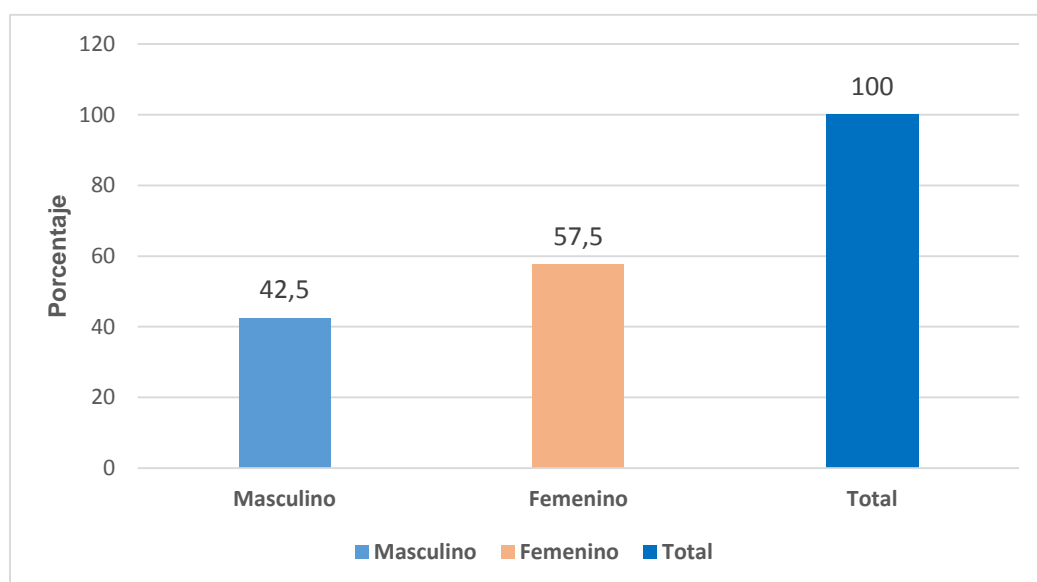


Figura 1: Adultos Mayores por sexo de la Casa Hogar Arzobispo Grosso de Cajamarca, 2017

De acuerdo a la encuesta aplicada a los adultos mayores de la casa hogar “Arzobispo Grosso” de Cajamarca, del total de la muestra de 73 adultos mayores, el 57,5% son de sexo femenino y el 42,5% de sexo masculino.

Tabla 3. Nivel de Demencia Senil de los Adultos Mayores en la Casa Hogar Arzobispo Grosso de Cajamarca, 2017

Nivel de Demencia Senil	Nº	%
Leve	13	17,8
Moderada	34	46,6
Severa	12	16,4
Normal	14	19,2
Total	73	100,0

