



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO:

“DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA DEL
ADULTO MAYOR EN EL ANCIANATO
“HUGO AGILA VARGAS” DEL CANTÓN
PALTAS”

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

DIRECTORA:

Lic. Rosa Maria Araujo Álvarez

AUTORA:

Rosa Karlita Betancourt Vasquez.

LOJA – ECUADOR

2015

CERTIFICACIÓN

Lic. Rosa Araujo Álvarez

DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - CARRERA DE ENFERMERÍA

Certifico que el presente trabajo de tesis titulada, **DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR EN EL ANCIANATO “HUGO AGILA VARGAS” DEL CANTÓN PALTAS**, de autoría de la Srta. Rosa Karlita Betancourt Vásquez, previo a la obtención del título de Licenciada de Enfermería, ha sido orientado, dirigido y revisado bajo mi dirección, tanto en su forma como en su contenido, de conformidad con los requerimientos institucionales y que luego de las correcciones respectivas autorizo su presentación, para la sustentación, defensa y disertación del mismo ante el respectivo tribunal de grado.

Loja, Enero del 2015


.....
Lic. Rosa María Araujo Álvarez
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Rosa Karlita Betancourt Vásquez declaro ser autora el presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: Rosa Karlita Betancourt Vásquez.

Firma: 

Cédula: 1103806608

Fecha: Enero 2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Rosa Karlita Betancourt Vásquez, declaro hacer autora de la tesis titulada: **DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL ANCIANATO “HUGO AGILA VARGAS” DEL CANTÓN PALTAS**, como requisito para optar al título de Licenciada en Enfermería, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenios la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 5 días del mes de enero del 2015, firma la autora.

Firma

Autora Rosa Karlita Betancourt Vásquez
Cédula 1103806608
Dirección Barrio Plazoleta Loja
Correo electrónico: rosa.karlita@hotmail.com
Celular: 0959922016

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de tesis:

Licenciada. Rosa María Araujo Álvarez

Tribunal de grado:

Presidenta: Lic. Balbina Enith Contento Fierro, Mg. Sc.

Vocal: Lic. Amada Balbina Guamán Castillo, Mg. Sc.

Vocal: Dr. Wilmer Oscar Sarango Peláez.

AGRADECIMIENTO

Una mención de gratitud quiero hacer extensivo al personal Académico y Administrativo de la Universidad Nacional de Loja, de manera especial a la Coordinadora de la Carrera de Enfermería por su apoyo y entrega desinteresada, a mis profesores de la Universidad y de manera especial agradezco a mi **Directora de Tesis Lic. Rosa Araujo** por los conocimientos impartidos fruto de su amplia experiencia y su asesoría, por el tiempo compartido, por su paciencia y perseverancia, quien estuvo pendiente del desarrollo de este trabajo; detalles que me permitieron desarrollar y culminar con éxito el presente trabajo investigativo.

A mis hijos Wendy y Jandry, al compañero de mi vida Líder Barrionuevo que me acompañaron en esta aventura que significó mi formación y de forma incondicional, entendieron mis ausencias y mis malos momentos, son a ellos a quien les debo todo, horas de consejos, de regaños, de correcciones, de tristezas y de alegrías de las cuales estoy muy seguro que las han hecho con todo el amor del mundo para formarme como un ser integral y de las cuales me siento extremadamente orgullosa.

También agradezco al personal administrativo y residentes en el Ancianato "**HUGO AGILA VARGAS**" del Cantón Paltas, quienes colaboraron de manera desinteresada en el desarrollo del presente trabajo.

Rosa Karlita Betancourt Vasquez.



DEDICATORIA

Son tantas personas a las cuales debo parte de este triunfo, de lograr alcanzar mi culminación académica, la cual es el anhelo de todos los que así lo deseamos.

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi Madre, porque será siempre mi inspiración para alcanzar mis metas, por enseñarme que todo se aprende y que todo esfuerzo es al final recompensa. Tu esfuerzo, se convirtió en tu triunfo y en el mío.

La Autora

1. TÍTULO

**DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR
EN EL ANCIANATO “HUGO AGILA VARGAS” DEL
CANTÓN PALTAS”**

2. RESUMEN

La presente investigación tiene como finalidad determinar la prevalencia de la depresión en adultos mayores, en el ancianato “Hugo Agila Vargas” del cantón Paltas con fines preventivos; por lo que he fundamentado teóricamente la problemática de la depresión en el adulto mayor, que inciden en la aparición de los episodios depresivos, así como se evaluó la salud mental con énfasis en la calidad de vida y funcionamiento emocional; llevándose a cabo la investigación en el ancianato “Hugo Agila Vargas” del cantón Paltas, diseñando estrategias de afrontamiento con el apoyo de terapias alternativas para prevenir la depresión en el adulto mayor y mejorar la calidad de vida. La presente investigación de tipo descriptivo, se trabajó con un universo de 25 personas 11 hombres y 14 mujeres que se encuentran asilados en el ancianato. Se utilizó el test de depresión de Yesavage y la aplicación de la escala de calidad de vida de FUMAT elaborado por Schalock y Verdugo 2009, se determinó el nivel de depresión en el adulto mayor y su impacto en la calidad de vida de los adultos. Finalmente los adultos mayores presentaron depresión, en porcentaje decreciente, de las 25 personas adultas mayores, 16 personas depresión grave, 6 de ellas manifestaron depresión moderada, 3 restantes presentaron depresión leve. Se comunica a la directiva encargada del hogar, que se realice un llamado a las autoridades gubernamentales, MIESS, MSP, UNL, se implementen dentro de las políticas protocolarias un programa de atención integral encaminadas a mejorar su bienestar físico, cognitivo y sobre todo emocional, con el fin de desarrollar estrategias enmarcadas a la creación de entornos cada vez más saludables donde se brinde un trato digno, cálido y humanitario al adulto mayor.

Palabras Claves: Adulto mayor, depresión, calidad de vida.

ABSTRACT

The present investigation you have as objective determine the Prevalence of Depression in Older Adults in Ancianato “Hugo Agila Vargas” the canton Paltas with preventive purposes; so I've inform theoretically the problem of depression in the elderly, affecting in the appearance of depressive episodes, as well as was evaluated mental health with emphasis on quality of life and emotional functioning; taking without the investigation in the Ancianato Hugo Agila Vargas the canton Paltas designing strategies the coping with the support of therapies alternatives to prevent the Depression in the elderly and improve the life quality. The present investigation is the type descriptive, worked with a universe of 25 people 11 men and 14 women that found asylees in the Ancianato was utilized test the depression Yesavage and the application the life quality FUMAT elaborate by Schalock and Verdugo 2009, was determined the level of depression in the elderly and its impact in the life quality. Finally the Old People presented depression, in decreasing numbers of the 25 Old People, 16 people severe depression, 6 are manifested moderate depression, 3 remaining presented mild depression. It communicates to the directive in charge of home, that do a call to government authorities, MIESS, MSP, UNL, are implemented within the policies protocolary a program the attention integral aimed to improve their welfare physical, cognitive and above all emotional of developing strategies framed to create the environments every time healthier where provide a treatment worthy, warmer and Humanitarian of the elderly.

Key words: elderly, depression, quality of life.

3. INTRODUCCIÓN

Según la OMS (2005), la depresión es un trastorno de salud mental que genera ansiedad y baja autoestima, **manifestando cambios** en el estado de ánimo que interfieren en la vida diaria durante un periodo de tiempo y en **estados graves**, puede llevar al suicidio.

La etapa del adulto mayor se ubica como la última de la vida del ser humano, punto en donde el desarrollo se detiene y los seres humanos tienen como perspectiva el fin de la vida; durante la cual ocurren cambios paulatinos que van haciendo consciente al individuo de que está envejeciendo, la forma de reaccionar ante estos cambios dependerá de la historia y la personalidad de cada ser, así como de la cultura en la que se desarrollen. No sólo se “presentan modificaciones en torno a su salud y al aspecto físico, también se dan en cuanto a la forma de percibir y expresar emociones, así como en el lugar que se ocupa y el rol que desempeña dentro del medio en el que la persona se desenvuelve”¹. Será entonces que cuando hablamos de vejez, entre una de sus características se podría citar a la depresión, como una consecuencia de la misma, o será que algunos adultos mayores aceptan con más asertividad este estadio de su vida.

El presente trabajo de investigación pretende realizar un análisis, de cuántos adultos mayores presentan trastornos depresivos, tomando como muestra, a los que se encuentran internados en el Ancianato “Hugo Agila Vargas”, teniendo contacto directo con ellos, no solo como objeto de estudio, sino como parte de nuestro crecimiento personal y humano, es necesario conocer la calidad de vida de dicha población considerada en declive, debilidad o caducidad, quizá, porque son incomprendidos, vejados, o porque en sus hogares no existe espacio para ellos, o si lo hay, resultan ser un estorbo, siendo más cómodo, internarlos, pues se supone que estarán mejor atendidos.

¹Medina, María, Lozano, Rafael.(2005). *Depresión en población adulta* en México 2006.Disponible en <http://www.Jns.mx>, Pdf

De ahí la importancia de investigar esta problemática, pues al conocerla más de cerca, las expectativas planteadas y las que se pretenden alcanzar, serán sin lugar a dudas, más objetivas y veraces, comprobando de alguna manera cuánto afecta la vejez en el ser humano, cuántos de ellos se deprimen, o cuántos no.

Aunque, todo parece indicar que la mayoría de ellos, presentan crisis depresivas, por los estereotipos negativos acerca del envejecimiento y la vejez; conforman parte del imaginario colectivo, perjudican el buen envejecer y dificultan la adecuada inserción del adulto mayor a la sociedad. “Siendo la mayoría de las actitudes que giran en torno de la vejez, desfavorables y como estas son percibidas y asumidas por los adultos mayores, los llevan a comportarse de acuerdo con los estereotipos que lo definen, lo que muy a menudo hace poco satisfactoria su calidad de vida, ya que dichas actitudes afectan de manera directa la forma en cómo viven y como se sienten hacia sí mismas”². Este sentir suele conducir a situaciones de tipo depresivo.

El sustento científico bibliográfico, implica abordar en el presente trabajo conceptos claves, que nos dan el marco de comprensión de dicha problemática ya sea en el campo de la medicina como tal o en el campo psicológico, patológico o psiquiátrico; pues, una vez que se contextualice estos conceptos, permitirán cumplir con los objetivos específicos aquí planteados.

