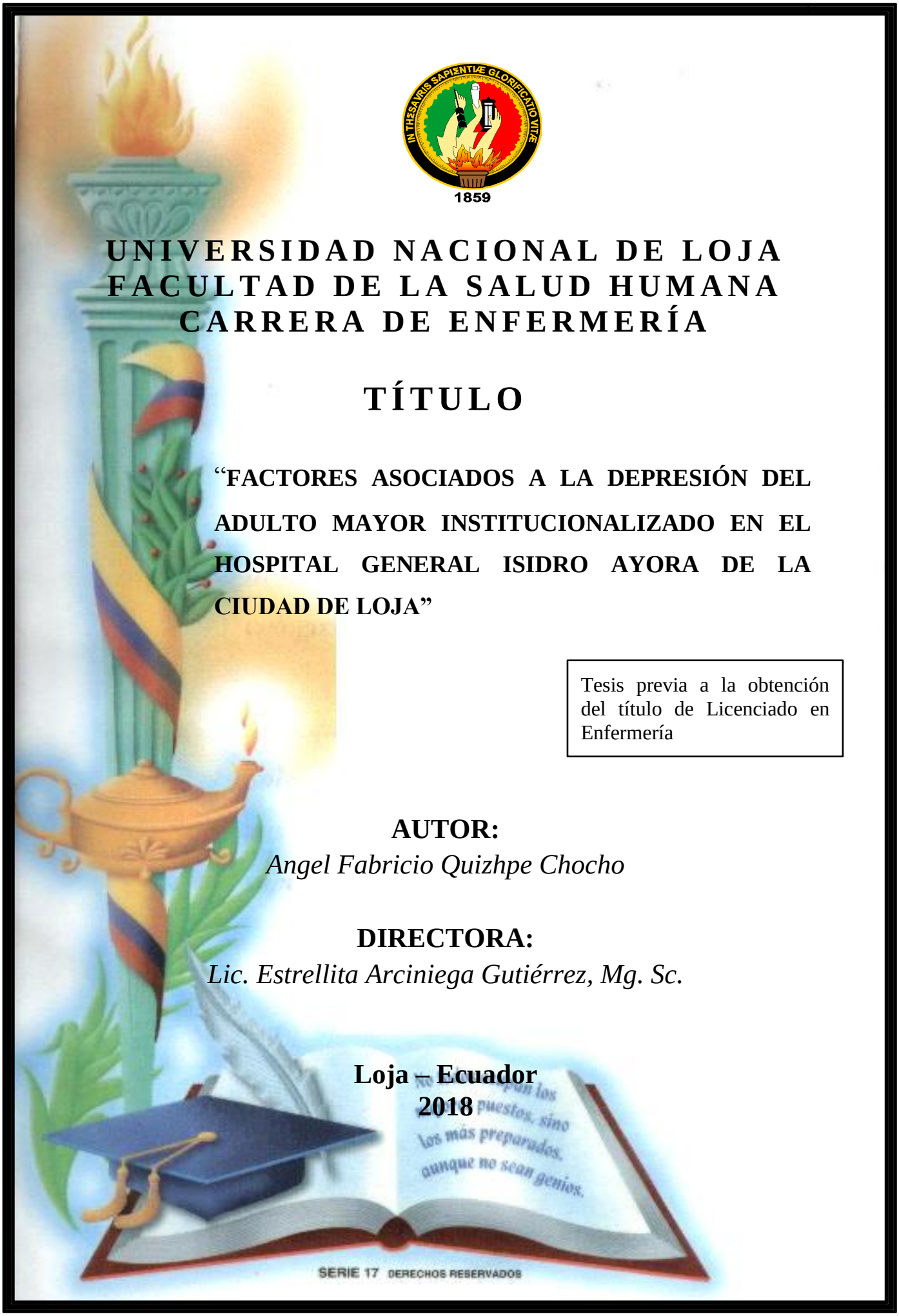

1859

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO

"FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA"

Tesis previa a la obtención del título de Licenciado en Enfermería

AUTOR:

Angel Fabricio Quizhpe Chocho

DIRECTORA:

Lic. Estrellita Arciniega Gutiérrez, Mg. Sc.

Loja – Ecuador

2018

CERTIFICACIÓN

Lic. Estrellita Arciniega Gutiérrez, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que he revisado y orientado en el marco del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja vigente, todo el proceso de desarrollo del trabajo investigativo titulado: **"FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA"**, de autoría del señor **ANGEL FABRICIO QUIZHPE CHOCHO** ha sido concluido observando las disposiciones reglamentarias estipuladas para el efecto. Por tanto se autoriza su presentación.

Loja, 29 de mayo del 2018

Atentamente

.....

Lic. Estrellita Arciniega Gutiérrez, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **Angel Fabricio Quizhpe Chocho**, declaro ser autor del 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.

Autor: Angel Fabricio Quizhpe Chocho

Cédula: 1105668295

Firma:

Fecha: 29 de mayo de 2018

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Angel Fabricio Quizhpe Chocho, declaro ser el autor de la tesis titulada**: "FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA",** como requisito para obtener el grado de Licenciado en Enfermería, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el repositorio institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI (Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual), en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio 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 29 días del mes de mayo del 2018, firma el autor.

Firma: ……

Autora: Angel Fabricio Quizhpe Chocho
Cédula: 1105668295
Dirección: Av. Virgilio Rodas
Correo Electrónico: angelfabricio92@hotmail.com
Celular: 0993101065 **Telf.:** 3027872

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Lic. Estrellita Arciniega Gutiérrez., Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

Presidente: Lic. Judith Marlene Encalada Elizalde, Mg. Sc.

Primer Vocal: Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc.

Segundo Vocal: Lic. Carmen Noemy Dávila Chamba, Mg. Sc**.**

DEDICATORIA

Dedico este trabajo realizado con esfuerzo y dedicación en primer lugar a DIOS, por haberme dado la vida, brindarme salud y ser mí guía hacia el camino del bien. A mis queridos PADRES que han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles, por el apoyo incondicional y desinteresado durante los años de mi carrera profesional.

A mis hermanos que siempre ha estado junto a mí brindándome su apoyo, por estar en mis alegrías y tristezas, no me queda más que decir que siempre los tendré presente en mi corazón.

Ángel Fabricio Quizhpe Chocho

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios primeramente por haberme acompañado a lo largo del mi formación profesional, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizaje, experiencia y sobre todo felicidad.

Gracias a mis padres por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, por darme la oportunidad de tener una excelente educación a lo largo de mi vida y más por ser dignos ejemplos a seguir.

Le agradezco la confianza, apoyo, dedicación y el tiempo brindado, a mi directora de tesis Lic. Estrellita Arciniega primeramente, y por último, pero no menos importante, agradezco a los adultos mayores y al hospital Isidro Ayora de Loja que permitieron desarrollar la tesis de pregrado de manera satisfactoria.

Ángel Fabricio Quizhpe Chocho

ÍNDICE

CARÁTULA i
CERTIFICACIÓN ii
AUTORÍA iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN iv
DEDICATORIA v
AGRADECIMIENTO vi
ÍNDICE vii
1. TÍTULO 1
2. RESUMEN 2
SUMMARY 3
3. INTRODUCCIÓN 4
4. REVISIÓN LITERARIA 6
4.1 Adulto mayor 6
4.1.1 Problemas físicos 8
4.1.2 Problemas psicológicos 8
4.1.3 Problemas sociales 9
4.2 Depresión 9
4.2.1 Síntomas 10
4.2.2 Tipos. 10
4.2.2.1 Depresión mayor 10
4.2.2.1.1 Síntomas de la depresión mayor 11
4.2.2.2 Distimia. 11
4.2.2.2.1 Síntomas de la distimia 12
4.2.2.3 Depresión maníaca 12
4.2.2.3.1 Síntomas de la depresión maníaca 12
4.2.2.4 Trastorno depresivo estacional (SAD). 13
4.2.2.4.1 Síntomas 13
4.2.2.5 Depresión psicótica. 14
4.2.3 Nivel de depresión 14
4.2.3.1 Depresión leve. 14
4.2.3.2 Depresión moderada 15
4.2.3.3 Depresión severa. 15
4.2.4 Depresión en el adulto mayor. 15
4.2.4.1 Prevalencia e incidencia de la depresión en la población geriátrica. 17

4.2.4.2 Causas de depresión en el adulto mayor. 19
4.2.4.3 Síntomas de la depresión geriátrica. 20
4.3 Factores asociados a la depresión 22
4.3.1 Factores sociodemográficos. 22
4.3.1.1 Familiares y del entorno. 22
4.3.1.2 Riesgos familiares. 22
4.3.1.3 Riesgos en relación con el entorno. 22
4.3.2 Factores individuales. 23
4.3.2.1 Sexo. 23
4.3.3 Factores psicológicos. 23
4.3.4 Factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor. 24
4.4 Escala de valoración geriátrica de depresión de Yesavage 25
5.1. Diseño o Tipo de estudio 28
5.2. Área de estudio 28
5.3. Universo 28
5.4. Variables, dimensión y su medición. 28
5.5. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos 29
5.6. Procedimiento para la recolección de la información 30
5.7. Análisis e interpretación y presentación de resultados 30
5.8. Fuentes de información 30
6. RESULTADOS 31
7. DISCUSIÓN 36
8. CONCLUSIONES 39
9. RECOMENDACIONES 40
10. BIBLIOGRAFÍA 41
11. ANEXOS 45

1. TÍTULO

“FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA”.

2. RESUMEN

La depresión es un factor de riesgo de mortalidad en adultos mayores, conlleva a una rehabilitación física pobre, recuperación lenta, mayor número de admisiones y mayor consumo de recursos en salud con mayor probabilidad de institucionalización posterior. El objetivo fundamental fue determinar los factores asociados a la depresión del Adulto Mayor institucionalizado en el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, el presente estudio fue de tipo descriptivo transversal, donde se aplicó una encuesta a 60 adultos, durante el periodo de Noviembre del 2017 a Febrero del 2018. Acorde a los resultados obtenidos los factores sociodemográficos relacionados a la depresión predomina el sexo femenino (58.3%), con un nivel de instrucción primaria (40.0%), estado civil casado (43.3%) y el resto convive solo (56.7%) siendo un factor de riesgo a deprimirse. Sobre los factores psicológicos el sexo femenino experimenta mayormente la perdida de algún ser querido que lo hace sentir triste, se siente discriminado por ser adulto mayor, sus seres queridos no valoran su trabajo y esfuerzo, se aburre con las actividades que realiza y el no poder recordar las cosas los hace sentir mal, siendo estos factores desencadenantes de depresión en el adulto mayor. El nivel de depresión en los adultos mayores es moderada en ambos sexos con el 43.3 % respectivamente.

Palabras claves: Adulto mayor, depresión y factores.

SUMMARY

Depression is a risk factor for mortality in older adults, leads to poor physical rehabilitation, slow recovery, and greater number of admissions and greater consumption of health resources with greater likelihood of subsequent institutionalization. The main objective was to determine the factors associated with the depression of the institutionalized Elderly in the General Hospital Isidro Ayora of the city of Loja, the present study was of transversal descriptive type, where a survey was applied to 60 adults, during the period of November from 2017 to February 2018. According to the results obtained, sociodemographic factors related to depression predominate in the female sex (58.3%), with a primary level of education (40.0%), marital status married (43.3%) and the rest coexists only (56.7%) being a risk factor to be depressed. Regarding psychological factors, the female sex experiences mostly the loss of a loved one that makes him feel sad, he feels discriminated against because he is an older adult, his loved ones do not value his work and effort, he gets bored with the activities he does and can not remembering things makes them feel bad, being these triggers of depression in the elderly. The level of depression in the elderly is moderate in both sexes with 43.3% respectively.

Keywords: Older adult, depression and factors.

3. INTRODUCCIÓN

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años y del sexo femenino, se manifiesta predominantemente por tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional y lo más grave agitación e ideación suicida. Además se considera un problema de salud pública, con graves implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad así como la calidad de vida de los ancianos que la padecen.

La depresión en pacientes institucionalizados incrementa de 12 a 30% y hasta 50% para residentes a largo plazo de las instituciones. El factor de mayor relevancia es la institucionalización, asociándose con una característica de aislamiento y de manifestaciones psicofisiológicas. Este factor estresante obviamente altera las esferas biológica, psicológica y social de los individuos, exigiéndoles una adaptación superior a la habitual demandada por un suceso esperado o vital, causando así un reajuste sustancial en la conducta de esta población.

Según la OMS la proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo, se calcula entre el 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%, en un aumento previsto de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años. La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana. La depresión unipolar afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores. Este trastorno también aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria (OMS, 2016).

Entre los problemas de salud más prevalentes en las poblaciones ancianas se encuentran la Depresión, pues primeramente la negación al no aceptar a la vejez como una etapa más del desarrollo, el sentirse inútil, sin las mismas capacidades que tuvo en etapas anteriores , el pensar que son una carga, que están cansados de ellos, y una serie de creencias erróneas propias de su edad, y de las circunstancias que están viviendo, da lugar a que puedan desarrollar cuadros depresivos, que deben ser primeramente conocidos por quienes están a cargo de la salud mental y fisiológica de los seres humanos, y más aún de los más vulnerables, como son en este caso los adultos mayores, siendo esta la razón que me motivó a desarrollar esta temática.

La presente investigación se desarrolló con el objetivo de determinar los factores asociados a la depresión del adulto mayor institucionalizado en el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja, caracterizando los factores sociodemográficos y psicológicos desencadenantes de la depresión en los usuarios hospitalizados y el grado de depresión que presentan.

La importancia de esta investigación radica en conocer la realidad en el escenario práctico del enfermero/a sobre el cuidado de pacientes hospitalizados con un cierto nivel de depresión y servir de referencia a autoridades competentes a fin de realizar programas de formación acerca del mismo para mejorar los conocimientos del personal con el consecuente beneficio del usuario.

4. REVISIÓN LITERARIA

4.1 Adulto mayor

Adulto mayor es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida)**.**

La población mundial está envejeciendo rápidamente. Entre 2000 y 2050, se estima que la proporción de adultos mayores del mundo se duplicará aproximadamente de un 11% a 22% (MIES, 2013).

