



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

**Perfil clínico epidemiológico de la depresión en adultos mayores
con diabetes mellitus e hipertensión arterial atendidos en un
Hospital de Trujillo**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

AUTORA:

Saldaña Zárate, Sharon Sthephany (orcid.org/0000-0003-1214-4805)

ASESOR:

Mg. Montes Iturrizaga, Ivan (orcid.org/0000-0002-9411-4716)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Mental

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la Salud, Nutrición y Salud Alimentaria

TRUJILLO – PERÚ

2023

Dedicatoria

A mi Dios, por ser mi torre fuerte y único refugio en todo tiempo, y su diestra me ha sostenido en este camino de valientes.

A mi madre, por su amor incondicional, oraciones y consejos en todo momento de mi carrera profesional.

A mi padre, por sus palabras de fuerza y apoyo incondicional.

A mis hermanas, por su paciencia y afecto mutuo cada día.

A Adolfo, por estar pendiente de mi progreso profesional y haberme ayudado durante los obstáculos que se me presentaron.

Agradecimiento

A Dios por su misericordia y amor eterno.

Agradezco infinitamente a mi familia por impulsarme a culminar con orgullo y satisfacción.

A mi asesor, Dr. Ivan Montes Iturrizaga por su paciencia, confianza y exigencia constante.

Índice de contenidos

	Pág.
Carátula.....	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de figuras.....	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN	8
II. MARCO TEÓRICO	11
III. METODOLOGÍA	16
3.1. Tipo y diseño de investigación	16
3.2. Variables y operacionalización	16
3.3. Población, muestra y muestreo	17
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	18
3.5. Procedimientos	18
3.6. Método de análisis de datos	19
3.7. Aspectos éticos	19
IV. RESULTADOS	20
V. DISCUSIÓN	24
VI. CONCLUSIONES	26
VII. RECOMENDACIONES	27
REFERENCIAS	28
ANEXOS	33

Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1. Perfil clínico epidemiológico de la depresión de los pacientes adultos mayores con diabetes e hipertensión arterial atendidos en un hospital de Trujillo...20	
Tabla 2. Características clínicas más frecuentes de depresión en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus e hipertensión arterial atendidos en un Hospital de Trujillo	22
Tabla 3. Nivel de depresión de los pacientes adultos mayores con diabetes e hipertensión arterial atendidos en un hospital de Trujillo	22

Resumen

La presente investigación tuvo como finalidad describir el perfil clínico epidemiológico de la depresión en adultos mayores con diabetes mellitus e hipertensión arterial atendidos en un Hospital de Trujillo en el periodo 2009 – 2019. Este estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. Los participantes fueron 37 adultos mayores con diabetes mellitus e hipertensión arterial diagnosticados con depresión, que acudieron a los consultorios externos de medicina y psicología, siendo la técnica de muestreo no probabilística. La técnica empleada fue la revisión de historia clínica del adulto mayor que cumplen con los criterios de inclusión y el instrumento que se utilizó fue la ficha de recolección de datos clínicos y epidemiológicos sacado del formato de atención integral del adulto mayor, proporcionado por el MINSA. Los resultados obtenidos fueron que el 10.81% de los pacientes mayores de 80 años tiene depresión y solo el 7.41% son de 70 a 79 años. De los cuales tiene grado de instrucción primaria, viven con otras personas, son de procedencia urbano y no tienen alguna comorbilidad. Además, tienen más de tres años de tratamiento con un 18.92%. Los pacientes adultos mayores con diabetes e hipertensión, el 21.62% sufría de depresión leve y el 78.38% no tuvo depresión. Se concluyó que los adultos mayores con diabetes e hipertensión arterial en este estudio no sufren de depresión, entre los factores epidemiológicos más asociados a depresión fueron la edad y tiempo de tratamiento. Así mismo, el síntoma más frecuente de depresión fue la sensación de cansancio en todos pacientes adultos mayores, seguido de la mala digestión cefalea, falta de apetito y tristeza.

Palabras clave: Depresión, adulto mayor, envejecimiento.

Abstract

The purpose of this research was to describe the clinical epidemiological profile of depression in older adults with diabetes mellitus and arterial hypertension treated at a Hospital in Trujillo in the period 2009 - 2019. This study is quantitative, application level, descriptive cut-off method. cross. The participants were 37 older adults with diabetes mellitus and arterial hypertension diagnosed with depression, who attended external medicine and psychology clinics, the sampling technique being non-probabilistic. The technique used was the review of the clinical history of the elderly who met the inclusion criteria and the instrument used was the clinical and epidemiological data collection form taken from the comprehensive care format for the elderly, provided by MINSA. The results obtained were that 10.81% of patients over 80 years of age have depression and only 7.41% are between 70 and 79 years of age. Of which they have a primary education degree, live with other people, are of urban origin and do not have any comorbidity. In addition, they have more than three years of treatment with 18.92%. Of the older adult patients with diabetes and hypertension, 21.62% suffered from mild depression and 78.38% had no depression. It was concluded that older adults with diabetes and arterial hypertension in this study do not suffer from depression, among the epidemiological factors most associated with depression were age and treatment time. Likewise, the most frequent symptom of depression was the feeling of tiredness in all older adult patients, followed by poor digestion, headache, lack of appetite and sadness.

Keywords: Depression, elderly, aging.

I. INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus se encuentra en unas de las primeras ubicaciones en morbilidad y mortalidad; la prevalencia de las personas que viven con diabetes se encuentra entre las edades de 20 a 79 años; cifra cercana al cálculo de la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹

Según la Federación Internacional de Diabetes (FID) se estima que por lo menos 643 millones de personas de la población mundial tendrán diabetes para el 2030. Esta cifra se elevará a 783 millones de personas para el año 2045. Asimismo, en América del Sur y Central se estimó: 32 millones en el año 2019, en el año 40 millones para el 2030; y, 49 millones para el 2045. En este marco, y en la actualidad, 1 de cada 11 personas vive con diabetes;¹ cifras que se convierten amenazantes para la salud pública. Dado que esta enfermedad no hace selección de la situación socioeconómica de los países. Además, el trastorno psiquiátrico más común de los diabéticos es la depresión y las personas con diabetes tipo 2 tienen un 24 % más de riesgo de desarrollar depresión.²

Por otro lado, la hipertensión arterial es una enfermedad crónica no transmisible, con elevada prevalencia a nivel mundial, que incrementa el peligro de padecer cardiopatías, encefalopatías, nefropatías, entre otras. Para el año 2025, afectará 1,5 millones de personas, es decir, un 30% de la población mundial. Los adultos hipertensos de 30 hasta 79 años han aumentado en los últimos treinta años.³

Según investigaciones, Canadá, Perú y Suiza fueron los países con más bajas prevalencias de hipertensión arterial tanto para hombres como mujeres. Mientras que, las prevalencias más altas fueron en la República Dominicana, Jamaica y Paraguay para las mujeres y Hungría, Paraguay y Polonia para los hombres a nivel mundial en el año 2019.^{3, 4} También, existe una asociación clínica entre la depresión y la hipertensión arterial teniendo una baja adherencia en el tratamiento antihipertensivo.⁵