Una descripción generalizada sobre lo que es depresión, depresión “constituye una información afectiva de la pérdida de valor y de sentido en la propia vida, provocando un vacío existencial y en muchos casos la desmotivación para seguir viviendo, pues creen que vivir ya no es importante y que es preferible morir, y de hecho algunos pueden estar como muertos en vida”³.

² Delgadillo, Leonor. *Depresión en adultos mayores del Valle de Toluca*, Estado de México. Febrero del 2010
Disponibile en: <http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/handle/10401/763>

³Alonso,Patricia Félix J. Sansó Soberats, Diaz,,María,Navarro,Canel. Instituto de Ciencias Médicas de la Habana 2007.
Disponibile en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n1/spu10107.pdf>

Las cifras de depresión en pacientes mayores son difíciles de comparar, ya que algunos estudios cuantifican su prevalencia mediante instrumentos de diagnóstico, como la entrevista psiquiátrica, mientras otros estudian la presencia de manifestaciones con la aplicación de escalas orientativas. Según el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, se calcula que un 15% de las personas mayores de 65 años ha presentado episodios de depresión en algún momento, y los síntomas tienden a hacerse crónicos con más frecuencia. Un 2,5% de estas depresiones sería de tipo severo y un 13% de tipo leve. El estudio *Depression Research in European Society* muestra una prevalencia de depresión mayor en pacientes en edades comprendidas entre los 65 a 74 años del 5,4% y del 9,7% en los mayores de 75 años; la prevalencia de la depresión se acerca al 20% en los pacientes institucionalizados, y cuando existen otras afecciones, como enfermedades cardiovasculares, tumores, los porcentajes crecen de manera significativa.

La institucionalización en residencias se asocia a factores que favorecen la aparición de cuadros o síntomas depresivos y que pueden dar lugar a un aumento de la prevalencia de este proceso. Sentimientos de abandono en la residencia, aislamiento o alejamiento de la red socio familiar habitual, cambios significativos en el estilo de vida con adaptación a un reglamento y normas que pueden condicionar la intimidad y la autonomía, originan sentimientos de minusvalía, pérdida de libertad y bajo nivel de satisfacción.

Los distintos estudios realizados en hogares para ancianos en España, señalan que existe una mayor tasa de depresión en aquellos **ancianos institucionalizados**, que en los que viven en la comunidad y no existe una similitud clara entre el nivel de depresión y la edad del adulto mayor.

El autor español Antonio Riquelme de la Universidad de Murcia en España, en su libro “Depresión en Residencias Geriátricas 2008” manifiesta que existe amplias diferencias entre el nivel de depresión, ancianos que residen en un hogar para ancianos que aquellos que no se encuentran institucionalizados.

4. REVISIÓN LITERATURA

La persona adulta mayor (PAM), se lo define como una persona de edad avanzada mayor de 65 años de edad, subdivididas en las siguientes categorías de 60 a 74 años se los considera como edad avanzada, de 75 a 89 años se considera arcaicas o veteranas, 90 a 99 años se los denominan longevos y mayor de 100 años centenarios. Organización Mundial de la Salud (2005).

Los cambios físicos afectan a todos los órganos y sistemas a partir de los 60 años de edad, es un proceso normal degenerativo del ser humano”. Los cambios físicos más comunes que se presenta en el adulto mayor son los siguientes: “Pérdida progresiva de la capacidad visual (presbicia, ectropión, cataratas), hipoacusia progresiva, cambios en la mucosa oral, disminución de los tejidos de sostén muscular (senos péndulos, disminución del tamaño testicular), atrofia de la mucosa gástrica e intestinal, cifosis (curvatura anormal a nivel de la columna), hipertrofia prostática, pérdida de la elasticidad muscular y resistencia de las articulaciones, degeneramiento de estructuras óseas (osteoporosis, artritis), pérdida progresiva del lívido, dispareunia, hipertensión, disminución de la estatura”⁴ (atrofia los discos intervertebrales)

Cambios psicológicos, baja autoestima, sensación de pérdida de memoria, despersonalización, sensación de peligro a caerse, inseguridad, pensamientos negativos, sentimientos de culpa, hipersomnia/insomnio, demencias seniles, refugio del pasado, agresividad, hostilidad.

Cambios cognitivos:

Memoria inmediata, la persona tiene dificultad para recordar hechos muy recientes.

Memoria a largo plazo, almacena en ella una cantidad indeterminada de información durante largos periodos de tiempo, (conservada)

⁴ Sierra. Felipe. Viviana Pérez (2009 Febrero) *Biología del Envejecimiento*: Artículo Especial;137:296,30

Lenguaje, durante el proceso de envejecimiento se reducen a la dificultad en la denominación o evocación de palabras y reducción de la fluidez verbal.

Afectividad emocional, depende de la personalidad del propio individuo de su capacidad para enfrentar los cambios familiares, laborales sociales y físicos.

Deterioro cognitivo, disminución de rapidez, concentración, atención y razonamiento inductivo.

Cambios sociales, pérdida constante de seres queridos, rotura de lazos sociales, deterioro económico, aislamiento social, comunicación ineficaz, abusos sexuales, discriminación y falta de oportunidades

Cambios de la personalidad, introversión, conformismo, ausencia de sociabilidad, menor impulsividad, mayor rigidez.

Relaciones afectivas del adulto mayor, pérdida de pareja, familia, amistades y falta de redes de apoyo.

DEPRESIÓN. Es un “síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida”⁵. La depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo (voluntad) o incluso somático. La persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo. La depresión puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral hasta el suicidio.

⁵ Crespo. Jonathan. Tesis Doctotal, *Prevalencia de depresión en los adultos mayores de los asilo de lo9s cantones Azogue, Cañar, Tambo de la provincia del Cañar*, año 2011

ETIOLOGÍA

Bioquímicas Cerebrales. La teoría de las **catecolaminas** son “secretadas en la sangre cuando una persona está bajo estrés físico o emocional, las catecolaminas son: **dopamina** relacionada con emociones y sentimientos de placer, asociadas a los mecanismos de defensa del cerebro, **noradrenalina** afecta, como neurotransmisor a las neuronas simpáticas, incrementando el ritmo cardíaco , y como hormona afecta a los niveles de atención, frecuencia cardíaca, incrementa el flujo sanguíneo al músculo y el oxígeno al cerebro, **epinefrina** hormona y neurotransmisor, es secretada por las glándulas suprarrenales en situaciones de alerta o emergencia, tiene la capacidad de incrementar el ritmo cardíaco, el tamaño de las pupilas, la frecuencia respiratoria, el metabolismo del cuerpo y retarda el sistema digestivo para hacer llegar más sangre a la musculatura ,postula que en la depresión hay un déficit absoluto o relativo de norepinefrina. Posteriormente se ha sugerido un déficit de **serotonina** son neurotransmisores que se encuentran en varias regiones del sistema nervioso central y que tienen mucho que ver con el estado de ánimo”⁶ sería un prerrequisito básico en la etiología de la depresión.

Neurofisiológicos. Acortamiento de la latencia de los movimientos oculares rápidos (MOR) durante el sueño.

Genéticos y familiares. Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica.

Factores psicológicos. No adaptación al envejecimiento, baja autoestima, dificultades en la concentración, aislamiento social, trastornos de conducta, frecuencia de síntomas psicóticos (delirio), trastornos de la personalidad, situaciones estresantes, dificultad para tomar decisiones

Causas secundarias Accidente cerebro vascular, cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos.

⁶ Wikimedia Commons alberga contenido multimedia sobre Catecolamina.
http://www.nlm.nih.gov/cgi/mesh/2007/MB_cgi?mode=&term=Catecholamines

DEPRESIÓN EN LA PERSONA ADULTA MAYOR

El principal problema psicológico que se plantea el individuo que llega a la vejez, es cómo lograr adaptarse a esta nueva situación existencial; es por ello que "se puede envejecer bien o mal". La sensación de inseguridad aumenta en la vejez. "Este sentimiento de inseguridad se encuentra alimentado por factores tan diversos, como dificultades económicas, modificaciones en el modo de vida, restricción del entorno social y aislamiento, muertes de familiares, muerte de la pareja en el caso de PAM casadas o que convivieron toda la vida con la pareja y amigos, menor autonomía. Estos hechos originan vivencias angustiantes, que se traducen en manifestaciones psicológicas como rigidez, religión, desconfianza, egoísmo⁷"

En el entorno social del anciano se producen cambios importantes, que afectan a las relaciones conyugales, a las relaciones entre padres e hijos y a las relaciones sociales en general. Las dificultades de adaptación a estos cambios que ocurren en la vejez, provocan un abatimiento psicológico y pueden originar una enfermedad depresiva

La cercanía de la muerte tiene importantes connotaciones psicológicas y la concreción personal de la misma se acepta con dificultad y en muchos casos, con tristeza y desasosiego. "Estas especificidades de la vejez, favorecen la aparición de depresiones de inicio tardío o descompensan enfermedades depresivas, padecidas desde la juventud o desde la madurez. Por todo ello la prevalencia de depresiones en la vejez es alta. En ocasiones envejecimiento y depresión tienden a confundirse"⁸. Pero la depresión no es "normal" en las personas adultas mayores.

⁷ Trinidad M. *Programa de Geriátría. Departamento de Medicina Interna.* Pontificia Universidad Católica de Chile, Depresión en el adulto mayor: Evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. 2006

Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872000001100003&script=sci_arttext

⁸ Fistera. *Guías Clínicas de Psiquiatría.*

Disponible en: http://www.fistera.com/recursos_web/castellano/c_guias_clinicas.asp# Psiquiatría

Clínica

Las personas adultas mayores deprimidas pueden expresar su enfermedad de diferentes maneras. Por lo tanto la sintomatología va a ser muy diferente de un caso a otro.

En el **aspecto funcional** pueden reflejar abatimiento, tristeza, soledad, irritabilidad, llanto, miedo, ansiedad, pérdida de interés. En el **aspecto cognoscitivo** se pueden producir alucinaciones, falta de autoestima, pesimismo, ideas delirantes, pensamientos suicidas, duda de valores y creencias, mala memoria, dificultad de concentración. **En el aspecto físico** pueden referir anorexia, astenia, trastornos del sueño, adelgazamiento, estreñimiento, dolores, inquietud. En el **aspecto volitivo** pueden reflejar una pérdida de motivación o parálisis de la voluntad. Estos pacientes tienen unos signos observables como: postura inmóvil, cara triste, son hostiles y a veces suspicaces, pueden estar confusos, son poco colaboradores y, en casos graves, pueden presentar un aspecto desaliñado y babeo. Se puede objetivar un adelgazamiento o una impactación fecal, los movimientos son lentos y gesticulan poco. (OMS, promoción de salud 2012).

