UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

RELACIÓN ENTRE FUNCIONABILIDAD FAMILIAR Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA - 2021

TESIS

Presentada por:

Bach. Luis Angel Magallanes Salazar

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA-PERÚ

2023

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

RELACIÓN ENTRE FUNCIONABILIDAD FAMILIAR Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALAZADOS EN AL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA - 2021

TESIS

Presentada por:

Bach. LUIS ANGEL MAGALLANES SALAZAR

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Aprobada por _____, ante el siguiente jurado:

Dr. Claudio Willbert Ramírez Atencio
PRESIDENTE

Dr. Eddy Richard Vicente Choque
MIEMBRO

Mgr. Javier Oscar Ianchipa Picoaga
MIEMBRO

Méd. José Alberto Revilla Urquizo
ASESOR

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo José Alberto Revilla Urquizo, en mi condición de asesor acreditado por la Resolución de Facultad N° 187- 2022 - ESMH/FACS de la tesis de investigación titulado: **"RELACIÓN ENTRE FUNCIONABILIDAD FAMILIAR Y SINTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID – 19 EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA - 2021."**

Presentado por el (la) Bachiller Luis Angel Magallanes Salazar para optar el Título de Médico CIRUJANO. Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajos de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 9%. Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD de la tesis está de acuerdo al nivel PERMITIDO, para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio Institucional.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para su obtención de título.



DNI: 29219833

Nombre y apellido: José Alberto Revilla Urquizo

DEDICATORIA

A mis padres por brindarme su apoyo incondicional toda mi vida, ya que ellos han sido mi fuente de motivación para ser mejor cada día fortaleciéndome a ser una mejor persona con valores.

A mis tíos por ser las personas que estuvieron presentes a lo largo de mi carrera y han sido participes de mi carrera profesional.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por otorgarme salud, bienestar, además de otorgarme una familia maravillosa, quienes han creído en mí siempre, brindándome ejemplo de superación, sacrificio y lucha.

A todos los docentes que fueron parte de mi formación académica y personal, por su paciencia, dedicación y conocimientos brindados durante todos estos años.

A todas las personas que siempre estuvieron conmigo brindándome su constante orientación y apoyo para poder realizar el presente trabajo.

A todos los adultos mayores que a través de las encuestas realizadas hicieron posible realizar la presente investigación.

ÍNDICE

DEDICATORIA iv
AGRADECIMIENTO v
RESUMEN xiv
ABSTRACT xv
INTRODUCCIÓN 1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 3
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA 3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 4
1.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN 4
1.4 OBJETIVOS 6
1.4.1 Objetivo general 6
1.4.2 Objetivos específicos 6
1.5 LIMITACIONES 7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO 9
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN 9
2.1.1 Antecedentes internacionales 9
2.1.2 Antecedentes nacionales 14
2.1.3 Antecedentes locales 17
2.2 BASES TEÓRICAS 18
2.2.1 Definición de depresión 18
2.2.2 Diagnóstico de la depresión 21
2.2.3 Tamizaje para evaluar los síntomas 24
2.2.4 Rango de clasificación 24
2.3 FUNCIONALIDAD FAMILIAR 25
2.3.1 Modelo circunflejo de Oslon 25
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO 27
3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN 27

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA 27
3.2.1 Población 27
3.2.2 Muestra 28
3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES 31
3.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS E INSTRUMENTOS.... 33
3.4.1 Técnica..... 33
3.4.2 Instrumento 33
3.5 ACCIONES Y ACTIVIDADES 34
3.6 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS. 34
3.7 ASPECTOS ÉTICOS 35
CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS 36
4.1. RESULTADOS 36
4.1.1. Determinación de la depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el área de medicina interna del hospital Hipólito Unanue de Tacna……..37
4.1.2 Determinación de los síntomas y niveles de depresión analizados en la escala de Zung en pacientes geriátricos hospitalizados en el área de medicina interna del hospital Hipólito Unanue de Tacna……..40
DISCUSIÓN 71
CONCLUSIONES 76
RECOMENDACIONES 77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 78
ANEXOS……..88

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01	RESUMEN CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CIE	23
TABLA N° 02	PACIENTES ENCUESTADOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021	37
TABLA N° 03	PREVALENCIA DE SÍNTOMAS AFECTIVOS SEGÚN LA ESCALA DE ZUNG EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021	40
TABLA N° 04	PREVALENCIA DE SÍNTOMAS FISICOS SEGÚN LA ESCALA DE ZUNG EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021	43
TABLA N° 05	PREVALENCIA DE SÍNTOMAS COGNOSCITIVOS SEGÚN LA ESCALA DE ZUNG EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021	46
TABLA N° 06	PREVALENCIA DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN LA ESCALA DE ZUNG EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021	49
TABLA N° 07	NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN ESCALA DE ZUNG EN LOS PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA	52

INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021

TABLA N° 08 NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ENCUESTADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021 54

TABLA N° 09 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE FUNCIONABILIDAD FAMILIAR POR COHESIÓN EN EL SEXO FEMENINO EN LOS PACIENTES GERIÁTRICOS INTERNADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA- 2021 56

TABLA N° 10 ANALISIS ESTADÍSTICO DE FUNCIONABILIDAD FAMILIAR PARA ADPTABILIDAD EN EL SEXO FEMENINO EN LOS PACIENTES GERIÁTRICOS INTERNADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA- 2021 58

TABLA N° 11 ANALISIS ESTADISTICO DE FUNCIONABILIDAD FAMILIAR POR COHESIÓN 60

EN EL SEXO MASCULINO EN LOS PACIENTES GERIÁTRICOS INTERNADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA- 2021

TABLA N° 12 ANALISIS ESTADISTICO DE FUNCIONABILIDAD FAMILIAR PARA ADAPTABILIDAD EN EL SEXO MASCULINO EN LOS PACIENTES GERIÁTRICOS INTERNADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA- 2021 62

TABLA N° 13 LÍMITES DE TOLERANCIA EVALUADOS EN LOS PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021 64

TABLA N° 14 PRUEBA CHI-CUADRADA. PARA LOS PACIENTES GERIÁTRICOS SELECCIONADOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021 66

TABLA N° 15 CORRELACION BICARIADA MEDIANTE RHO DE SPEARMAN ENTRE LA DEPRESIÓN Y 69

FUNCIONABILIDAD FAMILIAR EN LOS PACIENTES DEL SEXO FEMENINO GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021

TABLA N° 16 CORRELACIÓN BICARIADA MEDIANTE RHO DE SPEARMAN ENTRE LA DEPRESION Y FUNCIONABILIDAD FAMILIAR EN LOS PACIENTES DEL SEXO FEMENINO GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021 70

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 01	TENDENCIA LOGARÍTMICA DEL NÚMERO DE PACIENTES POR INTERVALOS DE CLASES DE EDADES EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021	38
GRÁFICO N° 02	PREVALENCIA DE SÍNTOMAS AFECTIVOS ANALIZADOS SEGUN LA ESCALA DE ZUNG EN LOS PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021	42
GRÁFICO N° 03	PREVALENCIA DE SÍNTOMAS FÍSICOS SEGÚN LA ESCALA DE ZUNG EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021	45
GRÁFICO N° 04	PREVALENCIA DE SÍNTOMAS COGNOSCITIVOS SEGÚN LA ESCALA DE ZUNG EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL AREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021	48
GRÁFICO N° 05	PREVALENCIA DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN LA ESCALA DE ZUNG EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021	51
GRÁFICO N° 06	NIVELES DE DEPRESION EN PACIENTES ENCUESTADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL	55

HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021

GRÁFICO N° 07 SECUENCIA DE REGISTRO DE EDADES EN PACIENTES GERIÁTRICOS SELECCIONADOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021 65

GRÁFICO N° 08 CURVA DE DISTRIBUCIÓN NORMAL AJUSTADA EN LOS PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021 68

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue evaluar la relación entre la funcionabilidad familiar y los síntomas depresivos en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina interna durante la COVID-19. Mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia se seleccionó, 92 pacientes de ambos sexos del Hospital Hipólito Unanue (Tacna, Perú). Se consideró, los intervalos de edades (IE) siguientes: 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89 y 90-94. Para la funcionabilidad familiar (FF), se utilizó el instrumento de Olson, mientras que para los síntomas depresivos (D) fue por la escala de Zung. Se analizó, el porcentaje como estadístico descriptivo de tendencia central para la FF y la D en los pacientes geriátricos, además se determinó que síntoma depresivo era prevalente. Se aplicó, la prueba no paramétrica Rho de Spearman para la asociación de las variables. El mayor porcentaje de PG fue en el IE de 65-69 años (26.04%) y el menor fue de 90-94 años (3.13%). Por lo general, se observó síntomas de depresión moderada en los pacientes de sexo femenino de 60 -74 años y depresión leve en los 75-79 años. En general, en el sexo femenino fue una cohesión muy baja (10-34) y adaptabilidad fue muy alta (20-50), mientras que, en el sexo masculino, cohesión fue igualmente muy baja y la adaptabilidad varió en los IE. No se halló asociación la D y FF (femenino: -0,02 y masculino: -0,33), también se halló la predominancia de síntomas cognoscitivos (20.18 %) Se concluye, que la FF mediante la cohesión fue baja y la adaptabilidad fue alta, pero no hubo relación con la depresión en los PG hospitalizados en el servicio de medicina interna durante la COVID-19.

Palabras clave: adultos mayores, COVID-19, depresión, funcionabilidad familiar, hospitalización

ABSTRACT

The objective of the research was to evaluate the relationship between family functioning and depression symptoms in geriatric patients hospitalized in the internal medicine service during COVID-19. A non-probabilistic convenience sampling was used to select 96 patients of both sexes from the Hospital Hipólito Unanue (Tacna, Peru). The following age intervals (AI) were considered: 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89 y 90-94. For family functionability (FF), the Olson instrument was used, while depression (D) was by the Zung scale. The percentage as a descriptive statistic of central tendency for FF and D in geriatric patients was analyzed, in addition it was determined that depressive symptom was prevalent. The non-parametric Spearman's Rho test was applied for the association of the variables. The highest percentage of PG was in the IE of 65-69 years (26.04%) and the lowest was 90-94 years (3.13%). In general, symptoms of moderate depression were observed in female patients aged 60-74 years and mild depression in those 75-79 years. In general, in the female sex, cohesión was very low (10-34) and adaptability was very high (20-50), while in the male sex, cohesión was also very low and adaptability varied in the IE. No association was found between D and FF (female: -0.02 and male: -0.33), the predominance of cognitive symptoms (20.18%) was also found. It is concluded that the FF through cohesión was low and adaptability was high, but there was no relationship with depression in GPs hospitalized in the internal medicine department during COVID-19

Keywords: COVID-19, depression, family functionability, hospitalization, older adults.

NTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19, causada por un coronavirus (SARS-CoV-2) se identificó por primera vez en la ciudad de Wuhan (China) durante el 2019 y se extendió muy rápidamente por todo el mundo (1). La emergencia sanitaria provocó en el personal de salud, un aumento considerable de la carga laboral, física y emocional, así como el riesgo a ser víctimas o portadores de contagio (2). En el propio personal hospitalario durante la COVID-19 se informó síntomas de ansiedad y depresión (3-5).

Entre los problemas agregados se incluyen la dificultad para dormir, angustia y los trastornos de estrés postraumáticos (6). También se exploró la contribución del sexo y las funciones de los profesionales a los síntomas psicológicos, lo cual sugiere una mayor tasa de prevalencia de la depresión y ansiedad en las mujeres comparado con los hombres y entre las enfermeras ante los médicos (5).

Por otra parte, la conciencia de la necesidad inmediata para soluciones de tipo innovadoras con base en la comunidad, aumentó con el inicio de la pandemia COVID-19 (7).

La depresión causada por el confinamiento social durante la COVID-19 se suman los padecimientos físicos y mentales preexistentes, el impacto que causo esta pandemia ha sido tan significativo a nivel emocional que ha

llegado fácilmente a la cronicidad, por la cual se debe tomar acciones del cuidado de la salud mental en el grupo de los adultos mayores. (8, 9, 10)

. En el caso de los adultos mayores, ha sido el grupo poblacional más castigado por la COVID-19 donde la tasa de mortalidad aumentó en mujeres (2,5%) y los hombres (4,6%), entre las personas de 30 a 39 años (61%) y en mayores de 80 años (48%), respectivamente (11). La tendencia a la mortalidad se relaciona con la edad donde el sexo masculino es el más vulnerable (12, 13).

La pandemia de COVID-19 afectó la calidad de la atención en pacientes geriátricos que no mostraron contagio y en lo particular, con aquellos que muestran demencia y trastornos psiquiátricos, pues tienen las mayores probabilidades de sufrimientos ante la pérdida de interacción social y la atención médica de manera continua (14, 15). Asimismo, resulta complejo la cuantificación sobre la influencia de la pandemia en personas mayores con morbilidades y no contagiadas con COVID-19, pero el confinamiento fue un aspecto significativo sobre la salud de los pacientes geriátricos (16, 17).

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Actualmente se considera que la población que conforma nuestro planeta, se encuentra en un periodo de envejecimiento muy rápida, para lo cual la OrganizaciónMundial de la Salud (OMS), ha pronosticado que para los años entre el 2000 y 2050 la proporción de personas que se encuentran dentro del rango de los 60 años se duplicara, cambiando de un 11 % a un 22 %, lo cual significa que en cifras este grupo de personas sería de 605 millones a 2000 millones en un tiempo de aproximadamente medio siglo (18).

Los pacientes de edad avanzada con depresión en la vejez han tenido relación con el deterioro cognitivo, la depresión puede ser un signo de demencia incipiente, un estudio realizado en 195 pacientes adultos mayores con sintomatología de deterioro cognitivo se encontró más relación entre Alzheimer que con otros tipos de demencia (19). El diagnostico de depresión es de vital importancia, en algunos casos ofrece una sintomatología manifiesta y en algunos se solapan con otros problemas de salud como el dolor crónico (20)

El contacto y la participación social se debe dar en los centros para ancianos, pero también tienen que poner parte ellos mismos, por ello, resulta imprescindible una reeducación en los propios pacientes para que mantengan autonomía y puedan socializar el mayor tiempo posible, con ayuda de expertos profesionales. (21).