Referente a, que la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados, donde los habitantes mayores de 60 años pasaran del 11% al 22%, entre el 2000 y 2050.⁶ Asimismo, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que al 2015 hubo más de 3 millones de adultos mayores, y para el año

2050 se estimará 8,7 millones de adultos mayores peruanos.⁷ Es por ello, que la etapa del envejecimiento tiene como consecuencia una limitación de las capacidades físicas, mentales y sociales; conllevando a un riesgo de depresión.^{6,8} Es así, que la OMS ha encontrado una brecha entre la depresión y enfermedades crónicas no transmisibles, con efecto negativo para la salud mental.⁹

Además, la prevalencia de depresión en el adulto mayor, en Islandia es 8,8%, en Alemania 23,6%, Suecia 13%, Taiwán 21,2%. Asimismo, en Puerto Rico reportó 2,3%, República Dominicana 13,8%, Cuba 4,9% y Nigeria 0,5%. Además, en Latinoamérica se reportó en México 60%, Chile 16,3%, Perú 15,97% y Colombia 11,5% en un centro de salud de atención primaria; teniendo en cuenta que la prevalencia varía según condición económica y población de cada país.¹⁰

Ante esta problemática de la calidad de salud en personas de edad avanzada, surgió la formulación de la siguiente interrogante: ¿Cuál es el perfil clínico epidemiológico de los pacientes adultos mayores con diabetes mellitus e hipertensión arterial con diagnóstico de depresión atendidos en el Hospital Belén de Trujillo?

La justificación del estudio se realiza debido, que la depresión en la población geriátrica es frecuente. En el Perú, 44 de cada 100 familias vive un adulto mayor, durante el año 2020. También, un 14,18% de esta población padece de depresión.^{11, 12}

Por lo tanto, este grupo etario es susceptible a sufrir depresión por el proceso de envejecimiento y por la esfera social actual,⁸ que lo califica como una población inactiva y sin derechos.

Además, este trastorno es visto por los profesionales de salud e incluso por los mismos pacientes como algo normal en esta etapa de la vida. Por tal motivo, en este presente estudio, los resultados servirán como un insumo relevante para que los profesionales de salud puedan comprender la situación de salud pública en este grupo susceptible y al mismo tiempo mejoren al evaluar y valorar integralmente a la persona adulta mayor con fines de proporcionar la promoción y prevención. Asimismo, este estudio podría ser de utilidad para enriquecer los

procesos educativos orientados a las familia o cuidadores del adulto mayor a mantener una vida sana y digna con relación a su etapa de vida final.

El objetivo general planteado será describir el perfil clínico epidemiológico de la depresión en adultos mayores con diabetes mellitus e hipertensión arterial atendidos en un Hospital de Trujillo en el periodo 2009 – 2019.

Los objetivos específicos son: i) identificar las características epidemiológicas más frecuentes de depresión en adultos mayores con diabetes mellitus e hipertensión arterial atendidos en un Hospital de Trujillo en el periodo 2009 - 2019; ii) describir las características clínicas más frecuentes de depresión en adultos mayores con diabetes mellitus e hipertensión arterial atendidos en un Hospital de Trujillo en el periodo 2009 – 2019.

II. MARCO TEÓRICO

Satoshi I., et al¹³ (Tokio, 2021) realizó un estudio de tipo transversal, que buscó identificar factores asociados con roles sociales, incluidos parámetros glucémicos, complicaciones diabéticas y tratamiento de la diabetes, en 367 pacientes adultos mayores diagnosticados con diabetes mellitus atendidos en el hospital de Tokio. Se tuvo como resultado un 95% que padecía depresión y fragilidad en los hombres y un 95% de fragilidad en mujeres, asociándose con disminución de los roles sociales.

Teixeira S., et al¹⁴ (Portugal, 2021) se realizó un estudio transversal, donde se encargó de identificar los aspectos sociodemográficos y clínicos en 33 pacientes adultos mayores de 65 años diagnosticados con diabetes mellitus. Como perfil epidemiológico, se obtuvo como resultados: 72,7% era de sexo femenino, 72,8% era viudo y 66,7% casado, un 57,6% con educación primaria terminada, 45,5% vivían solo y 60,6% tenían un cuidador familiar. En cuanto al perfil clínico: un 81,8% padecía hipertensión arterial, 75,8% dislipidemia y osteoporosis, 70% tenía polimedicación y un 39,3% padecía depresión.

Benmaamar S., et al¹⁵ (Marruecos, 2021) en el estudio transversal tuvo como objetivo medir la prevalencia de depresión en pacientes diabéticos e identificar sus determinantes, mediante un cuestionario anónimo a 243 pacientes diabéticos; donde se obtuvo como resultado que la depresión fue 18,1% y el 58% eran mujeres.

Aytap F., et al¹⁶ (Turquía, 2021) se realizó un estudio descriptivo-relacional, con el objetivo de evaluar la relación entre el riesgo de depresión y el automanejo de la enfermedad y los factores que afectan a las personas con enfermedades crónicas. Fue una muestra de 418 personas con enfermedades crónicas; donde hubo un 56,7% del sexo femenino, 81,9% eran casados, 96,1% tenían hijos, 23,4% tenían estudio primario, 35,4% tenían hipertensión y diabetes, y el 33,7% enfermedades cardíacas. Además, 16,5% presentaba depresión mínima, 12,7% depresión leve, 66,5% depresión moderada y 4,3% depresión severa. Los pacientes con diabetes tenían una tasa de depresión moderada mucho más alta que los pacientes con otras enfermedades crónicas.

Talvikki A., et al ⁵ (Finlandia, 2018) el estudio transversal consistió en investigar la asociación de la hipertensión y los síntomas depresivos, fue dirigido a 2,676 personas adultas con riesgo cardiovascular entre las edades de 45 a 70 años, y se evidenció que el 14,1% presentó síntomas depresivos, con predominio en el sexo femenino.

Lozano D., et al ¹⁷ (México, 2020) desarrolló un estudio descriptivo cuantitativo, donde se buscó estimar los síntomas depresivos no diagnosticados y la diabetes mellitus, en una muestra de 4,601 adultos mayores; donde estimaron que la prevalencia de depresión y diabetes fueron mayores en las mujeres con un 24.73% y con un riesgo mayor de muerte en aquellas personas con diagnosticadas con diabetes y síntomas depresivos no diagnosticados residentes en la ciudad de México.

Santos M., et al ¹⁸ (Brasil, 2019) el estudio transversal, se encargó de estimar las proporciones de prevalencia de trastorno de depresión y la asociación entre de trastorno de depresión y factores de riesgo cardiovascular, en una población de 1030 pacientes. Concluyeron que los trastornos depresivos fueron más relevantes en mujeres, no hubo diferencias significativas en la prevalencia depresión en relación con el origen étnico, el nivel de educación o la situación laboral. Hubo una asociación significativa entre los trastornos depresivos y la hipertensión.