“La marcha es lenta y torpe; en casos graves, pueden llegar mutismo y al estupor. En ocasiones están agitados, se doblan las manos, tienen lesiones de rascado en la piel y una marcha incesante.

A veces el comportamiento es anormal con intentos de suicidio, negativismo, brotes de agresividad y caídas hacia atrás”⁹.

En la mayoría de las ocasiones los cuadros no son tan floridos y se presentan de forma más enmascarada. En el adulto predomina la tendencia a somatizar (refieren estreñimiento, insomnio, dolores), mientras que en los jóvenes es más frecuente el sentimiento de culpa.

⁹Crespo. Jonathan. Tesis doctoral, *Prevalencia de depresión en los adultos mayores de los asilos de los cantones Azogue, Cañar, Tambo de la provincia del Cañar*, año 2011

Las ideas de suicidio son menos frecuentes en los viejos que en los jóvenes, pero los intentos reales de suicidio si son más frecuentes. El sentimiento de inutilidad es frecuente en las personas adultas mayores.

Evaluación diagnóstica

Se basa primordialmente en la entrevista con el adulto. La “historia clínica debe orientarse a conocer los síntomas ya señalados, la forma de comienzo de la enfermedad, la posible existencia de factores favorecedores o desencadenantes de la depresión, la existencia de antecedentes personales, el entorno social del paciente y la toma de medicación potencialmente favorecedora de enfermedad depresiva (**reserpina**, propanolol, tranquilizantes)”¹⁰. En cuanto al estado mental se debe valorar la conciencia, el afecto, el humor, el comportamiento, la actividad psicomotora, el pensamiento, la capacidad perceptiva, las ideas de autodestrucción,

Existen múltiples instrumentos de evaluación de trastornos mentales que pueden facilitar la identificación de casos o probables casos de depresión, resultando de utilidad clínica, aunque en ningún momento deben sustituir al juicio clínico, que será el que confirme el diagnóstico. Una de las escalas más utilizadas en la actualidad en población anciana **es el cuestionario de depresión de Yesavage** se trata de una escala auto aplicable de 30 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) específicamente diseñada para la población anciana.

CLASIFICACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud CIE 10 (clasificación internacional de enfermedades), la depresión se clasifica en **tres niveles**: nivel depresivo leve, nivel depresivo moderado, nivel depresivo grave.

Nivel depresivo leve. La persona con un episodio leve, está apta para continuar con sus actividades laborales y sociales, siguiendo con su ritmo de vida normal aunque se sienta triste, no necesita tratamiento alguno.

¹⁰ <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original2.pdf>

Nivel depresivo moderado: La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Nivel depresivo grave: en este episodio la persona presenta **síntomas** marcados, sentimientos de culpa, impidiéndole realizar las actividades básicas como comer dormir y trabajar.

- Ideas suicidas
- Alucinaciones
- Delirios
- Sentimientos de inutilidad
- Baja autoestima; común en la depresión, al igual que las furias repentinas de ira y falta de placer en actividades que normalmente lo hacen feliz, entre ellas, la actividad sexual.

La escala de depresión Geriátrica de Yesavage determina los **niveles** de depresión y estados emocionales en el adulto mayor durante las últimas semanas; en la cual constan los siguientes parámetros de evaluación:

- **0-10: Depresión leve,** la persona con este episodio esta apta para continuar sus actividades laborales y sociales.
- **0-14: Depresión moderada,** la persona probablemente tendrá dificultades para continuar sus actividades ordinarias.
- **>14 Depresión grave,** la persona presenta síntomas marcados como, angustia, baja autoestima, sentimientos de culpa, llevando a ideas y acciones suicidas.
- Se le asignara un punto por cada coincidencia en las respuestas.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE.

Pregunta a realizar	Sí	No
1 ¿Está básicamente satisfecho con su vida?		
2 ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?		

3¿ Siente que su vida está vacía?		
4¿ Se encuentra a menudo aburrido?		
5¿ Tiene esperanza en el futuro?		
6¿ Sufre molestias por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?		
7¿ Tiene a menudo buen ánimo?		
8¿ Tiene miedo de que algo le esté pasando?		
9¿ Se siente feliz muchas veces?		
10¿ Se siente a menudo abandonado?		
11¿ Está a menudo intranquilo e inquieto?		
12¿ Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?		
13¿ Frecuentemente está preocupado por el futuro?		
14¿ Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
15¿ Piensa que es maravilloso vivir?		
16¿ Se siente a menudo desanimado y melancólico?		
17¿ Se siente bastante inútil en el medio en que está?		
18¿ Está muy preocupado por el pasado?		
19¿ Encuentra la vida muy estimulante?		
20¿ Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?		
21¿ Se siente lleno de energía?		
22¿ Siente que su situación es desesperada?		
23¿ Cree que mucha gente está mejor que usted?		
24¿ Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?		
25¿ Frecuentemente siente ganas de llorar?		
26¿ Tiene problemas para concentrarse?		
27¿ Se siente mejor por la mañana al levantarse?		
28¿ Prefiere evitar reuniones sociales?		
29¿ Es fácil para usted tomar decisiones?		
30¿ Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?		

FUENTE: Escala Geriátrica de depresión de Yesavage 2012

Estos trastornos impiden llevar una vida normal, tanto para el adulto como para su familia. Sin embargo, “la salud mental de los adultos mayores se puede mejorar mediante la promoción de hábitos activos y saludables, ello supone crear condiciones de vida y entornos que acrecienten el bienestar y favorezcan que las personas adopten modos de vida sanos e integrados”¹¹.

La depresión en el adulto mayor es el trastorno mental más frecuente y una de las principales causas de discapacidad, se deprimen fácilmente por la muerte de un ser querido, jubilación, nivel socio económico bajo, aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia (Organización Mundial de la Salud, 2012). La promoción de la salud depende en gran medida de estrategias conducentes a que las personas adultas mayores cuenten con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas, tales como: “protección, libertad, apoyo social y de quienes cuidan de ellas; programas de prevención de la violencia o maltrato en contra de los adultos mayores y programas de desarrollo comunitario”¹²

FACTORES DE RIESGO

Físicos:

- Discapacidad
- Disminución de la capacidad visual
- Modificaciones de la constitución física
- Presencia de enfermedades crónicas

Psicológicos:

- No adaptación al envejecimiento
- Baja autoestima.
- Dificultades en la concentración
- Aislamiento social
- Trastornos de conducta
- Frecuencia de síntomas psicóticos(delirio)

¹¹Organización Mundial de la Salud, 2013. *La salud mental y los adultos mayores, nota descriptiva N°381*, septiembre

¹²Organización Mundial de la salud, (2007). *Programa de promoción de la salud de los ancianos para Latinoamérica y el Caribe basado en la investigación Washington, D.C*

- Trastornos de la personalidad
- Situaciones estresantes
- Dificultad para tomar decisiones

Sociales:

- Cambios de las estructuras familiares
- Soledad
- Problemas financieros
- Maltrato.
- Jubilación
- Pérdidas de bienes materiales

Gran parte de la depresión es atribuida a las limitaciones causadas por problemas físicos que les dificulta desempeñar actividades diarias, afectando la calidad de vida. La depresión es la “principal causa mundial de discapacidad y afecta más a la mujer que al hombre, puede ser desencadenada por cualquier cambio de vida estresante, incluso si es un cambio drástico en la vida normal y habitual”¹³.

DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO.

El adulto mayor institucionalizado es más vulnerable y por lo tanto más propenso a padecer depresiones. En las Residencias de ancianos la vida se hace rutinaria en muchos casos y además la prevalencia de enfermedades es más alta. Todo ello provoca monotonía, hastío, aburrimiento y desencadena, enfermedades depresivas. Hay residentes que refieren problemas de sueño que pueden estar motivados por las propias normas horarias del Centro. La falta de interés o la dificultad para concentrarse se suelen originar en medios ambientes de carentes iniciativas y actividades para las personas adultas mayores.

Cuando el residente refiere una disminución de la satisfacción vital, debe ahondarse en una posible falta de comunicación social. Un medio impersonal favorece la pérdida de autoestima del anciano institucionalizado. La “depresión es más frecuente en las personas con una calidad de vida

¹³ Medina, María, Lozano, Rafael. (2006) *Depresión en población adulta* en México Disponible en: http://www.insp.mx/rsp/_files/File/2005/47_s1%20prevalencia.pdf

inferior, en los residentes que toman más medicamentos, en los que tienen mayores dificultades para realizar los actos de la vida diaria y en los que tienen un comportamiento social más pobre”¹⁴.

El personal asistencial de las Residencias de ancianos debe estimular al anciano en el mantenimiento de sus relaciones sociales, la relación entre trabajadores y residentes debe ser fluida y positiva. Para conseguir una interacción positiva entre trabajadores y residentes, se han considerado como factores favorecedores los siguientes: abundancia numérica de trabajadores, residentes activos e integrados en la comunidad, existencia en la Residencia de adecuados Servicios Sanitarios, asistencia eficaz, para realizar los actos de la vida diaria de los ancianos discapacitados o imposibilitados y la realización de actividades sociales y culturales en la Residencia.

El medio ambiente constituye parte del entorno de la persona y por lo tanto influye en el humor. En las Residencias es necesario mejorar sus características arquitectónicas. La belleza física, la existencia de instalaciones sociales y recreativas, las características de seguridad del Centro, el espacio disponible y la accesibilidad desde la comunidad son elementos positivos en el hábito residencial y constituyen un mecanismo preventivo para la enfermedad depresiva. Otros aspectos positivos que se pueden desarrollar en el medio residencial, y que previenen la depresión son: “ofrecer información a los residentes sobre la política sanitaria del Centro, favorecer la mejora de relaciones interpersonales y, en suma favorecer todo aquello que mejore la calidad de vida del adulto institucionalizado”¹⁵

El tratamiento de la depresión tiene dos niveles, “tanto psicológico como médico dependiendo de la severidad del cuadro de depresión, los tratamientos alternativos podrían resumirse a buscar actividades que

¹⁴ Delgadillo, Leonor. (2010) Depresión en adultos mayores del Valle de Toluca, Estado de México. Febrero

¹⁵ Espinosa, Amílcar, Caraveo, Jorge. *GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES* Disponible en: http://www.inprfcd.org.mx/pdf/sm3006/sm300669.pdf?PHPSESSID=117d99a702a20_e30d4fa4033e6fb69a

distraigan a la persona, es decir la comunicación, esto se llama Redes de Apoyo¹⁶ (la familia, los amigos, los grupos religiosos, grupos de adultos mayores de instituciones como el IESS, centros de salud, etc.), los medicamentos deben ser prescritos únicamente por el médico tratante.