Fuente: Examen del Estado Mental de Folstein

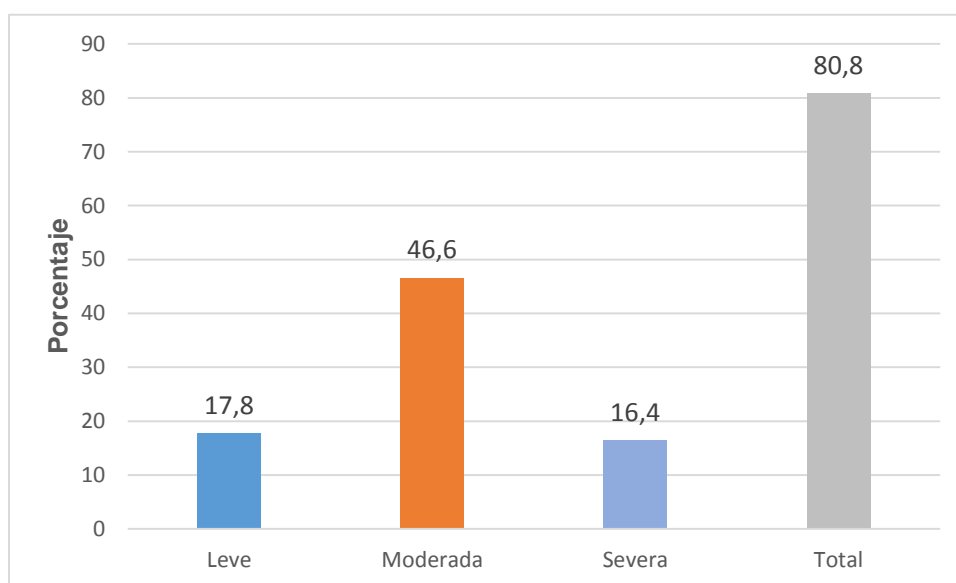


Figura 2: Nivel de Demencia Senil de los Adultos Mayores en la Casa Hogar Arzobispo Grosso de Cajamarca, 2017

De acuerdo al test de demencia senil aplicado a los adultos mayores se ha determinado que el 80,8% presenta demencia senil en sus diferentes niveles, de los cuales el mayor porcentaje 46,6% presentan demencia senil moderada, el 17,8% presentan demencia senil leve, el 16,4% demencia senil severa y el 19,2% no presenta signos de demencia senil. Lo que indica que la mayoría de adultos mayores presenta demencia senil moderada.

Tabla 4. Nivel de Demencia Senil según sexo de los Adultos Mayores en la Casa Hogar Arzobispo Grosso de Cajamarca, 2017

Nivel de Demencia	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Leve	4	5,5	9	12,3	13	17,8
Moderada	15	20,5	19	26,0	34	46,6
Severa	5	6,8	7	9,6	12	16,4
Normal	7	9,6	7	9,6	14	19,2
Total	31	42,5	42	57,5	73	100,0

Fuente: Examen del Estado Mental de Folstein

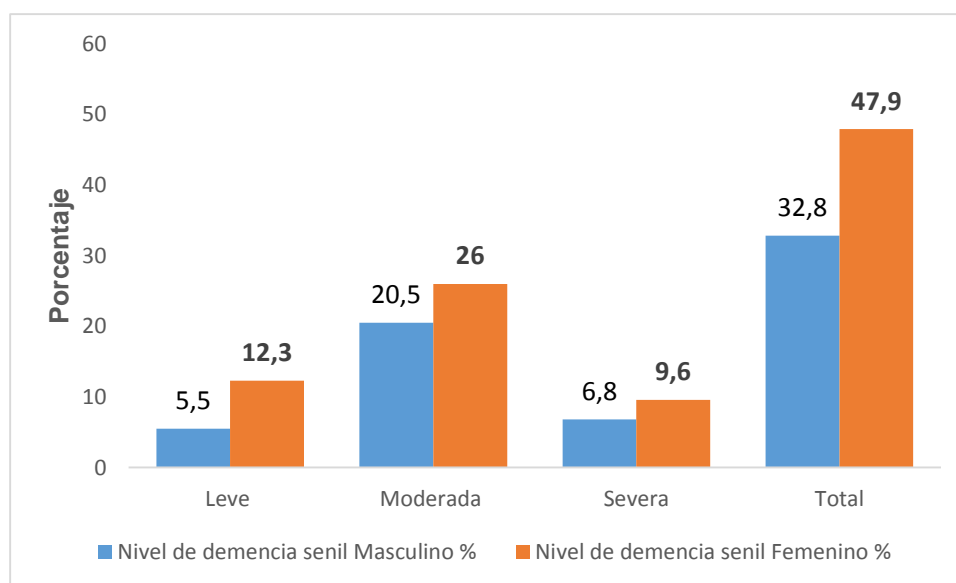


Figura 3: Nivel de Demencia Senil según sexo de los Adultos Mayores en la Casa Hogar Arzobispo Grosso de Cajamarca, 2017

De acuerdo al test de demencia senil aplicado a los adultos mayores, se ha determinado que el 47,9% corresponde al sexo femenino de los cuales el 26,0% presentan demencia senil moderada, seguida del 12,3% demencia senil leve y 9,6% demencia senil severa. Con relación al sexo masculino cuyo porcentaje es de 32,8% de los cuales el 20,5% presentan demencia senil moderada, el 6,8% demencia senil severa y el 5,5% demencia senil leve.