Baldeón P., et al. ¹⁹ (Perú, 2021) este estudio observacional y correlacional, determinó las variables sociodemográficas asociadas a la depresión en el adulto mayor, participaron 4,917 adultos mayores, y se evidenció un 14,2 % de depresión, como variables sociodemográficas fueron el sexo femenino 67,6%, el 37,4% no tenían algún grado de instrucción, 42,6% vivía en zona rural y 66,6% vive en la pobreza.

Valladares M., et al ²⁰ (Perú, 2020) se realizó un estudio correlacional, que determinaron la prevalencia y los factores asociados a la depresión en adultos peruanos con hipertensión y diabetes. Con 10,566 adultos de 40 años o más, se obtuvo como resultados: la prevalencia de depresión fue 23,15% a nivel general y un 34, 96% en los adultos con hipertensión y diabetes. Además, la prevalencia de depresión fue mayor en el sexo femenino.

Actualmente, las enfermedades cardíacas, la diabetes y trastornos psiquiátricos están considerados como principal causa de mortalidad a nivel mundial; es por ello, que los adultos mayores tienen más frecuencia de padecer una enfermedad crónica como es la diabetes e hipertensión arterial. Muy a menudo la sintomatología es silenciosa, la cual retrasa el diagnóstico y tratamiento oportuno.²¹

Según la Asociación Americana de Diabetes (ADA), la diabetes mellitus, es definida como un conjunto de síndromes que conllevan a una hiperglicemia crónica, debido al decrecimiento de secreción y/o acción de la insulina. Esta hormona que es secretada por el páncreas, llamada insulina, cumple un rol importante la biotransformación de las proteínas y grasas convirtiéndolas en energía para nuestro organismo; la falta de insulina conlleva a una hiperglicemia.²²

Asimismo, esta enfermedad metabólica crónica, donde el cuerpo humano no puede elaborar la suficiente cantidad de insulina o utilizarla de manera efectiva, se clasifica en: diabetes mellitus tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes en el embarazo y otros tipos de diabetes. Los síntomas cardinales que se presentan en esta enfermedad son la polidipsia, poliuria, polifagia y pérdida de peso.²² En América del Sur y Caribe, el 42% de adultos entre 20 y 79 años con diabetes no son diagnosticados;¹ es por ello, que se solicitan exámenes para el diagnóstico oportuno, como: la glicemia basal (valor normal <100 mg/dl), tolerancia de glucosa (valor normal <140 mg/dl), hemoglobina glicosilada (valor normal <5.7%); por encima de los valores normales de dos o más exámenes, es considerado diabetes mellitus; además, solo basta un examen para confirmar el diagnóstico de diabetes mellitus y es, la glicemia al azar, con valor mayor e igual a 200 mg/dl.²²

En consecuencia, cerca de 10% de adultos de 20 y 79 años tienen tolerancia anormal a la glucosa;¹ es por ello, que los adultos mayores son candidatos para tener complicaciones agudas (cetoacidosis diabética, estado hiperosmolar hiperglucémico e hipoglicemia) y crónica (microvasculares, microvasculares y otros), que pone en peligro su salud física y mental. En tal sentido, el tratamiento debe ser individualizado y multidisciplinario.²²

Por otro lado, la hipertensión arterial, es el factor de riesgo cardiovascular más frecuente a nivel mundial, que agranda su prevalencia con la edad.³ Según las guías, la hipertensión arterial es considerada como la presión arterial mayor e igual a 140/90 mmHg,²³ excepto la americana que propone una presión arterial mayor e igual a 130/80 mmHg.²⁴ En general, se recomienda en todos los pacientes tener una presión arterial menor de 140/90 mmHg. De vez en cuando, cuando la presión arterial se encuentra en niveles muy altos, algunos pacientes tienen cefalea, cambios visuales, disnea, dolor torácico y déficit sensorial o motor.^{25,26}

De igual forma, aparecen diversas complicaciones en pacientes adultos con diabetes, dislipidemias, enfermedad renal crónica, obesidad, entre otros, perjudicando su estilo de vida e independencia. En tal sentido, es fundamental la prevención, el diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de esta enfermedad en la población adulta mayor.²⁶

En Viena en el año de 1982, se realizó la Primera Asamblea Mundial sobre envejecimiento, se reconoció que era un proceso que dura toda la vida, tomó como la edad inicial los 60 a más años. Asimismo, la OMS, considera como “Adulto Mayor” a toda persona mayor de 60 años; en nuestro país es aplicado.^{27,28} Respecto a la situación actual del adulto mayor peruano, se calcula un 13 % de la población adulta mayor a nivel mundial. El país con alta tasa de crecimiento anual es Europa, con un 25%, este porcentaje también llegará a otros países para el 2050. En aquellas personas mayores de 80 años, la población se triplicará dentro de 30 años y se septuplicará en poco más de siete décadas.⁶ Las cifras de la población adulta mayor a nivel mundial y en nuestro país están aumentando aceleradamente. Este proceso de envejecimiento aumentó un 4.3 % desde 1950 al 2017. En el campo de la salud, las personas adultas mayores alcanzaron un índice elevado en presentar una sintomatología crónica, principalmente en la población femenina. Por último, y en cuanto a la educación, predomina el analfabetismo en las mujeres y en el indicador hogar, cuatro de cada diez hogares peruanos tienen entre sus miembros al menos una persona adulta mayor.²⁹

Lo reseñado nos indica que el envejecimiento del ser humano es un proceso fisiológico inevitable a nivel mundial y dentro de nuestro territorio peruano, que sucede por el aumento de la esperanza de vida al nacer, descenso de la mortalidad y el avance de la ciencia médica. Además, las personas de la tercera edad son directamente vulnerables en el ámbito de la salud, siempre frecuente las multipatología y enfermedades crónicas degenerativas. También, es necesario brindar una evaluación integral de salud a este grupo etario para contribuir a la reducción de su vulnerabilidad.²⁹

En cuanto a la depresión, es un trastorno mental frecuente en el mundo, donde la persona cursa con tristeza, pérdida de interés, culpabilidad, baja autoestima, alteración del sueño o del apetito y sensación de cansancio.^{30,31} En algunas personas, esta sintomatología puede esconderse con otros problemas de salud como dolor crónico, enfermedades cardiovasculares, oncológicas y otros trastornos mentales.³⁰ Cabe mencionar, que los adultos mayores están expuestos a trastornos afectivos, que perjudican su calidad de vida. Existe 10 % de la población adulta mayor que experimenta trastorno depresivo mayor.³²

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación: Aplicada.

Diseño de investigación Observacional, transversal retrospectivo, descriptiva, cuantitativa.