Según la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, en todo el mundo, los problemas de la salud mental se cuentan entre las causas principales de discapacidad y de reducción de la calidad de la vida, y específicamente la depresión es la principal causa de discapacidad a escala mundial.

Para la proyección para 1950–2050, América latina está en un proceso de envejecimiento, por lo que esperamos que el aumento progresivo en la franja poblacional de personas mayores de 60 años, sea una constante especialmente en los países en desarrollo según datos de la comunidad económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

De igual forma, los indicadores del proceso de envejecimiento de la población colombiana proyectados al año 2100, el índice de envejecimiento pasó del 12,4% a 20,9% en los años 1950 y 2000 respectivamente; y para el año 2100 se prevé un índice

del 237%. A raíz de las tendencias proyectadas, el índice de envejecimiento aumentará abruptamente durante la primera mitad del siglo XXI; para la región como un todo se estima que en el año 2025 habrá un adulto mayor por cada dos menores de 15 años y que el 2050 esa razón será de uno.

Estimando un aumento de casi el doble la población mayor de 60 años, con un porcentaje del 6,9 en el 2000 al 34,8% para el año 2100 según el centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Chinchilla Moreno, 2015).

Este panorama marcado por la transición demográfica, presenta diferentes niveles de transición para cada uno de los países según su nivel de desarrollo. Colombia, pertenece al tercer grupo, de plena transición, con natalidad moderada y mortalidad moderada o baja, lo que determina un crecimiento natural moderado y muestra un incremento de los universos de población adulta mayor en la región.

Esta realidad no solo altera las estructuras poblaciones sino que también genera problemas, a continuación se destacan algunos de los cambios sociodemográficos y socioeconómicos que denotan situaciones de conflicto: la primera, una característica distintiva del envejecimiento es la vida más longeva de las mujeres que permite identificar un “rostro femenino” para la vejez. La segunda, la condición socioeconómica de la mujer de edad (viuda o con ausencia de pareja) afectada por la inequidad de género a lo largo de toda la vida, la lleva a condiciones de precariedad.

La tercera, una de las características más relevantes es la referida al trabajo, dada la disminución de la tasa de participación económica de las personas mayores y su capacidad limitada de generar ingresos. Y finalmente, la disminución o perdida de roles anteriormente ejercidos en torno a la familia, el trabajo y la sociedad, aunado a la disminución en la participación social al envejecer.

Al parecer existe un claro consenso acerca de lo que son vejez y envejecimiento. Vejez se refiere a un estado, relativamente largo, por el que pasan los seres humanos; pero un estado que además es el último período del ciclo vital. Por su parte, el envejecimiento es un proceso biológico, social y psicológico, como resultado de la interacción de la herencia, el ambiente y la conducta. Otra cosa diferente es establecer si se trata de un período de declive o de producción y si es un proceso normal o patológico, respectivamente. Esta bipolaridad en la visión de vejez y envejecimiento como positivo o negativo, desde luego, no es contemporánea.

Algunos de los cambios y/o problemas acaecidos a consecuencia del proceso de envejecimiento (Capuñay, Figueroa, & Varela, 2014).

4.1.1 Problemas físicos: como consecuencia del deterioro biológico, aparecen, al menos, los siguientes problemas, no asociados directamente a la edad ni presentes en todas las personas cuya edad los hace pertenecer al grupo de personas mayores, o ancianas, o viejas, o como quiera denominárseles: incontinencia urinaria, osteoporosis, artrosis y artritis, problemas coronarios, insuficiencia respiratoria, diferentes procesos oncológicos, problemas hormonales problemas sexuales, aumento en la frecuencia de caídas, enfermedad de Parkinson, problemas sensoriales, deterioros dermatológicos y cambios neuro cerebrales.

4.1.2 Problemas psicológicos: A parte del deterioro cognitivo, principalmente problemas de memoria y aprendizaje de tareas nuevas, hay otros problemas psicológicos que aparecen a lo largo del proceso de envejecimiento y que, al menos, incluyen los siguientes (de nuevo sin la intención de agotar todos ellos: depresión, esquizofrenia, psicosis, parafrenia, trastornos de personalidad, fobias, efectos producidos por estrés y sucesos vitales estresantes, problemas de pareja y familiares, problemas sexuales,

afrontamiento de enfermedad y/o muerte, hábitos no salutogénicos (fumar, tomar alcohol como forma de superar los cambios), afrontamiento de pérdida de personas queridas, afrontamiento de pérdida de trabajo, etc.

También, como en el caso de los problemas físicos, en el grupo de personas mayores hay una alta incidencia de comorbilidad de diferentes problemas psicológicos, pero también eso ocurre en otras etapas del ciclo vital. Lo que debe llamar nuestra atención es que además de los problemas cognitivos, que tanto preocupan a legos, investigadores y políticos, los ancianos también pueden experimentar sufrimiento psicológico por otros problemas tan importantes como los cognitivos, que perjudican una vida satisfactoria.

4.1.3 Problemas sociales: Dentro de esa interrelación que ya hemos mencionado entre los factores físicos, psicológicos y socio-culturales, encontramos una serie de consecuencias problemáticas de clara apariencia social, siendo algunos de ellos los cambios de roles, estrés labor al, los problemas económicos, cambios en las redes socio-laborales, problemas asociados a la jubilación o al paro sin jubilación, consecuencias por ser cuidador de un familiar enfermo y/o discapacitado, consecuencias por ser una persona dependiente de otra que le cuida, consecuencias para los cuidadores de un anciano enfermo y/o discapacitado, consecuencias para los familiares, consecuencias para la sociedad (sistemas de pensión y seguros sociales y médicos), papel de “anciano”, mitos sobre la vejez, realidad social de residencias y asilos públicos y/o privados (Ramirez, Bedoya, & Correa, 2015).

4.2 Depresión

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima,

trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (HUMANOS, 2012).

4.2.1 Síntomas

- Estado de ánimo irritable o bajo la mayoría de las veces.
- Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño.
- Cambio grande en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso.
- Cansancio y falta de energía.
- Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa.
- Dificultad para concentrarse.
- Movimientos lentos o rápidos.
- Inactividad y retraimiento de las actividades usuales.
- Sentimientos de desesperanza y abandono.
- Pensamientos repetitivos de muerte o suicidio.
- Pérdida de placer en actividades que suelen hacerlo feliz, incluso la actividad sexual

4.2.2 Tipos. La depresión forma parte de los trastornos del estado ánimo y afecta a nuestro bienestar, nuestra interacción social, nuestro apetito y deseo sexual. Ya que existen muchos tipos de depresión y cada uno con sus características, a continuación te presentamos los distintos tipos de depresión.

4.2.2.1 Depresión mayor. Se caracteriza por la aparición de uno o varios episodios depresivos de mínimo 2 semanas de duración. Suele comenzar generalmente durante la adolescencia o la adultez joven. La persona que sufre este tipo de depresión, puede experimentar fases de estado de ánimo normal entre las fases depresivas que pueden durar meses o años. Se clasifica dentro de los episodios unipolares puesto que

no hay fases de manía, y puede producir problemas muy serios para el paciente si no es tratado de manera eficaz.

4.2.2.1.1 Síntomas de la depresión mayor. Estos son algunos de los síntomas de la depresión mayor según el manual **DSM-IV-TR** (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales)**:**

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días
- Pérdida de interés en las actividades que antes eran gratificantes
- Pérdida o aumento de peso
- Insomnio o hipersomnia
- Baja autoestima
- Problemas de concentración y problemas para tomar decisiones
- Sentimientos de culpabilidad
- Pensamientos suicidas
- Agitación o retraso psicomotores casi todos los días
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días

Según el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales), debe existir la presencia de cinco (o más) de los síntomas anteriores durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para sentir placer.

4.2.2.2 Distimia. Dentro de los tipos de depresión, la distimia es menos grave que la depresión mayor. Es un tipo de *depresión unipolar* (no incluye síntomas

maníacos) e interfiere en el funcionamiento normal y el bienestar del individuo que lo sufre.

La característica esencial de este trastorno es que el paciente se siente depresivo durante la mayor parte del día, la mayoría de los días durante al menos 2 años. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

4.2.2.2.1 Síntomas de la distimia

- Pérdida o aumento de apetito
- Insomnio o hipersomnia
- Falta de energía o fatiga
- Baja autoestima
- Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
- Sentimientos de desesperanza

4.2.2.3 Depresión maníaca. Este tipo de trastorno, también llamado Trastorno bipolar se clasifica como un tipo de trastorno del estado de ánimo. Pese a que podemos incluirlo dentro de los tipos de depresión, combina estados depresivos con estados de manía, es decir, existen altibajos extremos. El trastorno bipolar es una patología seria, y no debe confundirse con un estado inestabilidad emocional.

4.2.2.3.1 Síntomas de la depresión maníaca

- Autoestima exagerada
- Menor necesidad de descanso y sueño
- Mayor distracción e irritabilidad

- Excesiva participación en actividades placenteras y de alto riesgo que pueden provocar consecuencias dolorosas, por ejemplo comportamiento provocativo, destructivo o anti-social (promiscuidad sexual, conducción imprudente, abuso del alcohol y de drogas).
- Aumento de la locuacidad (por ejemplo aumento en la velocidad del habla, cambios rápidos de tema, intolerancia a las interrupciones)
- Sentimientos de "excitación" o de euforia
- Marcados cambios de estado de ánimo, por ejemplo inusitadamente feliz o tonto, extrañamente enojado, agitado o agresivo
- Mayor deseo sexual
- Mayor nivel de energía
- Escaso sentido común en personas sensatas

4.2.2.4 Trastorno depresivo estacional (SAD). Este estado depresivo recibe el nombre de Trastorno depresivo estacional (SAD) y se caracteriza por ocurrir durante una cierta época del año, generalmente durante el invierno.

4.2.2.4.1 Síntomas. Generalmente se intensifican de manera lenta a finales del otoño y en los meses de invierno. Estos síntomas son muy parecidos a los que se presentan en otros tipos de depresión:

- Desesperanza
- Aumento del apetito con aumento de peso
- Aumento del sueño (el poco sueño es más común con otras formas de depresión).
- Menos energía y capacidad para concentrarse
- Pérdida de interés en el trabajo y otras actividades
- Movimientos lentos

- Aislamiento social
- Tristeza e irritabilidad

4.2.2.5 Depresión psicótica. La depresión psicótica es un subtipo de depresión mayor el cual se presenta cuando una enfermedad depresiva severa incluye algún tipo de psicosis. A diferencia de los demás tipos de depresión, se caracteriza por la presciencia de síntomas psicóticos: alucinaciones y/o delirios (Alberdi, Carlos, & Taboada, 2013).

4.2.3 Nivel de depresión. Lo mismo ocurre con los grados o la intensidad de la depresión, aunque parece que existe acuerdo general en clasificar el trastorno depresivo en tres grados: leve, moderado y severo. En cualquier caso, la gravedad de la depresión no depende tanto de su intensidad, ya que una depresión leve puede ser tan peligrosa como una severa.

4.2.3.1 Depresión leve. La depresión se leve se caracteriza porque los síntomas que presenta son la tristeza, cierta apatía, falta de autoestima, cansancio, falta de interés y desilusión, pero de una forma suave que no afecta a nuestra vida cotidiana o a nuestras actividades diarias. La persona con depresión leve puede seguir haciendo las mismas cosas a nivel social, familiar y laboral, aunque la constante sea la tristeza y la desgana.

Sin embargo, esta depresión leve, a la que algunos llaman distimia**,** no debe tomarse a la ligera ya que en muchos casos conduce a una depresión crónica. Es esa creencia de que es normal estar tristes, angustiados y sin ilusión cuando las cosas no nos van bien lo que hace que muchas veces la depresión leve se quede sin tratamiento. Se trata de un grave error ya que la insatisfacción vital permanente no sólo acarrea trastornos emocionales sino un sinfín de enfermedades.

4.2.3.2 Depresión moderada. Del enorme listado de los síntomas de depresión, la depresión moderada solo conoce unos pocos, pero su intensidad va ganando fuerza respecto a la depresión leve de forma que ya se empieza a paralizar un tanto la vida diaria de la persona enferma. Esta depresión va destruyendo la fortaleza y la seguridad y restando fuerzas e ilusiones hasta afectar a las actividades sociales, familiares y laborales.

Síntomas como dolores musculares, motivo de baja laboral, la dificultad para concentrarse, que puede hacer del trabajo diario un auténtico infierno y la baja autoestima, que se traduce en la reducción de la vida social, son claras muestras de cómo la depresión moderada va destruyendo la vida de la persona enferma y de aquellos que la rodean.

4.2.3.3 Depresión severa. La depresión severa o grave no es que sea la más grave de las tres. Es que se trata de una depresión donde la cantidad de síntomas es mayor y sus consecuencias negativas se hacen más que evidentes. Se caracteriza por una pérdida total de interés por la vida, por pensamientos frecuentes de suicido y por la desaparición de las fuerzas físicas. Estamos ante una parálisis vital en toda regla.

En contra de lo que pueda parecer, y siempre teniendo en cuenta cada caso particular, la depresión severa no es de las más difíciles de superar**,** ya que la evidencia de sus síntomas, de sus consecuencias y de sus efectos negativos sobre la vida diaria puede llevar a la persona que lo sufre a buscar un tratamiento con mayor rapidez (MENTAL, 2013).

4.2.4 Depresión en el adulto mayor. La depresión geriátrica está descrita en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) como un síndrome

depresivo que se presenta en personas mayores de 65 años. Es frecuente que los adultos mayores con patologías médicas crónicas, deterioro cognitivo o pérdida de funcionalidad, presenten cuadros depresivos, causando sufrimiento, conflictos familiares y disminución de la funcionalidad en el paciente, evidenciándose además, un empeoramiento de las patologías de base.

El episodio depresivo (primer episodio) y el trastorno depresivo recurrente (más de un episodio) son un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida), los cuales suelen acompañarse de otros síntomas que provocan malestar y configuran todos ellos una afectación global de la vida psíquica y dificultan el desarrollo de la vida cotidiana de quien padece la enfermedad.