Tabla 5. Nivel de Depresión de los Adultos Mayores en la Casa Hogar Arzobispo Grosso de Cajamarca, 2017

Nivel de Depresión	Nº	%
Leve	38	52,0
Severa	24	32,9
Normal	11	15,1
Total	73	100,0

Fuente: Escala de depresión geriátrica Test de Yesavage

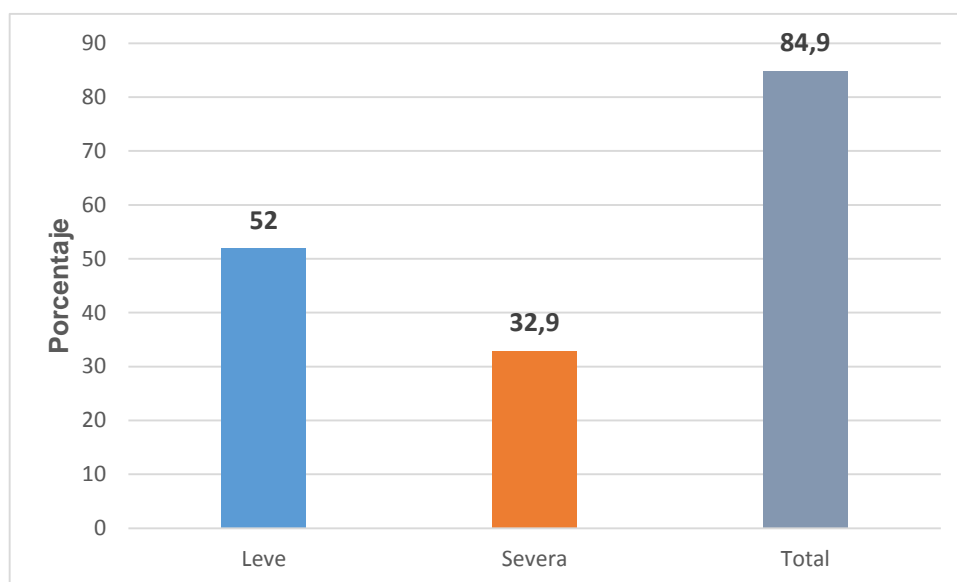


Figura 4: Nivel de Depresión de los Adultos Mayores en la Casa Hogar Arzobispo Grosso de Cajamarca, 2017

De acuerdo al test de depresión aplicado a los adultos mayores, se ha determinado que el 84,9% presentan depresión en sus dos niveles, de los cuales el mayor porcentaje 52,0% presentan depresión leve, el 32,9% depresión severa y el 15,1% no presentan problemas de depresión. Lo que indica que la mayoría de adultos mayores presentan depresión leve.

Tabla 6. Nivel de Depresión según sexo de los Adultos Mayores en la Casa Hogar Arzobispo Grosso de Cajamarca, 2017

Nivel de Depresión	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Leve	17	23,3	21	28,8	38	52,1
Severa	11	15,1	13	17,7	24	32,8
Normal	3	4,1	8	11,0	11	15,1
Total	31	42,5	42	57,5	73	100,0