3.2. Variables y operacionalización:

TIPO DE VARIABLE	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN
Independiente	Edad	Tiempo de vida en años desde el nacimiento en tiempo actual.	Edad del paciente al momento en que se accede la historia clínica.	Edad en años tal cual	Cuantitativa
	Sexo	Condición biológica que distingue a un hombre de una mujer.	Condición del hombre y mujer durante el estudio.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hombre ▪ Mujer 	Nominal
	Grado de instrucción	Es el grado de estudios formales más alto alcanzado por una persona.	Grado de educación formal más alto en el momento del estudio.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analfabeto ▪ Primaria ▪ Secundaria ▪ Técnico ▪ Universidad pregrado. ▪ Maestro o magíster. ▪ Doctor. 	Cualitativa Ordinal
	Estado civil	Tipo de vinculación afectiva de una persona con individuos de su mismo sexo o diferente.	Tipo de vinculación afectiva al momento de realizar el estudio.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soltero ▪ Conviviente ▪ Casado ▪ Divorciado ▪ Viudo 	Cualitativa Nominal
	Tipo de hogar	Conjunto de individuos que viven en función de un mismo hogar.	Relacionamiento en torno al hogar al momento de acceder a las historias clínicas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vive solo ▪ Con otras personas 	Cualitativa Nominal
	Antecedentes familiares de depresión	Trastorno que han sufrido los parientes consanguíneos directos del paciente.	Existencia de uno o más parientes biológicos con depresión al momento de realizar el estudio.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si ▪ No 	Cualitativa Nominal
	Comorbilidades	La presencia de uno o más enfermedades, además de la enfermedad existente.	La enfermedad que padece el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ HTA ▪ DM ▪ Cardiopatías ▪ Enfermedad renal ▪ Dislipidemias ▪ Hipotiroidismo ▪ Otros 	Cualitativa Nominal
	Tiempo de tratamiento	Periodo transcurrido que se utilizan para	Periodo transcurrido en	Periodo	Cuantitativa

	antidiabético	aliviar o curar la diabetes.	aliviar el problema de la diabetes mellitus al momento de acceder a la historia clínica.	transcurrido desde la aparición de la enfermedad	
	Tiempo de tratamiento antihipertensivo	Periodo transcurrido que se utilizan para aliviar o curar la hipertensión arterial.	Periodo transcurrido en aliviar el problema de la hipertensión arterial al momento de acceder a la historia clínica.		
	Números de fármacos utilizados en la diabetes mellitus	Número de fármacos administrados de forma simultánea según prescripción médica.	Número de fármacos administrados de forma simultánea según prescripción médica al momento de acceder a la historia clínica.	Cantidad de fármacos	Cuantitativa
	Números de fármacos utilizados en la hipertensión arterial				
Dependiente	Depresión	Enfermedad caracterizada por un estado mental de profunda tristeza, falta de energía y falta de interés en actividades.	Enfermedad caracterizada por un estado mental de profunda tristeza, falta de energía y falta de interés en actividades consignado en la historia clínica.	Nivel de depresión: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leve ▪ Moderado ▪ Severo 	Cualitativa Ordinal

3.3. Población, muestra y muestreo

Población: La población de estudio fueron adultos mayores con diabetes mellitus e hipertensión arterial diagnosticados con depresión que acudieron a un Hospital de Trujillo.

Criterios de inclusión:

- Ambos sexos.
- Procedentes de la ciudad de Trujillo.
- Mayores de 60 años.
- Adultos mayores con diabetes mellitus e hipertensión.
- Diagnosticados con depresión.
- Tratamiento hace más de un año de diabetes mellitus e hipertensión.
- Historia clínica del 2009 hasta 2019.

Criterios de exclusión:

- No procedentes de la ciudad de Trujillo.
- Menores de 60 años.
- Adultos mayores con otras enfermedades no transmisibles.
- Tratamiento menor de un año de diabetes mellitus e hipertensión.
- Trastornos psiquiátricos graves.

Muestra: La muestra es un total de 37 adultos mayores con diabetes mellitus e hipertensión arterial diagnosticados con depresión, que acudieron a un Hospital de Trujillo desde 2009 hasta 2019, por los consultorios externos de medicina y psicología.

Muestreo: No probabilístico.

Unidad de análisis: Cada paciente adulto mayor que cumple con los criterios de inclusión.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

La técnica se realizó mediante la revisión de historia clínica de los pacientes adultos mayores. **El instrumento** que se empleó fue una ficha de recolección de datos clínicos y epidemiológicos encontrada en el ANEXO 01.

La validación y confiabilidad del instrumento, para la recolección de datos, se utilizó el formato de atención integral del adulto mayor, proporcionado por el MINSA. Este instrumento fue validado en la guía para atención primaria a las personas adultas mayores (ANEXO 1).

3.5. Procedimientos:

El procedimiento se ejecutó luego de solicitar previa autorización del hospital por medio de trámites administrativos correspondientes al director ejecutivo. De esta forma, se obtuvo acceso a las historias clínicas de los pacientes adultos mayores, seleccionando a diario 10 historias clínicas; teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión en el estudio.

3.6. Método de análisis de datos:

El análisis de los datos se usó estadística descriptiva con mediciones cuantitativas y cualitativas de la ficha de recolección de datos (ANEXO 01), que fue procesada en el programa Excel, con el uso del programa SPSS 26.0 versión para Windows, se elaboró el libro de códigos encontrada en el ANEXO 03 y una tabla matriz tripartita encontrada en el ANEXO 04.

3.7. Aspectos éticos:

Este estudio de investigación respeta las normas declaradas por Declaración de Helsinsky,³³ donde resalta la confidencialidad de la información que se obtenga, y el acceso a ella solo lo tendrá el investigador y no se tendrá para uso diferente al que fue diseñado. Asimismo, se obtuvo el permiso del Centro de Investigación y la aprobación del Comité de Investigación de la Universidad César Vallejo.

IV. RESULTADOS

Tabla N° 1: Perfil clínico epidemiológico de la depresión de los pacientes adultos mayores con diabetes e hipertensión arterial atendidos en un hospital de Trujillo.