La depresión en pacientes institucionalizados incrementa de 12 a 30% y hasta 50% para residentes a largo plazo de las instituciones. El factor de mayor relevancia es la institucionalización, asociándose con una característica de aislamiento y de manifestaciones psicofisiológicas. Este factor estresante obviamente altera las esferas biológica, psicológica y social de los individuos, exigiéndoles una adaptación superior a la habitual demandada por un suceso esperado o vital, causando así un reajuste sustancial en la conducta de esta población (Espada, 2012).

La depresión además es mucho más prevalente en adultos mayores hospitalizados, y es frecuente que no sea reconocida por el personal sanitario, dado que asumen la sintomatología depresiva como cambios esperados con el envejecimiento o esperados por la enfermedad y por eso no la tratan. Entre estos síntomas se encuentra la fatiga, adinamia, somnolencia o hipersomnia, hiporexia o anorexia, retardo psicomotor o

agitación, agresividad, inatención, pérdida del interés y del placer por las actividades, y síntomas somáticas, siendo esta última una de las formas más comunes de presentación de la depresión como depresión enmascarada.

La presencia de depresión durante la hospitalización está relacionada con aumento de la mortalidad, siendo la depresión un factor de riesgo independiente para mortalidad total en adultos mayores; conlleva a una rehabilitación física pobre, recuperación lenta, mayor número de admisiones y mayor consumo de recursos en salud con mayor probabilidad de institucionalización posterior.

4.2.4.1 Prevalencia e incidencia de la depresión en la población geriátrica. En estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos, se evidencia que la prevalencia de cuadros depresivos es mayor en pacientes hospitalizados e institucionalizados que en personas insertas en la comunidad. Entre 1 y 4% de la población anciana en la comunidad presenta depresión mayor, equivalente a una incidencia de 0-15% por año, mientras que en pacientes hospitalizados este porcentaje aumenta al 10-12% y 12-14% en pacientes institucionalizados. En atención primaria las cifras de este cuadro, representan el 6-9%.

En cuanto a la depresión menor, la prevalencia en población anciana no institucionalizada es de 4-13% mientras que en hospitalizados, alcanza alrededor de un 30% y en pacientes que residen en instituciones, un 17-35%. En atención primaria, el 6% de los pacientes atendidos presenta depresión menor y un 10% síntomas subclínicos de depresión. En el caso de trastornos distímicos, que hacen referencia a la presencia de síntomas depresivos de menor intensidad en el curso de los últimos 2 años, tienen una prevalencia del 2%.

En Chile, la depresión constituye una de las 21 enfermedades en población adulta prioritarias en salud, estudiada en la última encuesta nacional de salud, en que se estableció una prevalencia de 3,7% de síntomas depresivos en el último mes (hombres: 2; mujeres: 4,9), siendo el porcentaje más elevado en el segmento con escolaridad básica (5,6%), de sujetos sobre los 65 años. En el caso de los síntomas depresivos en el último año, estas cifras ascienden la prevalencia a 13,4% (hombres: 7,2; mujeres: 17,8), encontrándose mayor porcentaje en el grupo de sujetos con escolaridad básica (18,6%).

Con frecuencia los síntomas depresivos o síndromes depresivos se encuentran presentes en pacientes con trastornos cognitivos tipo demenciantes como la demencia tipo Alzheimer. Diversos autores sostienen que alrededor de un 17% de estos pacientes presentan depresión mayor y un porcentaje aún mayor se ha encontrado en pacientes con demencias subcorticales. Por otra parte, los cuadros depresivos pueden evolucionar hacia deterioro cognitivo e incluso a demencia a pocos años del inicio de los trastornos.

De las depresiones con demencia reversible, cuyos síntomas cognitivos remiten casi completamente después del tratamiento antidepresivo, un 40% desarrolla demencia dentro de los siguientes 3 años. En un estudio de reciente publicación, se encontró un riesgo relativo de conversión a demencia en los pacientes con diagnóstico de pseudodemencia depresiva, constituyéndose así en un robusto predictor de demencia. Estudios sostienen que el inicio de un cuadro de depresión mayor 10 años previos al diagnóstico de demencia y la historia de un episodio depresivo constituyen un factor de riesgo para desarrollar enfermedad de Alzheimer (Dechent, 2012).

4.2.4.2 Causas de depresión en el adulto mayor. Entre ellos se encuentran la pérdida del cónyuge, los sentimientos de soledad frente a la ausencia de la pareja o trabajo, la jubilación y las dificultades económicas, sentimientos de inutilidad ante la sociedad, la falta de reconocimiento social, los problemas en las relaciones sociales tales como las humillaciones o discriminaciones, las pérdida de memoria y de otras funciones intelectuales (demencia), el alejamiento de los hijos o de los contactos próximos, la amenaza de pérdida (como en caso de una discusión con el hijo o de enfermedad del cónyuge), la violencia familiar, el autoestima de los adultos mayores, impotencia en las relaciones sexuales.

En la sociedad contemporánea, junto con el proceso de envejecimiento, se producen cambios sociales cuyas consecuencias influyen negativamente en las condiciones de vida de los que envejecen. Algunos de ellos son:

- Respuesta social al deterioro biológico propio del envejecimiento: En torno a los cambios biológicos del modelo médico tradicional, se concibe la vejez como déficit y de involución, acentuando la percepción de que se trata de un proceso degenerativo. Asimismo, tiende a equiparar vejez con discapacidad. Esto conduce a la persona adulta mayor a adoptar una actitud fatalista de desánimo y temor frente a una situación que se define como decadencia inexorable.
- Pérdida de la ocupación, disminución del ingreso y deterioro de la identidad social: El llegar a ser adultos mayores significa para muchos el cese laboral, con pensiones de jubilaciones bajas, pérdida de competitividad en el mercado laboral. Su trabajo es menos remunerado y cada vez les es más difícil conseguir empleo.
- Disponen de mayor tiempo libre y se sienten inútiles. Estos cambios producen un gran impacto psicológico, llevando muchas veces a graves y progresivos problemas

de depresión, por la pérdida de identificación dentro de la sociedad. Sienten que "no son nadie" y pierden su sociabilidad.

- Los jubilados son considerados una carga para la sociedad, lo que va en desmedro de su identidad social. El retirarse de su trabajo les produce una estrechez económica, debido a que las jubilaciones y pensiones son mucho menores que los ingresos provenientes de las remuneraciones que antes recibían.
- El impacto psicológico que causa el retiro del trabajo pesa más sobre los varones, para quienes quedarse en casa significa constituirse en un estorbo para los demás, no tener nada qué hacer, aburrirse y auto desvalorizarse como individuos.
- La ideología del "viejismo" y la desvalorización social de la vejez: Considera a la vejez como una etapa de decadencia física y mental, y proyecta sobre los viejos una imagen de discapacidad, inutilidad social, obsolescencia y rigidez. Esto repercute en el anciano, ya que al hacer suyas las ideas mencionadas, acaban por percibirse a sí mismos en esos términos.
- La ausencia de un rol social: Actualmente, la sociedad no ha definido un conjunto de actividades para las personas que se retiran del trabajo, es por ello que se crean sentimientos de aburrimiento y sensación de inutilidad. Si la sociedad estableciera el conjunto de actividades que serían específicas para los adultos mayores en cuyo desempeño este podrían percibirse útiles y conseguir reconocimiento social, de existir estas definiciones, ellas habrían contrarrestado los contenidos negativos de la ideología del "viejismo" y habrían influido positivamente en la percepción social de los adultos mayores y en su autoestima (Montenegro & Santisteban, 2016).

4.2.4.3 Síntomas de la depresión geriátrica. El sentirse desanimado o triste no es el único síntoma de la enfermedad depresiva. Para identificar adecuadamente una depresión es importante saber que buscar.

- Un sentimiento de tristeza o desánimo que es más intenso que la tristeza normal, dura más días y está presente la mayor parte del tiempo, aunque con cierta frecuencia mejora con el transcurso del día.
- Una pérdida de interés en la vida y una incapacidad para disfrutar de las cosas que generalmente dan placer o satisfacción.
- Una sensación de fatiga o cansancio que está presente a pesar de una escasa actividad y que es tan intensa que hace que la tarea más simple suponga un gran esfuerzo. La motivación y el impulso están descendidos.
- Una pérdida de apetito se suele acompañar de pérdida de peso.
- Una sensación interna de inquietud que hace difícil el descansar o el relajarse.
- Un deseo de aislarse de la gente y si hay gente alrededor una sensación de irritabilidad y mal humor.
- Dificultad para dormir con frecuente despertar temprano, al menos una o dos horas antes de lo habitual, y con incapacidad para reconciliar el sueño.
- Ausencia de confianza en sí mismo, que con frecuencia se asocia a sentimientos de inutilidad o de ser una carga para los demás.
- Sentimientos de maldad o de culpa; quizás exagerando incidentes del pasado, reaccionando de forma desproporcionado, o preguntándose si ha sido castigado por Dios.
- Pensamientos suicidas. Muchas de las personas con depresión grave se sienten en algún momento como si todo acabara. Estos sentimientos deben ser tenidos en cuenta ya que son indicativos de que se necesita ayuda. En ocasiones se hacen tan intensos que la persona deprimida puede decidir querer morir y hacer los preparativos para llevar a cabo su suicidio. Este es un signo de que se precisa de ayuda urgentemente (GeoSalud, 2018).

4.3 Factores asociados a la depresión

4.3.1 Factores sociodemográficos.

4.3.1.1 Familiares y del entorno. Los factores familiares y el contexto social podrían jugar un importante papel en el desarrollo de la depresión, fundamentalmente aquellos que están fuera del propio control, que ocurren como un acontecimiento no predecible en el ambiente diario y que son recurrentes a lo largo del tiempo.

4.3.1.2 Riesgos familiares. La depresión en los padres se considera un factor de riesgo importante, que se asocia con depresión en su descendencia. Se ha visto que los hijos de padres con depresión presentan una probabilidad entre tres y cuatro veces mayor de desarrollar trastornos del humor y en concreto, la psicopatología materna se considera un predictor de depresión en el niño.

El contexto familiar en el que vive el niño o el adolescente parece jugar un papel trascendental en el desarrollo de depresión. Los factores de riesgo más comunes son la existencia de conflictos conyugales o las dificultades emocionales entre uno de los padres y el niño. Son también factores de riesgo asociados con la depresión, las distintas formas de maltrato como el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado, así como los eventos vitales negativos, el divorcio o separación conflictivos de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo.

4.3.1.3 Riesgos en relación con el entorno. La depresión juvenil se asocia en muchas ocasiones con la existencia de conflictos interpersonales y de rechazo de diferentes miembros de su entorno social, lo que incrementa los problemas de relación social. De esta manera, los niños y adolescentes con pocos amigos presentan una mayor

probabilidad de desarrollar depresión, así como trastornos de conducta y mayor aislamiento social.

Otros factores también asociados con un número mayor de síntomas depresivos son el vivir en estructuras familiares diferentes de las de los padres biológicos, problemas de salud en los adolescentes, o una mala adaptación a la familia, amigos, escuela, trabajo y pareja. No parece existir asociación entre vivir en el medio rural o urbano.

Deberían considerarse niños y adolescentes con riesgo elevado de presentar trastornos mentales, incluida la depresión, aquellos sin hogar, los internos en centros de acogida, refugiados y aquellos con antecedentes de delincuencia, especialmente los recluidos en instituciones de seguridad.

4.3.2 Factores individuales.

4.3.2.1 Sexo. Antes de la adolescencia, los trastornos depresivos son prácticamente iguales en niños que en niñas. Sin embargo, en la primera mitad de la adolescencia, estos trastornos son dos o tres veces más frecuentes en el sexo femenino. Las posibles explicaciones podrían ser los cambios hormonales que se producen, un incremento del estrés y la mala respuesta a este, diferencias en las relaciones interpersonales y tendencia a pensamientos rumiativos.

4.3.3 Factores psicológicos. Se piensa que el temperamento presenta una base genético-biológica, aunque la experiencia y el aprendizaje, en particular dentro del contexto social, pueden influir en su desarrollo y expresión. La afectividad negativa, se refiere a la tendencia a experimentar estados emocionales negativos, que se acompañan de características conductuales (como la inhibición y retraimiento social) y cognitivas (como las dificultades de concentración).

Ante la ocurrencia de eventos vitales estresantes, características cognitivas asociadas a la afectividad negativa, como sentimientos de abandono o pérdida y/o de baja autoestima, así como un estilo cognitivo rumiativo, pueden dificultar el afrontamiento y aumentar la probabilidad de sufrir depresión en comparación con aquellos individuos sin estas características.

La presencia de síntomas depresivos, como anhedonia o pensamientos de muerte, incrementan de forma significativa el riesgo de presentar depresión mayor en niños y adolescentes. Finalmente, aquellos niños y adolescentes con discapacidades físicas o de aprendizaje, déficit de atención, hiperactividad o alteraciones de conducta, también tienen un mayor riesgo de depresión.

4.3.4 Factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor. Existen ciertas circunstancias, de carácter biológico, psicológico y social, que pueden facilitar la aparición de un trastorno depresivo en el adulto mayor, así como contribuir a que éste se cronifique:

- Género: uno de los factores de riesgo relacionados con la depresión durante la vejez es ser mujer (las mujeres padecen depresión con más probabilidad que los hombres).
- Haber sufrido un accidente cerebrovascular (depresión post-ictus).
- Padecer enfermedades neurodegenerativas como Parkinson o Alzheimer.
- Consumir medicamentos a diario.
- Poseer un tipo de personalidad insegura con escasos recursos de afrontamiento y/o autoestima baja.
- Padecer enfermedades médicas dolorosas.
- Instalarse en una residencia para personas mayores.
- Sufrir trastornos del sueño.

- Contar con escaso o nulo apoyo social.
- Vivir solo y sentir soledad.
- Abusar del consumo de alcohol.
- Disponer de escasos recursos económicos.
- Encontrarse en un proceso de duelo.
- Recibir un tratamiento antidepresivo insuficiente (únicamente el 15% de los adultos mayores con depresión se beneficia de un tratamiento adecuado) (Pasquin, 2017).