Fuente: Escala de depresión geriátrica Test de Yesavage

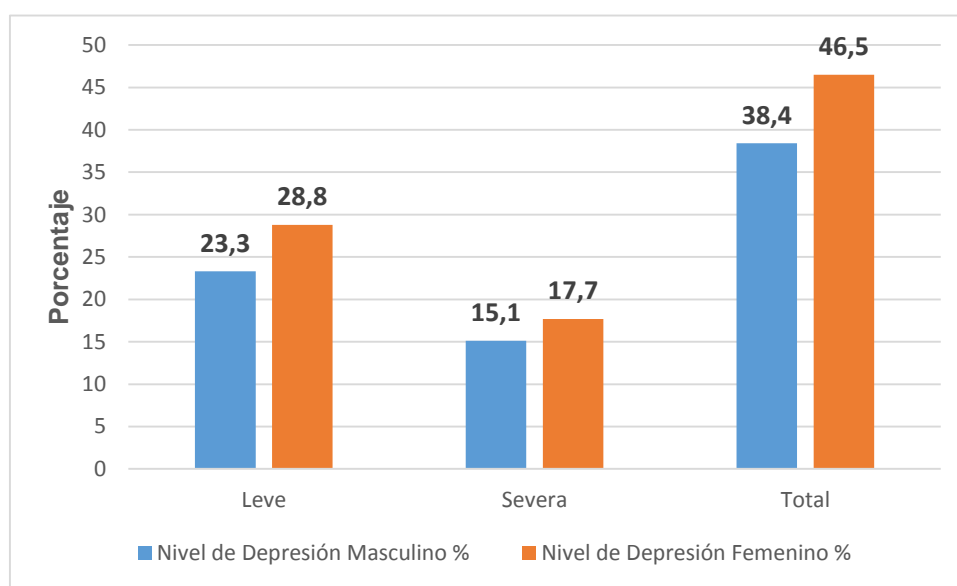


Figura 5: Nivel de Depresión según sexo de los Adultos Mayores en la Casa Hogar Arzobispo Grosso de Cajamarca, 2017

De acuerdo al test de depresión aplicado a los adultos mayores, se ha determinado que el 46,6% corresponde al sexo femenino de los cuales el 28,8% presenta depresión leve, seguida del 17,8% con depresión severa. Con relación al sexo masculino cuyo porcentaje es de 38,4% de los cuales el 23,3% presenta depresión leve, el 15,1% depresión severa.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Desde el punto de vista fisiológico en el Adulto Mayor el envejecimiento del organismo plantea no sólo problemas médicos específicos sino también psicológicos y sociales que afectan al individuo tanto como a la familia y a la comunidad. Esta etapa siempre va asociada a la pérdida de la salud tal es el caso de la demencia senil y la depresión que en esta edad puede ser mortal, constituyéndose como las principales enfermedades de esta época.

Los resultados de la presente investigación sobre el nivel de demencia senil y depresión de los adultos mayores de la casa hogar Arzobispo Grosso - 2017 indican que el 46,6% de los adultos mayores tienen demencia senil moderada, el 17,8% demencia senil leve, el 16,4% demencia senil severa y solo el 19,2% no presenta signos de demencia senil, por lo cual se afirma que la mayoría presenta demencia senil moderada, los resultados coinciden con Betancourt, J. (2011) en su estudio realizado en Honduras donde encontró que el 30.5% de los adultos mayores obtuvieron puntajes que ameritan una evaluación adicional con otras pruebas para detectar afecciones cognitivas iniciales o leves. Por otro lado, se ha encontrado que el 26% de los adultos mayores son del sexo femenino y presentan demencia senil moderada, seguido del 20,5% que corresponden a los adultos mayores del sexo masculinos tienen demencia senil moderada. Lo que indica que la mayoría de los adultos mayores son mujeres y tienen demencia senil moderada, resultado que coinciden con el estudio de Narciza, S y Col. (2012) en la ciudad de Ecuador donde concluyó que los de los adultos mayores el 53% corresponde al sexo femenino y de 47% al sexo masculino; El sexo femenino presenta un 77.80%, de demencia leve y los varones el 62.50%, a diferencia de la demencia grave es más frecuente en varones en un 31.25% y un 22.20% en mujeres. En los asilos no se ha encontrado guías de atención de proceso de enfermería encaminadas para afrontar el problema de la demencia senil, así como planes de intervención tanto para el personal que hace la función de cuidadores como para los pacientes adultos mayores.