VARIABLES	DEPRESIÓN				TOTAL	
	NO DEPRESIÓN		LEVE		N°	%
	N°	%	N°	%		
EDAD						
65-69	2	5.41%	0	0.00%	2	5.41%
70-74	10	27.03%	2	5.41%	12	32.43%
75-79	8	21.62%	2	5.41%	10	27.03%
80+	9	24.32%	4	10.81%	13	35.14%
TOTAL	29	78.38%	8	21.62%	37	100.00%
SEXO						
MASCULINO	10	27.03%	4	10.81%	14	37.84%
FEMENINO	19	51.35%	4	10.81%	23	62.16%
TOTAL	29	78.38%	8	21.62%	37	100.00%
PROCEDENCIA						
URBANO	18	48.65%	6	16.22%	24	64.86%
RURAL	11	29.73%	2	5.41%	13	35.14%
TOTAL	29	78.38%	8	21.62%	37	100.00%
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
ANALFABETO	9	24.32%	3	8.11%	12	32.43%
PRIMARIA	18	48.65%	5	13.51%	23	62.16%
SECUNDARIA	2	5.41%	0	0.00%	2	5.41%
TOTAL	29	78.38%	8	21.62%	37	100.00%
TRABAJO						
AMA DE CASA	19	51.35%	4	10.81%	23	62.16%
AGRICULTOR	10	27.03%	4	10.81%	14	37.84%
TOTAL	29	78.38%	8	21.62%	37	100.00%
ESTADO CIVIL						
SOLTERO	3	8.11%	1	2.70%	4	10.81%
CONVIVIENTE	14	37.84%	5	13.51%	19	51.35%
CASADO	7	18.92%	1	2.70%	8	21.62%
VIUDO	5	13.51%	1	2.70%	6	16.22%
TOTAL	29	78.38%	8	21.62%	37	100.00%
TIPO DE HOGAR						
VIVE SOLO	7	18.92%	1	2.70%	8	21.62%
CON OTRAS PERSONAS	22	59.46%	7	18.92%	29	78.38%
TOTAL	29	78.38%	8	21.62%	37	100.00%
COMORBILIDADES						
NO PRESENTA	19	51.35%	6	16.22%	25	67.57%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	1	2.70%	0	0.00%	1	2.70%
DISLIPIDEMIAS	3	8.11%	1	2.70%	4	10.81%
OTROS	6	16.22%	1	2.70%	7	18.92%
TOTAL	29	78.38%	8	21.62%	37	100.00%
ANTECEDENTES DE DEPRESIÓN						
NO	29	78.38%	8	21.62%	37	100.00%

TOTAL	29	78.38%	8	21.62%	37	100.00%
TIEMPO DE TRATAMIENTO						
MAS DE 1 AÑO	0	0.00%	1	2.70%	1	2.70%
MAS DE 2 AÑOS	4	10.81%	0	0.00%	4	10.81%
MÁS DE 3 AÑOS	25	67.57%	7	18.92%	32	86.49%
TOTAL	29	78.38%	8	21.62%	37	100.00%
N° DE FÁRMACOS						
01 (UNO)	23	62.16%	8	21.62%	31	83.78%
02 (DOS)	6	16.22%	0	0.00%	6	16.22%
TOTAL	29	78.38%	8	21.62%	37	100.00%
TIPO DE FÁRMACOS						
IECA	28	75.68%	6	16.22%	34	91.89%
METFORMINA	0	0.00%	1	2.70%	1	2.70%
SULFONILUREAS (SU) Y GLINIDAS	1	2.70%	1	2.70%	2	5.41%
TOTAL	29	78.38%	8	21.62%	37	100.00%

FUENTE: Historia clínicas de adulto mayor.

En la Tabla N°1, se aprecia que el 10.81% de los pacientes mayores de 80 años tiene depresión y solo el 7.41% son de 70 a 79 años.

En relación con las variables edad, sexo y trabajo obtuvieron un 10.81% de pacientes con depresión. De igual manera, las variables grado instrucción primaria y estado civil conviviente obtuvieron un porcentaje de 13.51% de los pacientes con depresión.

En cuanto a las otras variables de estudio; se observa que el 16.22% de los pacientes adultos mayores con depresión son de procedencia urbano y no tienen alguna comorbilidad. El 13.51% de población con depresión tiene primaria y 8.11% son analfabetos. Por otro lado, el 18.92% de la población con depresión viven con otras personas y 2.70% vive solo.

De los 8 (21.62%) pacientes adultos mayores diagnosticados con depresión, no tienen antecedentes familiares de depresión.

Con respecto, al tiempo de tratamiento, 7 de 37 (18.92%) pacientes con depresión tienen más de tres años de tratamiento. Así mismo, el 21.62% toma un solo fármaco, de los cuales el 16.22% son IECAS.

Tabla N° 2: Características clínicas más frecuentes de depresión en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus e hipertensión arterial atendidos en un Hospital de Trujillo.

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS S.R.Q.18		FRECUENCIA	PORCENTAJE
		N°	%
01	¿Tienes dolores frecuentes de cabeza?	9	7.14%
02	¿Tienes mal apetito?	9	7.14%
03	¿Duerme mal?	8	6.35%
04	¿Se asusta con facilidad?	4	3.17%
05	¿Sufre de temblor de manos?	5	3.97%
06	¿Se siente nervioso o tenso?	7	5.56%
07	¿Sufre de mala digestión?	10	7.94%
08	¿Es incapaz de pensar con claridad?	7	5.56%
09	¿Se siente triste?	9	7.14%
10	¿Llora usted con mucha frecuencia?	8	6.35%
11	¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?	5	3.97%
12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	9	7.14%
13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo?	2	1.59%
14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	5	3.97%
15	¿Ha perdido interés en las cosas?	8	6.35%
16	¿Se siente aburrido?	9	7.14%
17	¿Ha hecho la idea de acabar con su vida?	1	0.79%
18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	11	8.73%

FUENTE: Historia clínicas de adulto mayor.

En la tabla N°2, se puede ver que los síntomas más frecuentes a la depresión en esta población estudio son sensación de cansancio con 8.73%, mala digestión 7.94%, cefalea, falta de apetito y tristeza con 7.14% simultáneamente, alteración del sueño y pérdida de interés con 6.35% respectivamente.

Tabla N° 3: Nivel de depresión de los pacientes adultos mayores con diabetes e hipertensión arterial atendidos en un hospital de Trujillo.

NIVEL DE DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	N°	%
NO DEPRESIÓN	29	78.38%
LEVE	8	21.62%
MODERADO	0	0.00%
SEVERO	0	0.00%
TOTAL	37	100.00%

FUENTE: Historia clínicas de adulto mayor.

En la tabla N°3, se observa que, del total de los pacientes adultos mayores con diabetes e hipertensión, el 21.62% sufría de depresión leve y el 78.38% no tuvo depresión.

V. DISCUSIÓN

En cuanto a los resultados; en la tabla 1, se observa que en el grupo etario de 80 años a más presenta el 10.81% y de 70 a 79 años, el 5.41 de los pacientes adultos mayores con diabetes e hipertensión que padecen de depresión. Esto refleja un bajo porcentaje de depresión en la población estudiada.

En relación con el nivel de depresión según el sexo, se obtuvo un 10.81% de depresión leve en ambos sexos, dichos resultados guardan relación con el estudio de Satoshi I., et al¹³ donde menciona que tanto hombres como mujeres padecían de depresión y fragilidad. Por lo contrario, en los estudios descritos por Teixeira S., et al¹⁴ Benmaamar S., et al¹⁵ Aytap F., et al¹⁶ Talvikki A., et al⁵ predomina el sexo femenino.

En la variable lugar de procedencia, predominó el área urbana con 16.22% de la población con depresión leve. Esto difiere, con el estudio de Baldeón P., et al.¹⁹ en donde la población adulto mayor vive en área rural. En la variable grado de instrucción, el 13.51% de los pacientes adultos mayores con depresión leve tienen primaria, este resultado es análogo con las investigaciones de Teixeira S., et al¹⁴ y Aytap F., et al¹⁶. Asimismo, se encontró que un grupo de analfabetos padecen depresión, esto es semejante al resultado del estudio de investigación de Baldeón P., et al.¹⁹ que no tenían grado instrucción alguno.