4.4 Escala de valoración geriátrica de depresión de Yesavage

En la valoración del riesgo de depresión la escala más utilizada para la población de adultos mayores es la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale deYesavage, GDS), diseñada por Brink y Yesavage en 1982, la cual es una escala de autoevaluación desarrollada para detectar los síntomas específicos de la depresión en las personas mayores.

La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, de la que se seleccionaron los que mostraban una validez test-retest mayor, eliminado los ítems de contenido somático, tiene respuestas dicotómicas (sí/no) que tienen una elevada sensibilidad y especificidad (S=84% y E=95%) y con una buena correlación con otras escalas clásicas utilizadas para el cribado de depresión.

Sheikh y Yesavage propusieron posteriormente una versión abreviada, formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) que requiere de 5 a 7 minutos para ser completada, con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención que se suelen presentar en este grupo de edad, y más en los casos en que existe algún grado de alteración cognoscitiva.

Se considera un auto informe construido específicamente para adultos mayores y su principal ventaja es que no mezcla síntomas físicos con los depresivos. Se centra en aspectos cognitivo conductuales relacionados con las características específicas de la depresión del adulto mayor.

La escala es sensible y específica tanto en el hospital como en atención primaria, es fácil de realizar y muy aceptable para los pacientes, y ha sido validada de forma extensa.

En el presente estudio para la estimación de los síntomas depresivos, se utilizó la escala de valoración geriátrica de depresión de Yesavage su versión reducida de 15 ítems.

Su versión corta de 15 ítems es tan confiable y válida como la versión original de 30 ítems; tiene una sensibilidad entre el 80 -90% y una especificidad entre 70 -80% con un punto de corte de 6 para considerar la presencia de síntomas depresivos, con un rango normal entre 0 –5.

En los estudios realizados en España, la versión reducida de 15 ítems ha demostrado una fiabilidad intra observador ha sido del 0,95 y la inter observador del 0,65, con una consistencia interna de 0,99. Se ha obtenido un área bajo la curva de 0,835. La sensibilidad alcanzada ha sido del 81% y la especificidad del 76% para un punto de corte de 5 o más puntos.

El GDS-15 ha sido validada como una escala con buena calidad psicométrica, siendo completada por los adultos mayores de mejor forma, es fácil de aplicar y lleva muy poco tiempo y diferencia con claridad entre adultos mayores deprimidos y no deprimidos; incluso, aunque padezcan enfermedad física o alguna forma de demencia.

Se concluye que para facilitar la detección de los cuadros depresivos, es útil la aplicación del cuestionario GDS-15, en su versión reducida, por ser corto, accesible, reproducible, fiable y de fácil utilización por parte del personal sanitario el cual no requiere ningún tipo de entrenamiento previo (únicamente las instrucciones adjuntas al cuestionario). Asumiendo su utilización como método de cribado rápido y no como escala diagnóstica, lo que permite que la identificación oportuna de pacientes susceptibles y posterior diagnóstico de depresión en los pacientes adultos mayores sea más efectiva (Kurlowicz, 2007).

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1. Diseño o Tipo de estudio

El presente estudio fue de tipo descriptivo por que describieron las variables en estudio y transversal porque se lo realizo en un periodo de tiempo determinado, los que permitieron describir e interpretar los datos obtenidos sobre los factores sociodemográficos y psicológicos relacionados al nivel de depresión geriátrica en el período comprendido entre Noviembre del 2017 a Febrero del 2018.

5.2. Área de estudio

El Hospital Provincial General “Isidro Ayora" está ubicado en la parte céntrica de la ciudad de Loja, sus límites son: al Norte con la Calle Manuel Monteros Valdivieso, Sur con la calle Juan José Samaniego, Este con la avenida Manuel Agustín Aguirre; y al Oeste con el Túnel de los Ahorcados.

5.3. Universo

El grupo estudiado fueron 60 adultos mayores institucionalizados que se encuentran en el Hospital Isidro Ayora durante el periodo de Noviembre del 2017 a Febrero del 2018. Los mismos que se encontraron en el área de cirugía y clínica.

5.4. Variables, dimensión y su medición.

Las variable que construyeron el presente estudio investigativo fueron el adulto mayor (persona mayor de 65 años), los factores sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, tipo de ingresos y nivel de instrucción) y psicológicos (necesidad de ser escuchado, perdida de roles sociales, sentimientos de soledad, de minusvalía,

inadaptación a la jubilación, temor a la muerte y violencia psicológica) y el nivel de depresión que tiene el adulto mayor institucionalizado(sin depresión, depresión leve y depresión severa).

5.5. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de la información se utilizó la técnica de la encuesta guiada por el investigador tomando en cuenta a la población sujeta a investigación (anexo 2).

El instrumento empleado constó de tres partes: primero sobre datos sociodemográficos, segundo por un cuestionario dicotómico de 19 preguntas para identificar los factores psicológicos y la tercera parte conformada por la escala geriátrica de depresión de Yesavage 2007 (cuestionario breve utilizado para el cribado del nivel de depresión en los adultos mayores, en el cual se le pide al individuo responder a 15 preguntas, contestando sí o no).

Sobre los factores psicológicos desencadenantes de la depresión geriátrica, del cuestionario aplicado se consideró de los 19 ítems las cinco preguntas que tengan el más alto porcentaje (tabla N 4).

Vale recalcar que en la escala para determinar el nivel de depresión tiene una puntación máxima de 15, es decir cada pregunta equivale a 1 punto. Para las interrogantes 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 y 15 si la respuesta es afirmativa equivale a 1 punto, mientras que en los ítems 1, 5, 7, 11 y 14 la respuesta negativa puntúa 1 punto. Clasificando así los niveles de depresión acorde a la puntuación de: 0 a 5 depresión normal, 6 a 10 depresión leve y 11 a 15 depresión severa.

5.6. Procedimiento para la recolección de la información

Para el proceso investigativo se consideró los principios éticos pertinentes, haciendo énfasis en la participación voluntaria, privacidad y confidencialidad, mediante la firma del consentimiento informado (Anexo N°3). Los participantes tienen el derecho de participar o no en la investigación, además se explicó en que consiste la encuesta aplicada y el uso que se dio a los resultados obtenidos. La aplicación de la encuesta fue de manera directa con el adulto mayor la misma que fue guiada por el investigador para su desarrollo.

5.7. Análisis e interpretación y presentación de resultados

Los resultados se analizaron y representaron en tablas, donde se especificó en porcentajes, acorde a los resultados obtenidos de la aplicación de la encuesta a los adultos mayores. Los mismos que permitieron conocer cuáles fueron los factores asociados a la depresión y se identificó el nivel de depresión que presenta el adulto mayor institucionalizado.

5.8. Fuentes de información

La información recolectada fue de fuente primaria directa del adulto mayor a través de la encuesta y la escala aplicada guiada por el investigador, información necesaria para el desarrollo de la misma.

6. RESULTADOS

Tabla 1.

Adultos mayores según edad y sexo.

EDAD	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Femenino			
	f	%	f	%	f	%
65-70	12	**20.0**	14	**23.3**	26	**43.3**
71-75	9	15.0	3	5.0	12	20.0
76-80	2	3.3	6	10.0	8	13.3
81-85	2	3.4	6	10.0	8	13.4
86-90	-	-	6	10.0	6	10.0
TOTAL	**25**	**41.7**	**35**	**58.3**	**60**	**100.0**

FUENTE: Encuesta
AUTOR: Angel Fabricio Quizhpe Chocho

De los factores relacionados a la depresión de la población objeto de estudio se determinó que los adultos mayores son más del 50% del sexo femenino y el grupo de edad en ambos sexos es de 65 a 70 años de edad.

Tabla 2.

Adultos mayores según edad y estado civil

EDAD	Estado civil								Total	
	Soltero		Casado		Viudo		Divorciado			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
65-70	3	5.0	10	**16.7**	3	5.0	3	5.0	19	31.7
71-75	1	1.7	8	13.3	1	1.7	2	3.3	12	20.0
76-80	1	1.7	3	5.0	2	3.3	1	1.7	7	11.7
81-85	2	3.3	3	5.0	5	8.3	1	1.7	11	18.3
86-90	-	-	2	3.3	9	15.0	-	-	11	18.3
TOTAL	**7**	**11.7**	**26**	**43.3**	**20**	**33.3**	**7**	**11.7**	**60**	**100.0**

FUENTE: Encuesta
AUTOR: Angel Fabricio Quizhpe Chocho

En relación al estado civil de los usuarios encuestados, se encontró que el 43.3% son casados y se encuentran en una edad de 65 a 70 años. Sin embargo existen adultos mayores que son viudos, solteros y divorciados, constituyéndose como un factor de riesgo para la depresión.

Tabla 3.

Adulto mayor según nivel de instrucción

Indicador	**f**	**%**
Sin instrucción	23	38.3
Instrucción primaria	24	**40.0**
Secundaria	12	20.0
Superior	1	1.7
Total	60	100

FUENTE: Encuesta
AUTOR: Angel Fabricio Quizhpe Chocho

De la población total encuestada se obtuvo que predomina el nivel de instrucción secundaria con el 40.0 % siendo un factor protector para los mismos, además en un gran porcentaje también tenemos adultos mayores sin instrucción (38.3%) convirtiéndose en un factor de riesgo para deprimirse.

Tabla 4.

Factores psicológicos desencadenantes de la depresión en el adulto mayor según el sexo.

Indicadores	Sexo								Total	
	Masculino				**Femenino**					
	Si		**No**		**Si**		**No**			
	f	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
La pérdida de algún ser querido lo hace sentir triste	17	28.3	8	13.3	25	**41.7**	10	16.7	60	100.0
Alguna vez se ha sentido discriminado por ser adulto mayor	13	21.7	12	20.0	24	**40.0**	11	18.3	60	100.0
Siente que sus seres queridos no valoran su trabajo y esfuerzo	14	23.3	11	18.3	22	**36.7**	13	21.7	60	100.0
Se siente aburrido(a) con las actividades que realiza	13	21.7	12	20.0	20	**33.3**	15	25.0	60	100.0
El no poder recordar algunas cosas le hacen sentir mal	18	30.0	7	11.7	21	**35.0**	14	23.3	60	100.0

FUENTE: Encuesta.
AUTOR: Angel Fabricio Quizhpe Chocho

De la población total encuestada el sexo femenino experimenta mayormente la perdida de algún ser querido que lo hace sentir triste, se siente discriminado por ser adulto mayor, sus seres queridos no valoran su trabajo y esfuerzo, se aburre con las actividades que realiza y el no poder recordar las cosas los hace sentir mal, siendo estos factores desencadenantes de depresión en el adulto mayor.

Tabla 5.

Nivel de depresión de los adultos mayores según el sexo.

NIVEL DE DEPRESION	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Femenino			
	f	%	f	%	f	%
LEVE	7	**11.6**	4	6.7	11	**18.3**
MODERADA	18	30.0	26	**43.3**	44	**73.3**
GRAVE	-	-	5	**8.4**	5	**8.4**
TOTAL	**25**	**41.6**	**35**	**58.4**	**60**	**100.0**

FUENTE: Test de Yasevage
AUTOR: Angel Fabricio Quizhpe Chocho

En relación al nivel de depresión, ambos sexos experimentan depresión moderada (73.3%), el sexo masculino presenta depresión leve (11.6%) y el femenino de depresión moderada (43.3%) y de depresión grave el 8.4%.

7. DISCUSIÓN

La depresión en el anciano constituye un problema de salud. Los cambios biológicos, psicológicos, económicos y sociales que se observan en el proceso de envejecimiento, asociados a las numerosas patologías que aparecen en esta etapa de la vida, conllevan a pensar que irremediablemente los ancianos tengan todas las condiciones creadas para deprimirse.

El reconocer como los factores psicosociales se asocian con la presencia de estados depresivos nos permite conocer con mayor detalle los aspectos que intervienen en la problemática que envuelve a este grupo etario. Permitiéndonos prepararnos para ese futuro tan cercano que diferentes estudios nos han mostrado, el que nos lleva a incrementar nuestra longevidad y por ende vivir muchos más años dentro de esta etapa de vida que no siempre es placentera teniendo en cuenta los cambios biopsicosociales propios de esta edad.

Según la caracterización sociodemográfica relacionada a la depresión de los adultos mayores con depresión, se observa que en mayor porcentaje el sexo femenino comprendido en las edades de 65 a 70 años, tienen un estado civil casado y el resto de adultos pasan solos, con educación primaria y la mayoría pasan desocupados y en la casa. Similar asociación encontró el estudio de Llanes H, López Y, Vasquez y Raul 2015, con una muestra de 146 ancianos donde se evidencia que en el 64,38 % predomina el sexo femenino, el factor psicológico fue el que más influyó en la depresión. Al evaluar los factores sociales: características demográficas encontramos que el 55.6% son mayores de 65 años, el 38.9% de la población tiene grado de instrucción secundaria; el 41.7% de la población adulta mayor tiene como estado civil casado y el 55.6% son del sexo masculino. Así mismo, se estimó una prevalencia de

depresión del 18,6%, siendo mayor en mujeres (20%) y (18%) en sujetos entre 70 y 79 años, los adultos con baja escolaridad sumaron un 43%, y el 22% lo constituyeron personas dependientes económicamente. Segura, A; Cardona, D; Garzón, M 2012; también presenta resultados diferentes a los nuestros, encontrando asociación con el riesgo de depresión de la edad, el estado civil, el nivel educativo, el consumo de alcohol y cigarrillo; al igual que con la poca o nula participación en actividades comunitarias. Esta misma asociación encontró Llanes H, López Y, y lo muestra en su conclusión cuando afirma que los factores psicosociales de la depresión en el adulto mayor combinándose los factores psicológicos y sociales que están presentes en la convivencia familiar como la inadaptación a la jubilación y la comunicación social, siendo típico la desesperanza los lleva a una depresión mayor mala percepción de disponibilidad de apoyo instrumental y presencia de conflicto.

Sobre los factores psicológicos percibidos por el adulto mayor hospitalizado se evidencio que en mayor porcentaje el sexo femenino experimenta mayormente la perdida de algún ser querido que lo hace sentir triste, se siente discriminado por ser adulto mayor, sus seres queridos no valoran su trabajo y esfuerzo, se aburre con las actividades que realiza y el no poder recordar las cosas los hace sentir mal, siendo estos factores desencadenantes de depresión en el adulto mayor. Resultados similares se evidencia en el estudio realizado por Rodríguez, Sotolongo, Noy y Calvo 2013, los síntomas psicológicos más afectados fueron trastornos del sueño en el hombre, la tristeza y llanto en la mujer, y la pérdida de seres queridos y de sus actividades debidos a su edad y al cambio de sus actividades.