Con respecto al nivel de depresión de los adultos mayores, se observa que el 52,0% presentan nivel de depresión leve, el 32,9% presentan nivel de depresión severa y solo un 15,1% no presenta problemas de depresión. Lo que indica que la mayoría presenta nivel de depresión leve, estos resultados coinciden con Betancourt, J. (2011) quien encontró que en un gran número de pacientes adultos mayores tenían depresión leve (30,6%) y el 8,2% requeriría de manejo especializado. También se coincide con Mosquera, P. (2017) en Ecuador cuando concluye que el 46,6% de los adultos mayores presenta depresión moderada y grave. Por otro lado Arboleda, J. (2015) concluyó que del 45% de adultos mayores presentaban depresión establecida, un 41% problemas depresivos y el restante 14% no presentaba depresión. El abandono y la indiferencia de los familiares hacia los adultos mayores provocan alteraciones significativas en su estado de ánimo. No se coincidió con Torrejón, R. (2015), quien concluyó que del 100% de adultos mayores, el 65% presentan depresión severa, el 25% depresión moderada y el 10% depresión leve.

Referente al nivel de depresión por sexo, se puede observar que el 28,8% de los adultos mayores son del sexo femenino y presentan un nivel de depresión leve y el 23,3% son del sexo masculino y también presentan depresión leve. Lo que indica que la mayoría de los adultos mayores son del sexo femenino y presentan nivel de depresión leve. Se coincide con Palomeque, A y Col. (2013), quienes concluyeron que prevalencia de depresión fue del 14,7% con una media de edad de 73,7 años; con el 66,7% de mujeres. También se coincide con Licas, M. (2015) en Lima, quien concluyó que los adultos mayores del “TaytaWasi” presentan un nivel de depresión leve. También coincidimos con Cholan, Y. (2015) quien concluyó según el sexo, prevalece el sexo femenino en la depresión.

Con frecuencia la depresión se asocia a sentimientos de inutilidad o de ser una carga para los demás representado por un elevado porcentaje, seguido de los que manifiestan haber perdido interés en la vida y abandono de su familia; un menor porcentaje relaciona la depresión con la dificultad para movilizarse, tristeza y mal humor. La depresión es de particular interés en los adultos mayores ya que se relaciona con otras enfermedades y deterioro de la calidad de vida.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusiones

Se puede concluir que:

Los adultos mayores en la casa hogar Arzobispo Grosso tienen un nivel de demencia senil de 80,8% y nivel de depresión 84,9%.

El nivel de demencia senil se presentó en el 46,6% de los adultos mayores de forma moderada, en el 17,8% de manera leve y en el 16,4% de forma severa.

El nivel de depresión se presentó en el 52,0% de los adultos mayores como depresión leve y en el 32,9% como depresión severa.

2. Recomendaciones

Recomendar a las encargadas de la casa hogar Arzobispo Grosso la inclusión de profesionales como Geriatra y Psicólogo en el cuidado y evaluación permanente de los adultos mayores.

El MINSA a través de la Dirección Regional de salud fortalezcan el programa de atención del adulto mayor tanto a nivel de prevención como de tratamiento y rehabilitación. Para la recuperación física, emocional y mental, contribuyendo al mejoramiento de la capacidad funcional del adulto mayor.

Las universidades deben orientar sus prácticas al grupo etario adulto mayor en estos lugares de asilo de ancianos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, S. &. (02 de Noviembre de 2007). *La depresión: particularidades clínicas y consecuencias*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>
- Arboleda, J. (2015). "Nivel de Depresion en Adultos Mayores del Asilo de Ancianos esposos Bishara de la ciudad de Esmeraldas-Ecuador". Obtenido de <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/403/1/ARBOLEDA%20PALACIOS%20JANNELLY%20SAMARY.pdf>
- Betancourth . (Mayo de 2012). *Prevalencia de Demencia y Factores Asociados en Adultos Mayores de la Ciudad de Ecuador - Mayo 2012*. Obtenido de http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/AdultoMayor/Jbetancourth_DemenciaAdultoMayor19mayo2011FINAL.pdf
- Buri Quispe , A. (Mayo de 2011). *Rasgos Caracteristicos de Demencia Senil*. Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/7356/1/Buri%20Quizhpe%20Alba%20Lucia.pdf>
- Castro Milano , L. (01 de enero de 2015). *ETAPA DE VIDA ADULTO MAYOR.doc*. Obtenido de <https://prezi.com/bek05a-qrjne/aduldez/>
- Cholàn. (2015). *Influencia de los factores biopsicosociales en la depresion de los adultos mayores Essalud Cajamarca 2015*. Cajamarca.
- Díaz Barrientos, E., & Sosa Coronado, A. M. (2016). *Intervención cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo ligero y demencia leve*. Obtenido de https://es.wikipedia.org/wiki/Demencia_senil