En la variable ocupación, se observa que el 10.81% de los adultos mayores que padecen depresión son ama de casa y agricultores, esto guardan relación con la variable sexo. Por otro lado, la variable estado civil, de la población estudio que tiene depresión, el 13.51% son convivientes; este resultado es diferente a los estudios de Teixeira S., et al¹⁴ y Aytap F., et al¹⁶ que encontró que más del 60% de su población eran casados.

El 18.92% de los pacientes adultos mayores que padecen de depresión viven acompañados (pareja, hijos y/o nietos). Caso contrario, según el estudio de Teixeira S., et al¹⁴ los pacientes adultos mayores con depresión viven solos.

En cuanto a las comorbilidades según nivel de depresión, el 16.22% de los pacientes con depresión no tiene comorbilidades, pero predomina la

dislipidemia y como otros la osteoporosis y artrosis en un 2.70% de esta población. Debido que las dos últimas enfermedades degenerativas son prevalentes en la población adulta mayor. La dislipidemia es un factor de riesgo coronario. Este resultado se asemeja con el estudio de Teixeira S., et al ¹⁴ que los pacientes adultos mayores de 65 años con depresión tienen dislipidemia y osteoporosis.

En las personas adultas mayores con depresión, tiene más de tres años de tratamiento, utilizan solo un fármaco para controlar su enfermedad y se concluye que esta población estudio es hipertensa, debido que el 16.22% se le receta IECAS como enalapril y captopril. Este resultado, guarda relación en que población adulta mayor con depresión padece de hipertensión, según Benmaamar S., et al ¹⁵ y Valladares M., et al ²⁰ Por otra parte, la variable número de fármacos administrados, no guarda relación con la investigación de que menciona que los pacientes adultos mayores con depresión tiene polimedicación.

En la tabla 2, según el Cuestionario de síntomas S.R.Q.18, aplicado por el profesional de psicología durante la consulta externa en dicho nosocomio, se observan que los síntomas más frecuentes que se asocian a la depresión son sensación de cansancio, mala digestión cefalea, falta de apetito y tristeza, alteración del sueño y pérdida de interés en la población estudio. Estos hallazgos se corroboran a que toda persona con depresión cursa con estos síntomas y que al no ser tratados puede poner en riesgo la vida humana.³¹

En la tabla 3, según el nivel de depresión se evidencia de los 37 pacientes adultos mayores con hipertensión y diabetes el 21.62% solo padecen depresión leve. Este resultado es similar al estudio de investigación de Aytap F., et al ¹⁶ donde su población estudio sufrió de depresión leve 12.7%. además, se puede observar que el 78.38% de la población estudio no tuvo depresión. Según las investigaciones consultadas, la población geriátrica cursa con depresión. ¹⁴⁻²⁰

VI. CONCLUSIONES

1. Edad y tiempo de tratamiento fueron los factores más asociados a depresión en este estudio.
2. La población adulta mayor hipertensa con depresión presento mayor incidencia.
3. El síntoma más frecuente fue la sensación de cansancio en todos pacientes adultos mayores, seguido de la mala digestión cefalea, falta de apetito y tristeza.
4. La no existencia de depresión fue más frecuente comparado con la depresión leve.

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar estudios en otros Hospitales de la misma jurisdicción, con la finalidad de corroborar si existe la misma incidencia de la depresión en pacientes adultos mayores con hipertensión y diabetes.

Emitir los resultados del presente estudio para que sirva de material de investigación para futuras generaciones con el fin de seguir informando a la comunidad médica.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la Diabetes. [Internet] Bélgica. Décima edición. 2021. Pág. 10 – 11 [Consultado 24 julio 2022]. Disponible en: https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf
2. Sanjay K, Biranchi-Narayan J, Rajiv Y. Emotional and psychological needs of people with diabetes. Review Article. Indian Journal of Endocrinology and Metabolism [Internet] 2018 [Consultado 24 julio 2022]; 22 (5): 696-704. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6166557/pdf/IJEM-22-696.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión [Internet] Agosto 2021 [Consultado 24 julio 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension>
4. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants [Internet] 2021 [Consultado 24 julio 2022]; 398: 957 - 80. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2821%2901330-1>
5. Talvikki-Rantanen A, Jyrki-Jaakko A, Löyttyniemi E. Awareness of hypertension and depressive symptoms: a cross-sectional study in a primary care population. Scandinavian Journal of Primary Health Care [Internet] 2018 [Consultado 24 julio 2022]; 36 (3): 323-328. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/02813432.2018.1499588?needAccess=true>
6. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. Octubre 2021. [Consultado 13 mayo 2022]; N.º 404. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. En el Perú viven más de 3 millones de adultos mayores. [Internet] Agosto 2015 [Consultado 24 julio

- 2022]; Disponible en: <https://www.inei.gov.pe/prensa/noticias/en-el-peruviven-mas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570/>
8. Ponce J. Envejecimiento: Consideraciones generales sobre sus teorías biológicas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinaria*. México [Internet] Enero – febrero 2021. [Consultado 24 julio 2022]; 5 (1): 5. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/213/285>
 9. Organización Panamericana de la Salud. Depresión. [Internet]. Octubre 2021. [Consultado 13 mayo 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es
 10. Calderón D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev. Med. Hered.* [Internet] 2018 [Consultado 24 junio 2022]; 29:182-191. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v29n3/a09v29n3.pdf>
 11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Técnico: Situación de la Población Adulta Mayor. Lima, Perú [Internet]. 2021 [Consultado 24 julio 2022]; pp.1-51. Disponible en: <https://m.inei.gov.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/#lista>
 12. Baldeón-Martínez P, Luna-Muñoz C, Mendoza-Cernaqué S, Correa-López L. Depresión del Adulto Mayor Peruano y variables sociodemográficas asociadas: Análisis de ENDES 2017. *Revista de la Facultad de Medicina Humana* [Internet] 2019 [Consultado 24 julio 2022]; 19(4), pp.47-52. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v19n4/a08v19n4.pdf>
 13. Satochi I, Kaneko R, Ryoko I., et al. ¿Are diabetes-related factors associated with the social roles of elderly patients with diabetes? *Journal of Diabetes and its Complications*. [Internet] January 2021 [Consultado 27 mayo 2022]; 35(1): 107759. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1056872720305407?via%3Dihub>
 14. Teixeira S, Mendes R, Martins S., et al. Diabetes y depresión en una muestra de ancianos hospitalizados: Comparación sociodemográficas y clínicas entre pacientes con y sin diabetes. *Revista Portuguesa de*