Terapia ocupacional como coadyuvante en el tratamiento de la depresión.

Desde la terapia ocupacional podemos revitalizar a estas personas desde un enfoque global que no desprecie ninguno de los roles que el adulto mayor desempeñaba antes de presentar este problema de salud.

En geriatría la terapia ocupacional se “concentra en el desempeño de la tarea ejecución hábil de tareas de movilidad, cuidados personales, manejo del hogar, recreo y trabajo. Los ancianos están motivados para aprender tareas que perciben como relevantes para su vida diaria”¹⁷. Por eso las actividades que plantee el terapeuta ocupacional o la enfermera tendrán que estar encaminadas a objetivos concretos proyectados conjuntamente con el paciente. Así se llegarán a conseguir las necesidades del adulto mayor: independencia, seguridad, estimulación y autoestima, a través del desempeño de las tareas.

CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

La Organización Mundial de la Salud (2010) define a calidad de vida como la satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su participación en las actividades que realizan en el medio familiar, en el centro de trabajo y en el ámbito comunal y nacional, en relación con los cuales se ejercitan sus capacidades humanas y desarrollan su personalidad. Al hablar de calidad de vida nos estamos refiriendo a las percepciones del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, con múltiples indicadores físicos, psicológicos y sociales.

¹⁶Organización Mundial de la Salud.(1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor;*

¹⁷ Matilla Rosa. Terapia Ocupacionall.com. La depresión en el anciano.

Valoración de la calidad de vida. Para evaluar la calidad de vida es necesario considerar las apreciaciones y valoraciones de los adultos mayores en relación a sus relaciones familiares, amistades y redes de apoyo social y laboral. Hay varios instrumentos para valorar la calidad de vida, entre estos tenemos la Escala de FUMAT

Las dimensiones de la Calidad de vida son ocho: “**bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos**”¹⁸

Bienestar emocional, es el estado de equilibrio entre las emociones, sentimientos y deseos, se evalúa mediante los indicadores: Satisfacción, auto concepto (incapacidad e inseguridad), ausencia de estrés y ansiedad (problemas de comportamiento, incapacidad e intranquilidad), sentimientos negativos, relación de pareja, estabilidad emocional. Schalock y Verdugo 2009.

Relaciones Interpersonales, son necesidades básicas para los adultos, sus indicadores: Relaciones sociales, tener amigos claramente identificados, relaciones familiares, contactos sociales positivos y gratificantes, manifiesta sentirse querido, conservando una buena relación con los compañeros de servicio. Schalock y Verdugo 2009.

Bienestar material, es el conjunto de elementos que participan en la calidad de la vida de la personas en una sociedad y que hacen que su existencia posea todos aquellos elementos que dan lugar a la satisfacción humana, los indicadores evaluados son: vivienda (lugar donde vive, disponen de barreras arquitectónicas, salario, jubilación, posesiones (dispone de las cosas materiales que necesita). Fuente: Schalock y Verdugo 2009

Desarrollo personal, es el conjunto de técnicas motivacionales que implica autoconocimiento de los adultos mayores, sus indicadores: actividades que

¹⁸ Schalock y Verdugo. 2009. Evaluación de calidad de vida en personas mayores. ESCALA DE FUMAT. Publicado en Salamanca. 1ªra Edición. correo-e: inico@usal.es <http://www.usal.es/inico>.

le permitan realizar cosas nuevas y adquirir habilidades, flexibilidad mental y autocuidado. Schalock y Verdugo 2009

Bienestar físico, es la capacidad que tiene el cuerpo para realizar cualquier tipo de ejercicio, sus indicadores, atención sanitaria, memoria, problemas para recordar información importante, movilidad, visión, audición, sueño, dispone de ayudas técnicas si las necesita, actividades de la vida diaria (problemas de continencia, se muestra limpio y aseado), salud general (su salud le impide salir a la calle), Schalock y Verdugo 2009

Autodeterminación, es un proceso en que las personas van adquiriendo las habilidades y desarrollando las actitudes necesarias que les van a permitir ser responsables en mayor medida de lo que sucede en sus vidas, sus indicadores son: metas y preferencias personales, Schalock y Verdugo 2009

Inclusión Social, se refiere a la disponibilidad de redes de apoyo mediante las cuales satisfacen necesidades afectivas y se compensan condiciones objetivas de vulnerabilidad, los indicadores: Integración, participación, accesibilidad y apoyo social. **Schalock y Verdugo 2009**

Derechos, la persona adulta mayor debe ser respetada y gozar de derechos especiales sus indicadores, dignidad, responsabilidad, intimidad, enfermedad, estado físico y salud. **Schalock y Verdugo 2009.**

ICV	Percentil	Nivel	ICV	Percentil	Nivel	ICV	Percentil	Nivel
>122	>95	Alto	118-122	90	Alto	115-117	85	Alto
112-114	80	Alto	110-111	75	Alto	107-109	70	Alto
105-106	65	Medio	103-104	60	Medio	102	55	Medio
99-101	50	Medio	98	45	Medio	95-97	40	Medio
94	35	Medio	92-93	30	Medio	90-91	25	Medio
87-89	20	Medio	83-86	15	Bajo	78-82	10	Bajo
71-77	5	Bajo	<71	1	Bajo			

5. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio, de acuerdo al período y secuencia de trabajo es un estudio descriptivo, que se fundamentó en la narración de los procedimientos, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas.

ÁREA DE ESTUDIO

El Ancianato “Hugo Agila Vargas”, ubicado en el Cantón Paltas de la Provincia de Loja, a una distancia de 96 Km de la ciudad de Loja. El Ancianato está situado en las calles Panamericana, vía que conduce de Catacocha a San Vicente del Rio, del Barrio Progreso Alto. Esta edificación consta de dos plantas, parte superior tiene un cuarto grande separado en dos, uno de mujeres y otro de varones tiene baño completo, el personal que los cuida adquiere un dormitorio; planta inferior tiene sala grande con baño, cocina y comedor, apartado por una pared, ventanas para su ventilación, paredes construidas de ladrillo y de bloque su cubierta es de teja, protegido por un muro de malla alrededor de la construcción.

De la población residente en este Ancianato, algunas personas adultas mayores son abandonadas por sus seres queridos, o porque en sus hogares no existe espacio para ellos, o si lo hay, resultan ser un estorbo para sus familias, siendo más cómodo, internarlos por los cuidados que les brindan el personal de acopio, pues se supone que estarán mejor atendidos.

UNIVERSO

En la presente investigación participaron 25 adultos mayores asilados en el “Ancianato Hugo Agila Vargas” del Cantón Palta; 14 mujeres y 11 hombres.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adultos mayores que residen en el Ancianato “Hugo Agila Vargas” que participaron en la investigación.

- Adultos mayores de ambos sexos, previo consentimiento informado que participaron en este estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Los usuarios que se niegan a participar en la investigación. (ninguno se negó)

INSTRUMENTO: Cuestionario de depresión Geriátrica de YESAVAGE, determina niveles de depresión en las personas adultas mayores.

TECNICA: Es un cuestionario de 30 preguntas con respuestas dicotómicas(si/no), específicamente diseñada para la población anciana, las respuestas correctas son afirmativas y en los ítems 2,3,4,6,8,10,11,12,13,14,16,17,18,20,22,23,24,25,26,28 y negativas en los ítems 1,5,7,9,11,13,15,19,21,27,29,30, cada respuesta que coincide puntúa 1(anexo 5).

Los puntos de corte son los siguientes:

- ✓ 0-10: Depresión leve, la persona con este episodio esta apta para continuar la mayoría de sus actividades laborales y sociales.
- ✓ 11-14: Depresión moderado, la persona probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias
- ✓ >14: Depresión Grave, la persona presenta síntomas marcados como, angustias, pérdida de la autoestima y sentimientos de culpa, llevando a ideas y acciones suicidas.

Escala de calidad de vida de FUMAT, evalúa las necesidades y dimensiones de la calidad de vida del adulto mayor.

TÉCNICA: Los adultos mayores que son beneficiarios del servicio social se aplica un cuestionario de 57 ítems que corresponden a 8 dimensiones, cada dimensión contiene de 6 a 8 preguntas, el tiempo de cumplimiento es de 20 minutos aproximadamente sumando el tiempo de lectura de este sondeo donde se facilita toda la información necesaria. Para obtener el índice de calidad de vida se procede de la siguiente manera; en cada dimensión se

suman las respuestas (1, 2, 3,4) de cada uno de los parámetros que lo componen, (“**siempre o casi siempre**”, “**frecuentemente**”, “**algunas veces**”, “**nunca o casi nunca**”), luego de obtener el total de los parámetros de cada dimensión se procede a sacar la **media** (dividido para los cuatro parámetros) de cada dimensión, el total de este valor se convierte en el índice de calidad de vida. Una vez terminada la aplicación de la escala y comprobado que no se ha dejado ninguna cuestión en blanco, el informador debe puntuar e interpretar los resultados de las dimensiones de la calidad de vida (Anexo N° 4), el material que se utilizó es un cuadernillo y lápiz.

ITEMS	Siempre o Casi Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca o Casi nunca
En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	4	3	2	1
Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	4	3	2	1
Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados	1	2	3	4
Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal	4	3	2	1
Disfruta de todos sus derechos legales	4	3	2	1

FUENTE: Test de calidad de vida de FUMAT

Parámetros	Valores		
	puntos	f	%
Siempre o casi siempre			
Frecuentemente			
Algunas veces			
Nunca o casi nunca			
Total			

ICV	Percentil	Nivel	ICV	Percentil	Nivel	ICV	Percentil	Nivel
>122	>95	Alto	118-122	90	Alto	115-117	85	Alto
112-114	80	Alto	110-111	75	Alto	107-109	70	Alto
105-106	65	Medio	103-104	60	Medio	102	55	Medio
99-101	50	Medio	98	45	Medio	95-97	40	Medio
94	35	Medio	92-93	30	Medio	90-91	25	Medio
87-89	20	Medio	83-86	15	Bajo	78-82	10	Bajo
71-77	5	Bajo	<71	1	Bajo			

Fuente: Índice de calidad de vida.

ANALISIS Y RESULTADOS

6. RESULTADOS

CUESTIONARIO DE DEPRESION DE YESAVAGE, aplicada a las personas adultas mayores del Ancianato “Hugo Agila Vargas” del Cantón Paltas.