- Fernandez Abanto, S. (2017). *Demencia Senil (Causas, Sintomas, Tratamiento y Remedios)- Guia tu Cuerpo*. Obtenido de https://www.guiatucuerpo.com/demencia-senil/#Factores_de_riesgo
- Fernandez Gonzalez, F. (12 de Marzo de 2013). *Adulto Mayor*. Obtenido de <https://www.definicionabc.com/social/adulto-mayor.php>
- Gratacos, M. (2016). *Demencia Senil: Sintomas, Causas, Tratamiento*. Obtenido de <https://www.lifeder.com/demencia-senil/>
- Hermana Superiora. (2017). (J. Rodriguez Huangal, Entrevistador)
- Licas. (2014). "*Nivel de Depresion del Adulto Mayor en un centro de atencion integral S.J.M - V.M.T- Lima 2014*". Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas_tm.pdf
- Luzuriaga. (15 de Febrero de 2016). *Depresion en los adultos mayores del Asilo "Daniel Alvarez Sanchez" de la ciudad de Loja- Ecuador*. Obtenido de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/10515/1/TESIS%20MONICA%20LUZURIAGA.pdf>
- Martínez Dearreaza, J. (2016). *Depresion en Ancianos*. Obtenido de <https://www.elnuevodiario.com.ni/variedades/25584-depresion-ancianos/>
- Mendoza Lopez, J. E. (2015). *Significado de Adulto mayor - Què es?, Definicion y Concepto*. Obtenido de <http://quesignificado.com/adulto-mayor/>
- MinisteriodeSalud. (13 de Setiembre de 2016). *¿Por qué es importante cuidar la salud mental de los adultos mayores?* Obtenido de <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=18767>
- Mosquera, & Saldaña. (MARZO de 2017). <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27027/1/tesis%20CD.pdf>

- Narciza, & Zuñiga. (12 de Enero de 2012). *Proceso de Atención de Enfermería para la Demencia Senil en adultos mayores de los asilos de los cantones Antonio Ante y Cotachi en el periodo 2012- Ecuador*. Obtenido de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2187/2/05%20ENF%20508%20TESIS.pdf>
- Novelo Cruz, D. (30 de Octubre de 2012). *Demencia Senil*. Obtenido de <https://es.slideshare.net/vale1106/demencia-senil-14960008>
- OMS. (2012). *Depresion*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- OMS. (Mayo de 2017). *Demencia*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Palomenque, & Peralta. (2013). *Prevalencia de depresión y factores asociados en el adulto mayor en la parroquia de Cañaribamba, cuenca Ecuador 2013*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20219/1/Tesis.pdf>
- Perez Porto , J., & Gardey , A. (2016). *Definicion de adulto*. Obtenido de <https://definicion.de/adulto/>
- Perez Porto, J., & Gardey, A. (2016). *Demencia Senil*. Obtenido de <https://definicion.de/demencia-senil/>
- Perez Porto, J., & Gardey, A. (2017). *Definicion de asilo*. Obtenido de <https://definicion.de/asilo/>
- Ponce, V. Y. (24 de Abril de 2015). *Sociedad Actual y Adulto Mayor: Envejecimiento y Depresion*. Obtenido de <http://adultosmayoreshoy.blogspot.pe/2015/04/envejecimiento-y-depresion.html>

Quijada , A. (2017). *Características del Adulto Mayor*. Obtenido de https://www.academia.edu/7776632/CARACTERISTICAS_DEL_ADULTO_MAYOR