- Diabetes. [Internet] 2021 [Consultado 27 mayo 2022]; 16 (4): 171-180. Disponible en: http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2022/01/RPD_DEZ_2021_AO_Diabetes-e-Depressao-numa-Amostra-de-Idosos-Hospitalizados_171-180.pdf
15. Benmaamar S, Lazarb N, Otmania N., et al. Prevalencia y factores asociados a la depresión y la ansiedad en pacientes diabéticos en Marruecos. Revista de Epidemiología y Salud Pública [Internet] 2021 [Consultado 24 julio 2022]; 69 (1): S68. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0398762021001930>
 16. Aytap F, Özer Z. La relación entre el riesgo de depresión y el autocontrol de la enfermedad en personas con enfermedades crónicas y factores afectantes. Investigación original. TJFMPC. Estambul. [Internet] 2021 [Consultado 24 julio 2022]; 15(2): 212-222. Disponible en: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1794927>
 17. Lozano-Keymolen D, Robles-Linares S. Efectos de la depresión y la diabetes en el riesgo de mortalidad de adultos mayores mexicanos. Artículo Original. México [Internet] agosto 2020. [Consultado 27 mayo 2022]; 19(2). Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v19n2/2007-7459-hs-19-02-241.pdf>
 18. Santos-Veloso M, Lacerda de Melo M, Cavalcanti R, et al. Prevalence of depression and anxiety and their association with cardiovascular risk factors in Northeast Brasil primary care patients. Rev. Assoc Med Bras [Internet] 2019 [Consultado 24 julio 2022]; 65(6):801-809. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/SXN8fLmz4yChccGXDdcszjt/?format=pdf&lang=en>
 19. Baldeón-Martínez P, Luna-Muñoz C, Mendoza-Cernaqué S., et al. Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet] octubre 2021 [Consultado 24 julio 2022]; 19(4):47-52. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v19n4/a08v19n4.pdf>
 20. Valladares-Garrido M, Soriano-Moreno N, Rodrigo-Gallardo K., et al. Depression among Peruvian adults with hypertension and diabetes: Analysis of a national survey. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical

- Research & Reviews [Internet] 2020 [Consultado 10 junio 2022]; 14(2): 141-146. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871402120300229?via%3Dihub>
21. Organización Mundial de la Salud. La OMS revela las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo: 2000-2019. Comunicado de prensa. Ginebra. [Internet]. Diciembre 2020 [Consultado 24 julio 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>
22. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2022 [Internet]. January 2022, [Consultado 24 julio 2022]. 45: S1-S2. Disponible en: https://diabetesjournals.org/care/issue/45/Supplement_1
23. ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA 2017. Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. [Internet] noviembre 2017 [Consultado 24 julio 2022]; 71(6): e13–e115. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HYP.0000000000000065>
24. ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal 2018. [Internet] agosto 2018 [Consultado 24 julio 2022]; 39, 3021–3104. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30165516/> DOI: [10.1093/eurheartj/ehy339](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339)
25. Internacional society of hypertension global hypertension practice guidelines. [Internet] mayo 2020 [Consultado 24 julio 2022]; 75(6):1334-1357. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>
26. NICE guideline. Hypertension in adults: diagnosis and management. [Internet] 2019 [Consultado 24 julio 2022]; pág. 1-47. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng136/resources/hypertension-in-adults-diagnosis-and-management-pdf-66141722710213>

27. Organización de las Naciones Unidas. Envejecimiento. [Internet]. Septiembre 2015 [Consultado 13 mayo 2022]. Disponible en: <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>
28. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas mayores adultas. Lima. Perú [Internet] 2006. [Consultado 13 mayo 2022]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivo_s/Normas%20T%C3%A9cnicas_segunda%20parte.pdf
29. INEI. Situación de la población adulta mayor. Boletín epidemiológico 2017. Informe técnico N.º 1. Marzo 2018. [Consultado 20 mayo 2022]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/>
30. Tello Rodríguez et al. Simposio. Salud mental en el adulto mayor: Trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. Revista Peruana de Medicina Experimental y de Salud Pública. Lima. Perú. [Internet] 2016 [Consultado 20 mayo 2022]; 33(2):342-50. Disponible en: <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2211/2165>
31. Kaplan & Sadock. Manual de bolsillo de psiquiatría clínica. Trastornos del estado de ánimo. Quinta edición. Editorial Wolters Kluwer Health España. S.A. 2012. Pág. 155 – 158.
32. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM5. VA: Asociación Americana de Psiquiatría. [Internet] 2013 [Consultado 20 mayo 2022]; Pág. 103-106. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
33. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos. Int. J. Med. Surg. Sci., [Internet] 2014. [Consultado 20 mayo 2022]; 1(4):339-346. Disponible en: http://www.ijmss.org/wp-content/uploads/2015/05/art_8_14.pdf

ANEXOS

ANEXO 01:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS			
EDAD: años.	SEXO: Hombre () Mujer ()	PROCEDENCIA: Urbano () Urbano-marginal () Rural ()	GRADO DE INSTRUCCIÓN: Analfabeto () Primaria () Secundaria () Superior ()
OCUPACIÓN: Ama de casa () Agricultor () Jubilado ()	ESTADO CIVIL: Soltero () Casado () Viudo () Divorciado ()	TIPO DE HOGAR: Vive solo () Con otras personas ()	CONMORBILIDADES: - - - -
ANTECEDENTES FAMILIARES DE DEPRESIÓN: Si () No ()	TIEMPO DE TRATAMIENTO RECIBIDO: años	NÚMEROS DE FÁRMACOS QUE TOMA:	¿TIPO DE FÁRMACOS? - - -
II. DATOS CLÍNICOS			
SÍNTOMAS DEPRESIVOS: - - -		NIVEL DE DEPRESIÓN: Leve () Moderado () Severo ()	

ANEXO 02:

CUESTIONARIO DE SINTOMAS S.R.Q.18



**GERENCIA REGIONAL
DE SALUD**



**RED DE SALUD
JULCÁN**

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS S·R·Q·18

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ ESTABLECIMIENTO: _____

HC/FF/FOLIO: _____ DNI: _____ EDAD: _____ SEXO: (F) (M)

DOMICILIO: _____ II.EE.: _____ GRADO: _____ SECCIÓN: _____

FECHA DE EVALUACIÓN: _____ CÓDIGO AFILIACIÓN SIS: _____

1. ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?	SI	NO
2. ¿Tiene mal apetito?	SI	NO
3. ¿Duerme mal?	SI	NO
4. ¿Se asusta con facilidad?	SI	NO
5. ¿Sufre temblor en las manos?	SI	NO
6. ¿Se siente nervioso o tenso?	SI	NO
7. ¿Sufre de mala digestión?	SI	NO
8. ¿Es incapaz de pensar con claridad?	SI	NO
9. ¿Se siente triste?	SI	NO
10. ¿Llora Ud. Con mucha frecuencia?	SI	NO
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?	SI	NO
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	SI	NO
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? ¿Su trabajo se ha visto afectado?	SI	NO
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	SI	NO
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?	SI	NO
16. ¿Se siente aburrido?	SI	NO
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	SI	NO
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?	SI	NO
PUNTUACIÓN DE LAS PREGUNTAS 1 - 18:		
19. ¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	SI	NO
20. ¿Es Ud. una persona mucho más importante que lo que piensan los demás?	SI	NO
21. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	SI	NO
22. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?	SI	NO
23. ¿Ha tenido convulsiones, ataque o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?	SI	NO
24. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que Ud. Estaba bebiendo demasiado?	SI	NO
25. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?	SI	NO
26. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio causa de la bebida como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos?	SI	NO
27. ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?	SI	NO
28. ¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado?	SI	NO