Por todo lo expuesto anteriormente y dada la importancia de la funcionabilidad familiar y depresión que sufren los pacientes geriátricos que son hospitalizados durante la COVID-19, en el hospital Hipólito Unanue de Tacna periodo 2021, existen pocos datos sobre la relación entre funcionabilidad familiar y síntomas depresivos, por lo que parece necesario realizar un estudio en dicho centro de asistencia médica.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿La funcionabilidad familiar influye sobre los síntomas depresivos en pacientes geriátricos que han sido hospitalizados en el área de medicina interna durante la COVID-19?

1.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La última información censal del INEI 2017, en nuestro país indica, que un gran número de adultos mayores forman el 82.2% y aquellos que

viven solos presentan algún seguro de salud, no obstante, es un problema que sigue agravando el nivel de vulnerabilidad de esta población es la falta de acceso a un seguro de salud. El 17.8 no cuenta con este servicio que en cifras forman 112 mil 620 personas. Los departamentos con mayor porcentaje de adultos mayores sin acceso a un seguro de salud son Tacna con 28.4%, Junín 28.3%, Ucayali 25.5% y Arequipa con 25.1% entre los que más destacan y con un menor porcentaje figuran Ayacucho 8.3%, Huancavelica 7.7% yApurímac 5.9% (22).

Las enfermedades crónicas tanto físicas como mentales en el adulto mayor y que presentan un aumento progresivo de morbilidades, los hace dependiente delcuidado familiar. La presente tesis se justifica con el fin de conocer, desde la implicación práctica desde los indicadores de funcionabilidad familiar y la relación con la sintomatología de depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el área de medicina interna durante la COVID-19.

Asimismo, se tiene como importancia la valoración de la esperanza de vida con relación a la funcionabilidad en los hogares donde suelen vivir estos pacientes geriátricos, donde ellos necesitan mucho cuidado familiar, teniendo en consideración esta pandemia de la COVID-19, la

cual sigue ocasionando muchos daños psicológicos y sociales. (20)

En pacientes geriátricos la depresión tiene características que se asocian con el entorno en que viven, la situación social, factores demográficos laborales, estado civil entre otros factores por cuanto, reviste interés entender, cómo la familia se vincula y responsabiliza ante cuadros de depresión en familiares adultos mayores que se encuentran hospitalizados, por ello es necesario realizar el estudio de investigación. (21)

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general

- Evaluar la relación entre los indicadores de funcionabilidad familiar y los síntomas depresivos en los pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina interna durante la pandemia de COVID-19 en el año 2021.

1.4.2 Objetivos específicos

- Determinar los síntomas depresivos en pacientes geriátricos hospitalizados en el área de medicina interna del hospital Hipólito Unanue de Tacna.

- Determinar el grado de cohesión y adaptabilidad familiar en los pacientes geriátricos hospitalizados en el área de medicina interna del hospital Hipólito Unanue de Tacna.

- Determinar la relación entre de funcionalidad familiar con los síntomas depresivos en un número de pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital Hipólito Unanue de Tacna.

1.5 LIMITACIONES

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en el área de medicina interna en el año 2021, los datos fueron obtenidos del Sistema Informático del hospital en mención y de las historias clínicas de dichos pacientes.

Por tratarse de un estudio descriptivo y correlacional es muy probable que no se encuentren datos completos de algunas variables importantes. Una de las principales limitaciones que propone este trabajo de investigación fue la colaboración y participación de los pacientes seleccionados a los que se les realizo las diversas escalas ya sea la de depresión geriátrica de Zung y la escala de funcionalidad familiar de FACES III ya sea por el corto tiempo

que presentaban, además de la disponibilidad que tenían los familiares con quienes vivían los adultos mayores.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes internacionales

Grover S. et al. (23). realizó un estudio de tipo descriptivo cuyo objetivo principal evaluar el perfil de síntomas, incluidos la ansiedad y los síntomas somáticos, entre pacientes ancianos con depresión en la clínica ambulatoria de psiquiatría de un hospital docente de atención terciaria en el norte de la India, donde la población participante fue de 83 pacientes diagnosticados con depresión, mediante la evaluación de 4 escalas GDS-30, la escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada-7 (GAD-7) y el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y el Cuestionario de Salud del Paciente. -Versión de 15 artículos (PHQ-15), se obtuvo como resultados que los factores que mejor explicaron los síntomas de los adultos mayores con depresión fueron: estado de ánimo depresivo o pérdida de interés, depresión cognitiva, ansiedad, por lo que concluye sue existe una mayor prevalencia de ansiedad y síntomas somáticos en pacientes ancianos con

depresión y GDS-30 no puede capturar todos los síntomas de depresión entre los ancianos en el contexto indio.

Minner B. et al. (24) realizó un estudio de tipo transversal, en la Universidad de Yale, en el año 2005- 2007, en la que se estudió 357 personas que viven en la comunidad del proyecto de Yale en adultos mayores de 70 años, con el objetivo de examinar la epidemiologia y las correlaciones demográficas y clínicas clave de la hipersomnia. Los resultados indicaron que la hipersomnia se relacionó en 82 pacientes en donde los síntomas depresivos, la poca actividad física se asociaron transversalmente con la hipersomnia informada por los pacientes. Se concluye que la hipersomnia fue prevalente en muestras de edad que vivían en la comunidad, además se identificaron características demográficas y clínicas como la depresión que pueden detectar de hipersomnia en la población adulta mayor.

Lligisupa V. et al. (25), realizó un estudio de tipo descriptiva, transversal, no experimental, en Julio – Agosto del 2017 en el servicio de medicina interna del hospital Homero Castenier Crespo (Ecuador), donde participaron 82 adultos mayores de 65 años conformada por 43.9 % (varones) y 56.1 % (mujeres) por lo que se les aplico la escala de Yesevage para valorar síntomas depresivos, en donde se concluye que el 35.3 % de

los adultos mayores presentaron depresión leve, 11 % depresión establecida y el 53.7 % no presentó rangos depresivos, además de no encontrarse asociación entre las comorbilidades y la depresión según la escala de Yesevage.

Sánchez R. et al. (26) realizó estudio que se realizó en Costa Rica de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal en el año 2015 para un centro de beneficiarios de la Asociación de Ancianos de Cubujuquí de Heredia, la muestra fue de 46 adultos mayores, en los cuales se les aplicó el Test de Yesavage. Se observó, que el 31% de la población presentó riesgo de depresión, aunque el 13% de la depresión estuvo establecida. El sexo femenino presentó más frecuencia de rasgos depresivos. Al revisarse los resultados entre el Test de Gijón y el Test de Yesavage se halló, que las personas en riesgo social y con problemas sociales presentaron más frecuencia de riesgo en la depresión comparada con la depresión establecida.

Pérez R. et al. (27), realizó un estudio de tipo descriptivo en la ciudad de Cuba en el Hospital Psiquiátrico de La Habana, en una población de 284 pacientes españoles y cubanos, la cual el 21.2 % tenían depresión clínica como diagnostico echo por un especialista cuyo objetivo era identificar las diferencias y similitudes entre adultos mayores cubanos y españoles en la

estructuración de la depresión, además de las interacciones entre la nacionalidad y la presencia de síntomas depresivos. Se obtuvo como resultado que los ancianos que no presentaron depresión que los primeros presentaban en mayor proporción síntomas como dormir menos de lo habitual (29,2%), sensación nueva de haber perdido algo importante (15,4%), criticarse a sí mismo (37,1 %), pensar que sus problemas no tienen solución (22,2%), ser especialmente pesimista (16,7%) y estar preocupado sin razón concreta (16,7%), mientras los que presentaban depresión clínica para los cubanos tendencia a pensar cosas desagradables del pasado (78,2 %), perder peso sin proponérselo (58,2%), disminución del apetito (83,3%), dormir menos de lo habitual (67,3%), mientras que el síntoma en los cubanos deprimidos sentirse enlentecido (75%) y trabajo para tomar decisiones (82,1%)

Maestre E. (28) realizó un estudio de tipo cuantitativo, no experimental de diseño correlacional, la población estuvo conformada por todos los adultos mayores, con edades por encima de los 60, en la ciudad de Valledupar (Colombia) en el año 2019, ya que la muestra fue aleatoria con todos los ciudadanos que acudían al comedor popular de dicha ciudad, cuyo objetivo fue determinar la relación entre cohesión, adaptabilidad familiar y bienestar sicológico de la población de adultos mayores. Dando como resultado las variables en estudio mostraron relaciones inversas de intensidad media. La muestra exhibió puntajes altos en la escala de

bienestar psicológico, mientras que el funcionamiento familiar mostró puntajes bajos, vinculados a funcionamientos deficientes. Se concluye que los adultos mayores que participaron en este estudio, tienen mayoritariamente, un funcionamiento familiar de moderado a extremo, mientras que exhiben mejores puntajes en bienestar psicológico. Algunas teorías que pueden explicar estos resultados planteando que el bienestar psicológico está más influenciado por la satisfacción de las necesidades básicas de autonomía, competencia y relaciones.

Rodríguez G. et al. (29) realizó un estudio cuantitativo, descriptivo – transversal y correlacional en la ciudad de Victoria, Tamaulipas (México) en el año 2020, el estudio se llevó a cabo en 139 adultos mayores ubicados en una institución de salud de dicha localidad a través de escala familiar de APGAR y la escala de Yesevage. Se obtuvo como resultados en que la edad promedio 68.14 años, predominio femenino 63%, con escolaridad primaria 87%; 80% con ausencia de sintomatología depresiva, 81% bajo un entorno familiar normofuncional. Donde concluye que si existe relación entre ambas variables (p= 0,01)

2.1.2. Antecedentes nacionales

Flores S. (30) realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, cuyo objetivo fue determinar cómo es el funcionamiento familiar y el estado de depresión del adulto mayor del centro de Salud Santa Magdalena Sofia del distrito del Agustino (Lima) en Marzo del 2020, se tuvo como participantes a 60 personas adultas mayores donde se les aplico el test de Funcionamiento familiar (FF – SIL) y a su vez la escala de depresión geriátrica de Yesevage, ambos instrumentos validados y confiables. Se obtuvo como resultado los adultos mayores presentan familia disfuncional de acuerdo a sus dimensiones, la Cohesión tuvo un valor de 55%, 54% de armonía, comunicación 48%, permeabilidad 56%, afectividad 47%, roles 54% y adaptabilidad 56%. Los adultos mayores presentan estados de depresión siendo la dimensión afectiva un 73%, somática con un 59% y la cognoscitiva con un 68%. Se llega a la conclusión de que el Funcionamiento familiar en adultos mayores del Centro de salud Santa Magdalena Sofía, es disfuncional, por lo tanto; se acepta la hipótesis planteada, mientras que el estado de depresión en los adultos mayores del Centro de Salud Santa Magdalena Sofía, es afectiva, por lo tanto; se acepta la hipótesis planteada

Sáenz S. et al. (31) realizó un estudio de tipo retrospectivo basado en 4 años durante el período 2013–2017 en 11 comunidades altoandinas en el Perú donde se aplicó como instrumento el tamizaje de decaimiento, según el formulario de Yesavage acortado (diagnóstico de depresión con un resultado de 3 o más puntos). La muestra poblacional fue de 371 personas mayores de 60 años. Se encontró un 40,7% de residentes que presentaron depresión y el 37,5% mostró, depresión, comorbilidades y síndromes geriátricos que fueron frecuentemente en pacientes con depresión. Se concluye, que existió una relación entre el promedio de edad y la frecuencia de la población rural, además, entre las comorbilidades y los síndromes geriátricos.

Barrientos C. et al. (32), realizó un estudio de tipo correlacional de corte transversal en el año 2018 (distrito de independencia), en la ciudad de Lima donde la muestra fue de 152 adultos entre 60 y 80 años. La herramienta de estudio fue el formulario de Estrés Percibido (CEP), la medición para la autoevaluación para la depresión de Zung y una ficha sociodemográfica. Los resultados mostraron un enlace significativo entre el nivel de estrés y la clínica depresiva donde el 74,3% de los participantes se encontraron dentro de los parámetros normales con respecto a la sintomatología depresiva. El 92,1% presento un nivel de estrés relativamente bajo. Se concluye, que la sintomatología de depresión y los

niveles de estrés son condiciones psicológicas que se manifiestan en diferentes grados y se relacionan con personas de la tercera edad. Asimismo, la participación del adulto mayor en un centro integral de atención podría permitir el desarrollo de recursos para afrontar y/o disminuir la sintomatología y los cambios biopsicosociales propios del envejecimiento.

Carcausto N. (33) realizó una investigación de tipo básico cuantitativo y descriptivo y correlacional de diseño no experimental, en el programa Pensión 65 del distrito de Pichigua, provincia de espinar (Cusco) en el 2021, el estudio se realizó en 173 adultos mayores, la cual se utilizó el cuestionario de APGAR familiar y el test de YESEVAGE, de la cual el 39,3 % de los adultos mayores presenta disfunción familiar severa, el 27,2% moderada, y el 11 % no presenta disfunción familiar, el 41,6% presenta depresión severa, 42,8% depresión moderada y el 15,6% normal En el grado de depresión severa las mujeres representan un 20,8% y los varones 20,8%. En el nivel de funcionalidad familiar severa, las mujeres representan un 21,4% y los varones 17,9%. Se concluye que Existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y depresión en los adultos mayores del Programa Pensión 65 del distrito de Pichigua, provincia de Espinar – Cusco, con un coeficiente de correlación de Rho = 0,530; los adultos

mayores que experimentan menor nivel de funcionalidad familiar presentan mayor grado de depresión.