Rui Soberiana, S. (2016). *depression_en_el_adulto mayor.pdf*. Obtenido de http://salut-ennelliment.uab.cat/publicacions/docs/depression_en_el_mayor.pdf

Torrejón. (Diciembre de 2015). *Nivel de depresión en adultos mayores, asentamiento humano. Señor de los Milagros. Cachapoyas - 2015*. Recuperado el 05 de Agosto de 2017, de <http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/143/Nivel%20de%20depresi%C3%B3n%20en%20adultos%20mayores%2C%20asentamiento%20humano.%20Se%C3%B1or%20de%20los%20Milagros.%20Chachapoyas-%202015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Valencia, U. I. (01 de Marzo de 2017). *Demencia Senil, fases, síntomas y tratamiento*. Obtenido de <http://www.viu.es/demencia-senil-fases/>

ANEXOS

Anexo 1

Protección de los derechos humanos de los sujetos de estudio

La investigación se regirá por los principios éticos, teniendo en cuenta el respeto por las personas, la beneficencia, la justicia, la privacidad, la confidencialidad y la autonomía son algunos de los principios éticos fundamentales; no se antepondrá el bien general al individual.

Respeto a las Personas y Autonomía Individual: con este principio se obtendrá un consentimiento pleno e informado de los adultos mayores que participaran en la investigación, asimismo se le dará a conocer la intención y comprensión del presente estudio; se respetara el anonimato de los participantes, por lo tanto, ninguno de sus datos personales será revelados en los resultados.; la información se maneja en forma confidencial y los resultados se presentaran en forma general. Además, se protegerá la salud, intimidad y dignidad de cada uno de los participantes.

Beneficencia: Es la excelencia y calidad en la acción, que se tendrá en consideración con los usuarios ya que el no dañar, es siempre absoluto. En tanto que es previo a la autonomía de las personas. "No podemos hacer el bien a nadie en contra de su voluntad, pero si estamos obligados a no hacerle nada malo, aunque así nos lo pida."

No maleficencia: con este principio ético condenamos todo acto en que se infrinja daño en forma deliberada a los adultos mayores internados en la casa hogar Arzobispo Grosso, se cumplirá con el principio de la proporcionalidad entre el bien buscado y el medio empleado, se obtendrá siempre el consentimiento informado en todo el proceso de la investigación. La no maleficencia "obliga a todos de modo primario y es anterior a cualquier tipo de información o consentimiento".

Justicia: La población se elegirá de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, por lo cual todos los adultos mayores internados en la casa hogar Arzobispo Grosso tienen la misma posibilidad de ser elegidos.

Anexo 2

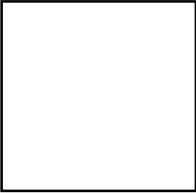
MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL DE FOLSTEIN PARA DETERMINAR EL NIVEL DE DEMENCIA SENIL

Edad:

Sexo: M () F ()

INTRODUCCION: A continuación, se le presenta un cuestionario de 30 ítems, responda de acuerdo su criterio:

<p>¿En qué año estamos? (0-1) ¿En qué estación? (0-1) ¿En qué día (fecha)? (0-1) ¿En qué mes? (0-1) ¿En qué día de la semana? (0-1)</p>	<p>ORIENTACION TEMPORAL (máx. 5)</p>
<p>¿En qué lugar estamos? (0-1) ¿En qué área (sala, comedor, patio)?(0-1) ¿En qué Ciudad? (0-1) ¿En qué Provincia? (0-1) ¿En qué País? (0-1)</p>	<p>ORIENTACION ESPACIAL (máx. 5)</p>
<p>Se pide al adulto mayor que escuche atentamente a las tres palabras que se le mencionaran: MONEDA (0-1) CABALLO (0-1) MANZANA (0-1)</p>	<p>FIJACION DEL RECUERDO (máx. 3)</p>
<p>Si tiene 15 monedas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántos le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 15(0-1) 12 (0-1) 9(0-1) 6(0-1) 3(0-1) (00-1D 0-1N 0-1U 0-1M 0-1)</p>	<p>ATENCION CALCULO (máx. 5)</p>
<p>Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente: MONEDA (0-1) CABALLO (0-1) MANZANA (0-1)</p>	<p>RECUERDO DIFERIDO (máx. 3)</p>
<p>DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz, reloj y preguntar ¿qué es esto? Lápiz (0-1) Reloj (0-1)</p> <p>REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" o "en un trugal había 5 perros") (0-1)</p> <p>ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coge con la mano derecha (0-1) dobla por la mitad (0-1), pone en suelo (0-1)</p>	<p>LENGUAJE (máx. 9)</p>