Referente al nivel de depresión tenemos que más de la mitad de adultos, tanto en el sexo masculino como femenino presentan un estado depresivo moderado, en menor porcentaje presentan depresión leve y únicamente un pequeño grupo tienen depresión

grave. Similares resultados obtuvo Hernández, Figueroa, Ramos y Días 2014, en su investigación sobre relación de la depresión, ansiedad en pacientes hospitalizados quienes evidenciaron que su población presentó depresión leve y moderada (43%) y depresión grave (32%) ; a diferencia del estudio de Dander E quien encontró que el 42.1% de la población estudiada presentó algún grado de depresión.

8. CONCLUSIONES

- De los 60 adultos mayores encuestados en su mayoría se encuentran dentro de las edades de 65 a 70 años, con un predominio del sexo femenino, la mayoría son casados prevaleciendo el nivel de instrucción primaria en mayor porcentaje además la mayoría de ellos no tienen ningún tipo de ocupación y pasan solamente en su hogar.

- En relación a los factores psicológicos la mayoría de los adultos mayores se del sexo femenino experimenta mayormente la perdida de algún ser querido que lo hace sentir triste, se siente discriminado por ser adulto mayor, sus seres queridos no valoran su trabajo y esfuerzo, se aburre con las actividades que realiza y el no poder recordar las cosas los hace sentir mal, siendo estos factores desencadenantes de depresión en el adulto mayor.

- Referente al nivel de depresión el sexo femenino es más propenso a padecer de algún tipo de trastorno depresivo, siendo el nivel de depresión moderada predominante en ambos sexos de la población total estudiada y en menor porcentaje presentan depresión leve y grave.

9. RECOMENDACIONES

- Al profesional de enfermería que labora en el establecimiento de salud que atiende a la población del Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, para que teniendo en cuenta los resultados de este estudio, planifiquen actividades que le permita al adulto mayor mejorar su integración social y familiar, motivando a los familiares cuidadores a compartir espacios con sus adultos mayores, en la consulta, visita domiciliaria y/o la ejecución de actividades extramural como caminatas, deporte entre otras que permitan revalorar al adulto mayor y la importancia de su contribución en la trasmisión de nuestra cultura y formación de valores a las nuevas generaciones.

- A los estudiantes, profesionales de enfermería y otros profesionales para que realicen investigaciones propositivas y aplicativas que intervengan la problemática del adulto mayor de nuestra región.

10. BIBLIOGRAFÍA

OMS. (15 de Abril de 2016). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/

INEC. (27 de Agosto de 2011). *Instituto Nacional de Estadisticas y Censos*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadisticas y Censos: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=360%3Aen-el-ecuador-hay-2229089-adultos-mayores-28-se-siente-

MIES. (2010). *Ministerio de Inclsion Economica y social*. Obtenido de Ministerio de Inclsion Economica y social: http://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/

MAIS, & MSP. (2012). *Manual del Modelo de Atencion Integral de Salud*. Obtenido de Modelo de Atencion Integral de Salud: https://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

Llanes, H., Lopez, Y., Vazquez, J., & Raul, H. (6 de Enero de 2015). *Revista de ciencias médicas. La Habana*. Obtenido de Revista de ciencias médicas. La Habana: http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2015/cmh151h.pdf

Hernandez, T., Figueroa, C., Ramos, B., & Dias, L. (2014). Relación de la depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes hospitalizados. *Psicologia y Salud*, 25-34.

Rodriguez, L., Sotolongo, O., Noy, G., & Calvo, M. (2013). Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico "Cristóbal Labra". *scielo* .

Ruiz, D., Zegbe, J., Sanchez, F., & Castañeda, M. (2014). Depresión en adultos mayores atendidos en. *Revista de Educación y Desarrollo*, 73-78.

Bolaños, M., & Guzmán, F. (2015). Depresion en el adulto mayor y su relacion la autopercepcion del estado de salud y desempeño funcional. *revista clinica de medicina*, 78-87.

Castro, M., Ramirez, S., Aguilar, L., & Diaz, V. (2009). Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor. *Medigraph Artemia* , 132-137.

Ramon, S., Agurto, M., Araujo, R., & Farez, R. (2013). *UNL.* Obtenido de Plan de estudios ajustados.

MSP. (2013-2017). *Prioridades de Investigacion en Salud.* Obtenido de Prioridades de Investigacion en Salud.: https://www.ucuenca.edu.ec/images/facu_medicina/Investigacion/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017%20(1).pdf

Alberdi, J., Carlos, C., & Taboada, O. (2007). *Depresion* . España . Obtenido de http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf

Chinchilla Moreno, A. (2008). *La Depresión y sus máscaras: aspectos terapéuticos.* España: Medica Panamericana.

Dechent, C. (2010). Depresión geriátrica y trastornos. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 339-344.

Kurlowicz, L. (24 de Marzo de 2007). *De The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing*. Obtenido de La escala de depresión geriátrica: https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-4-spanish.pdf

NIH. (2009). *Depresion.* Estados Unidos: Publicación de NIH.

Pasquin, N. (4 de Enero de 2017). *Cognfit salud, cerebro y neurociencia.* Obtenido de Depresión en el adulto mayor: Factores influyentes y alteraciones asociadas: https://blog.cognifit.com/es/depresion-adulto-mayor/

Ramirez, V., Bedoya, L., & Correa, E. (2015). *RIESGO DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES.* Obtenido de RIESGO DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS

MAYORES http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4439/2/Riesgo_Depresion_Adultos_Mayores.pdf

Alberdi, J., Carlos, C., & Taboada, O. (2013). *Depresion.* España. Obtenido de http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf

Capuñay, J., Figueroa, A., & Varela, L. (29 de Marzo de 2014). *Scielo*. Obtenido de Depresión en el adulto mayor.: http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v7n4/v7n4ao4.pdf

Chinchilla Moreno, A. (2015). *La Depresion y sus mascaras: aspectos terapeuticos.* España: Medica Panamericana.

Dechent, C. (2012). Depresión geriátrica y trastornos. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 339-344.

Espada, F. (15 de Julio de 2012). *PSICOLOGIA.* Obtenido de RELACION ENTRE ANSIEDAD Y DEPRESION: https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/relaciones-entre-ansiedad-y-depresion

GeoSalud. (26 de Marzo de 2018). *GeoSalud su sitio de salud en la web*. Obtenido de Depresion en el Adulto Mayor: http://www.geosalud.com/depresion/depresion_mayores.htm

HUMANOS, D. D. (2012). Instituto Nacional de la Salud Mental . En D. D. HUMANOS, *Depresion* (págs. 1-31). Estados Unidos : NIMH.

Kurlowicz, L. (24 de Marzo de 2007). *De The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing*. Obtenido de La escala de depresión geriátrica: https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-4-spanish.pdf

MENTAL, I. N. (2013). *NIVEL DE DEPRESION.* Estados Unidos: Publicación de NIH.

MIES. (25 de Diciembre de 2013). *MINISTERIO DE INCLUSION ECONOMICA Y SOCIAL*. Obtenido de ADULTO MAYOR : https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/

Montenegro, J., & Santisteban, Y. (14 de Julio de 2016). *FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD EN ENFERMERIA*. Obtenido de FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA DEPRESION: http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/760/1/MONTENEGRO%20VALDIVIA%20JESSICA%20DEL%20MILAGRO%20y%20SANTISTEBAN%20BALDERA%20YESSICA%20MEDALY.pdf

OMS. (15 de Abril de 2016). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/

11. ANEXOS

Anexo 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

Fotografías

Proyecto: Factores asociados a la depresión del adulto mayor institucionalizado en el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de "Loja"

Aplicación de encuesta

Anexo 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

Proyecto: Factores asociados a la depresión del adulto mayor institucionalizado en el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de "Loja"

N°……..

Encuesta

Introducción

La presente encuesta se realiza con la finalidad de determinar los Factores asociados a la depresión del adulto mayor institucionalizado en el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de "Loja".

1. **Datos generales**

Responda con sinceridad a los siguientes ítems necesarios para determinar los factores sociodemográficos relacionados a la depresión del adulto mayor institucionalizado.

Edad: …..

Sexo:

Femenino ( )
Masculino ( )

Estado civil

Soltero ( )
Casado ( )
Viudo ( )
Divorciado ( )

Grado de instrucción

Sin instrucción ( )
Primaria ( )
Secundaria ( )
Superior ( )

Ocupación

Jubilado ( )
Trabajo eventual ( )
Pasa en casa ( )
Ninguna ( )

2. Datos específicos

Para determinar los factores psicológicos desencadenantes de la depresión geriátrica se planteó las siguientes preguntas. Marque con una X en su respuesta.

ITENS	SI	NO
1. ¿La pérdida de algún ser querido lo hace sentir triste?		
2. ¿Se siente triste porque ya no cuenta con un trabajo estable?		
3. ¿Alguna vez se ha sentido discriminado por ser adulto mayor?		
4. ¿Lo han hecho sentir triste por ello?		
5. ¿Vive distanciado o ha discutido con algún familiar o ser querido para Ud.?		
6. ¿Eso le hace sentir triste?		
7. ¿Alguna vez le han hecho sentir mal con insultos o burlas?		
8. ¿Alguna vez lo han tratado mal con golpes, jalones de brazo o empujones?		
9. ¿Ha tenido ganas de llorar cuando lo maltrataron?		
10. ¿Siente que sus seres queridos no valoran su trabajo y esfuerzo?		
11. ¿Actualmente tiene sentimientos de soledad?		
12. ¿Esos sentimientos de soledad lo llevan a aislarse de sus familiares?		
13. ¿Se siente triste por ello?		
14. ¿Siente que las actividades que realiza han dejado de ser útiles para sus familiares?		
15. ¿Se siente aburrido(a) con las actividades que realiza?		
16. ¿El no poder recordar algunas cosas le hacen sentir mal?		
17. ¿Presenta alguna dificultad física para realizar sus actividades?		
18. ¿Actualmente presenta alguna enfermedad crónica grave y eso le hace sentir triste?		
19. ¿Sabe si alguno de sus familiares ha sufrido de depresión?		

3. **Escala de depresión geriátrica Test de Yesavage** (2007)

Señale con una X según su respuesta.

ITEMS	SI	NO
1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?		
2. ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?		
3. ¿Siente que su vida está vacía?		
4. ¿Se siente a menudo aburrido?		
5. ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?		
6. ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?		
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
8. ¿Se siente a menudo sin esperanza?		
9. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?		
10. ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?		
11. ¿Cree que es maravilloso estar vivo?		
12. ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?		
13. ¿Piensa que su situación es desesperada?		
14. ¿Se siente lleno de energía?		
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?		

Autor: (Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey, M, Rose T.)

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

Proyecto: Factores asociados a la depresión del adulto mayor institucionalizado en el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de "Loja"

N°….

Consentimiento informado

Yo……..…portadora de la Cedula de Identidad N°…….…….. He recibido toda la información sobre la utilización y destino de la información suministrada para el proyecto de investigación titulado **FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE "LOJA"**. Consiente y conocedor de mis derechos ESTOY DE ACUERDO en participar en la investigación.

1. Se garantiza al o la participante recibir respuestas a cualquier pregunta o aclaración de cualquier duda acerca de los objetivos, beneficios y otros aspectos relacionados con la investigación en la 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 aseguran a las participantes que las fotografías que se tomen durante las diferentes sesiones del programa, serán solamente del conocimiento y utilización del investigador con fines académicos.

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

_____

Firma del participante

Anexo 4

Certificado de autorización de realizar las encuestas

Ministerio de Salud Pública

HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA

DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Loja, 23 de mayo del 2018

Dra.

Dora Ruilova Dávila

SUBDIRECTORA DE DOCENCIA E INVESTIGACION

CERTIFICA;

Que el Sr.Angel Fabricio Quizhpe Chocho, realizó la entrega de un CD con el contenido de su tesis titulada "FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESION DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA" .

Atentamente

Dra. Dora Ruilova Dávila

Subdirectora de Docencia e Investigación del HIAL

HOSPITAL GENERAL
"ISIDRO AYORA"

COORDINACIÓN DE DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN

Anexo 5

Certificado del departamento de área de docencia de HIA

Ministerio de Salud Pública

HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
Dirección Médica Asistencial

Memorando Nro. MSP-CZ7-HIAL-DI-2017-0182-M

Loja, 20 de diciembre de 2017

PARA: Sr. Dr. Carlos Ivan Orellana Ochoa
Director Asistencial del Hospital General "Isidro Ayora"

Lic. Maria del Cisne Agurto Erique

ASUNTO: Oficio UNL solicitando autorice Sr Angel Fabricio Quizhpe Chocho recolección de datos

De mi consideración:

Dando contestación a lo solicitado, menciono a usted que luego de revizar la base de datos de las investigaciones que se encuentran realizando los estudiantes, no existe ningún tema solilar al propuesto, por lo tanto se AUTORIZA al Sr. Angel fabricio Quizhpe Chocho, estudiante de la carrera de enfermería, realice la encuesta necesaria para su trabajo de titulación.

Analizar y verificar pertinencia.

En respuesta al Documento No. MSP-CZ7-HIAL-UAU-2017-0895-E

Adjunto Oficio N497-DCE-FSH-UNL de la Lic. Maria Del CIsne Agurto Directora de la Carrera de Enfermeria FHS-UNL, solicitando autorice Sr Angel Fabricio Quizhpe Chocho recolección de datos

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

HOSPITAL GENERAL "ISIDRO AYORA"
COORDINACIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

RESPONSABLE DEL PROCESO DE GESTIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Anexo 6

Certificado de traducción de resumen

ACADEMIA DE CAPACITACIÓN Y NIVELACIÓN
GUILLERMO CONTENTO

LILIA ALEXANDRA CONTENTO TENEZACA PORTADORA DE CEDULA DE CIUDADANÍA 1104024037, **GERENTE GENERAL DE LA ACADEMIA DE CAPACITACION Y NIVELACION "GUILLERMO CONTENTO"**, a petición verbal de parte interesada

C E R T I F I C A:

Que nuestra Institución realizo la debida traducción del Resumen de tesis del Sr. **ÁNGEL FABRICIO QUIZHPE CHOCHO**, con **CI: 1105668295**, correspondiente al Tema: **"FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA"**

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando a la parte interesada hacer uso del presente en lo que estime conveniente.