2.1.3 Antecedentes locales

Choque K. (34) realizó, un estudio de tipo descriptivo correlacional durante el año 2020 en el Centro de Salud Leoncio Prado, en la ciudad de Tacna. La población fue de 80 adultos mayores. Se observó, que el 65% presentó síntomas de depresión leve y el 13,8% una depresión establecida. De forma conjunta, el 50% mostró una autoestima elevada, 35 % fue media y el 15% arrojó una autoestima baja. Respecto a las relaciones e integración social se halló que un 37,5% evidenció ser altas y el 62,5% correspondió a ser media y baja. Se concluye, que existe relación entre los factores psicosociales y la depresión.

Chucuya N. (35) realizó un estudio descriptivo que se realizó en el 2011 y correspondió al Centro de Atención Residencial del adulto mayor San Pedro, la población fue de 25 adultos mayores donde se observó, que el 68% tenía 80 o más años, el 64% era del sexo masculino y un 80% no tenían pareja. El 52% su lugar de residencia es la propia ciudad de Tacna, 80% practicaban la religión católica mientras, que el 68% sus relaciones sociales no eran adecuadas.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Definición de depresión

La depresión en adultos mayores es una patología muy frecuente y que se asocia por lo general, a comorbilidades. Se demanda una cantidad de recursos en salud, muestran un número elevado de suicidio y en ocasiones es subdiagnosticada e infradiagnosticada y, por ende, subtratada (36).

La depresión es un conjunto de enfermedades psíquicas, hereditarias o adquiridas a los que se asocian cambios negativos de tipo somático, psicológico, conductual, cognitivo y asertivo (37).

La Sociedad Americana de Psiquiatría describe la depresión como “una afección mental en la que el individuo presenta una pena onda y la disminución de su interés por casi todas las acciones que realiza”. En contraste con la tristeza normal, la depresión mayor tiene impacto en la realización de las diferentes formas de trabajo o en el quehacer social del individuo (38).

En los países en desarrollo, dos tercios de las personas son mayores

de 60 años. Por tanto, se marca la predicción del envejecimiento y esta condición se asocia al aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad, uso de servicios de salud y los costos de atención médica (38).

Cuando los ancianos están deprimidos, existe mayor probabilidad a que se les prescriban medicamentos psicotrópicos. Sinembargo, otros se prescriben con antidepresivos tricíclicos anticolinérgicos y está menos indicado para la población anciana (39). En aquellos individuos ancianos que se encuentran deprimidos en comparación con los que no lo están, la calidad de vida es menor, por tanto, la depresión subyace la percepción sobre un estilo de vida sano (40, 41).

En Estados Unidos, la depresión representa por sí sola, un gasto anual de cuarenta y tres millones de dólares. Aunque la prevalencia de la depresión puede variar, según la población a estudiar y la metodología. Su promedio oscila entre el 10 al 27%. La fatiga, el insomnio son los síntomas prevalentes en la depresión en ancianos (42). A nivel mundial, la ansiedad y la depresión constituyen problemas importantes de salud pública y afecta desde la edad pediatría hasta geriatría tanto en hombres como mujeres. Es multidimensional los efectos de la ansiedad y trastornos depresivos sobre la salud y el bienestar (43).

Las elevadas tasas de mortalidad de mortalidad entre los adultos mayores afectados por múltiples comorbilidades constituyen un principal problema de salud pública, especialmente cuando se añaden las quejas concomitantes de síntomas de insomnio que afectan cerca del 25% de la población geriátrica comprometiéndolo tanto en la mental como en lo físico (44)

Si bien, el insomnio persistente se asocia principalmente a que el paciente geriátrico sufra de hipertensión y los síntomas de insomnio tiene un mal pronóstico de la enfermedad y esto a su vez puede estar relacionada con otros factores como el estrés, además de la aparición de síntomas depresivos (44)

Los adultos mayores son propensos a experimentar situaciones o eventos que les cambia la vida, como la posibilidad de cuidar a sus seres queridos, el aislamiento social o duelo. Estas situaciones pueden ser percibidos como factores estresantes por los ancianos y la intensidad de ello va a depender de cada uno por las características individuales. Algunos estudios indican que altos niveles de estrés en los ancianos puede cambiar la calidad del sueño y es un posible predictor importante de la hipertensión arterial (44).

La función del médico en la depresión es muy importante y fundamentalmente, en la transición demográfica de la población. A menudo el médico de familia es el primer contacto con este tipo de pacientes, por lo que el tratamiento de estos pacientes, es fundamental y se enfatiza en lo que sería la prevención primaria donde se debe evaluar de forma integral todos los factores de riesgo y de protección relacionados con la depresión (45).

2.2.2. Diagnóstico de la depresión:

Si bien la depresión se diagnostica en adultos mayores, esta se realiza de acuerdo a los criterios de la DSM-5 y, además, si hay ciertas características en la forma de presentación:

- Son poco frecuente las consulta por estado de ánimo disminuido
- Con mayor regularidad consultan por signos físicos y cognitivos
- Las dolencias pueden ser atribuidos a otras enfermedades, parte de la evolución al envejecimiento o la demencia (36, 46).

2.2.2.1 Clasificación de depresión según CIE 10:

La CIE 10 clasifica a la depresión dentro de los trastornos del humor o afectivos que van desde la F 30 hasta la F 39, donde la F32 incluye

el episodio depresivo, mientras que la F33 incluye el trastorno depresivo recurrente o distimia (36).

A continuación, presentamos un cuadro resumen según criterios CIE 10:

TABLA N° 01

Resumen criterios diagnósticos CIE

	LEVE	**MODERADO**	**GRAVE**	**DISTIMIA**
SÍNTOMAS PRINCIPALES: - Humor depresivo (vida triste). - Apatía y anhedonia - Cansancio (fatiga)	Solo 2 síntomas	Solo 2 síntomas	Los tres síntomas	Estado de ánimo deprimido y recurrente
OTROS SÍNTOMAS: - Disminución de la atención y concentración. - Sentimientos de inferioridad y pérdida de confianza. - Ideas de culpa y de no ser útil - Mala perspectiva del futuro - Autoagresiones, pensamientos y actos suicidas - Trastorno del sueño - Perdida del apetito	Al menos 2 síntomas	3 o 4 síntomas	Al menos 4 síntomas	Al menos 2 síntomas
INTENSIDAD DE LOS SÍNTOMAS	Ninguno en grado intenso	Varios en grado intenso (no esencial si son muchos)	Intensidad Grave	Menor que leve
INTERFERENCIA: Dificultad para llevar a cabo su vida diaria tanto social como laboral	Alguna dificultad	Bastante dificultad	Dificultad extrema	Alguna dificultad
DURACIÓN	Al menos 2 semanas			Mayor a 2 años

Fuente: Terroso R, Serrano A, Maurandi J, et al. Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos. Región de Murcia consejo de sanidad.

2.2.3. Tamizaje para evaluar los síntomas depresivos:

Se utiliza la escala de autoevaluación para la depresión de Zung. Fue diseñada por. W. Zung para medir el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún tipo de desorden depresivo" (47).

La escala usada para determinar la depresión, según Zung es simplemente la aplicación de una encuesta con ciertas preguntas cortas que se auto aplica para determinar, el nivel de depresión en que se encuentra un paciente enfermo. Hay 20 ítems que son considerados en la escala las que reflejan las cuatro características que se presentan con más frecuencia en la depresión: causa dominante, igualdades fisiológicas, perturbaciones y las acciones psicomotoras que realizan (47).

Contiene diez preguntas que son elaboradas de una manera positiva y otras diez, en forma negativa. Cada pregunta se evalúa en un rango de 1-4: poco tiempo, algo de tiempo, una buena parte de tiempo y mayor parte del tiempo (47).

2.2.4. Rango de calificación

La escala de evaluación es de 20-80 puntos.

1) 25-49: normal

2) 50-59: ligeramente deprimido

3) 60-69: moderadamente deprimido

4) 70 o más: severamente deprimido

2.3. Funcionabilidad familiar

El funcionamiento familiar, es la facultad del sistema para afrontar y vencer cada una de las fases del periodo vital y los sucesos críticos que se puedan realizar. Depende del empleo adecuado de la red del sostén social y familiar disponible donde se puedan favorecer un impacto menor de la patología. La disfunción se presenta cuando el entorno familiar no es capaz de llevar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor de los síntomas (48).

2.3.1. Modelo circunflejo de Oslon

Este modelo de familias fue desarrollado por Oslon tanto como el intento de involucrar la investigación teórica como práctica. Se propone la escala de FACES III destinadas a evaluar en cierto modo, el funcionamiento familiar en dos parámetros importantes: la adaptabilidad y la cohesión (49). Dicha escala se encuentra constituida por 2 partes de 20 ítems cada uno, la segunda parte de dicha escala permite reflejar la adaptabilidad y cohesión familiar, pero desde un punto de vista idealista del sujeto. Es decir, cómo le gustaría que fuese su familia, haciendo una comparación entre lo

que es una visión real contra el ideal, además del índice de satisfacción que tiene el sujeto con su familia (49).

- **Cohesión**

  Esta dimensión evalúa, si los integrantes de la familia permanecen unidos o están separados entre sí mismos y con capacidad de colaborarse mutuamente. Se define como la unión emocional entre los miembros. Los niveles de cohesión oscilan entre: desligada (D), separada (S), conectada (C) y aglutinada (A). El puntaje de cohesión se obtiene de los ítems impares. (50)

- **Adaptabilidad**

  Esta dimensión evalúa la capacidad del sistema de parejas o de familia para renovar su organización de poder, sus relaciones y normas de lista en solución a una demanda de localización o de desarrollo. Los niveles de adaptabilidad dan lugar a los niveles: rígida (R), estructurada (E), flexible (F), caótica (C). El puntaje para adaptabilidad se obtendrá de los ítems pares. (49,50).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo es un modelo descriptivo de tipo correlacional con un enfoque cualitativo, según este tipo de investigación nos permite medir la relación de dos o más variables sujetas a un estudio.

Además, es no experimental mediante el diseño biomédico por proceso patológico: se refiere al análisis de la relación entre funcionabilidad familiar y los síntomas depresivos en pacientes geriátricos hospitalizado en el servicio de medicina interna durante la COVID-19.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 Población

La población está conformada por 523 pacientes geriátricos hospitalizados en el área de medicina interna del Hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna Los pacientes se clasificaron por sexo e intervalos de clases según edades cada 4 años:

1) 60-64
2) 65-69
3) 70-74
4) 75-79
5) 80-84
6) 85-89
7) 90-94

3.2.2 Muestra

Mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, se seleccionó una muestra de 92 pacientes geriátricos ingresados en el servicio de hospitalización de medicina interna durante el período 2021.

3.2.2.1 Criterios de inclusión:

Se propuso en el trabajo de investigación los criterios de inclusión siguientes:

- Pacientes que han sido hospitalizados en el servicio medicina interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna con edad mayor a los 60 años, durante el año 2021.

- Pacientes que no padecen demencia, enfermedad de Alzheimer, demencia por enfermedad de Pick, Delirium, o disfunción cerebral y que responden coherentemente. Además, no presentaron problemas con la atención, pensamiento, concentración, emoción y la memoria.

- Pacientes con registro de una historia clínica antigua donde se observó todos los componentes. Por ejemplo, tratamiento médico.

3.2.2.2 Criterios de exclusión

Se propuso en la tesis de investigación los criterios de exclusión siguientes:

- Paciente con diagnóstico de cáncer tales como cáncer de mama, cáncer de cérvix, cáncer de próstata, entre otros.

- Pacientes con diagnóstico de enfermedades en estadios terminales tales como enfermedad renal crónica terminal y estadios terminales de cáncer.

- Pacientes con enfermedad autoinmune tales como lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide.

- Pacientes con enfermedad neurodegenerativa tales como accidente cerebrovascular, enfermedad de Alzheimer, demencia senil,

enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, etc.

- Pacientes que estén llevando atención ambulatoria.

- Pacientes que no respondían a la llamada, o que hayan llenado un solo parte del cuestionario.

- Pacientes que han sido hospitalizados en el servicio de medicina interna, menores de 60 años en el año 2021.

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Depresión (V. cualitativa)	Definido como una afección mental en la que el individuo presenta una pena onda y la disminución de su interés por casi todas las acciones que realiza	Síntomas depresivos	Se aplicará el cuestionario en la escala de Zung en la que medirá los síntomas somáticos y cognitivos de la depresión con 8 ítems para cada uno de estos grupos, además completando esta escala dos ítems para medir la escala de estado de ánimo y síntomas psicomotores	*Ausencia de depresión*: Menor o igual a 28 puntos *Depresión leve:* Entre 28 y 41 puntos *Depresión moderada:* Entre 42 y 53 puntos *Depresión grave*: Mayor igual a 53 puntos.
Funcionamiento familiar (V. cualitativa)	Definido como la acción de lazos afectivos relacionados entre los integrantes de una familia (cohesión) y que esta pueda ser capaz de intercambiar su esquema con el propósito de poder superar los problemas graduales de cambios familiares (adaptabilidad)	Cohesión	Definido como la relación emocional existente entre todos los integrantes de un clan familiar. Se caracteriza por el acercamiento, deber familiar, individualismo, autonomía y deber familiar originando un entorno saludable para el normal desarrollo del paciente geriátrico. Se medirá con la aplicación de la escala de funcionamiento familiar de Olson (Faces III).	*Cohesión muy baja:* Rango de 10 - 34 puntos *Cohesión moderadamente baja :* Rango de 35 – 40 puntos *Cohesión moderadamente alta:* Rango de 41 – 45 puntos *Cohesión muy alta:* Rango de 46 – 50 puntos

		Adapta-bilidad	Definida como la capacidad que tiene toda familia para poder cambiar su esquema de poder, actividades y reglas, como respuesta a problemas de estrés. Se caracteriza por un mandato democrático, compartir liderazgo y funciones; originando un clima óptimo para el desarrollo emocional y psicológico (carácter y autonomía del adulto mayor). Se determinará usando la escala de funcionamiento familiar de Olson (Faces III).	*Adaptabilidad muy baja:* Rango de 10 - 19 puntos *Adaptabilidad moderadamentebaja:* Rango de 20 – 24 puntos *Adaptabilidad moderadamentealta:* Rango de 25 – 28 puntos *Adaptabilidad muy alta:* Rango de 29 – 50 puntos

3.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS E INSTRUMENTOS

3.4.1 Técnica

Para recolectar la información se consideró, la información registrada en las historias clínicas de los pacientes geriátricos hospitalizados durante el periodo 2021 en el servicio de medicina interna del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, luego se procedió a hacer una selección de manera aleatoria de tal manera que cumplan con los criterios de inclusión, y a continuación se hizo el llamado por vía telefónica y se les pidió su consentimiento informado para poderles realizar las encuestas de medición a través de escalas.