RESULTADO: _____ FIRMA: _____

DETERMINACIÓN DE LA PUNTUACIÓN:

1. El cuestionario tiene varias partes: Las primeras 18 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad como los depresivos, angustia o ansiosos y otros, nueve o más respuestas positivas en este grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental y por lo tanto se le considera un "caso".
2. Las preguntas 19 a 22 son indicativas de un trastorno psicótico: una sola respuesta positiva entre éstas cuatro determina un "caso"
3. La respuesta positiva a la pregunta 23 indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo.
4. Las preguntas 24 a 28 indican problemas relacionados con el consumo de alcohol; la respuesta positiva de una sola de ellas determina que la persona tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.
5. Cualquiera de estas posibilidades, o una combinación de las tres, indica que efectivamente se trata de un "caso".

ANEXO 03:

TABLAS DE CÓDIGOS

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS	
CATEGORÍA	CÓDIGO

EDAD	
60-64	1
65-69	2
70-74	3
75-79	4
80+	5

SEXO	
MASCULINO	1
FEMENINO	2

PROCEDENCIA	
URBANO	1
URBANO-MARGINAL	2
RURAL	3

GRADO DE INSTRUCCIÓN	
ANALFABETO	1
PRIMARIA	2
SECUNDARIA	3
SUPERIOR	4

TRABAJO	
AMA DE CASA	1
AGRICULTOR	2
JUBILADO	3
OTROS	4

ESTADO CIVIL	
SOLTERO	1
CONVIVIENTE	2
CASADO	3
VIUDO	4

TIPO DE HOGAR	
VIVE SOLO	1
CON OTRAS PERSONAS	2

COMORBILIDADES	
NO PRESENTA	1
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	2
DIABETES MELLITUS	3
DISLIPIDEMIAS	4
OTROS	5

ANTECEDENTES DE DEPRESIÓN	
SÍ	1
NO	2

TIEMPO DE TRATAMIENTO	
MÁS DE 1 AÑO	1
MÁS DE 2 AÑOS	2
MÁS DE 3 AÑOS	3

NÚMERO DE FÁRMACOS	
UNO	1
DOS	2
TRES	3

TIPOS DE FÁRMACOS	
IECA	1
ARA II	2
METFORMINA	3
SULFONILUREAS (SU) Y GLINIDAS	4

DATOS CLÍNICOS	
CATEGORÍA	CÓDIGO

NIVEL DE DEPRESIÓN	
NO DEPRESIÓN	0
LEVE	1
MODERADO	2
SEVERO	3

ANEXO 05:

Tabla N° 1: Características epidemiológicas por sexo en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus e hipertensión arterial atendidos en un Hospital de Trujillo.

VARIABLES	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
EDAD						
65-69	0	0.00%	2	5.41%	2	5.41%
70-74	4	10.81%	8	21.62%	12	32.43%
75-79	4	10.81%	6	16.22%	10	27.03%
80+	6	16.22%	7	18.92%	13	35.14%
TOTAL	14	37.84%	23	62.16%	37	100.00%
PROCEDECIA						
URBANO	9	24.32%	15	40.54%	24	64.86%
RURAL	5	13.51%	8	21.62%	13	35.14%
TOTAL	14	37.84%	23	62.16%	37	100.00%
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
ANALFABETO	4	10.81%	8	21.62%	12	32.43%
PRIMARIA	10	27.03%	13	35.14%	23	62.16%
SECUNDARIA	0	0.00%	2	5.41%	2	5.41%
TOTAL	14	37.84%	23	62.16%	37	100.00%
TRABAJO						
AMA DE CASA	0	0.00%	23	62.16%	23	62.16%
AGRICULTOR	14	37.84%	0	0.00%	14	37.84%
TOTAL	14	37.84%	23	62.16%	37	100.00%
ESTADO CIVIL						
SOLTERO	1	2.70%	3	8.11%	4	10.81%
CONVIVIENTE	8	21.62%	11	29.73%	19	51.35%
CASADO	3	8.11%	5	13.51%	8	21.62%
VIUDO	2	5.41%	4	10.81%	6	16.22%
TOTAL	14	37.84%	23	62.16%	37	100.00%
TIPO DE HOGAR						
VIVE SOLO	1	2.70%	7	18.92%	8	21.62%
CON OTRAS PERSONAS	13	35.14%	16	43.24%	29	78.38%
TOTAL	14	37.84%	23	62.16%	37	100.00%
COMORBILIDADES						
NO PRESENTA	11	29.73%	14	37.84%	25	67.57%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	1	2.70%	0	0.00%	1	2.70%
DISLIPIDEMIAS	1	2.70%	3	8.11%	4	10.81%
OTROS	1	2.70%	6	16.22%	7	18.92%
TOTAL	14	37.84%	23	62.16%	37	100.00%
ANTECEDENTES DE DEPRESIÓN						
NO	14	37.84%	23	62.16%	37	100.00%
TOTAL	14	37.84%	23	62.16%	37	100.00%
TIEMPO DE TRATAMIENTO						

MAS DE 1 AÑO	0	0.00%	1	2.70%	1	2.70%
MAS DE 2 AÑOS	1	2.70%	3	8.11%	4	10.81%
MÁS DE 3 AÑOS	13	35.14%	19	51.35%	32	86.49%
TOTAL	14	37.84%	23	62.16%	37	100.00%
N° DE FÁRMACOS						
01 (UNO)	13	35.14%	18	48.65%	31	83.78%
02 (DOS)	1	2.70%	5	13.51%	6	16.22%
TOTAL	14	37.84%	23	62.16%	37	100.00%
TIPO DE FÁRMACOS						
IECA	14	37.84%	20	54.05%	34	91.89%
METFORMINA	0	0.00%	1	2.70%	1	2.70%
SULFONILUREAS (SU) Y GLINIDAS	0	0.00%	2	5.41%	2	5.41%
TOTAL	14	37.84%	23	62.16%	37	100.00%



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, MONTES ITURRIZAGA IVAN, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Perfil clínico epidemiológico de la depresión en adultos mayores con diabetes mellitus e hipertensión arterial atendidos en un Hospital de Trujillo.", cuyo autor es SALDAÑA ZARATE SHARON STHEPHANY, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 15.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 14 de Enero del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
MONTES ITURRIZAGA IVAN DNI: 09378716 ORCID: 0000-0002-9411-4716	Firmado electrónicamente por: IVMONTESIT el 16- 01-2023 22:33:57

Código documento Trilce: TRI - 0520239