TABLA N° 1

Nivel de depresión en la persona adulta mayor del Ancianato “Hugo Agila Vargas”.

NIVELES	F	%
Depresión leve	3	12%
Depresión Moderada	6	24%
Depresión Grave	16	64%
Total	25	100%

FUENTE: Escala de depresión Geriátrica de Yesavage.
AUTORA. Rosa Karlita Betancourt Vásquez

ANÁLISIS

Según la presente tabla la población estudiada tiene alguna tipo de depresión, pudiendo destacar , que el **64%** de adultos mayores presentan depresion grave,según la literatura consultada, en este episodio la persona presenta **síntomas** marcados, sentimientos de culpa, impidiéndole realizar las actividades básicas como comer dormir y trabajar, muestra ideas suicidas, alucinaciones, delirios, sentimientos de inutilidad baja autoestima; común en la depresión, al igual que las furias repentinas de ira y falta de placer en actividades que normalmente lo hacen feliz, entre ellas, la actividad sexual.

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA DE FUMAT, aplicada en los adultos mayores del Ancianato “HUGO AGILA VARGAS” DEL CANTÓN PALTAS.

**TABLA N° 2
BIENESTAR EMOCIONAL**

Parámetros	valores		
	puntos	f	%
Siempre o casi siempre	73	5	20%
Frecuentemente	117	9	36%
Algunas veces	100	8	32%
Nunca o casi nunca	44	3	12%
Total	334	25	100%

DIMENSIONES	INDICE DE CALIDAD DE VIDA (puntos)	PERCENTIL	NIVEL
Bienestar Emocional	83.5	15	Bajo

FUENTE: Escala de calidad de Vida (FUMAT)
AUTORA: Rosa Karlita Betancourt Vásquez

ANÁLISIS

El **12%** de los adultos mayores manifiestan que nunca o casi nunca se sienten satisfechos con la vida que llevan, exteriorizando sentimientos de inseguridad, incapacidad y nerviosismo.

Sin embargo en la valoración del grupo total de la presente dimensión su índice de calidad de vida es 83.5 puntos ubicándose en el percentil 15, lo que significa un nivel bajo de bienestar emocional. Según la literatura estudiada, el bienestar emocional es el estado de equilibrio entre las emociones, sentimientos y deseos.

TABLA N° 3

RELACIONES INTERPERSONALES

Parámetros	valores		
	puntos	f	%
Siempre o casi siempre	41	3	12%
Frecuentemente	116	10	40%
Algunas veces	135	11	44%
Nunca o casi nunca	4	1	4%
Total	296	25	100%

DIMENSIONES	INDICE DE CALIDAD DE VIDA (puntos)	PERCENTIL	NIVEL
Relaciones Interpersonales	74	5	Bajo

FUENTE: Escala de calidad de vida de (FUMAT)
AUTORA: Rosa Karлита Betancourt Vásquez

En lo que se refiere a las relaciones interpersonales el **4%** la población en estudio, nunca o casi nunca tienen una buena relación con los compañeros o el personal de servicio, manifiestan no sentirse queridos por las personas importantes para ellos , carecen de familias cercanas, prefieren aislarse y no participar de las actividades organizadas en el Ancianato.

Sin embargo para el grupo, el índice de calidad de vida en esta dimensión es **74** puntos que se ubica en el percentil 5 que corresponde a un nivel bajo de relaciones interpersonales, lo que constituye un factor de riesgo para la depresión.

Según la literatura, las relaciones interpersonales son necesidades básicas para los adultos, sus indicadores: relaciones sociales, tener amigos claramente identificados, relaciones familiares, contactos sociales positivos y gratificantes.

TABLA N° 4

BIENESTAR MATERIAL

Parámetros	valores		
	puntos	f	%
Siempre o casi siempre	107	10	40%
Frecuentemente	2	1	4%
Algunas veces	0	0	0%
Nunca o casi nunca	148	14	56%
Total	257	25	100%

DIMENSIONES	INDICE DE CALIDAD DE VIDA (puntos)	PERCENTIL	NIVEL
Bienestar Material	64.25	1	Bajo

FUENTE: Escala de calidad de vida de (FUMAT)
AUTORA: Rosa Karlita Betancourt Vásquez

En la dimensión Bienestar Material el **56%** de las personas adultas mayores no están satisfechos por su jubilación, salario, posesiones.

El lugar donde residen no tiene barreras arquitectónicas que les brinden seguridad dificultándoles realizar las actividades que antes desempeñaban o las actividades cotidianas de la vida.

De igual manera, para el grupo total el índice de calidad de vida **64.25** puntos, ubicados en el percentil 1 que significa un nivel bajo de bienestar material, lo que constituye un factor de riesgo para que el adulto mayor se deprima. Según la bibliografía, el Bienestar Material es el conjunto de elementos que participan en la calidad de la vida de las personas en una sociedad y que hacen que su existencia posea todos aquellos elementos que dan lugar a la satisfacción humana.

TABLA N° 5

DESARROLLO PERSONAL

Parámetros	valores		
	puntos	f	%
Siempre o casi siempre	98	7	28
Frecuentemente	62	6	24
Algunas veces	80	8	32
Nunca o casi nunca	38	4	16
Total	278	25	100

DIMENSIONES	INDICE DE CALIDAD DE VIDA (puntos)	PERCENTIL	NIVEL
Bienestar Material	69.5	1	Bajo

FUENTE: Escala de calidad de vida (FUMAT)
AUTORA: Rosa Karilita Betancourt Vásquez

Según la escala de FUMAT, aplicada a la población en estudio el **28%** de las personas adultas mayores siempre o casi siempre expresan sentimientos de incapacidad, inseguridad y tristeza imposibilitándoles realizar actividades que les permitan aprender cosas nuevas, además refieren dificultad para expresar sus sentimientos, emociones de la vida cotidiana y no son responsable de su autocuidado, por ejemplo en la toma de su medicación. Para el grupo total el índice de calidad de vida es de **69.5** puntos, equivalente al percentil 1, que corresponde a un nivel bajo de desarrollo personal. Según bibliografía consultada el desarrollo personal es el conjunto de técnicas motivacionales que implica autoconocimiento de los adultos mayores sus indicadores: actividades que le permitan realizar cosas nuevas, adquirir habilidades.

TABLA N° 6
BIENESTAR FÍSICO

Parámetros	valores		
	puntos	f	%
Siempre o casi siempre	88	9	36%
Frecuentemente	73	8	32%
Algunas veces	35	5	20%
Nunca o casi nunca	10	3	12%
Total	206	25	100%

DIMENSIONES	INDICE DE CALIDAD DE VIDA (puntos)	PERCENTIL	NIVEL
Bienestar físico	51.5	1	Bajo

FUENTE: Escala de calidad de vida (FUMAT)
AUTORA: Rosa Karlita Betancourt Vásquez

El **36%** de los residentes en el Ancianato, siempre o casi siempre tienen problemas de movilidad, visión, audición, alimentación, sueño; sus problemas de salud les impide realizar cualquier tipo de ejercicio o actividad cotidiana, manifiestan tener problemas para recordar información importante y captar una conversación, lo que constituye un factor de riesgo para que la persona presente depresión.

Cabe destacar que el índice de calidad de vida **51.5** puntos, para el grupo total, ubicado en el percentil 1, equivalente a un nivel bajo de bienestar físico. Según la bibliografía la presente dimensión es la capacidad que tiene el cuerpo para realizar cualquier tipo de ejercicio o actividad.

TABLA N° 7
AUTODETERMINACIÓN

Parámetros	valores		
	puntos	f	%
Siempre o casi siempre	75	9	36%
Frecuentemente	0	0	0%
Algunas veces	8	2	8%
Nunca o casi nunca	116	14	56%
Total	199	25	100%

DIMENSIONES	INDICE DE CALIDAD DE VIDA (puntos)	PERCENTIL	NIVEL
Autodeterminación	49.75	1	Bajo

FUENTE: Escala de calidad de vida (FUNAT)
AUTORA: Rosa Karlita Betancourt Vásquez.

El **56%** de las personas adultas mayores nunca o casi nunca están en capacidad de desarrollar actitudes o habilidades para su autocuidado.

El índice de calidad de vida para la población estudiada es **49.75** puntos que corresponde al percentil 1 equivalente a un nivel bajo de autodeterminación, de igual manera significa un factor de riesgo de la depresión

De acuerdo a la literatura, la autodeterminación es un proceso en que las personas van adquiriendo habilidades y desarrollando las actitudes necesarias que les van a permitir ser responsables, de lo que sucede en sus vidas.

TABLA N° 8
INCLUSIÓN SOCIAL

Parámetros	valores		
	puntos	f	%
Siempre o casi siempre	73	5	20%
Frecuentemente	37	2	8%
Algunas veces	169	11	44%
Nunca o casi nunca	147	7	28%
Total	426	25	100%

DIMENSIONES	INDICE DE CALIDAD DE VIDA (puntos)	PERCENTIL	NIVEL
Inclusión Social	106.5	65	Medio

FUENTE: Escala de calidad de vida (FUMAT)
AUTORA: Rosa Karlita Betancourt Vásquez

Dentro de esta dimensión el **28%** las personas adultas mayores manifiestan que nunca o casi nunca disponen de redes de apoyo: familiares, amigos, grupos de acogida, servicios especializados de salud, establecimientos públicos y programas de protección social, Ministerio de Salud, IESS, etc.

Según la literatura la inclusión social se refiere a la disponibilidad de redes de apoyo mediante las cuales se satisfacen necesidades afectivas y se compensan condiciones objetivas de vulnerabilidad. Fernández- Ballesteros indica cuando mayor es el apoyo social es baja la probabilidad de que se enfermen, su calidad de vida es **106.5** puntos, ubicado en el percentil 65, que significa un nivel medio de inclusión social.

TABLA N° 9

DERECHOS

Parámetros	valores		
	puntos	f	%
Siempre o casi siempre	96	9	36%
Frecuentemente	18	3	12%
Algunas veces	34	6	24%
Nunca o casi nunca	55	7	28%
Total	203	25	100%

DIMENSIONES	INDICE DE CALIDAD DE VIDA (puntos)	PERCENTIL	NIVEL
Derechos	50.75	1	Bajo

FUENTE: Escala de calidad de vida (FUMAT)
AUTORA: Rosa Karlita Betancourt Vásquez

El **36%** de las personas adultos mayores siempre o casi siempre tienen dificultad para defender sus derechos. La persona adulta mayor debe ser respetado y gozar de derechos especiales: salud, dignidad, responsabilidad, intimidad, conservación del buen estado físico y salud.