3.4.2 Instrumento

Los instrumentos para la recolección de datos fueron:

1. Fichas de reporte de los pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina interna.
2. Formato de evaluación para la funcionabilidad familiar en los pacientes geriátricos hospitalizados (FACES III).
3. Formato de evaluación para la depresión en los pacientes geriátricos hospitalizados (Zung).

3.5 ACCIONES Y ACTIVIDADES

Se presentó, inicialmente el proyecto de investigación para su aprobación por el Comité de Investigación de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann (UNJBG). Luego, se coordinó con el director del Hospital Hipólito Unanue de Tacna para informarse sobre la investigación, objetivos y cronograma de recolección de los datos.

Se procedió, a la selección de las muestras de pacientes geriátricos (para ambos sexos) y de manera previa, se consideró su consentimiento informado al momento de realizar la llamada. Posteriormente, se aplicó el instrumento de medición de los datos y se indicó, que los resultados serían comunicados

3.6 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el tratamiento estadístico de los datos, las respuestas de los cuestionarios se ingresaron al programa estadístico profesional SPSS v25. La normalidad de los datos será mediante la prueba Shapiro-Wilk. Se analizó, el porcentaje como estadístico descriptivo de tendencia central para la funcionabilidad familiar y la depresión en los pacientes geriátricos. Se utilizó, la prueba Chi-cuadrado de contingencia en la asociación de las variables. Los resultados se consideraron significativos cuando $p<0,05$.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Se obtuvo la autorización por medio del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del Hospital Hipólito Unanue de Tacna para realizar el estudio. Donde se puede garantizar la confidencialidad de los datos obtenidos y no tendrán fines ajenos al estudio.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

4.1.1. Determinación de la depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el área de medicina interna del hospital Hipólito Unanue de Tacna.

TABLA Nº 02

PACIENTES ENCUESTADOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA - 2021

Intervalo de clase por edad	**60-64**	**65-69**	**70-74**	**75-79**	**80-84**	**85-89**	**90-94**	**Total**
N° encuestas	21	25	16	12	10	5	3	92
Porcentaje (%)	22,83	27,17	17,39	13,04	10,87	5,44	3,26	100,0

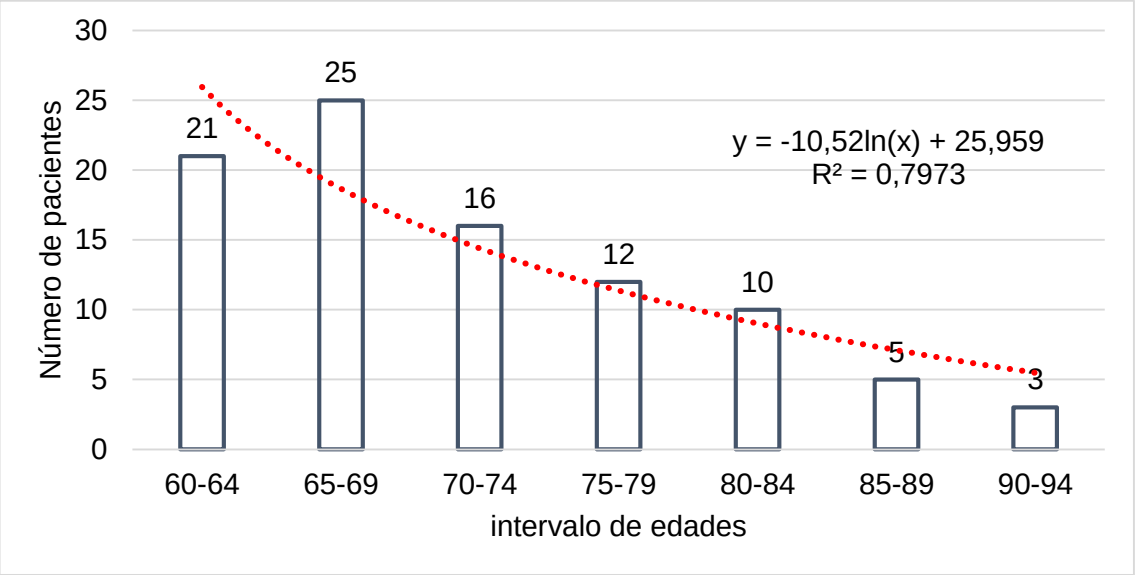
Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

La Tabla Nº 02 muestra, el análisis de frecuencias para el número total de pacientes geriátricos (92) por cada intervalo de clases (7). El mayor porcentaje correspondió al intervalo de 65-69 años de edad (22,83%), mientras que el porcentaje menor (3,26 %) fue para el intervalo de 90-94 años.

GRÁFICO Nº 01

TENDENCIA LOGARÍTMICA DEL NÚMERO DE PACIENTES POR INTERVALOS DE CLASES DE EDADES EN ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA - 2021



Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

El Gráfico Nº 01, muestra el diagrama de barras para el número de pacientes geriátricos por cada intervalo de clases. Asimismo, se muestra la línea de tendencia logarítmica para un número de casos concretos (hechos reales) donde los valores no se distribuyen de manera espacial como una

regla, aunque se reconozca que el registro de pacientes obedece a valores absolutos.

Existió una diferencia en el número de pacientes geriátricos por intervalos de clases de edades. La ecuación que se describe fue la siguiente: y = -10,52ln(x) + 25,95. En el caso del valor de R cuadrado del gráfico y que describe la línea de tendencia logarítmica fue: R^2 = 0,7973. Por tanto, esto indica, que es un modelo fiable para predicciones futuras.

4.1.2. Determinación de los síntomas y niveles de depresión analizados en la escala de Zung en pacientes geriátricos hospitalizados en el área de medicina interna del hospital Hipólito Unanue de Tacna.

TABLA Nº 03

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS AFECTIVOS SEGÚN LA ESCALA DE ZUNG EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021

SÍNTOMAS AFECTIVOS	POCO TIEMPO (%)	ALGO DE TIEMPO (%)	UNA BUENA PARTE DEL TIEMPO (%)	MAYOR PARTE DEL TIEMPO (%)
Decaído y triste	38,04	22,83	30,43	8,7
Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto	29,35	30,44	27,17	13,04
Me siento agitado y no puedo estar quieto	39,13	28,26	22,83	9,78
Estoy más irritable de lo normal	46,74	21,74	14,13	17,39
Siento que los demás estarían mejor si yo muriera	50,09	17,39	20,65	21,74
PROMEDIO (%)	40,67	24,13	23,04	14,13

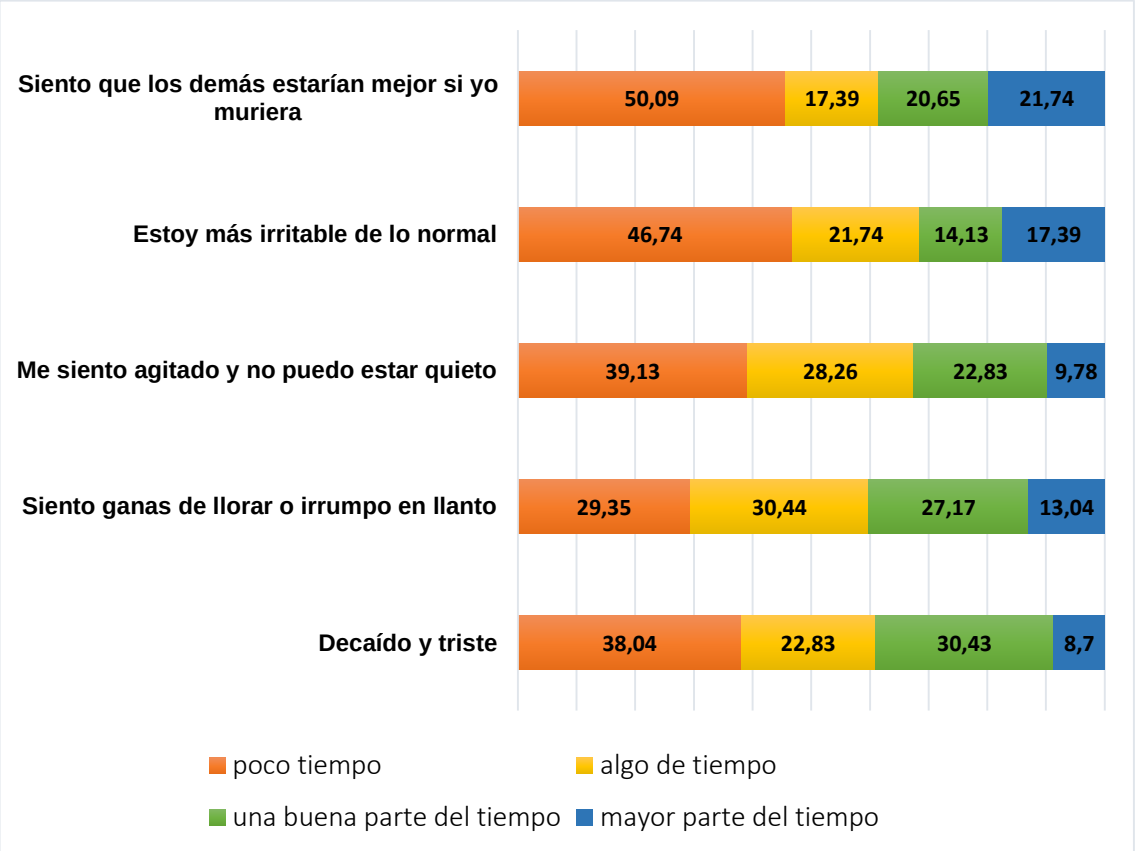
Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

La Tabla N° 03 evaluó cinco interrogantes agrupados en síntomas afectivos evaluados según la frecuencia con que se presentan. Se encontró que de los 92 pacientes encuestados, la gran mayoría de ellos respondieron que la mayor parte del tiempo sienten que los demás estarían mejor si ellos murieran (21,74 %), seguido por la mayor parte del tiempo se sienten más irritables de lo normal (17,39%), y que ellos sienten ganas de llorar o irrumpen en llanto con un (13,4%), además dichos pacientes se sienten decaídos y tristes una buena parte del tiempo (30,43 %), seguido por las ganas de llorar (27,17 %), obteniendo un promedio a las preguntas respondidas poco tiempo (40,67%), algo de tiempo (24,13%) y una buena parte del tiempo (23,04%).

GRÁFICO Nº 02

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS AFECTIVOS ANALIZADOS SEGÚN LA ESCALA DE ZUNG EN LOS PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA - 2021



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos de la Tabla N° 03

TABLA Nº 04

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS FÍSICOS SEGÚN LA ESCALA DE ZUNG EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021

SÍNTOMAS AFECTIVOS	POCO TIEMPO (%)	ALGO DE TIEMPO (%)	UNA BUENA PARTE DEL TIEMPO (%)	MAYOR PARTE DEL TIEMPO (%)
Tengo problemas para dormir por la noche	28,26	32,61	21,74	17,39
Estoy perdiendo peso	36,96	25	21,74	16,3
Problemas de estreñimiento	32,61	27,17	21,74	18,48
Mi corazón late más rápido de lo normal	31,52	30,43	23,91	14,13
Me canso sin razón alguna	23,91	29,35	25	21,74
Me es fácil hacer lo que siempre hacia	39,13	27,17	20,65	13,04
PROMEDIO (%)	32,65	28,62	22,46	16,84

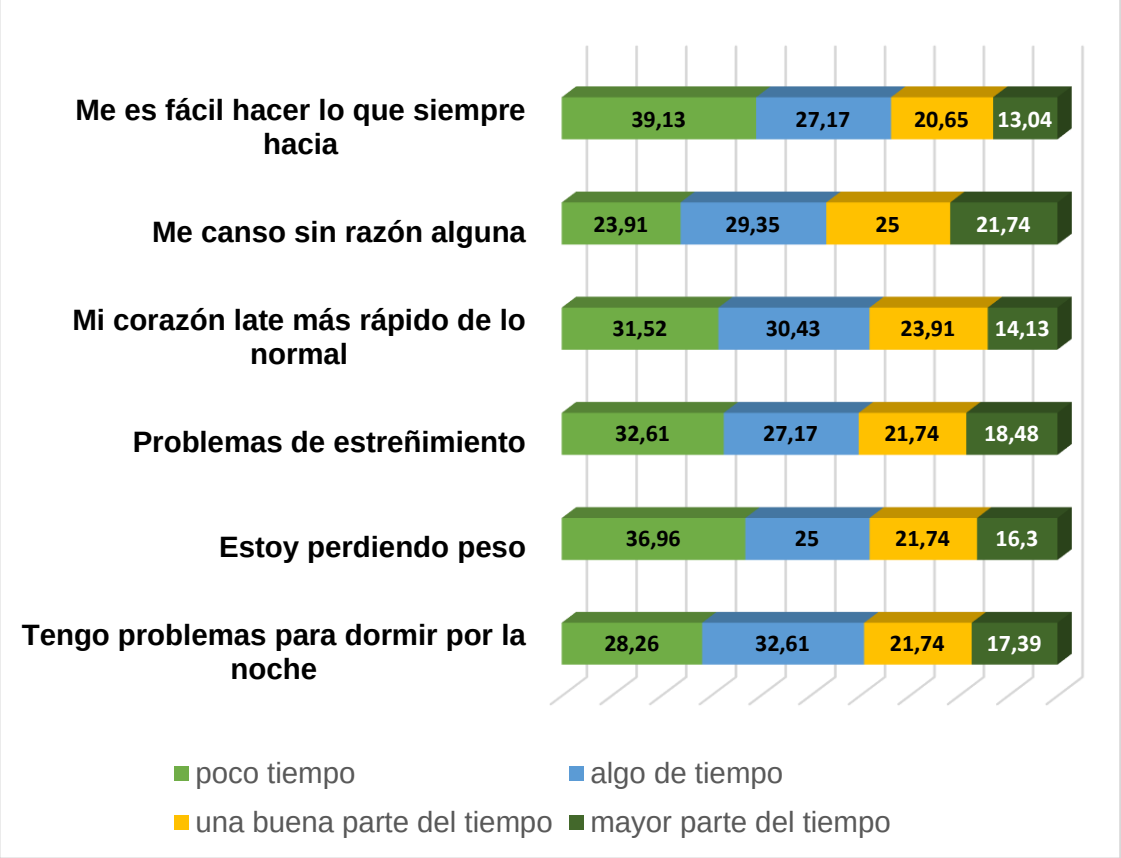
Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N° 04 se evidencia las interrogantes para evaluar síntomas físicos establecidos en la Escala de Depresión de Zung en relación con la frecuencia que se presentan dichos síntomas. Se encontró según la ficha de recolección de datos de los 92 pacientes encuestados que el síntoma físico más predominantes en el adulto mayor que con frecuencia presenta la mayor parte del tiempo fueron en los 3 ítems siguientes: se cansan sin alguna razón (21,74%), seguido de problemas de estreñimiento (18,48%) y problemas para dormir en la noche (17,39%); además los pacientes con una buena parte del tiempo presentan problemas para dormir, pérdida de peso y problemas de estreñimiento con un (21,74%), además se obtuvo un promedio a la frecuencia con la que presentan estos síntomas poco tiempo (32,65%), una parte del tiempo (22,46%), y la mayor parte del tiempo (16,84%).