Para constancia firma:

Lilia Contento T.
GERENTE PROPIETARIA

Loja, 24 de mayo del 2018

Dirección: Loja, Miguel Riofrio 12-90 y Bernardo Valdivieso. Bajos del edificio Santa Mariana de Jesús. **Teléfono:** 072574908 / 0995016935/ 0984235233. **Correo:** lilycontento@hotmail.com

Anexo 7

PROYECTO DE TESIS

a. TEMA

FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA

b. PROBLEMÁTICA

Según la OMS la proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo, se calcula entre el 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%, en un aumento previsto de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años. La depresión puede causar grandes sufrimientos y trastorna la vida cotidiana. La depresión unipolar afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 5,7% de los años vividos con una discapacidad entre las personas de 60 años de edad y mayores. Los adultos mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente en comparación con los que padecen enfermedades crónicas como las enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial o la diabetes sacarina. Este trastorno también aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria (OMS, 2016).

Según el INEC, en Ecuador hay 1’229.089 adultos mayores, la mayoría reside en la Sierra del país (596.429) seguido de la costa (589.431). En su mayoría son mujeres (53,4%) y la mayor cantidad está en el rango entre 60 y 65 años de edad. La provincia con población más longeva del Ecuador es Bolívar, que tiene 9,7% personas adultas mayores y Loja es la siguiente provincia que posee la mayor cantidad de adultos mayores, con el 9,2% de su población total (INEC, 2011).

El Estado Ecuatoriano reconoce a las personas adultas mayores como titulares de derechos, tal como lo consagra nuestra Constitución en artículos el 36, 37 y 38. Como son la Atención gratuita y especializada de salud, Acceso a una vivienda digna, Jubilación universal, a ser asistidos por sus hijos e hijas cuando lo necesiten entre otros (MIES, 2010).

En el policlínico “Felipe Poey” de Nueva Paz en Cuba, con una muestra de 146 ancianos, donde se aplicó la escala de depresión geriátrica dando como resultado que el sexo femenino predomina un 64.38%.También determinaron el grado de depresión utilizando la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage dando como resultado que el 14.39% es normal, el 34.92% tienen depresión leve y el 50.69% tiene depresión severa. Y entre los síntomas psicosomáticos se encontró la desesperanza, para 86.98 %, predominando la depresión establecida, en un 50.69 % (Llanes, Lopez, Vazquez, & Raul, 2015).

En el Hospital General de México, en su investigación sobre Relación de la depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes hospitalizados, enfocándose en los factores sociodemográficos y en el grado de depresión a través de la escala geriátrica de Yesavage y Brink. Respecto a la variable de depresión, 25% de los pacientes dijo no padecerla, 43% puntuó en las categorías de leve y moderada, y 32% señaló sufrirla en un grado severo (Hernandez, Figueroa, Ramos, & Dias, 2014).

En el policlínico "Cristóbal Labra" en Cuba, en su investigación definen a la depresión en el anciano constituye un problema de salud. Los cambios biológicos, psicológicos, económicos y sociales que se observan en el proceso de envejecimiento, asociados a las numerosas patologías que aparecen en esta etapa de la vida, conllevan a pensar que irremediablemente los ancianos tengan todas las condiciones creadas para deprimirse. Para valorar se aplicó el test de Yesavage donde la depresión se diagnosticó al 25 % de los ancianos remitidos a consulta; la misma se incrementó con la edad, el bajo nivel educacional y la presencia de enfermedades como osteoartritis y alteraciones sensoriales. Los síntomas principales fueron los trastornos del sueño en el hombre y la tristeza y llanto en la mujer (Rodriguez, Sotolongo, Noy, & Calvo, 2013).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, dando como resultado que el sexo femenino prevalece con depresión. Se utilizó un instrumento con preguntas referentes a las condiciones sociodemográficas como edad, sexo, estado civil, número de hijos, situación laboral, presenta aislamiento social y tipo de vivienda. Para medir la depresión se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en su versión abreviada, instrumento útil para el tamizaje del estado de depresión. Se determinó que las mujeres son más propensas de deprimirse debido al rol que cumplen en un 75 % en relación a los hombres (Ruiz, Zegbe, Sanchez, & Castañeda, 2014).

En el Hospital San Juan de Dios de Costa Rica de tipo transversal, descriptivo, donde se identificara el grado de depresión a través de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Además se valoró las características socioeconómicas donde la prevalencia de depresión total fue de 18.1 %, pero está directamente relacionad con el sexo, donde las mujeres tienen un 80% de deprimirse. Según el estudio personas con síntomas depresivos son un 8-16% y un 5 al 10% con cuadro depresivo mayor (Bolaños & Guzmán, 2015).

Para realizar la presente investigación se tomará como población de estudio al adulto mayor del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja, la variable que se estudiará es la depresión del paciente institucionalizado, motivo por el cual se plantea la interrogante ¿Cuáles son los factores asociados al nivel de depresión del Adulto Mayor institucionalizado en el Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de "Loja"?

c. JUSTIFICACIÓN

La depresión se ha convertido en una pandemia mundial, cada año, miles de personas, sin importar su estatus, nacionalidad, edad o condición social se deprimen. Incluso, se estima que la cuarta parte de la población mundial puede estar pasando o pasará alguna vez por un cuadro depresivo. Es una enfermedad tan importante, que en 10 años será la primera causa de incapacidad clínica en el mundo. Pero en el adulto mayor, la problemática es aún mayor, pues los sentimientos de tristeza, abandono y soledad suelen ser más fuertes, por los múltiples y drásticos cambios que presentan y por la falta de cuidado que se le da a esta enfermedad en esta etapa de la vida.

La depresión es la primera causa de consulta siquiátrica para los mayores de 60 años. Además, la Organización Mundial de la Salud calcula que el 25% de las personas mayores de 65 años padece algún tipo de desorden siquiátrico, siendo la depresión la enfermedad más frecuente (sólo superada por la demencia a partir de los 75 años).

El presente trabajo no sólo va dirigido a los adultos mayores sino también al personal responsables del cuidado de estos, pues ellos están directamente comprometidos en el estado de salud del paciente al brindarle cuidados adecuados y trasmitirle actitudes positivas o negativas que interfieran en su salud.

Dentro de las Prioridades de Investigación en Salud Ecuador 2013-2017, la actual investigación se ubica en el Área 11 de Investigación denominado “Salud Mental y trastornos del comportamiento” en la línea de “Depresión y Distimia” y en la sub-línea de “Calidad de Vida” (MSP, 2013-2017).

El proyecto investigativo se sostiene en los ámbitos de investigación coherentes con las líneas de investigación de ASH, ubicándose en el ámbito 6 La gestión de los servicios de salud para la promoción de la salud mental en la línea cinco denominada la Longevidad y Envejecimiento en el país y la región sur del país (Ramon, Agurto, Araujo, & Farez, 2013).

Los resultados que se obtendrán de la investigación permitirán desarrollar nuevas formas de atención y cuidado al adulto mayor para tratar enfocadas no solo en el bienestar físico sino también en el ámbito psicosocial logrando mejorar la calidad de vida del adulto hospitalizado.

La investigación es viable y factible ya que se cuenta con la disponibilidad del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja para realizar la intervención en el adulto mayor.

d. OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar los factores asociados a la depresión del Adulto Mayor institucionalizado en el Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de “Loja”.

Objetivos específicos

- Identificar los factores sociodemográficos y psicológicos desencadenantes de la depresión geriátrica.

- Establecer el nivel de depresión que presenta el Adulto Mayor institucionalizado en el Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de “Loja”.

e. MARCO TEÓRICO

Adulto mayor

Adulto mayor es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida)**.**

La población mundial está envejeciendo rápidamente. Entre 2000 y 2050, se estima que la proporción de adultos mayores del mundo se duplicará aproximadamente de un 11% a 22% (MIES, 2013).

Según la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, en todo el mundo, los problemas de la salud mental se cuentan entre las causas principales de discapacidad y de reducción de la calidad de la vida, y específicamente la depresión es la principal causa de discapacidad a escala mundial.

Para la proyección para 1950–2050, América latina está en un proceso de envejecimiento, por lo que esperamos que el aumento progresivo en la franja poblacional de personas mayores de 60 años, sea una constante especialmente en los países en desarrollo según datos de la comunidad económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

De igual forma, los indicadores del proceso de envejecimiento de la población colombiana proyectados al año 2100, el índice de envejecimiento pasó del 12,4% a 20,9% en los años 1950 y 2000 respectivamente; y para el año 2100 se prevé un índice del 237%. A raíz de las tendencias proyectadas, el índice de envejecimiento aumentará abruptamente durante la primera mitad del siglo XXI; para la región como un todo se estima que en el año 2025 habrá un adulto mayor por cada dos menores de 15 años y que el 2050 esa razón será de uno.

Estimando un aumento de casi el doble la población mayor de 60 años, con un porcentaje del 6,9 en el 2000 al 34,8% para el año 2100 según el centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Chinchilla Moreno, 2015).

Este panorama marcado por la transición demográfica, presenta diferentes niveles de transición para cada uno de los países según su nivel de desarrollo. Colombia, pertenece al tercer grupo, de plena transición, con natalidad moderada y mortalidad moderada o baja, lo que determina un crecimiento natural moderado y muestra un incremento de los universos de población adulta mayor en la región.

Esta realidad no solo altera las estructuras poblaciones sino que también genera problemas, a continuación se destacan algunos de los cambios sociodemográficos y socioeconómicos que denotan situaciones de conflicto: la primera, una característica distintiva del envejecimiento es la vida más longeva de las mujeres que permite identificar un "rostro femenino" para la vejez. La segunda, la condición socioeconómica de la mujer de edad (viuda o con ausencia de pareja) afectada por la inequidad de género a lo largo de toda la vida, la lleva a condiciones de precariedad.

La tercera, una de las características más relevantes es la referida al trabajo, dada la disminución de la tasa de participación económica de las personas mayores y su capacidad limitada de generar ingresos. Y finalmente, la disminución o perdida de roles anteriormente ejercidos en torno a la familia, el trabajo y la sociedad, aunado a la disminución en la participación social al envejecer.

Al parecer existe un claro consenso acerca de lo que son vejez y envejecimiento. Vejez se refiere a un estado, relativamente largo, por el que pasan los seres humanos; pero un estado que además es el último período del ciclo vital. Por su parte, el envejecimiento es un proceso biológico, social y psicológico, como resultado de la interacción de la herencia, el ambiente y la conducta. Otra cosa diferente es establecer si se trata de un período de declive o de producción y si es un proceso normal o patológico, respectivamente. Esta bipolaridad en la visión de vejez y envejecimiento como positivo o negativo, desde luego, no es contemporánea.

Algunos de los cambios y/o problemas acaecidos a consecuencia del proceso de envejecimiento (Capuñay, Figueroa, & Varela, 2014).

Problemas físicos: como consecuencia del deterioro biológico, aparecen, al menos, los siguientes problemas, no asociados directamente a la edad ni presentes en todas las personas cuya edad los hace pertenecer al grupo de personas mayores, o ancianas, o viejas, o como quiera denominárseles: incontinencia urinaria, osteoporosis, artrosis y

artritis, problemas coronarios, insuficiencia respiratoria, diferentes procesos oncológicos, problemas hormonales problemas sexuales, aumento en la frecuencia de caídas, enfermedad de Parkinson, problemas sensoriales, deterioros dermatológicos y cambios neuro cerebrales.

Problemas psicológicos: A parte del deterioro cognitivo, principalmente problemas de memoria y aprendizaje de tareas nuevas, hay otros problemas psicológicos que aparecen a lo largo del proceso de envejecimiento y que, al menos, incluyen los siguientes (de nuevo sin la intención de agotar todos ellos: depresión, esquizofrenia, psicosis, parafrenia, trastornos de personalidad, fobias, efectos producidos por estrés y sucesos vitales estresantes, problemas de pareja y familiares, problemas sexuales, afrontamiento de enfermedad y/o muerte, hábitos no salutogénicos (fumar, tomar alcohol como forma de superar los cambios), afrontamiento de pérdida de personas queridas, afrontamiento de pérdida de trabajo, etc.

También, como en el caso de los problemas físicos, en el grupo de personas mayores hay una alta incidencia de comorbilidad de diferentes problemas psicológicos, pero también eso ocurre en otras etapas del ciclo vital. Lo que debe llamar nuestra atención es que además de los problemas cognitivos, que tanto preocupan a legos, investigadores y políticos, los ancianos también pueden experimentar sufrimiento psicológico por otros problemas tan importantes como los cognitivos, que perjudican una vida satisfactoria.

Problemas sociales: Dentro de esa interrelación que ya hemos mencionado entre los factores físicos, psicológicos y socio-culturales, encontramos una serie de consecuencias problemáticas de clara apariencia social, siendo algunos de ellos los cambios de roles, estrés labor al, los problemas económicos, cambios en las redes socio-laborales, problemas asociados a la jubilación o al paro sin jubilación, consecuencias por ser cuidador de un familiar enfermo y/o discapacitado, consecuencias por ser una persona dependiente de otra que le cuida, consecuencias para los cuidadores de un anciano enfermo y/o discapacitado, consecuencias para los familiares, consecuencias para la sociedad (sistemas de pensión y seguros sociales y médicos), papel de “anciano”, mitos sobre la vejez, realidad social de residencias y asilos públicos y/o privados (Ramirez, Bedoya, & Correa, 2015).

Depresión

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (HUMANOS, 2012).