En esta dimensión el índice de calidad de vida de la población total corresponde a **50.75** puntos en un percentil 1 equivalente a un nivel bajo. En Ecuador la ley de los adultos mayores es garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológico integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y digna.

7. DISCUSIÓN

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en las personas de edad avanzada y a menudo se presenta de manera encubierta como múltiples quejas de tipo somático y, a veces, con un fuerte componente hipocondríaco que enmascara el proceso depresivo subyacente. Las cifras de depresión en pacientes mayores son difíciles de comparar, ya que algunos estudios cuantifican su prevalencia mediante instrumentos de diagnóstico, como la entrevista psiquiátrica, mientras otros estudian la presencia de manifestaciones como la aplicación de escalas, las de Yesavage.

Estudios realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (NIMH), calculan que el 15% de las personas mayores de 65 años ha presentado episodios de depresión en algún momento, un 2,5% de estas depresiones sería de tipo severo y un 13% de tipo leve.

En estudios realizados en México Guadalajara, Foresell Y, 1998 expuso que la falta de apoyo familiar incrementa la aparición de enfermedades y que las redes de apoyo social resaltan el riesgo de diversos trastornos psicológicos, si comparamos con nuestra investigación los sentimientos como la tristeza, miedo y angustia están presentes en el diario vivir del adulto mayor con depresión.

Un estudio llevado a cabo por la DEPRES (Depression Research in European Society) muestra una prevalencia de depresión mayor en pacientes de 65-74 años del 5,4, y del 4,6% y del 9,7% en los mayores de 75 años. En los pacientes institucionalizados, la prevalencia de la depresión se acerca al 20%, y cuando existen otro tipo de afecciones, los porcentajes crecen de manera significativa. Sentimientos de abandono en la residencia, alejamiento de la familia habitual, adaptación a un reglamento y normas originan sentimientos de minusvalía y baja autoestima. Los distintos estudios realizados en hogares para ancianos en España, señalan que existe una mayor tasa de depresión en aquellos ancianos institucionalizados, que en los

que viven en la comunidad y no existe una correlación clara entre el nivel de depresión y la edad del adulto mayor.

En estudios realizados en Zaragoza, Marta Romance, Psicóloga 2007, con el apoyo del Test de Depresión de Yesavage nos reportan que la mayoría de las respuestas muestran una salud psicosocial positiva en los adultos, con factores desencadenantes de depresión como: abandono, pérdida de intereses o actividades de la vida diaria en el 58%, prefieren quedarse en casa en lugar de salir a hacer cosas nuevas en 52% y sentir que su vida está vacía en el 30%. En Investigaciones realizadas en la provincia de Guantánamo Cuba la Habana predomina la calidad de vida baja, evaluando con nuestra investigación el adulto mayor del Ancianato se encuentra en un déficit de calidad de vida a medida que aumenta su edad va desarrollando las enfermedades crónicas.

En la ciudad de Quito por Gabriela Cevallos, previo a la obtención del título de Psicóloga, en el Patronato San José Julio del 2011; con el apoyo de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage salió a relucir que el 60% de los ancianos presentaban un nivel de depresión, expresado como fuente de malestar, abandono de actividades e intereses, con menos frecuencia se evidencian sentimientos de soledad e inconformidad por la vida institucional y por el escaso contacto con la familia, al comparar con nuestra investigación los adultos mayores muestran un cuadro depresivo del 64% donde las principales fuentes que generan malestar, abandono de las actividades laborales, miedo de perder el control de los actos, siente ganas de llorar por la sencilla razón de que sus familiares les fueron a dejar en un centro de atención diferente al calor del hogar, mientras que el 24% de los adultos mayores no se encuentran satisfechos con la vida que llevan en el lugar que se encuentran.

Como lo menciona el autor español Antonio Riquelme en su literatura, y los estudios realizados por la DEPRES y la NIMH, en los asilos de ancianos existen muchos casos de depresión, de ahí que el objetivo principal de este trabajo fue corroborar esta afirmación en los Asilos de los cantones

Azogues, Cañar, Tambo y Déleg (provincia del Cañar), en el año 2011” y se encontró que el 70% de los adultos mayores presentan depresión y el restante 30% no presentan depresión.

En Catamayo y Saraguro en el año de 1994 se realizó un estudio con una población que oscilaba entre los 16 y 62 años donde el 5,63% se ubicaron dentro del grupo de estados patológicos (depresión) y 45,07 % en grupo de riesgo, con cierta similitud de proporcionalidad en los diferentes grupos de edad, cifras muy lejanas a nuestra investigación donde el 60% de los adultos padecen de un cuadro depresivo acompañado de deseos de llorar frecuentemente, apatía, desánimo y melancolía, irritabilidad, rechazo a las actividades que antes les era de su agrado, situaciones que se llevan a cabo como un mecanismo de defensa o escape a su realidad envuelta en un cuadro depresivo difícil de ser diagnosticado por el personal que labora en la institución. Hospital Enrique Garcés, ESTUDIO DEL GRADO DE CONOCIMIENTO (2008).

Comparando con nuestra investigación podemos reconocer que en cualquier lugar del mundo la depresión y la calidad de vida afecta al ser humano, principalmente a las personas mayores de 65 años de edad con cifras altas de 60% patología en el Ancianato que no es tomada con importancia por los profesionales y cuidadores del mismo, pudiéndose convertir en una de las causas principales de morbilidad a nivel mundial.

El Ancianato “Hugo Agila Vargas” del Cantón Paltas, 16 personas representan el 64% de depresión grave. En definitiva, este estudio ha tratado de reflexionar acerca de las consideraciones que se deberían tener hacia los ancianos, por parte del personal que trabaja en un asilo, para tratar de cambiar esta realidad

8. CONCLUSIONES

- La vida de las personas adultas mayores estudiadas está llena de cambios asociadas a enfermedades y pérdidas de tipo afectivo-emocional, lo que impide que alcancen niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social como determinante de la calidad de vida.
- Todos los adultos mayores residentes en el Ancianato “Hugo Agila Vargas” presentaron depresión, en niveles decrecientes, depresión grave, depresión moderada y finalmente depresión leve.
- Según el cuestionario Geriátrico de Depresión en la Escala de Yesavage aplicado a las 25 personas adultas mayores, residentes en el Ancianato “Hugo Agila Vargas”, 16 personas presentaron depresión grave, 6 de ellas manifestaron depresión moderada y las 3 restantes presentaron depresión leve.
- Se realizaron 3 charlas educativas y terapia ocupacional con el fin de disminuir los estados depresivos del adulto mayor y mejorar su calidad de vida.

9. RECOMENDACIONES

- Las autoridades de salud y encargados de los centros de acopio deben considerar la posibilidad de utilizar instrumentos que valoren de forma integral el estado de salud mental de los adultos mayores al momento de su ingreso y durante su estancia, e instaurar un tratamiento adecuado que permita afrontar la problemática desde una perspectiva más saludable.
- Las ofertas terapéuticas deben ser dirigidas a la creación de redes de apoyo interdisciplinarias que faciliten la aplicación de programas y estrategias de afrontamiento a fin de aminorar el impacto que representa llegar a esta etapa de la vida
- Se le comunica a la directiva encargada del hogar, que se realice un llamado a las autoridades gubernamentales, MIESS, MSP, UNL, se implementen dentro de las políticas protocolarias un programa de atención integral encaminadas a mejorar su bienestar físico, cognitivo y sobre todo emocional, a fin de desarrollar estrategias enmarcadas a la creación de entornos cada vez más saludables donde se brinde un trato digno, cálido y humanitario al adulto mayor.
- Se recomienda a los docentes de la carrera de Enfermería tomar en cuenta el presente trabajo investigativo que se realice el seguimiento a la propuesta planteada con el apoyo de los estudiantes, de manera que se implementen nuevos proyectos investigativos, herramientas y estrategias a favor del adulto mayor con el propósito de mejorar la calidad de vida y disminuir la depresión existente en la persona adulta mayor.

10. BIBLIOGRAFÍA

- **Aguilar, S.** – Ávila J: La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Clínica de Geriátría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F., México. (2006) pg. 121-123.
- **Alonso, P** y otros. Instituto de Ciencias Médicas de la Habana. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n1/spu10107.pdf>. (2007).
- **Alonso, F.** Psicología Médica y Social. Barcelona: Salvat (2009).Pg.13-14.
- **Blog,** La tercera edad, características del adulto mayor, sábado 13 de agosto. (2011).7
- **Bustos, L** [Tesis Doctoral] Prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados en un hogar geriátrico del Municipio de Chía Cundinamarca y su relación con percepción de funcionalidad familiar. Universidad La Sabana. Facultad de Medicina. Especialización en Medicina Familiar y comunitaria. Bogotá. (2011)
- **Cárdenas, V** El adulto Mayor y su Calidad de Vida. Revista Desarrollo Científico de Enfermería; vol. 9 (2): 35 – 40 (2001)
- **Cevallos, G.** [Tesis: Lic. En Psicología]. Consecuencias psíquicas del abandono familiar en los ancianos de la institución hogar de vida (Patronato San José). Quito, Julio 2011.Pg 9-10
- **Delgadillo, L.** Depresión en adultos mayores del Valle de Toluca, Estado de México. Febrero: Disponible en: <http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/handle/10401/763> (2010)

- Evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la Versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. 2006. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872000001100003&script=sci_arttext
- **Espinosa**, A y otros. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. Disponible:<http://www.inprfcd.org.mx/pdf/sm3006/sm300669.pdf?PHPSESSID=117d99a702a20e30d4fa4033e6fb69a>
- **Fisterra**. Guías Clínicas de Psiquiatría. Disponible http://www.fisterra.com/recursos_web/castellano/c_guias_clinicas.asp#Psiquiatría.
- **González**, A. Calidad de vida del adulto mayor. Instituto de Geriátria: 1-14
- Junta de Beneficencia de Guayaquil, hogar del corazón de Jesús, terapia recreativa y ocupacional 15102014:00 disponible en:<http://hogarcorazondejesus.org.ec/servicios/terapia/recreativa>.
- **Medina**, Depresión en población adulta México. (2006). Disponible en: http://www.insp.mx/rsp/_files/File/2005/47_s1%20prevalencia.pdf
- **Matilla**, R. Terapia Ocupacionall.com. La depresión en el anciano.
- **Naranjo**, A. y otros, Educación a Familiares sobre el Manejo del Adulto Mayor Dependiente en Revista Cubana Enfermería, Ministerio de Salud Pública, Santiago- Cuba. (2002).Pg. 23-24
- **Organización Mundial de la Salud**. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid. (1992).