GRÁFICO Nº 03

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS FÍSICOS ANALIZADOS SEGÚN LA ESCALA DE ZUNG EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA - 2021



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de la Tabla N° 4

TABLA N° 05

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS COGNOSCITIVOS SEGÚN LA ESCALA DE ZUNG EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021

SÍNTOMAS COGNOSCITIVOS	POCO TIEMPO (%)	ALGO DE TIEMPO (%)	UNA BUENA PARTE DEL TIEMPO (%)	MAYOR PARTE DEL TIEMPO (%)
Aun me atraen las personas del sexo opuesto	32,61	23,91	26,09	17,39
Me es fácil tomar decisiones	22,83	25	28,26	23,91
Siento que soy útil y me necesitan	27,17	16,3	22,83	33,7
Mi vida es bastante plena	28,26	30,43	21,74	19,57
Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes	36,96	22,83	30,43	9,78
PROMEDIO (%)	29,566	23,69	25,87	20,87

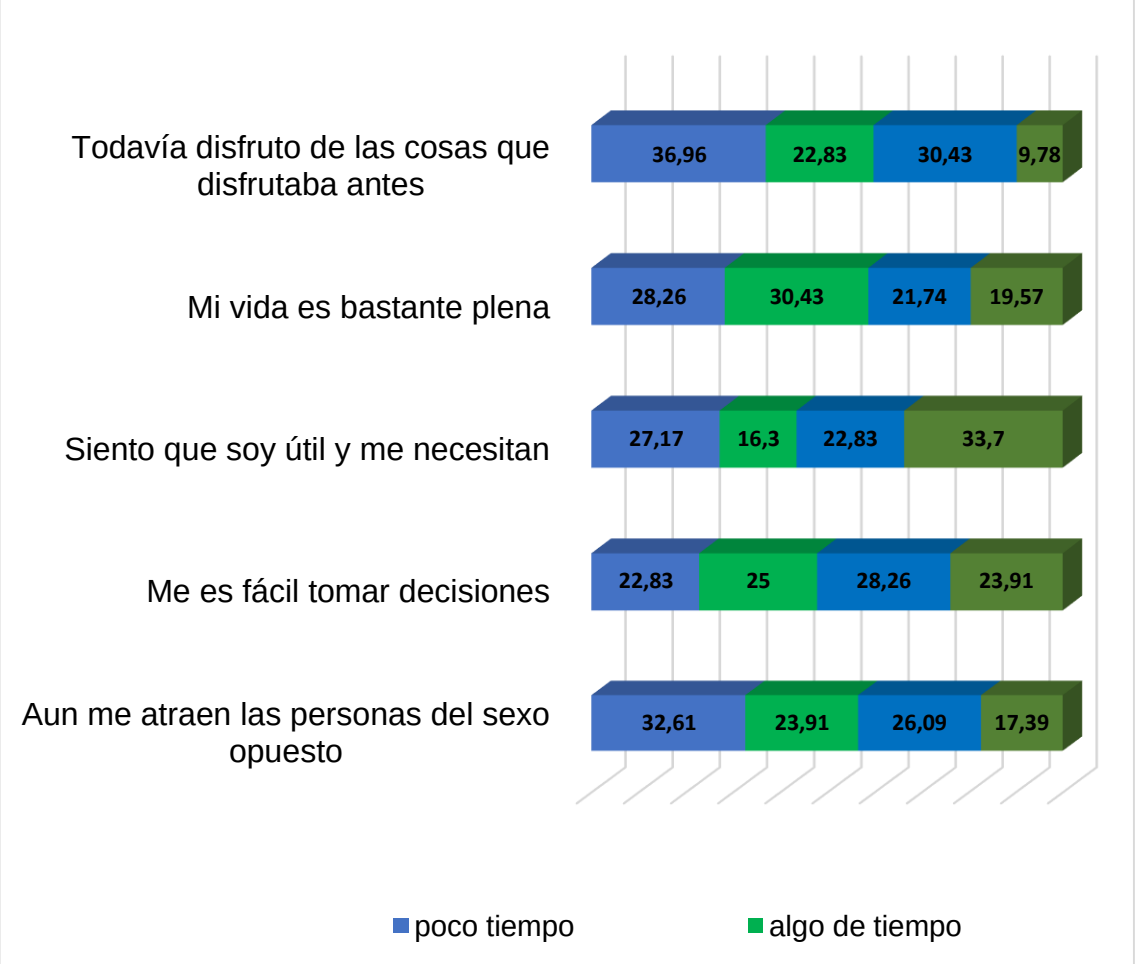
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

La tabla N° 05 muestra el análisis porcentual de cinco ítems encargadas de evaluar los síntomas cognoscitivos establecidos en la Escala de Depresión de Zung, lo que evidencia que en los 92 pacientes encuestados la interrogante más sobresaliente con respecto a la frecuencia de tiempo, es que a los adultos mayores se sienten útil y sienten que aún los necesitan la mayor parte del tiempo (33,7 %), seguida por la interrogante que la mayor parte del tiempo aún se sienten útiles y que aun los necesitan (23,91 %), y aun sienten que su vida es bastante plena (19,57%), además que los pacientes geriátricos una buena parte del tiempo disfrutan de las cosas que hacían antes (30,43 %), a los que respondieron en promedio la mayor parte del tiempo poco tiempo (29,56%), seguidos por una parte del tiempo (25,87%).

GRÁFICO Nº 04

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS COGNOSCITIVOS ANALIZADOS EN LA ESCALA DE ZUNG EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA - 2021



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos de la Tabla N° 05

TABLA N° 06

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS SEGÚN LA ESCALA DE ZUNG EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	POCO TIEMPO (%)	ALGO DE TIEMPO (%)	UNA BUENA PARTE DEL TIEMPO (%)	MAYOR PARTE DEL TIEMPO (%)
Por la mañana es cuando me siento mejor	15,22	45,65	29,35	9,78
Tengo tanto apetito como antes	22,83	27,17	31,52	18,48
Mi mente esta tan clara como siempre	28,26	20,65	22,83	28,26
Siento esperanza en el futuro	27,17	26,09	26,09	20,65
PROMEDIO (%)	23,37	29,89	27,44	19,29

Fuente: Ficha de recolección de datos

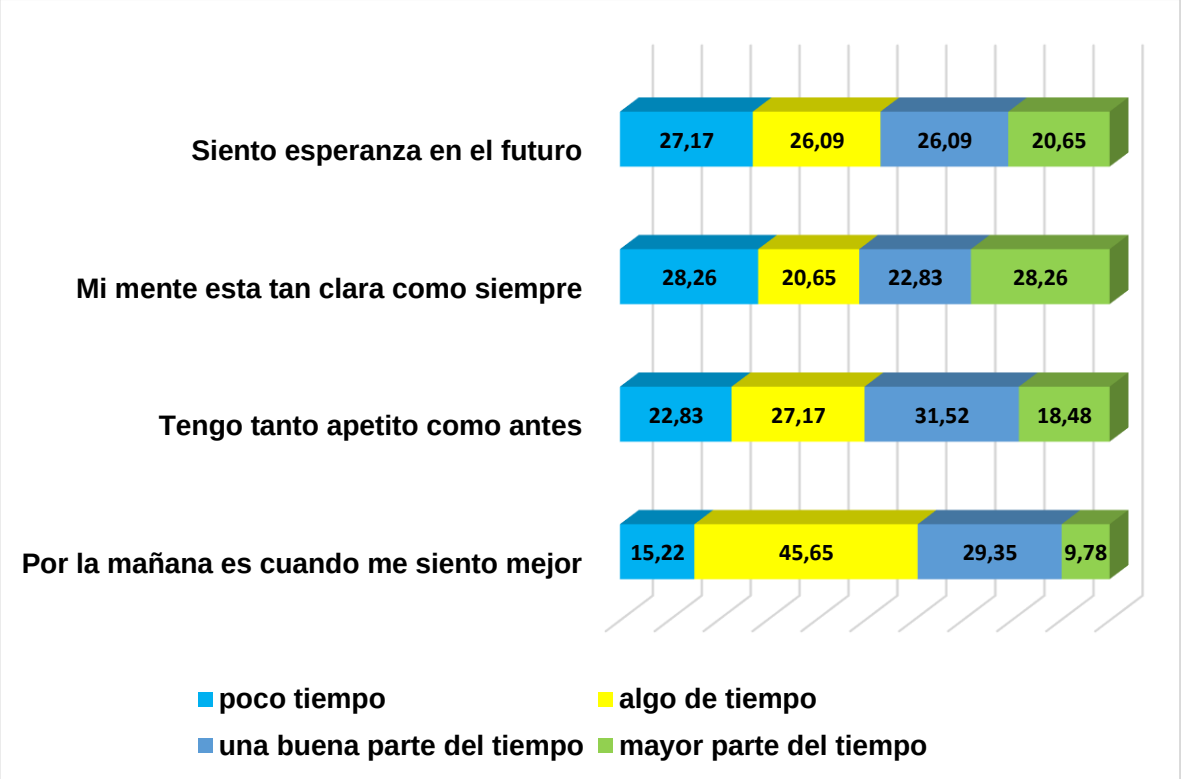
INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 06 se muestra el análisis porcentual de los síntomas psicológicos evaluados en la escala de depresión de Zung la cual fue

aplicada a 92 pacientes geriátricos, donde se puede evidenciar que el síntoma más prevalente responde a que la mayor parte del tiempo el paciente adulto mayor que su mente esta tan clara como siente (28,26%), seguido por la interrogante que mayor parte del tiempo aun siente esperanza en el futuro (20,65 %), además que una buena parte del tiempo mantiene su apetito como antes (31,52%), y en algo de tiempo es cuando las mañanas se siente mejor llegando a alcanzar el (45,65 %) del valor porcentual ejecutado en las encuestas; donde el mayor valor promedio a las preguntas respondidas fue una buena parte del tiempo (27,44%), seguido de mayor parte del tiempo con (19,9%).

GRÁFICO Nº 05

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS ANALIZADOS EN LA ESCALA DE ZUNG EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA - 2021



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos de la Tabla N° 06

TABLA N° 07

NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN ESCALA DE ZUNG EN LOS PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021

Sexo	intervalos de clases	Número de encuestas	Promedio Puntaje	Síntomas depresivos
F	60-64	8	43	Depresión moderada
	65-69	14	47	Depresión moderada
	70-74	7	43	Depresión moderada
	75-79	7	41	Depresión leve
	80-84	3	50	Depresión moderada
	85-89	2	47	Depresión moderada
	90-94	3	71	Depresión grave
M	60-64	13	43	Depresión moderada
	65-69	11	42	Depresión moderada
	70-74	9	36	Depresión leve
	75-79	5	35	Depresión leve
	80-84	7	53	Depresión moderada
	85-89	3	46	Depresión moderada

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

La Tabla N° 07, muestra la escala de depresión en los pacientes geriátricos por intervalos de clases de edades. El 77,27 % del sexo femenino (5 intervalos de clases de edades: 60-64 años, 65-69 años, 70-74 años, 80-84 años y 85-89 años) presentó depresión moderada, 15,91% con depresión leve (1 intervalos de clases de edad: 75-79 años) y otro 6,82 %, registró depresión grave (1 intervalos de clases de edad: 90-94 años). En el sexo masculino, el 70,83% (4 intervalos de clases de edades: 60-64 años, 65-69 años, 80-84 años y 85-89 años) presentó depresión moderada y el 29,17% con depresión leve (2 intervalos de clases de edades: 70-74 años y 75-79 años).