Síntomas

- Estado de ánimo irritable o bajo la mayoría de las veces.
- Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño.
- Cambio grande en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso.
- Cansancio y falta de energía.
- Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa.
- Dificultad para concentrarse.
- Movimientos lentos o rápidos.
- Inactividad y retraimiento de las actividades usuales.
- Sentimientos de desesperanza y abandono.
- Pensamientos repetitivos de muerte o suicidio.
- Pérdida de placer en actividades que suelen hacerlo feliz, incluso la actividad sexual

Tipos

La depresión forma parte de los trastornos del estado ánimo y afecta a nuestro bienestar, nuestra interacción social, nuestro apetito y deseo sexual. Ya que existen muchos tipos de depresión y cada uno con sus características, a continuación te presentamos los distintos tipos de depresión.

Depresión mayor.

Se caracteriza por la aparición de uno o varios episodios depresivos de mínimo 2 semanas de duración. Suele comenzar generalmente durante la adolescencia o la adultez joven. La persona que sufre este tipo de depresión, puede experimentar fases de estado de ánimo normal entre las fases depresivas que pueden durar meses o años. Se clasifica dentro de los episodios unipolares puesto que no hay fases de manía, y puede producir problemas muy serios para el paciente si no es tratado de manera eficaz.

Síntomas de la depresión mayor

Estos son algunos de los síntomas de la depresión mayor según el manual **DSM-IV-TR** (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales)**:**

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días
- Pérdida de interés en las actividades que antes eran gratificantes
- Pérdida o aumento de peso
- Insomnio o hipersomnia
- Baja autoestima
- Problemas de concentración y problemas para tomar decisiones
- Sentimientos de culpabilidad
- Pensamientos suicidas
- Agitación o retraso psicomotores casi todos los días
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días

Según el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales), debe existir la presencia de cinco (o más) de los síntomas anteriores durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para sentir placer.

Distimia

Dentro de los tipos de depresión, la distimia es menos grave que la depresión mayor. Es un tipo de *depresión unipolar* (no incluye síntomas maníacos) e interfiere en el funcionamiento normal y el bienestar del individuo que lo sufre.

La característica esencial de este trastorno es que el paciente se siente depresivo durante la mayor parte del día, la mayoría de los días durante al menos 2 años. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

Síntomas de la distimia

- Pérdida o aumento de apetito

- Insomnio o hipersomnia
- Falta de energía o fatiga
- Baja autoestima
- Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
- Sentimientos de desesperanza

Depresión maníaca

Este tipo de trastorno, también llamado Trastorno bipolar se clasifica como un tipo de trastorno del estado de ánimo. Pese a que podemos incluirlo dentro de los tipos de depresión, combina estados depresivos con estados de manía, es decir, existen altibajos extremos. El trastorno bipolar es una patología seria, y no debe confundirse con un estado inestabilidad emocional.

Síntomas de la depresión maníaca

- Autoestima exagerada
- Menor necesidad de descanso y sueño
- Mayor distracción e irritabilidad
- Excesiva participación en actividades placenteras y de alto riesgo que pueden provocar consecuencias dolorosas, por ejemplo comportamiento provocativo, destructivo o anti-social (promiscuidad sexual, conducción imprudente, abuso del alcohol y de drogas).
- Aumento de la locuacidad (por ejemplo aumento en la velocidad del habla, cambios rápidos de tema, intolerancia a las interrupciones)
- Sentimientos de "excitación" o de euforia
- Marcados cambios de estado de ánimo, por ejemplo inusitadamente feliz o tonto, extrañamente enojado, agitado o agresivo
- Mayor deseo sexual
- Mayor nivel de energía
- Escaso sentido común en personas sensatas

Trastorno depresivo estacional (SAD)

Este estado depresivo recibe el nombre de Trastorno depresivo estacional (SAD) y se caracteriza por ocurrir durante una cierta época del año, generalmente durante el invierno.

Síntomas

Generalmente se intensifican de manera lenta a finales del otoño y en los meses de invierno. Estos síntomas son muy parecidos a los que se presentan en otros tipos de depresión:

- Desesperanza
- Aumento del apetito con aumento de peso
- Aumento del sueño (el poco sueño es más común con otras formas de depresión).
- Menos energía y capacidad para concentrarse
- Pérdida de interés en el trabajo y otras actividades
- Movimientos lentos
- Aislamiento social
- Tristeza e irritabilidad

Depresión psicótica

La depresión psicótica es un subtipo de depresión mayor el cual se presenta cuando una enfermedad depresiva severa incluye algún tipo de psicosis. A diferencia de los demás tipos de depresión, se caracteriza por la presciencia de síntomas psicóticos: alucinaciones y/o delirios (Alberdi, Carlos, & Taboada, 2013).

Nivel de depresión

Lo mismo ocurre con los grados o la intensidad de la depresión, aunque parece que existe acuerdo general en clasificar el trastorno depresivo en tres grados: leve, moderado y severo. En cualquier caso, la gravedad de la depresión no depende tanto de su intensidad, ya que una depresión leve puede ser tan peligrosa como una severa.

Depresión leve.

La depresión se leve se caracteriza porque los síntomas que presenta son la tristeza, cierta apatía, falta de autoestima, cansancio, falta de interés y desilusión, pero de una forma suave que no afecta a nuestra vida cotidiana o a nuestras actividades diarias. La persona con depresión leve puede seguir haciendo las mismas cosas a nivel social, familiar y laboral, aunque la constante sea la tristeza y la desgana.

Sin embargo, esta depresión leve, a la que algunos llaman distimia**,** no debe tomarse a la ligera ya que en muchos casos conduce a una depresión crónica. Es esa creencia de que es normal estar tristes, angustiados y sin ilusión cuando las cosas no nos van bien lo que hace que muchas veces la depresión leve se quede sin tratamiento. Se trata de un grave error ya que la insatisfacción vital permanente no sólo acarrea trastornos emocionales sino un sinfín de enfermedades.

Depresión moderada.

Del enorme listado de los síntomas de depresión, la depresión moderada solo conoce unos pocos, pero su intensidad va ganando fuerza respecto a la depresión leve de forma que ya se empieza a paralizar un tanto la vida diaria de la persona enferma. Esta depresión va destruyendo la fortaleza y la seguridad y restando fuerzas e ilusiones hasta afectar a las actividades sociales, familiares y laborales.

Síntomas como dolores musculares, motivo de baja laboral, la dificultad para concentrarse, que puede hacer del trabajo diario un auténtico infierno y la baja autoestima, que se traduce en la reducción de la vida social, son claras muestras de cómo la depresión moderada va destruyendo la vida de la persona enferma y de aquellos que la rodean.

Depresión severa

La depresión severa o grave no es que sea la más grave de las tres. Es que se trata de una depresión donde la cantidad de síntomas es mayor y sus consecuencias negativas se hacen más que evidentes. Se caracteriza por una pérdida total de interés por la vida, por pensamientos frecuentes de suicido y por la desaparición de las fuerzas físicas. Estamos ante una parálisis vital en toda regla.

En contra de lo que pueda parecer, y siempre teniendo en cuenta cada caso particular, la depresión severa no es de las más difíciles de superar**,** ya que la evidencia de sus síntomas, de sus consecuencias y de sus efectos negativos sobre la vida diaria puede llevar a la persona que lo sufre a buscar un tratamiento con mayor rapidez (MENTAL, 2013).

Depresión en el adulto mayor

La depresión geriátrica está descrita en el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV) y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) como un síndrome depresivo que se presenta en personas mayores de 65 años. Es frecuente que los adultos mayores con patologías médicas crónicas, deterioro cognitivo o pérdida de funcionalidad, presenten cuadros depresivos, causando sufrimiento, conflictos familiares y disminución de la funcionalidad en el paciente, evidenciándose además, un empeoramiento de las patologías de base.

El episodio depresivo (primer episodio) y el trastorno depresivo recurrente (más de un episodio) son un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida), los cuales suelen acompañarse de otros síntomas que provocan malestar y configuran todos ellos una afectación global de la vida psíquica y dificultan el desarrollo de la vida cotidiana de quien padece la enfermedad.

La depresión en pacientes institucionalizados incrementa de 12 a 30% y hasta 50% para residentes a largo plazo de las instituciones. El factor de mayor relevancia es la institucionalización, asociándose con una característica de aislamiento y de manifestaciones psicofisiológicas. Este factor estresante obviamente altera las esferas biológica, psicológica y social de los individuos, exigiéndoles una adaptación superior a la habitual demandada por un suceso esperado o vital, causando así un reajuste sustancial en la conducta de esta población (Espada, 2012).

La depresión además es mucho más prevalente en adultos mayores hospitalizados, y es frecuente que no sea reconocida por el personal sanitario, dado que asumen la sintomatología depresiva como cambios esperados con el envejecimiento o esperados

por la enfermedad y por eso no la tratan. Entre estos síntomas se encuentra la fatiga, adinamia, somnolencia o hipersomnia, hiporexia o anorexia, retardo psicomotor o agitación, agresividad, inatención, pérdida del interés y del placer por las actividades, y síntomas somáticas, siendo esta última una de las formas más comunes de presentación de la depresión como depresión enmascarada.

La presencia de depresión durante la hospitalización está relacionada con aumento de la mortalidad, siendo la depresión un factor de riesgo independiente para mortalidad total en adultos mayores; conlleva a una rehabilitación física pobre, recuperación lenta, mayor número de admisiones y mayor consumo de recursos en salud con mayor probabilidad de institucionalización posterior.

Prevalencia e incidencia de la depresión en la población geriátrica

En estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos, se evidencia que la prevalencia de cuadros depresivos es mayor en pacientes hospitalizados e institucionalizados que en personas insertas en la comunidad. Entre 1 y 4% de la población anciana en la comunidad presenta depresión mayor, equivalente a una incidencia de 0-15% por año, mientras que en pacientes hospitalizados este porcentaje aumenta al 10-12% y 12-14% en pacientes institucionalizados. En atención primaria las cifras de este cuadro, representan el 6-9%.

En cuanto a la depresión menor, la prevalencia en población anciana no institucionalizada es de 4-13% mientras que en hospitalizados, alcanza alrededor de un 30% y en pacientes que residen en instituciones, un 17-35%. En atención primaria, el 6% de los pacientes atendidos presenta depresión menor y un 10% síntomas subclínicos de depresión. En el caso de trastornos distímicos, que hacen referencia a la presencia de síntomas depresivos de menor intensidad en el curso de los últimos 2 años, tienen una prevalencia del 2%.

En Chile, la depresión constituye una de las 21 enfermedades en población adulta prioritarias en salud, estudiada en la última encuesta nacional de salud, en que se estableció una prevalencia de 3,7% de síntomas depresivos en el último mes (hombres: 2; mujeres: 4,9), siendo el porcentaje más elevado en el segmento con escolaridad básica (5,6%), de sujetos sobre los 65 años. En el caso de los síntomas

depresivos en el último año, estas cifras ascienden la prevalencia a 13,4% (hombres: 7,2; mujeres: 17,8), encontrándose mayor porcentaje en el grupo de sujetos con escolaridad básica (18,6%).

Con frecuencia los síntomas depresivos o síndromes depresivos se encuentran presentes en pacientes con trastornos cognitivos tipo demenciantes como la demencia tipo Alzheimer. Diversos autores sostienen que alrededor de un 17% de estos pacientes presentan depresión mayor y un porcentaje aún mayor se ha encontrado en pacientes con demencias subcorticales. Por otra parte, los cuadros depresivos pueden evolucionar hacia deterioro cognitivo e incluso a demencia a pocos años del inicio de los trastornos.

De las depresiones con demencia reversible, cuyos síntomas cognitivos remiten casi completamente después del tratamiento antidepresivo, un 40% desarrolla demencia dentro de los siguientes 3 años. En un estudio de reciente publicación, se encontró un riesgo relativo de conversión a demencia en los pacientes con diagnóstico de pseudodemencia depresiva, constituyéndose así en un robusto predictor de demencia. Estudios sostienen que el inicio de un cuadro de depresión mayor 10 años previos al diagnóstico de demencia y la historia de un episodio depresivo constituyen un factor de riesgo para desarrollar enfermedad de Alzheimer (Dechent, 2012).

Causas de depresión en el adulto mayor

Entre ellos se encuentran la pérdida del cónyuge, los sentimientos de soledad frente a la ausencia de la pareja o trabajo, la jubilación y las dificultades económicas, sentimientos de inutilidad ante la sociedad, la falta de reconocimiento social, los problemas en las relaciones sociales tales como las humillaciones o discriminaciones, las pérdida de memoria y de otras funciones intelectuales (demencia), el alejamiento de los hijos o de los contactos próximos, la amenaza de pérdida (como en caso de una discusión con el hijo o de enfermedad del cónyuge), la violencia familiar, el autoestima de los adultos mayores, impotencia en las relaciones sexuales.

En la sociedad contemporánea, junto con el proceso de envejecimiento, se producen cambios sociales cuyas consecuencias influyen negativamente en las condiciones de vida de los que envejecen. Algunos de ellos son:

- Respuesta social al deterioro biológico propio del envejecimiento: En torno a los cambios biológicos del modelo médico tradicional, se concibe la vejez como déficit y de involución, acentuando la percepción de que se trata de un proceso degenerativo. Asimismo, tiende a equiparar vejez con discapacidad. Esto conduce a la persona adulta mayor a adoptar una actitud fatalista de desánimo y temor frente a una situación que se define como decadencia inexorable.

- Pérdida de la ocupación, disminución del ingreso y deterioro de la identidad social: El llegar a ser adultos mayores significa para muchos el cese laboral, con pensiones de jubilaciones bajas, pérdida de competitividad en el mercado laboral. Su trabajo es menos remunerado y cada vez les es más difícil conseguir empleo.

- Disponen de mayor tiempo libre y se sienten inútiles. Estos cambios producen un gran impacto psicológico, llevando muchas veces a graves y progresivos problemas de depresión, por la pérdida de identificación dentro de la sociedad. Sienten que “no son nadie” y pierden su sociabilidad.

- Los jubilados son considerados una carga para la sociedad, lo que va en desmedro de su identidad social. El retirarse de su trabajo les produce una estrechez económica, debido a que las jubilaciones y pensiones son mucho menores que los ingresos provenientes de las remuneraciones que antes recibían.

- El impacto psicológico que causa el retiro del trabajo pesa más sobre los varones, para quienes quedarse en casa significa constituirse en un estorbo para los demás, no tener nada qué hacer, aburrirse y auto desvalorizarse como individuos.