- **Organización Mundial de la salud**, Programa de promoción de la salud de los ancianos para Latinoamérica y el Caribe basado en la investigación Washington, D.C(2007)Pg. 82-83
- **Organización Mundial de la Salud**. La salud mental y los adultos mayores, nota descriptiva N°381, septiembre (2013).
- **Ríos, J**, Directora del Programa Perfil de Conductas de Desarrollo del Instituto de Terapia Ocupacional en México(2010)Pg. 32-33
- Respuestas de la persona adulta mayor frente a la depresión: 2012. Revisión integrativa. Desarrollo Científ Enferm. Vol. 20 N° 2 Marzo.
- **Riquelme, A**. Universidad de Murcia en España, en su libro “Depresión en Residencias Geriátricas.Pg.120-122
- **Salvarezza, L**. Psicogeriatría: Teoría y Clínica, (27 – 28), Argentina, Editorial Paidós. (1996)
- **Torres, R** Vida Revista Cubana de Salud Pública Ciudad de La Habana abr.-jun. 2005.Pg 9
- **Trinidad, M**. Programa de Geriatria. Departamento de Medicina Interna. Pontificia Universidad Católica de Chile, Depresión en el adulto mayor: 2008.
- **Verdugo, A**. Evaluación de Calidad de Vida en personas mayores. (2009)Escala de FUMAT, publicado en Salamanca. 1ªra Edición. correo-e: inico@usal.es <http://www.usal.es/inico>.

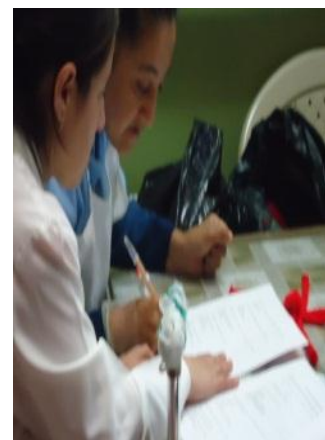
ANEXOS

11. ANEXOS

ANEXO Nº 1

FOTOS

Aplicación de los test a los adultos mayores para identificar la depresión y calidad de vida en el Ancianato "Hugo Agila Vargas"



TERAPIA RECREACIONAL, permite al adulto mayor a desarrollar sus capacidades sociales y a participar en las actividades de tiempo libre



MANUALIDADES REALIZACIÓN DE
PULPOS Y MUÑECAS



TALLER DE BAILOTERAPIA,
promueve la actitud activa de los
adultos.



ANEXO Nº 2

PROPUESTA ALTERNATIVA

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PARA DISMINUIR LOS ESTADOS DEPRESIVOS DEL ADULTO MAYOR EN EL ANCIANATO “HUGO AGILA VARGAS”

OBJETIVO GENERAL:

- ❖ Realizar talleres recreacionales que fomenten el buen vivir de los adultos mayores del Ancianato “Hugo Agila Vargas”

DIAGNÓSTICO

Finalizada la recolección de la información de datos a través de los formularios planteados a los adultos mayores con alteraciones emocionales afectando la calidad de vida del adulto, con la presente propuesta se pretende disminuir la depresión, que debido a los cambios físicos, psicológicos y sociales presentan sentimientos de inutilidad, baja autoestima y tristeza, por la cual considero necesario realizar talleres recreacionales que fomenten el buen vivir de los adultos, actividades destinadas a disminuir el nivel de depresión y a mejorar su calidad de vida lo que llevara a potenciar su salud mental y afrontar su enfermedad desde otra perspectiva más saludable.

JUSTIFICACIÓN.

La Terapia Ocupacional (TO) se encarga de la promoción, prevención y rehabilitación de la salud por medio de la ocupación, de modo que es una disciplina de relevancia en la satisfacción de necesidades de salud de nuestros adultos mayores. Los cambios físicos, psicológicos y sociales atribuibles a la vejez inciden en la capacidad de realizar las ocupaciones diarias que solíamos llevar a cabo, afectando la calidad de vida

La Terapia ocupacional (T.O) impide un rápido e irreversible deterioro físico y psíquico, englobando desde la asistencia prolongada institucionalizada hasta la atención en el hogar, la misma que pone en juego estrategias de

tratamiento que incorporan a la persona en relación con su ambiente cotidiano físico y social, ayudando a los adultos a lograr una actitud positiva en relación con sus capacidades, esta terapia ayuda al adulto a buscar diversas técnicas basadas en neurorehabilitación a recuperar al máximo las capacidades físicas y cognitivas para una mayor independencia y satisfacción de la persona en su rutina diaria.

METODOLOGÍA.

La presente propuesta pretende iniciar un cambio en el estado depresivo de los adultos mayores en el Ancianato “Hugo Agila Vargas” del Cantón Paltas, el mismo que se llevarán a cabo en varias sesiones utilizando varias terapias alternativas, teniendo como objetivo desarrollar actividades y destrezas para disminuir los estados depresivos en el adulto mayor y mejorar la calidad de vida, para el desarrollo de la propuesta están distribuidas en sesiones.

TÉCNICAS A UTILIZAR EN EL DESARROLLO DE LA SESIONES.

TERAPIAS OCUPACIONALES

La terapia ocupacional ayuda a los adultos mayores a realizar tareas cotidianas para llevar una vida más saludable, la TO es un “programa integral que potencia las habilidades de toda persona que tiene alguna discapacidad o algún problema en su desempeño laboral”¹⁹, la misma que ayuda a mantener y recuperar la capacidad cerebral.

BENEFICIOS.

Los adultos mayores se benefician de la terapia ocupacional por los conjuntos de habilidades diseñadas para aumentar la independencia de aprendizaje. Ser independientes aumenta la autoestima y conduce a una vida más plena.

La alta autoestima es importante para la salud. La baja autoestima puede llevar a trastornos como la depresión, la TO “busca apoyar a la familia y a los cuidadores por medio de educación y entrenamiento para un manejo más

¹⁹ Ríos Janina, (2010) Directora del Programa Perfil de Conductas de Desarrollo del Instituto de Terapia Ocupacional en México

afectivo de la persona con dependencia, que promuevan la independencia y la autonomía optimizando la carga física y emocional”²⁰

La terapia ocupacional sirve para distintas clases de rehabilitación, se encarga de cuidar de la salud cognitiva, física y emocional del adulto mayor, por medio de las actividades recreativas ayudan a desarrollar funciones y a recuperar las afecciones perdidas del adulto mayor.

SESIÓN Nº 1

AUTOESTIMA EN EL ADULTO MAYOR

Es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos siendo una etapa maravillosa y encantadora del adulto mayor, reflejando los cambios físicos, mentales y sociales

El Autoestima es quererse a uno mismo y querer a los demás, significa saber que es valioso (a), digno (a), que vale la pena y que es capaz de enseñar a los demás, de esta manera se logra el autoestima.

NIVELES DEL AUTOESTIMA.

Baja autoestima

Se dice que una persona tiene autoestima deficiente o negativa cuando las apreciaciones de su autoevaluación y autovaloración le hacen daño y hay carencia de estima hacia sí misma, es decir la persona no se siente en disposición para la vida; se siente equivocada como persona:

- Buscar culpables a sus problemas.
- Sentirse frustrado, angustiado
- Evadir sus responsabilidades.
- Sentirse incompetente.
- Sentirse inseguro/a y desdichado/a.
- Pensar que no vale como persona, sin que importe lo que opinen los demás

²⁰ Junta de beneficencia de Guayaquil, hogar del corazón de Jesús, terapia recreativa y ocupacional 15102014:00 disponible en: <http://hogarcorazondejesus.org.ec/servicios/terapia/recreativa>.

- Resentimiento hacia sí mismo, no hay confianza y se desprecia.

Autoestima medio

Oscila entre sentirse apta o no, valiosa o no como persona. Tales incoherencias se pueden encontrar en personas, que a veces se sobrevaloran, revelando una autoestima confusa.

Alta autoestima

Equivale a sentirse confiadamente apto para la vida, sentirse capaz y valioso. Tener un nivel alto de autoestima es básicamente:

- Reconocer el valor de la autoestima para el desarrollo personal.
- Propiciar el aprecio por uno mismo/a, con nuestras fortalezas y debilidades.
- Defender el propio derecho a ser respetado/a, feliz y tenido/a en cuenta.
- Reconocer a las personas que fortalecen nuestra autoestima, diferenciándolas de aquellas que la destruyen.
- Determinar la forma de aceptar y/o modificar nuestras debilidades.(ARTICULO ,AUTOESTIMA EN EL ADULTO MAYOR, Alonso Matheus 2011)

DESARROLLO DE LA PROPUESTA

TEMA. Autoestima y sus niveles dirigidos a los adultos mayores del Ancianato “Hugo Agila Vargas”

SALUDO-PRESENTACIÓN

- **DINÁMICA DE INTEGRACIÓN.**
- **Nombre de la dinámica:** LA TELARAÑA
- **Objetivo:** Crear un ambiente de confianza e integración entre todos los participantes.
- **Materiales:** Una bola de lana

DESARROLLO:

- 1) Los adultos mayores se colocan de pie formando un círculo
- 2) Se le entrega a uno de ellos la bola de lana el cual tiene que decir su nombre y lo que más le gusta hacer.
- 3) Luego, el primer participante toma la punta del cordel y lanza la bola a otro compañero, quien a su vez debe presentarse de la misma forma.
- 4) La acción se repite hasta que todos los participantes quedan enlazados en una especie de telaraña.
- 5) Una vez que todos se han presentado, quien se quedó con la bola debe regresarla al que se la envió, repitiendo los datos dados por su compañero.
- 6) Esta a su vez, hace lo mismo de tal forma que la bola va recorriendo la misma trayectoria pero en sentido inverso, hasta que regresa al compañero que inicialmente la lanzó.
- 7) Advertir a los adultos la importancia de estar atentos a la presentación de cada uno, pues no se sabe a quién va a lanzarse la bola y posteriormente deberá repetir los datos del lanzador.

EVALUACIÓN

Lluvia de ideas de los adultos mayores con lo aprendido del tema.

Tiempo: 45 minutos

Refrigerio: Un vaso de gelatina con galletas integrales

CIERRE: Agradecimiento y despedida.