TABLA Nº 8

NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ENCUESTADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021

SÍNTOMAS DEPRESIVOS	N° ENCUESTAS	PROMEDIO (%)
DEPRESIÓN LEVE	21	22,82
DEPRESIÓN MODERADA	47	51,09
DEPRESIÓN GRAVE	24	26,09
TOTAL	92	100

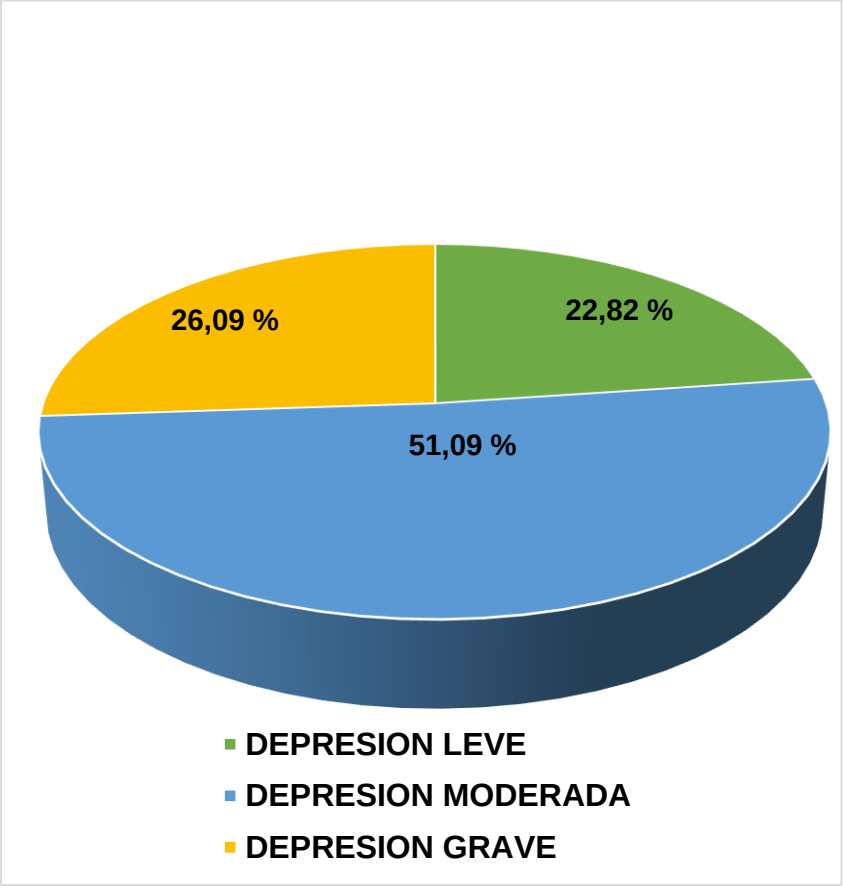
Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

En la Tabla N° 08 muestra el nivel de depresión general con su respectivo porcentaje de los 92 pacientes encuestados donde se obvia el sexo, teniendo que de ellos el 22,82 % presento depresión leve, 51,09 % presento depresión moderada y el 26,09 % presento depresión grave.

GRÁFICO N° 06

NIVELES DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021



Fuente: Elaboración propia, datos obtenidos de la Tabla N° 08

4.3 Determinación de la funcionalidad familiar en pacientes geriátricos hospitalizados en el área de medicina interna del hospital Hipólito Unanue de Tacna.

TABLA N° 09

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE FUNCIONABILIDAD FAMILIAR POR COHESIÓN EN EL SEXO FEMENINO EN LOS PACIENTES GERIÁTRICOS INTERNADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA- 2021

Sexo / cohesión / intervalos de clases	Recuento (N°)	Promedio Cohesión
F Co 90-94	3	27,33
F Co 85-89	2	35,5
F Co 80-84	3	32,67
F Co 75-79	7	26,43
F Co 70-74	7	27,71
F Co 65-69	14	32,79
F Co 60-64	8	27,88
Total	44	29,82

Fuente: Ficha de recolección de datos; F: Sexo Femenino; Co: Cohesión; intervalos por años

INTERPRETACIÓN:

La Tabla N° 08 muestra el resumen estadístico de la funcionabilidad familiar, según la cohesión en el sexo femenino por intervalos de clases de edades. Se observó, que la cohesión en los intervalos de clases, por lo general fue muy baja (escala: 10-34 puntos), excepto para el rango edad de 85-89 años que indicó ser, 35,5 puntos (escala de cohesión moderadamente baja = 35-40 puntos).

TABLA N° 10

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE FUNCIONABILIDAD FAMILIAR PARA ADPTABILIDAD EN EL SEXO FEMENINO EN LOS PACIENTES GERIÁTRICOS INTERNADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA- 2021

Sexo / adaptabilidad	Recuento N°	Promedio Adaptabilidad
F Ad 90-94	3	34,67
F Ad 85-89	2	31,5
F Ad 80-84	3	22,33
F Ad 75-79	7	26,71
F Ad 70-74	7	24,86
F Ad 65-69	14	31,86
F Ad 60-64	8	28,63
TOTAL	44	28,86

Fuente: Ficha de recolección de datos F: Sexo Femenino;

Ad: adaptabilidad; intervalos por años

INTERPRETACIÓN:

La Tabla N° 10, muestra el resumen estadístico de la funcionabilidad familiar, según la adaptabilidad en el sexo femenino por intervalos de clases de edades. Se observó, adaptabilidad moderadamente baja en el intervalo de 80-84 años de edad. Sin embargo, se valora que el resto de los intervalos de clases de edades la adaptabilidad fue muy alta: 60-64 (28,63), 65-69 (31,86), 85-89 (31,5) y 90-94 (34,67), respectivamente.

TABLA N° 11

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE FUNCIONABILIDAD FAMILIAR POR COHESIÓN EN EL SEXO MASCULINO EN LOS PACIENTES GERIÁTRICOS INTERNADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA- 2021

Sexo / adaptabilidad / intervalos de clases	Recuento N°	Promedio
M Co 85-89	3	21,0
M Co 80-84	7	32,0
M Co 75-79	5	21,4
M Co 70-74	9	37,67
M Co 65-69	11	25,09
M Co 60-64	13	27,08
TOTAL	48	28,35

Fuente: Ficha de recolección de datos; M: Masculino; Co: Cohesión; intervalos por años

INTERPRETACIÓN:

La Tabla N° 11, muestra el resumen estadístico de la funcionabilidad familiar, según la cohesión en el sexo masculino por intervalos de clases de edades. Dos de las encuentras fueron invalidadas lo que representó un 4,17%. Se observó, que la cohesión fue muy baja, a excepción del intervalo de clases de 70-74 años que fue igual a 37,67 puntos (escala cohesión moderadamente baja).

TABLA N° 12

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE FUNCIONABILIDAD FAMILIAR PARA ADAPTABILIDAD EN EL SEXO MASCULINO EN LOS PACIENTES GERIÁTRICOS INTERNADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA- 2021

Sexo / adaptab / interv de clase	Recuento	Promedio
M Ad 85-89	3	19,0
M Ad 80-84	7	27,43
M Ad 75-79	5	21,4
M Ad 70-74	9	32,89
M Ad 65-69	11	24,45
M Ad 60-64	13	24,77
Total	48	25,90

Fuente: Ficha de recolección de datos; M: Masculino; Ad: Adaptabilidad; intervalos por años.

INTERPRETACIÓN:

La Tabla N° 12, muestra el resumen estadístico de la funcionabilidad familiar, según la adaptabilidad en el sexo masculino por intervalos de clases de edades. Se observó, que la adaptabilidad fue entre moderadamente baja para los intervalos: 65-69 (24,45 puntos) y 75-79 (21,4), mientras que hubo adaptabilidad moderadamente alta en el intervalo de 80-84 (27,43 puntos). Solo el intervalo 70-74, la adaptabilidad fue muy alta (32,89 puntos) y para el intervalo 85-89 fue muy baja (19,0 puntos).

4.3. Asociación de la depresión y funcionalidad familiar en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital Hipólito Unanue de Tacna.

TABLA N° 13

LÍMITES DE TOLERANCIA EVALUADOS EN LOS PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID- 19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021

Variable	Edades
Distribución	Normal
Tamaño de la muestra	96
Media	71,83
Desviación estándar	8,75

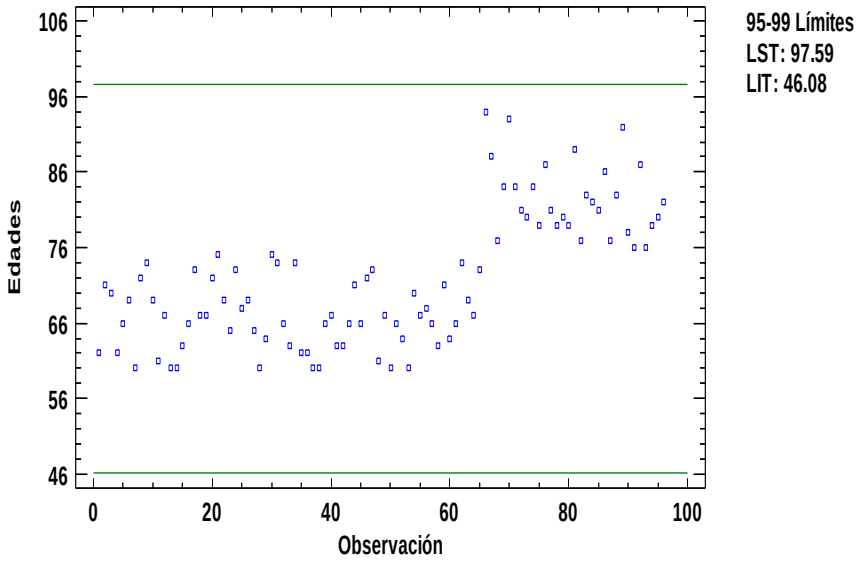
Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

Se realizó, la descripción del límite de tolerancia estadística para las observaciones de las edades de los pacientes geriátricos ingresados, considerándose una distribución normal, límites bilaterales a un nivel de confianza del 95% y con una proporción sobre la muestra de población al 99% (Tabla 8). La Figura 3, muestra la secuencia de la observación de las edades al 95% de confianza y con una proporción sobre la muestra de población al 99%.

GRÁFICO N° 07

SECUENCIA DE REGISTRO DE EDADES EN PACIENTES GERIÁTRICOS SELECCIONADOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA - 2021



Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

Asumiendo que la categoría de edad proviene de una repartición normal, los parámetros de tolerancia establecen que se puede estar 95,0% estimados en que 99,0% de la distribución cae entre 46,0774 y 97,5893, Este intervalo se calcula considerándose la media de los datos +/-2,94315 veces la desviación estándar.

TABLA N° 14

PRUEBA CHI-CUADRADA PARA LOS PACIENTES GERIÁTRICOS SELECCIONADOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA - 2021

	Límite inferior	Límite superior	Frecuencia observada	Frecuencia esperada	Chi-cuadrada
Menor o igual		56,68	0	4,00	4,00
	56,68	59,73	0	4,00	4,00
	59,73	61,77	10	4,00	9,00
	61,77	63,37	9	4,00	6,25
	63,37	64,73	3	4,00	0,25
	64,73	65,93	2	4,00	1,00
	65,93	67,03	16	4,00	36,00
	67,03	68,06	2	4,00	1,00
	68,06	69,045	5	4,00	0,25
	69,04	69,99	0	4,00	4,00
	70,00	70,92	2	4,00	1,00
	70,92	71,83	3	4,00	0,25
	71,83	72,75	3	4,00	0,25
	72,75	73,67	4	4,00	0,00
	73,67	74,62	4	4,00	0,00
	74,62	75,60	2	4,00	1,00

	75,60	76,63	2	4,00	1,00
	76,63	77,74	3	4,00	0,25
	77,74	78,94	1	4,00	2,25
	78,94	80,30	7	4,00	2,25
	80,30	81,90	3	4,00	0,25
	81,90	83,94	4	4,00	0,00
	83,94	86,99	4	4,00	0,00
Mayor	86,99		7	4,00	2,25

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

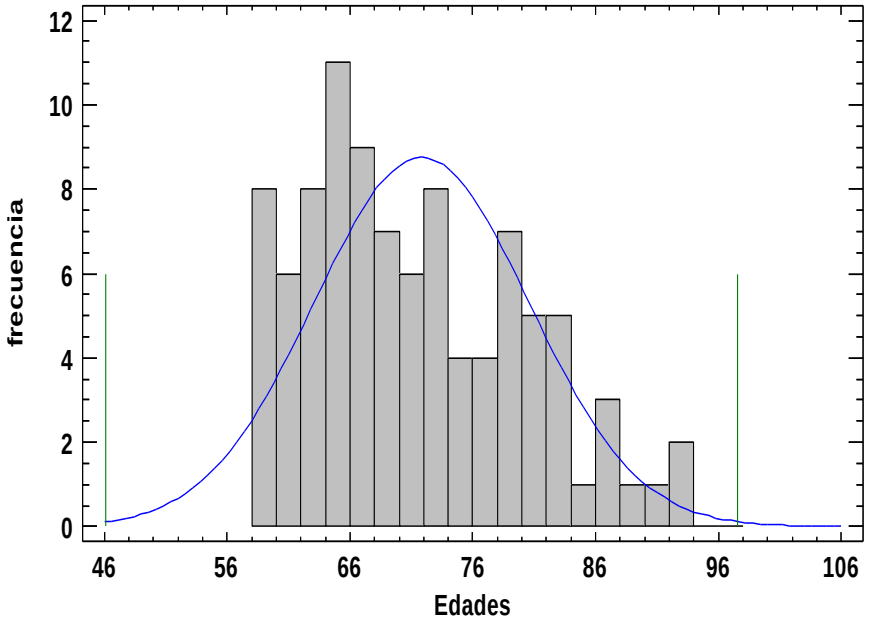
Se muestra la bondad de ajustes para distribución normal de la edad mediante Chi-cuadrado. El análisis de Chi-cuadrado distribuye el rango de edades en intervalos no trasladables y comprobar el número de observaciones en cada clase con el número esperado, según su base en la distribución ajustada, Los valores de Chi-cuadrado = 76,5; 21 gl; p = 3,0784E-8.

Debido a que el valor p más pequeño de las pruebas realizadas es menor a 0,05; se puede negar la idea de que las edades proviene de una distribución normal con 95% de confianza.

GRÁFICO N° 08

CURVA DE DISTRIBUCION NORMAL AJUSTADA EN LOS PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021

Valores de Distribución normal ajustada / media = 71,83 / desviación estándar = 8,75 / límite superior de tolerancia = 97,59 / límite inferior de tolerancia = 46,08.