<p>LECTURA. Escriba legiblemente en un papel la frase: "cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase (0-1)</p> <hr/> <p>ESCRITURA. Que escriba una frase con sujeto y predicado (0-1)</p> <hr/> <p>COPIA. Dibuje un cuadrado y pida al adulto mayor que los copie tal cual (0-1)</p> 	
<p>Puntuaciones de referencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normal: 27-30 puntos - Demencia Senil Leve: 21- 15 puntos - Demencia Senil Moderada: 15- 10 puntos - Demencia Senil Severa: 9 o menos 	<p>PUNTUACIÓN TOTAL (máx. 30 puntos)</p>

(Folstein, 1975)

Anexo 3

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA TEST DE YESAVAGE PARA DETERMINAR EL NIVEL DE DEPRESION

INSTRUCCIONES: Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. Durante la ÚLTIMA SEMANA.

1. ¿Está Ud. Básicamente satisfecho con su vida?	si	NO
2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI	no
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI	no
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI	no
5. ¿Está Ud. De buen ánimo la mayoría del tiempo?	si	NO
6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SI	no
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	si	NO
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado?	SI	no
9. ¿Prefiere Ud. Quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SI	no
10. ¿Siente Ud. Que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI	no
11. ¿Cree Ud. Que es maravilloso estar vivo?	si	NO
12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. Actualmente?	SI	no
13. ¿Se siente lleno de energía?	si	NO
14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su Situación actual?	SI	no
15. ¿Cree Ud. Que las otras personas están en general mejor que Usted?	SI	no
SUME TODAS LAS RESPUESTAS (SI-NO) EN MAYÚSCULAS O (si-no) EN MINUSCULAS O SEA: SI = 1 ; NO = 1/si = 0; no = 0	TOTAL_ _____	TOTAL_ _____

(Yesavage, 1982)

INTERPRETACIÓN:	Resultado
0 a 5 se considera normal	
6 a 10 indica depresión leve	
11 a 15 indica depresión severa	

Anexo 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del trabajo: Demencia Senil y Depresión en adultos mayores casa hogar
Arzobispo Grosso - 2017

Investigadora: Juanita Maricruz Rodríguez Huangal

Estudiante de Enfermería de la Universidad San Pedro

Estimado (a) señor (a):

Solicitud del consentimiento informado

Me dirijo a usted cordialmente con el fin de solicitar su valiosa colaboración en el mencionado trabajo de investigación, el cual tiene como objetivo: determinar el nivel de demencia senil y depresión del Adulto Mayor de la casa hogar Arzobispo Grosso Cajamarca - 2017

Su participación es completamente voluntaria, se trata de una investigación que no le producirá ningún tipo de daño, con unos objetivos y un propósito bien definidos, en todo momento se respetarán sus derechos humanos y se ceñirá a principios éticos. Tampoco le implicará ningún costo económico. La información recabada tendrá carácter anónimo y confidencial, por lo tanto, no escriba su nombre y apellido en los instrumentos que se le den para recolectar la información. Esta información será utilizada en el estudio que desarrolla la investigadora. Una vez leído este documento y aclaradas mis dudas, consiento en forma voluntaria a participar en el estudio. Así mismo he sido notificado que no aparecerá mi nombre en los instrumentos usados por la investigadora para recoger la información, lo que le da un carácter confidencial a los datos recolectados.

Firma y/o huella del participante