SESIÓN Nº 2

Actividades Técnicas

Para el desarrollo de actividades técnicas se promoverá talleres de manualidades donde los adultos mayores realizan muñecas y pulpos con lana y la colocación de fideos y lentejas en diferentes gráficos.

Los adultos mayores que participan en la presente actividad deben fijarse con atención los colores de las lanas y cómo vamos haciendo, manifestando inquietudes.

Para organizar esta actividad se les indica a los adultos mayores que se sienten alrededor de la mesa y que elijan el color de lana preferido, posteriormente se les fue explicando cómo realizar el pulpo o muñeca, de esta manera participaron todos los adultos.

EVALUACIÓN.

Colocar en la mesa todas las muñecas y pulpos mezclados entre sí y reconocer cuál de ellos es de cada uno, con la finalidad de que actúen todos los participantes de forma segura.

Tiempo.2horas

Refrigerio: Un vaso de jugo natura con pastelillo.

CIERRE: Agradecimiento y despedida, finalizando con bailoterapia.



ANEXO Nº 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo-----portadora de la cedula

Identidad N°-----firmando abajo y habiendo recibido todas las informaciones en relación con la utilización y destino de la información suministrada para el proyecto de investigación titulado “Depresión y calidad de vida en el adulto mayor en el Ancianato ”Hugo Agila Vargas” del Cantón Paltas, consiente y concedor de mis derechos abajo relacionados **ESTOY DE ACUERDO en**

1.- Se le garantiza al participante a recibir respuestas o cualquier pregunta o aclaración de cualquier duda acerca de los objetivos, beneficios y otros aspectos relacionados con la investigación en el cual está participando.

2.- Se le asegura plenamente que no será identificado y que se mantendrá el carácter confidencial de la información relacionada con sus declaraciones sin que estas ocasionen algún perjuicio en su vida personal.

3.- Se asegura a los participantes que las fotografías que se tomen se harán durante las diferentes sesiones del programa, serán solamente del conocimiento y utilización de la investigadora con fines académicos.

Tengo conocimiento de lo expuesto anteriormente y deseo participar de **MANERA VOLUNTARIA** en esta investigación.

Loja-----de -----del 2014

Firma de la participante

Firma de la investigadora

ANEXO N° 4

TEST DE CALIDAD DE VIDA DE FUMAT

BIENESTAR EMOCIONAL

ITEMS	Siempre o Casi Siempre	Frecuente mente	Algunas Veces	Nunca o Casi nunca
En general se muestra satisfecha con su vida presente	4	3	2	1
Manifiesta sentirse inútil	1	2	3	4
Se muestra intranquilo o nervioso	1	2	3	4
Se muestra satisfecho consigo mismo	4	3	2	1
Tiene problemas de comportamiento	1	2	3	4
Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe	4	3	2	1
Manifiesta sentirse triste o deprimido	1	2	3	4
Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad	1	2	3	4

RELACIONES INTERPERSONALES

ITEMS	Siempre o Casi Siempre	Frecuente mente	Algunas Veces	Nunca o Casi
Realiza actividades que le gustan con otras personas	4	3	2	1
Mantiene una buena relación con los profesionales de servicio al que acude	4	3	2	1
Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
Carece de familiares cercanos	1	2	3	4
Valora negativamente sus relaciones de amistad	1	2	3	4
Manifiesta sentirse querido por las personas importantes.	4	3	2	1

BIENESTAR MATERIAL

ITEMS	Siempre o Casi Siempre	Frecuente mente	Algunas Veces	Nunca o Casi nunca
El lugar donde vive es confortable	4	3	2	1
Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual)	1	2	3	4
Se queja de su salario (o pensión)	1	2	3	4
El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas	1	2	3	4
Dispone de las cosas materiales que necesita	4	3	2	1
El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades	1	2	3	4

DESARROLLO PERSONAL

ITEMS	Siempre o Casi Siempre	Frecuente mente	Algunas Veces	Nunca o Casi nunca
Puede leer información básica para la vida cotidiana	4	3	2	1
Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas	1	2	3	4
Tiene dificultades para expresar información	1	2	3	4
En el servicio al que acude le proporcionan información	4	3	2	1
Muestra dificultades para manejar conceptos matemático	1	2	3	4
Tiene dificultades para comprender la información	1	2	3	4
Es responsable de la toma de su medicación	4	3	2	1
Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad.	1	2	3	4

BIENESTAR FÍSICO.

ITEMS	Siempre o Casi Siempre	Frecuente mente	Algunas Veces	Nunca o Casi nunca
Tiene problemas de movilidad	1	2	3	4
Tiene problemas de continencia	1	2	3	4
Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal	1	2	3	4
Su estado de salud le permite salir a la calle	4	3	2	1
Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombre).	1	2	3	4
Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales	1	2	3	4

AUTODETERMINACIÓN

ITEMS	Siempre o Casi Siempre	Frecuente mente	Algunas Veces	Nunca o Casi nunca
Hace planes sobre su futuro	4	3	2	1
Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.).	1	2	3	4
Otras personas organizan su vida	1	2	3	4
Elige cómo pasar su tiempo libre	4	3	2	1
Ha elegido el lugar donde vive actualmente	4	3	2	1
Su familia respeta sus decisiones	4	3	2	1
Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas.	4	3	2	1
Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida.	1	2	3	4

INCLUSIÓN SOCIAL

ITEMS	Siempre o Casi Siempre	Frecuente mente	Algunas Veces	Nunca o Casi nunca
Participa en diversas actividades de ocio que le interesan	4	3	2	1
Está excluido en su comunidad	1	2	3	4
En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita.	1	2	2	3
Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita	4	3	2	1
Tiene dificultades para relacionarse con otras personas	1	2	3	4
Está integrado con los compañeros del servicio	4	3	2	1
Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad	4	3	2	1
Su red de apoyos no satisface sus necesidades	1	2	3	4
Tiene dificultades para participar en su comunidad	1	2	3	4

DERECHOS

ITEMS	Siempre o Casi Siempre	Frecuente mente	Algunas Veces	Nunca o Casi nunca
En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	4	3	2	1
Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	4	3	2	1
Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados	1	2	3	4
Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal	4	3	2	1
Disfruta de todos sus derechos legales	4	3	2	1

CALIDAD DE VIDA

Parámetros	valores		
	puntos	f	%
Siempre o casi siempre			
Frecuentemente			
Algunas veces			
Nunca o casi nunca			
Total			

ICV	Percentil	Nivel	ICV	Percentil	Nivel	ICV	Percentil	Nivel
>122	>95	Alto	118-122	90	Alto	115-117	85	Alto
112-114	80	Alto	110-111	75	Alto	107-109	70	Alto
105-106	65	Medio	103-104	60	Medio	102	55	Medio
99-101	50	Medio	98	45	Medio	95-97	40	Medio
94	35	Medio	92-93	30	Medio	90-91	25	Medio
87-89	20	Medio	83-86	15	Bajo	78-82	10	Bajo
71-77	5	Bajo	<71	1	Bajo			

Índice de Calidad de Vida de FUMAT

Percentil, indican el porcentaje de personas que tiene una puntuación superior o inferior calidad de vida.

ANEXO Nº 5

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Cuestionario: Escoja la respuesta que usted designe:

Pregunta a realizar	Sí	No
1 ¿Está básicamente satisfecho con su vida?		
2 ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?		
3 ¿Siente que su vida está vacía?		
4 ¿Se encuentra a menudo aburrido?		
5 ¿Tiene esperanza en el futuro?		
6 ¿Sufre molestias por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?		
7 ¿Tiene a menudo buen ánimo?		
8 ¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?		
9 ¿Se siente feliz muchas veces?		
10 ¿Se siente a menudo abandonado?		
11 ¿Está a menudo intranquilo e inquieto?		
12 ¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?		
13 ¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?		
14 ¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
15 ¿Piensa que es maravilloso vivir?		
16 ¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?		
17 ¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?		
18 ¿Está muy preocupado por el pasado?		
19 ¿Encuentra la vida muy estimulante?		
20 ¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?		
21 ¿Se siente lleno de energía?		
22 ¿Siente que su situación es desesperada?		
23 ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		
24 ¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?		
25 ¿Frecuentemente siente ganas de llorar?		
26 ¿Tiene problemas para concentrarse?		
27 ¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?		
28 ¿Prefiere evitar reuniones sociales?		
29 ¿Es fácil para usted tomar decisiones?		
30 ¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?		

1 ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO	
2 ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?		SI
3 ¿Siente que su vida está vacía?		SI
4 ¿Se encuentra a menudo aburrido?		SI
5 ¿Tiene esperanza en el futuro?	NO	
6 ¿Sufre molestias por pensamientos que no puede sacarse de la cabeza?		SI
7 ¿Tiene a menudo buen ánimo?		NO
8 ¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI	
9 ¿Se siente feliz muchas veces?		NO
10 ¿Se siente a menudo abandonado?	SI	
11 ¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI	
12 ¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI	
13 ¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI	
14 ¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	
15 ¿Piensa que es maravilloso vivir?		NO
16 ¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI	
17 ¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI	
18 ¿Está muy preocupado por el pasado?	SI	
19 ¿Encuentra la vida muy estimulante?		NO
20 ¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI	
21 ¿Se siente lleno de energía?		NO
22 ¿Siente que su situación es desesperada?	SI	
23 ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI	
24 ¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI	
25 ¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI	
26 ¿Tiene problemas para concentrarse?	SI	
27 ¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?		NO
28 ¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI	
29 ¿Es fácil para usted tomar decisiones?		NO
30 ¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?		NO

Valoración global.

Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:

0-10: Leve

11-14: Moderada

>14: Grave

ÍNDICE

CONTENIDOS	Págs.
PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
DEDICATORIA.....	vi
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA.....	7
PERSONA ADULTA MAYOR.....	7
Definición.....	7
Cambios físicos- psicológicos, cognitivos, deterioro cognitivo	7
DEPRESIÓN	8
Etiología	9
Clínica	11
Evaluación diagnóstica.....	12
Clasificación	12
Escala de depresión Geriátrica de Yesavage	13
Factores de riesgo: Físicos, psicológicos, sociales	15

Depresión en el adulto mayor institucionalizado.....	16
Tratamiento: Terapia ocupacional	18
CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR	18
Valoración de la calidad de vida.....	19
Dimensiones e indicadores de calidad de vida	20
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	21
6. RESULTADOS.....	25
7. DISCUSIÓN.....	34
8. CONCLUSIONES.....	37
9. RECOMENDACIONES.....	38
10. BIBLIOGRAFÍA.....	39
11. ANEXOS.....	43
12. ÍNDICE.....	59