Fuente: Ficha de recolección de datos

TABLA N° 15

CORRELACION BIVARIADA MEDIANTE RHO DE SPEARMAN ENTRE LA DEPRESIÓN Y LA FUNCIONABILIDAD FAMILIAR EN PACIENTES DE SEXO FEMENINO HOSPITALIZADAS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021

		Depresión	Funcionabilidad familiar
Depresión	Coeficiente de correlación	1,000	-0,002
	Sig, (bilateral)	0,00	0,992
	N	42	38
Funcionabilidad familiar	Coeficiente de correlación	-0,002	1,000
	Sig, (bilateral)	0,992	0,00
	N	38	38

Fuente: Ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

La Tabla N° 13, muestra el análisis bivariado mediante el estadígrafo no paramétrico Rho de Spearman, para determinar la relación entre depresión y funcionabilidad familiar de los pacientes encuestados, No se halló asociación (-0,02) entre la depresión y la funcionabilidad familiar en las pacientes geriátricas.

TABLA N° 16

CORRELACIÓN BICARIADA MEDIANTE RHO DE SPEARMAN ENTRE LA DEPRESIÓN Y FUNCIONABILIDAD FAMILIAR EN LOS PACIENTES DEL SEXO MASCULINO GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID - 19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA – 2021

		Depresión	**Funcionabilidad familiar**
Depresión	Coeficiente de correlación	1,000	-0,033
	Sig, (bilateral)	,	0,830
	N	46	46
Funcionabilidad familiar	Coeficiente de correlación	-0,033	1,000
	Sig, (bilateral)	0,830	0,00
	N	46	46

INTERPRETACIÓN:

La Tabla N° 14, muestra el análisis bivariado mediante el estadígrafo no paramétrico Rho de Spearman. No se halló asociación (-0,33) entre la depresión y la funcionabilidad familiar en los pacientes geriátricos.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio se evalúa la relación entre funcionabilidad familiar y la depresión en donde se evidencia mediante el análisis estadístico de Rho de Spearman en la que se demuestra que no se halla asociación para el sexo masculino (-0,33) y para el sexo femenino (-0,02), no obstante, nuestro resultado fue discordante con el estudio nacional de Carcausto (33), en el programa de pensión 65 en la provincia de espinar (Cusco) durante el año 2021 en la que relaciona funcionabilidad familiar y depresión, en la que menciona que existe una relación significativa entre funcionabilidad familiar y depresión con un coeficiente de correlación de Rho de Spearman de 0,530; en otro estudio realizado por Rodríguez y colaboradores (29) en un estudio realizado en la ciudad de México donde concluye que si existe relación entre ambas variables (p= 0,01).

Con respecto a los niveles de depresión, los dos géneros tanto masculino como femenino presentaron diferentes niveles de depresión, se menciona que para depresión grave de las mujeres encuestadas se presentó en un 6,82 % en el intervalo de edad de 90 -94 años, mientras que en el sexo masculino la depresión el mayor nivel que alcanzo fue hasta depresión moderada en un 70,83 % de 60 a 89 años, por lo que nuestro

resultado discrepa con el estudio nacional de Carcausto (33), en la que menciona que el grado de depresión severa en mujeres representa un 20,8% y los varones un 20,8% , pero guarda cierta relación con lo que propone Sánchez (26) en su estudio realizado en la ciudad de Costa Rica en la que menciona en que las mujeres del sexo femenino guardan más frecuencia de rasgos depresivos.

En el estudio nacional realizado Flores y colaboradores (30) indica que los adultos mayores presentan estados de depresión siendo la dimensión afectiva más prevalente 73%, somática (59%) y la cognoscitiva (68%), por la cual, nuestros resultados la dimensión que mayor frecuentemente y a la que respondieron mayor parte del tiempo se vio afectada la cognoscitiva (20%); afectiva (14,13%), la física (16,84 %) y la psicológica (19,29%) por lo que no se obtuvo cierta concordancia con los síntomas prevalentes.

En cuanto al estudio realizado por Lligisupa y colaboradores (26) en la ciudad de Ecuador en el hospital Homero Castenier Crespo evalúa a 82 adultos mayores la cual aplica la escala Yesevage, donde refiere que 35,3 % de los adultos mayores presentaron depresión leve, 11% depresión establecida y el 53,7% no presentó rangos depresivos, mientras que en nuestro estudio muestra el nivel de depresión general con su respectivo

porcentaje de los 92 pacientes encuestados donde se obvia el sexo, teniendo que de ellos el 22,82 % presento depresión leve, 51,09 % presento depresión moderada y el 26,09 % presento depresión grave o severa por lo que los índices hallados muestran un ligero aumento con respecto al estudio antes mencionado.

En relación con los síntomas depresivos afectivos en nuestro presente estudio el que más predisposición o la interrogante mayor mente contestada en relación a la frecuencia es que el adulto mayor presenta mayor parte del tiempo siente que los demás estarían mejor si el muriera (21,74 %), no obstante, se concuerda con el estudio que realiza Grover (23) en la población de la India hospitalizada donde el mayor síntoma afectivo que predomina es el estado de desinterés que presenta la población geriátrica siendo esta, un principal síntoma en tanto incrementan los problemas de movilidad.

En los estudios realizados por Minner y colaboradores (24) indican que la hipersomnia podría estar presente en los pacientes geriátricos que presentan depresión, por lo que la depresión fue asociada con la hipersomnia (OR: 2,59; IC 95%=1,28, 2,54) Nuestros resultados no tienen concordancia con este estudio planteado, pues casi la gran mayoría de

nuestros pacientes geriátricos encuestados presentaban la mayor parte del tiempo problemas como problemas para conciliar el sueño en la noche (17,39 %) , se cansa sin alguna razón (21,74%), problemas de estreñimiento (16,3) y pérdida de peso (18,48) , pero también guarda relación con el estudio de Diaz y colaboradores en su estudio en el que compara los adultos mayores cubanos y adultos mayores españoles que tenían depresión clínica encontró que los ancianos cubanos presentaban tendencia a pensar cosas desagradables del pasado (p = 0,011), perder peso sin habérselo propuesto por lo que está relacionado con nuestro estudio , disminución del apetito (p=0,000) y dormir menos de lo habitual (p=0,004).

Por otro lado a lo que concierne a los síntomas cognoscitivos en el estudio realizado por Perez y colaboradores (27) en la que compara adultos mayores cubanos con españoles con clínica depresiva menciona que las adultos mayores cubanos tienen mayor predisposición en lo cognitivo a la sentencia a sentirse inútil (p= 0,025) y a tener un peor estado de ánimo por la mañana (p= 0,016), mientras que en los adultos mayores españoles tenían más predisposición a tener dificultad a tomar decisiones (p=0,016), por lo que guarda cierta relación con nuestro estudio ya que a nuestra población encuestada le es difícil poder tomar decisiones (22,83%) y piensan que ya no son útiles un (27,7%).

En cuanto a la cohesión en el estudio de Flores (30) se obtuvo como resultado los adultos mayores presentan familia disfuncional de acuerdo a sus dimensiones, la Cohesión tuvo un valor de 55%, 54% de armonía, comunicación 48%, permeabilidad 56%, afectividad 47%, roles 54% y adaptabilidad 56%, por lo que en nuestro estudio se muestra que la cohesión en el sexo femenino fue relativamente bajo y la adaptabilidad fue alta, mientras que en el sexo masculino la cohesión fue relativamente baja y la adaptabilidad fue variable.

,

CONCLUSIONES

PRIMERA: El nivel de depresión va a existir en los dos sexos, pero el que más predomino fue la depresión moderada de los 60 a 84 años; depresión leve de los 75 a 79 años y en los hombres se encontró el nivel de depresión moderada de los 60 a 89 años y los otros dos niveles desde los 70 a 79 años,

SEGUNDA: En el sexo femenino, la cohesión de la funcionabilidad familiar fue muy baja, mientras que la adaptabilidad correspondió ser muy alta Para el sexo masculino, igualmente, la cohesión de la funcionabilidad familiar fue muy baja, En el caso de la adaptabilidad varió desde moderadamente baja desde los 65 hasta los 79 años y adaptabilidad moderadamente alta desde los 80 hacia adelante,

TERCERA: No se halló asociación entre la depresión y la funcionabilidad familiar en los pacientes geriátricos

CUARTA: Los pacientes respondieron con mayor parte del tiempo a las interrogantes para síntomas cognoscitivos (20%); afectiva (14,13%), la física (16,84 %) y la psicológica (19,29%),

RECOMENDACIONES

- Se debe de implementar pruebas de screening para el posterior diagnóstico clínico de depresión en los pacientes adultos mayores con el fin de poder diagnosticar a tiempo para que aquellos pacientes puedan recibir tratamiento oportuno,

- Se recomienda que en las sesiones de seguimiento a los adultos mayores se debe involucrar a los familiares ya que podría ser uno de los factores desencadenantes de la depresión en este grupo etario,

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huang X, Wei F, Hu L, Wen L, Chen K, Epidemiology and clinical characteristics of COVID-19, Arch Iran Med, 2020;23(4):268–271, https://doi,org/10,34172/aim,2020,09

2. Moazzami B, Razavi-Khorasani N, Dooghaie Moghadam A, Farokhi E, Rezaei N, COVID-19 and telemedicine: Immediate action required for maintaining healthcare providers well-being, J Clin Virol, 2020;126: 104345, https://doi,org/10,1016/j, jcv,2020,104345

3. Barello S, Palamenghi L, Graffigna G, Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic, Psychiatry Res, 2020;290: 113129, https://doi,org/10,1016/j,psychres,2020,113129

4. Bassi M, Negri L, Delle Fave A, Accardi R, The relationship between post-traumatic stress and positive mental health symptoms among health workers during COVID19 pandemic in Lombardy, Italy, J Affect Disord, 2021;280:1–6, https://doi,org/10,1016/j,jad,2020,11,065

5. Lai J, Ma S, Wang Y, et al, Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease, JAMA Netw Open, 2019;3:(3) e203976,

https://doi,org/10,1001/jamanetworkopen,2020,3976

6. Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H, The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public, A systematic review and meta-analysis, Psychiatry Res, 2020;291: 113190, https://doi,org/10,1016/j,psychres,2020,113190

7. de Carvalho I, Epping-Jordan J, Pot A, et al, Organizing integrated healthcare services to meet older people's needs, Bull World Health Organ, 2017;95: 756-763,

8. Gonzales C, Aguero J, Maxatan C,, Guerrero R,, Cuidado en salud mental en adultos mayores en la transición pandemia Covid-19 – nueva normalidad, Cogitare Enferm, 26 • 2021,

   https://doi,org/10,5380/ce,v26i0,78463

9. Mäkelä P, Stott D, Godfrey M, Ellis G, Schiff R, Shepperd S, The work of older people and their informal caregivers in managing an acute health event in a hospital at home or hospital inpatient setting, Age Ageing, 2020; 49:856-864,

10. Federman AD, Soones T, DeCherrie LV, Leff B, Siu AL, Association of a bundled hospital-at-home and 30-day postacute transitional care program with clinical outcomes and patient experiences, JAMA Intern Med, 2018; 178:1033-1041

11. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, Crawford JM, McGinn T, Davidson KW, et al, Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes among 5700 Patients Hospitalized with COVID-19 in the New York City ÁREA, JAMA - J Am Med Assoc 2020;323:2052–9,

https://doi,org/10,1001/jama,2020,6775

12. Onder G, Rezza G, Brusaferro S, Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy, JAMA 2020, https://doi,org/10,1001/jama,2020,4683

13. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al, Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients with 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China, JAMA - J Am Med Assoc 2020, https://doi,org/10,1001/jama,2020,1585

14. Galea S, Merchant RM, Lurie N, The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention, JAMA Intern Med 2020;180:817–8, https://doi,org/10,1001/jamainternmed,2020,1562

15. Cuffaro L, Di Lorenzo F, Bonavita S, Tedeschi G, Leocani L, Lavorgna L, Dementia care and COVID-19 pandemic: a necessary digital revolution, Neurol Sci 2020;41: 1977–9, https://doi,org/10,1007/s10072-

020-04512-4

16. De Filippo O, D'Ascenzo F, Angelini F, Bocchino PP, Conrotto F, Saglietto A, et al, Reduced Rate of Hospital Admissions for ACS during COVID-19 Outbreak in Northern Italy, N Engl J Med 2020, https://doi,org/10,1056/nejmc2009166

17. Vindegaard N, Eriksen Benros M, COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence, Brain Behav Immun 2020, https://doi,org/10,1016/j,bbi,2020,05,048

18. Terranova BAE, Viteri CEA, Medina MGM, Zoller AMJ, Desarrollo cognitivo y funcionalidad familiar de infantes en las comunidades urbano-marginales de Ecuador, Revista De Ciencias Sociales 2019, 25: 330-340,

19. Calderon D, Epidemiologia de la depresión en el adulto mayor , Elservier, Rev Med Hered, 2018; 29:182-191,

DOI: https://doi,org/10,20453/rmh,v29i3,3408}

20. Rodriguez-Vargas Malvin, Pérez-Sánchez Lisandra, Marrero-Pérez Yanela, Rodríguez-Ricardo Annalié, Pérez-Solís Dayana, Peña-Castillo Yuliet, Depresión en la tercera edad, AMC -2022; 26: e8459,

Disponible en: http://scielo,sld,cu/scielo,php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552022000100024&lng=es, Epub 05-Abr-2022,

21. Sánchez,A, Depresión, socialización y autonomía en ancianos institucionalizados International Journal of Developmental and Educational Psychology, vol, 2, núm, Esp,1, pp, 251-258, 2019

22. Costa F, Sanchez A, Hidalgo N, et al, Población sin seguro de salud, Sobre la base de los censos nacionales 2017 XII de población, VII de vivienda, y III de comunidades indígenas, INEI, Noviembre del 2018,

https://www,inei,gob,pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1587/libro02,pdf

23. Grover S, Sahoo S, Chakrabarti S, Avasthi A, Ansiedad y síntomas somáticos en ancianos con depresión Asian J Psychiatr, 2019 Mar; 41:66-72,

doi: 10,1016/j,ajp,2018,07,009, Epub 2018 Jul 18, PMID: 30054249

24. Miner B, Gill TM, Yaggi HK, Redeker NS, Van Ness PH, Han L, Vaz Fragoso CA, The Epidemiology of Patient-Reported Hypersomnia in Persons With Advanced Age, J Am Geriatr Soc, 2019 Dec;67(12):2545-2552,

doi: 10,1111/jgs,16107, Epub 2019 Aug 7, PMID: 31390046; PMCID: PMC6898735,

25. Lliguisupa V, Álvarez-Ochoa R, Bermejo D, Ulloa A, Estrada J, Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de Segundo nivel, RCPI 30 jun 2020; 8(1):16-1,
Disponible en:

https://incyt,upse,edu,ec/pedagogia/revistas/index,php/rcpi/article/view/310

26. Sánchez-Gonzáles R, Marín-Mora A, Depresión en adultos mayores de Costa Rica: situación y factores de riesgo en centros diurnos, Revista Hispanoamericana De Ciencias De La Salud, 2015, 1(2), 74–80,

27. Pérez R, Martin M, Riquelme A, DEPRESIÓN y factores psicosociales en personas mayores cubanas y españoles, Revista del hospital Psiquiatrico de la Habana, 2016 Volumen 13 No,3

28. Maestre E, Cohesión, adaptabilidad familiar y bienestar psicológico en los adultos mayores [tesis para optar el título de magister en desarrollo social], Barranquilla, Universidad del Norte, departamento de psicología, 2019

29. Rodríguez-Tovar G, Medrano-Martínez M, Castro-García R, Rivera-Vázquez P, Funcionalidad familiar y depresión en adultos mayores en

una Institución de Salud de Ciudad Victoria, Rev Enferm Neurol , 2019 17(2):33–41, Disponible en: https://revenferneurolenlinea,org,mx/index,php/enfermeria/article/view/264/294

30. Flores S, Funcionamiento familiar y estado de depresión en adultos mayores del centro de salud Magdalena Sofia El agustino Marzo 2021 [tesis para optar el titulo profesional de licenciada en enfermería], Lima – Perú, Universidad San Juan Bautista, Escuela profesional de enfermería, 2021,

31. Saen-Miguel S, Runzer-Colmenares M, Parodi, J , Trastornos depresivos en adultos mayores de once comunidades altoandinas del Perú, 2013-2017, Acta Médica Peruana 2019; 36(1), 26-31,

32. Barrientos-Prada C,, Díaz-Gervasi, G, Relevancia del apoyo social en el estrés y síntomas depresivos en la tercera edad, CASUS, Revista De Investigación Y Casos En Salud, 2018; 3(2), 72-82,

https://doi,org/10,35626/casus,2,2018,74

33. Carcausto N, Ciprian J, Funcionalidad familiar asociada a depresión en adultos mayores del programa Pension 65 del distrito de Pichigua, provincia de espinar – cusco 2021 [tesis para optar por el titulo profesional de licenciado en Psicologia], Ica – Perú, Universidad

autónoma de Ica, Programa acadeico de psicología,

34. Choque K, La depresión en el adulto mayor en el contexto de COVID-19, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohoman, Investigación e Innovación, Vol, 1, Núm, 2, pp, 68-77, (2021) ISSN-e 2664-4649,

    https://orcid,org/0000-0001-7460-2870

35. Chucuya P, Relación de los factores psicosociales y la autonomía funcional del adulto mayor institucionalizado del centro de atencion residencial del adulto mayor San Pedro de Tacna 2011, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohoman, Tacna 2011, Repositorio institucional:
    http://www,repositorio,unjbg,edu,pe/bitstream/handle/UNJBG/343/TG0201,pdf?sequence=1&isAllowed=

36. Terroso R, Serrano A, Maurandi J, et al, Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos, Región de Murcia consejo de sanidad,
    https://consaludmental,org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos,pdf

37. Jara I, DEPRESIÓN de adultos mayores de una asociación de vivienda en Chiclayo, 2016,[tesis para optar el título de licenciado en psicología], Universidad católica Santo Toribio de Modrovejo, Chicalayo,

38. She R, Yan Z, Jiang H, Vetrano DL, Lau JTF & Qiu C, Multimorbidity and Health- Related Quality of Life in Old Age: Role of Functional Dependence and Depressive Symptoms, Journal of the American Medical Directors Association 2019 Nov 20(9):1143-1149,

39. Koenig AM, Bhalla RK, Butters MA, Cognitive functioning and late-life depression J, Int, Neuropsychol, Soc, 2014, 20:461-467,

40. Cao, W,, Guo, C,, Ping, W,, Tan, Z,, Guo, Y, y Zheng, J, Un estudio basado en la comunidad sobre la calidad de vida y la depresión entre los adultos mayores, Revista internacional de investigación ambiental y salud pública , 2016, 13 (7), 693, https://doi,org/10,3390/ijerph13070693

41. She R, Yan Z, Jiang H, Vetrano DL, Lau JTF & Qiu C, Multimorbidity and Health- Related Quality of Life in Old Age: Role of Functional Dependence and Depressive Symptoms, Journal of the American Medical Directors Association 2019 Nov 20(9):1143-1149,

42. Aguilar-Navarro S,, & Avila-Funes J, A,La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor [Depression: clinical features and consequences among the elderly], Gaceta medica de Mexico, 143(2), 141–148,

43. Yoong RK, Mooppil N, Khoo EY, Newman SP, Lee VY, Kang AW, Griva K, Prevalence and determinants of anxiety and depression in end stage renal disease (ESRD), A comparison between ESRD patients with and without coexisting diabetes mellitus, J Psychosom Res, 2017 Mar; 94:68-72, Http://doi,10,1016/j,jpsychores,2017,01,009

44. Rosas C, Oliveira H, Neri A, Ceolim M, Depressive symptoms, symptoms of insomnia and stressful events in hypertensive older adults: Cross-sectional study, Enferm Clin (Engl Ed), 2022 May-Jun;32(3):195-202,

doi: 10,1016/j,enfcle,2021,04,007, PMID: 35690430

45. Ayala-Escudero, A,, Hernández-Rincón, E, H,, Avella-Pérez, L, P,, & Del Mar Moreno-Gómez, M,, Rol del médico de familia en la prevención primaria y secundaria de la depresión en el adulto mayor, Semergen 2021,47(2), 114–121, https://doi,org/10,1016/j,semerg,2020,09,009

46. Piñar Sancho, G,, Suárez Brenes , G,, & De La Cruz Villalobos, N,, Actualización sobre el trastorno depresivo mayor, Revista Médica Sinergia, 2020; 5(12), e610, https://doi,org/10,31434/rms,v5i12,61

ANEXOS

ANEXO 01

FICHA DE MONITOREO DEL PACIENTE

HOSPITAL……,

SERVICIO……,

FECHA……,,……,

REFERENCIA

……,

1.DATOS DE FILIACION DEL PACIENTE

NOMBRE:			DNI:	
SERVICIO:	CAMA:	EDAD:	RAZA	H,C,
F, INGRESO	F, EVENTO	PESO	TALLA	TELF,

2. RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA

T,E,	T, EV,		I,		C,	
3,1, SIGNOS Y SINTOMAS						
3,2 RELATO DEL HECHO						
3,3 ANTECE, PATOL,			FACTORES PREDISPONENTES			
3,4 HABITOS NOCIVOS:	CAFE	CAFE	TE	ALCOHOL	TABACO	OTRO
3,5 FUNCIONES VITALES	P,A	F,C	F,R	T,		
3,6 EXAMEN FISICO:						
3,7 IMPRESION DIAGNOSTICA:						

4. ANAMNESIS FARMACOLOGICA: INDICACION,

IND,	MEDICAMENTO	MOTIVO

5. FARMACOTERAPIA:

1					1				
2					2				
3					3				
4					4				

ANEXO 02

ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA DEPRESIÓN DE ZUNG (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con qué frecuencia el enunciado describe laforma en que usted se ha sentido en los últimos días,

Por favor marque (X) la columna adecuada	**Poco tiempo**	**Algo del tiempo**	**Una buena parte del tiempo**	**La mayor parte del tiempo**
1, Me siento decaído y triste,				
2, Por la mañana es cuando me sientomejor,				
3, Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto,				
4, Tengo problemas para dormir por lanoche,				
5, Como la misma cantidad de siempre,				
6, Todavía disfruto el sexo,				
7, He notado que estoy perdiendo peso,				
8, Tengo problemas de estreñimiento,				
9, Mi corazón late más rápido de lo normal,				
10, Me canso sin razón alguna,				
11, Mi mente está tan clara como siempre,				
12, Me es fácil hacer lo que siempre				

hacía,				
13, Me siento agitado y no puedo estarquieto,				
14, Siento esperanza en el futuro,				
15, Estoy más irritable de lo normal,				
16, Me es fácil tomar decisiones,				
17, Siento que soy útil y me necesitan,				
18, Mi vida es bastante plena,				
19, Siento que los demás estarían mejor siyo muriera,				
20, Todavía disfruto de las cosas quedisfrutaba antes,				

ANEXO: 03
CUESTIONARIO SOBRE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR

(FACES III)

Para la siguiente escala elige una de las opciones marcando con una "X", de acuerdoal nivel de frecuencia:

Según el número indicado; donde:

- Nunca: 1
- Casi nunca: 2
- Algunas veces :3
- Casi siempre: 4
- Siempre: 5

N°,	Enunciados	Puntaje				
1	Los miembros de mi familia se apoyan entre si	1	2	3	4	5
2	En mi familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas	1	2	3	4	5
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia	1	2	3	4	5
4	Los hijos pueden opinar acerca de la disciplina que les dan sus padres	1	2	3	4	5
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más Cercanos	1	2	3	4	5
	En nuestra familia, cualquier miembro puede asumir la autoridad	1	2	3	4	5
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la familia	1	2	3	4	5
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas cada vez que lo requieren	1	2	3	4	5
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia	1	2	3	4	5
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relacion a los Castigos	1	2	3	4	5
11	Nos sentimos muy unidos	1	2	3	4	5
12	En nuestra familia los hijos toman decisiones	1	2	3	4	5
13	Cuando se toma una decisión importante toda la familia está presente	1	2	3	4	5
14	En nuestra familia las reglas de vida cambian	1	2	3	4	5
15	Con facilidad podemos planear actividades para hacerlo en familia	1	2	3	4	5
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre Nosotros	1	2	3	4	5
17	En nuestra familia nos consultamos unos con otros para tomar decisiones	1	2	3	4	5
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la Autoridad	1	2	3	4	5
19	La unión familiar es muy importante	1	2	3	4	5
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar	1	2	3	4	5

ANEXO: 04

Funcionamiento familiar según modelo circumplejo de Olson

Cohesión / Adaptabilidad		Bajo	Moderado	Alto	
		Desligada	Separada	Conectada	Aglutinada
Bajo	Caótica				
Moderado	Flexible				
Moderado	Estructurada				
Alto	Rígida				

Familias balanceadas

Familias de rango medio

Familias extremas

ANEXO 05
CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOJA DE REFERENCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, ……, identificado con DNI N° ……, (los datos que se consignarán serán de manera confidencial), declaro que he sido informado e invitado a participar de manera voluntaria en la investigación denominada:

"FUNCIONABILIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITALHIPÓLITO UNANUE DE TACNA-2021",

Y que el investigador ha explicado los propósitos de la presente investigación, por lo tanto, entiendo que no genera ningún riesgo para mi salud,

Habiendo sido aclarada mis dudas con completa libertad y encontrándome satisfecho (a) con las respuestas **ACEPTO ( ) NO ACEPTO ( )** mi participación en la presente investigación,

Firma del participante:

……
DNI:
Cel: ……
Firma autor responsable

FECHA:

HORA:

LUGAR:

Tacna, …, de ……, Del 2022

ANEXO 06: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO : FUNCIONABILIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DURANTE LA COVID-19 EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA-2021

AUTOR : Bach, Luis Angel Magallanes Salazar

<table>
<tr><th>PROBLEMA</th><th>OBJETIVOS</th><th>VARIABLES</th><th>METODOLOGÍA</th></tr>
<tr>
<td rowspan="3">GENERAL:
¿Cómo influye la funcionabilidad familiar ante los síntomas depresivos en pacientes geriátricos hospitalizados en el área de medicina interna durante la COVID-19?</td>
<td>GENERAL:
Evaluar la relación entre funcionabilidad familiar y la depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina interna durante la COVID-19,</td>
<td rowspan="3">Variable Dependiente:
Depresión,

Variable Independiente:
Funcionabilidad familiar

Dimensiones:
1) Datos personales
-Edad
-Sexo
-Grado instrucción
-Ocupación,
-Tiempo de enfermedad
-Tiempo de estancia hospitalaria,
-Tratamiento recibido</td>
<td rowspan="3">Diseño
Descriptivo Correlacional
Población
Pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital Hipólito Unanue-, durante el año 2021,
Muestra:
La muestra es no probabilística y será formada con 92 pacientes que han sido seleccionados de manera aleatoria de manera que cumplan con los criterios de inclusión,
Técnica
Revisión documental,
Instrumento
Historia Clínica,
Sistema Informático hospitalario,</td>
</tr>
<tr>
<td>ESPECÍFICOS:
Determinar los síntomas depresivos en pacientes geriátricos hospitalizados en el área de medicina interna del hospital Hipólito Unanue de Tacna 2021,</td>
</tr>
<tr>
<td>Determinar el grado de cohesión y adaptabilidad familiar en los pacientes geriátricos hospitalizados en el área de medicina interna del hospital Hipólito Unanue de Tacna 2021,</td>
</tr>
</table>

	Asociar la síntomas depresivos y funcionabilidad familiar en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital Hipólito Unanue de Tacna 2021		Escala de Depresión de Zung Escala de funcionalidad familiar (FACES III) **Estadística** Microsoft Office Excel, para luego exportarlo al Software estadístico SPSS v, 25 y el programa estadístico profesional SPSS v25, Se uso la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk y para las variables la prueba de Chi cuadrada,