- La ideología del “viejismo” y la desvalorización social de la vejez: Considera a la vejez como una etapa de decadencia física y mental, y proyecta sobre los viejos una imagen de discapacidad, inutilidad social, obsolescencia y rigidez. Esto repercute en el anciano, ya que al hacer suyas las ideas mencionadas, acaban por percibirse a sí mismos en esos términos.

- La ausencia de un rol social: Actualmente, la sociedad no ha definido un conjunto de actividades para las personas que se retiran del trabajo, es por ello que se crean sentimientos de aburrimiento y sensación de inutilidad. Si la sociedad estableciera el conjunto de actividades que serían específicas para los adultos mayores en cuyo desempeño este podrían percibirse útiles y conseguir reconocimiento social, de existir estas definiciones, ellas habrían contrarrestado los contenidos negativos de la ideología del "viejismo" y habrían influido positivamente en la percepción social de los adultos mayores y en su autoestima (Montenegro & Santisteban, 2016).

Síntomas de la depresión geriátrica

El sentirse desanimado o triste no es el único síntoma de la enfermedad depresiva. Para identificar adecuadamente una depresión es importante saber que buscar.

- Un sentimiento de tristeza o desánimo que es más intenso que la tristeza normal, dura más días y está presente la mayor parte del tiempo, aunque con cierta frecuencia mejora con el transcurso del día.
- Una pérdida de interés en la vida y una incapacidad para disfrutar de las cosas que generalmente dan placer o satisfacción.
- Una sensación de fatiga o cansancio que está presente a pesar de una escasa actividad y que es tan intensa que hace que la tarea más simple suponga un gran esfuerzo. La motivación y el impulso están descendidos.
- Una pérdida de apetito se suele acompañar de pérdida de peso.
- Una sensación interna de inquietud que hace difícil el descansar o el relajarse.
- Un deseo de aislarse de la gente y si hay gente alrededor una sensación de irritabilidad y mal humor.
- Dificultad para dormir con frecuente despertar temprano, al menos una o dos horas antes de lo habitual, y con incapacidad para reconciliar el sueño.
- Ausencia de confianza en sí mismo, que con frecuencia se asocia a sentimientos de inutilidad o de ser una carga para los demás.
- Sentimientos de maldad o de culpa; quizás exagerando incidentes del pasado, reaccionando de forma desproporcionado, o preguntándose si ha sido castigado por Dios.

- Pensamientos suicidas. Muchas de las personas con depresión grave se sienten en algún momento como si todo acabara. Estos sentimientos deben ser tenidos en cuenta ya que son indicativos de que se necesita ayuda. En ocasiones se hacen tan intensos que la persona deprimida puede decidir querer morir y hacer los preparativos para llevar a cabo su suicidio. Este es un signo de que se precisa de ayuda urgentemente (GeoSalud, 2018).

Factores asociados a la depresión

Factores sociodemográficos

Familiares y del entorno.

Los factores familiares y el contexto social podrían jugar un importante papel en el desarrollo de la depresión, fundamentalmente aquellos que están fuera del propio control, que ocurren como un acontecimiento no predecible en el ambiente diario y que son recurrentes a lo largo del tiempo.

Riesgos familiares.

La depresión en los padres se considera un factor de riesgo importante, que se asocia con depresión en su descendencia. Se ha visto que los hijos de padres con depresión presentan una probabilidad entre tres y cuatro veces mayor de desarrollar trastornos del humor y en concreto, la psicopatología materna se considera un predictor de depresión en el niño.

El contexto familiar en el que vive el niño o el adolescente parece jugar un papel trascendental en el desarrollo de depresión. Los factores de riesgo más comunes son la existencia de conflictos conyugales o las dificultades emocionales entre uno de los padres y el niño. Son también factores de riesgo asociados con la depresión, las distintas formas de maltrato como el abuso físico, emocional, sexual y la negligencia en el cuidado, así como los eventos vitales negativos, el divorcio o separación conflictivos de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo.

Riesgos en relación con el entorno.

La depresión juvenil se asocia en muchas ocasiones con la existencia de conflictos interpersonales y de rechazo de diferentes miembros de su entorno social, lo que incrementa los problemas de relación social. De esta manera, los niños y adolescentes con pocos amigos presentan una mayor probabilidad de desarrollar depresión, así como trastornos de conducta y mayor aislamiento social.

Otros factores también asociados con un número mayor de síntomas depresivos son el vivir en estructuras familiares diferentes de las de los padres biológicos, problemas de salud en los adolescentes, o una mala adaptación a la familia, amigos, escuela, trabajo y pareja. No parece existir asociación entre vivir en el medio rural o urbano.

Deberían considerarse niños y adolescentes con riesgo elevado de presentar trastornos mentales, incluida la depresión, aquellos sin hogar, los internos en centros de acogida, refugiados y aquellos con antecedentes de delincuencia, especialmente los recluidos en instituciones de seguridad.

Factores individuales

Sexo

Antes de la adolescencia, los trastornos depresivos son prácticamente iguales en niños que en niñas. Sin embargo, en la primera mitad de la adolescencia, estos trastornos son dos o tres veces más frecuentes en el sexo femenino. Las posibles explicaciones podrían ser los cambios hormonales que se producen, un incremento del estrés y la mala respuesta a este, diferencias en las relaciones interpersonales y tendencia a pensamientos rumiativos.

Factores psicológicos

Se piensa que el temperamento presenta una base genético-biológica, aunque la experiencia y el aprendizaje, en particular dentro del contexto social, pueden influir en su desarrollo y expresión. La afectividad negativa, se refiere a la tendencia a experimentar estados emocionales negativos, que se acompañan de características

conductuales (como la inhibición y retraimiento social) y cognitivas (como las dificultades de concentración).

Ante la ocurrencia de eventos vitales estresantes, características cognitivas asociadas a la afectividad negativa, como sentimientos de abandono o pérdida y/o de baja autoestima, así como un estilo cognitivo rumiativo, pueden dificultar el afrontamiento y aumentar la probabilidad de sufrir depresión en comparación con aquellos individuos sin estas características.

La presencia de síntomas depresivos, como anhedonia o pensamientos de muerte, incrementan de forma significativa el riesgo de presentar depresión mayor en niños y adolescentes. Finalmente, aquellos niños y adolescentes con discapacidades físicas o de aprendizaje, déficit de atención, hiperactividad o alteraciones de conducta, también tienen un mayor riesgo de depresión.

Factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor

Existen ciertas circunstancias, de carácter biológico, psicológico y social, que pueden facilitar la aparición de un trastorno depresivo en el adulto mayor, así como contribuir a que éste se cronifique:

- Género: uno de los factores de riesgo relacionados con la depresión durante la vejez es ser mujer (las mujeres padecen depresión con más probabilidad que los hombres).
- Haber sufrido un accidente cerebrovascular (depresión post-ictus).
- Padecer enfermedades neurodegenerativas como Parkinson o Alzheimer.
- Consumir medicamentos a diario.
- Poseer un tipo de personalidad insegura con escasos recursos de afrontamiento y/o autoestima baja.
- Padecer enfermedades médicas dolorosas.
- Instalarse en una residencia para personas mayores.
- Sufrir trastornos del sueño.
- Contar con escaso o nulo apoyo social.
- Vivir solo y sentir soledad.
- Abusar del consumo de alcohol.
- Disponer de escasos recursos económicos.

- Encontrarse en un proceso de duelo.
- Recibir un tratamiento antidepresivo insuficiente (únicamente el 15% de los adultos mayores con depresión se beneficia de un tratamiento adecuado) (Pasquin, 2017).

Escala de valoración geriátrica de depresión de Yesavage

En la valoración del riesgo de depresión la escala más utilizada para la población de adultos mayores es la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale deYesavage, GDS), diseñada por Brink y Yesavage en 1982, la cual es una escala de autoevaluación desarrollada para detectar los síntomas específicos de la depresión en las personas mayores.

La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, de la que se seleccionaron los que mostraban una validez test-retest mayor, eliminado los ítems de contenido somático, tiene respuestas dicotómicas (sí/no) que tienen una elevada sensibilidad y especificidad (S=84% y E=95%) y con una buena correlación con otras escalas clásicas utilizadas para el cribado de depresión.

Sheikh y Yesavage propusieron posteriormente una versión abreviada, formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) que requiere de 5 a 7 minutos para ser completada, con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención que se suelen presentar en este grupo de edad, y más en los casos en que existe algún grado de alteración cognoscitiva.

Se considera un auto informe construido específicamente para adultos mayores y su principal ventaja es que no mezcla síntomas físicos con los depresivos. Se centra en aspectos cognitivo conductuales relacionados con las características específicas de la depresión del adulto mayor.

La escala es sensible y específica tanto en el hospital como en atención primaria, es fácil de realizar y muy aceptable para los pacientes, y ha sido validada de forma extensa.

En el presente estudio para la estimación de los síntomas depresivos, se utilizó la escala de valoración geriátrica de depresión de Yesavage su versión reducida de 15 ítems.

Su versión corta de 15 ítems es tan confiable y válida como la versión original de 30 ítems; tiene una sensibilidad entre el 80 -90% y una especificidad entre 70 -80% con un punto de corte de 6 para considerar la presencia de síntomas depresivos, con un rango normal entre 0 –5.

En los estudios realizados en España, la versión reducida de 15 ítems ha demostrado una fiabilidad intra observador ha sido del 0,95 y la inter observador del 0,65, con una consistencia interna de 0,99. Se ha obtenido un área bajo la curva de 0,835. La sensibilidad alcanzada ha sido del 81% y la especificidad del 76% para un punto de corte de 5 o más puntos.

El GDS-15 ha sido validada como una escala con buena calidad psicométrica, siendo completada por los adultos mayores de mejor forma, es fácil de aplicar y lleva muy poco tiempo y diferencia con claridad entre adultos mayores deprimidos y no deprimidos; incluso, aunque padezcan enfermedad física o alguna forma de demencia.

Se concluye que para facilitar la detección de los cuadros depresivos, es útil la aplicación del cuestionario GDS-15, en su versión reducida, por ser corto, accesible, reproducible, fiable y de fácil utilización por parte del personal sanitario el cual no requiere ningún tipo de entrenamiento previo (únicamente las instrucciones adjuntas al cuestionario). Asumiendo su utilización como método de cribado rápido y no como escala diagnóstica, lo que permite que la identificación oportuna de pacientes susceptibles y posterior diagnóstico de depresión en los pacientes adultos mayores sea más efectiva (Kurlowicz, 2007).

f. METODOLOGÍA

Diseño o Tipo de estudio

El presente estudio será de tipo descriptivo por que describirán las variables en estudio y transversal porque se lo realizara en un periodo de tiempo determinado, los que permitirán describir e interpretar los datos obtenidos sobre los factores sociodemográficos y psicológicos relacionados a la de depresión geriátrica en el periodo comprendido entre Noviembre del 2017 a Febrero del 2018.

Área de estudio

El Hospital Provincial General “Isidro Ayora" está ubicado en la parte céntrica de la ciudad de Loja, sus límites son: al Norte con la Calle Manuel Monteros Valdivieso, Sur con la calle Juan José Samaniego, Este con la avenida Manuel Agustín Aguirre; y al Oeste con el Túnel de los Ahorcados.

Universo

El grupo que se estudiara son los adultos mayores institucionalizados que se encuentran en el Hospital Isidro Ayora durante el periodo de Noviembre del 2017 a Febrero del 2018. Los mismos que se encontraron en el área de cirugía y clínica.

Variables, dimensión y su medición.

Las variable que constituirán el presente estudio investigativo serán el adulto mayor (persona mayor de 65 años), los factores sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, tipo de ingresos y nivel de instrucción) y psicológicos y el nivel de depresión que tiene el adulto mayor institucionalizado (sin depresión, depresión leve y depresión severa).

Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de la información se utilizó la técnica de la encuesta guiada por el investigador tomando en cuenta a la población sujeta a investigación (anexo 2).

El instrumento que se utilizara para la recolección de datos será la encuesta además la escala geriátrica de depresión de Yesavage 2007.

El instrumento consto de tres partes; la primera sobre factores sociodemográficos, la segunda parte por el cuestionario referentes a factores psicológicos desencadenantes de la depresión y además para la valoración del nivel de depresión se utilizó la escala geriátrica de depresión de Yesavage (cuestionario breve utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores, en el cual se le pide al individuo responder a 15 preguntas, contestando sí o no).

Las respuestas correctas seran afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 y 15, equivalen a un punto y las negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 14, puntúa 1.

Los puntos de corte fueron:

Una puntuación de 0 a 5 se considera normal, 6 a 10 indica depresión leve y 11 a 15 indica depresión severa.

Procedimiento para la recolección de la información

Para el proceso investigativo se considerara los principios éticos pertinentes para el estudio investigativo, haciendo énfasis en la privacidad y confidencialidad, mediante la firma del consentimiento informado (Anexo N°3), debido a que los usuarios deben ser informados del derecho de participar o no en la investigación, además se explicara en que consiste el test aplicado.

Para la selección de los adultos mayores en intervención del desarrollo del test se consideró:

Al adulto mayor de ambos sexos, previo consentimiento informado para participar en el estudio y el de exclusión adultos mayores con hipoacusia severa, demencia senil, o cualquier otro trastorno que impida su realización.

La aplicación de la encuesta sera de manera directa con la ayuda del investigador para su desarrollo debido a que el grupo de estudio no lo puede efectuar de manera independiente.

Análisis e interpretación y presentación de resultados

Los resultados se analizaran y representaran en tablas, donde se especificará en porcentajes, de acuerdo a los resultados obtenidos de la aplicación de la encuesta y del

test sobre depresión a los adultos mayores. Los mismos que permitieron conocer cuáles son factores asociados a la depresión y el nivel de depresión que presenta el adulto mayor institucionalizado.

Fuentes de información

La información recolectada será de fuente primaria directa del adulto mayor a través de la encuesta y la escala aplicada guiada por el investigador, información necesaria para el desarrollo de la misma.

g. CRONOGRAMA

Proyecto: Factores asociados a la depresión del adulto mayor institucionalizado en el Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de "Loja"

ACTIVIDADES	SEPT/17				OCT/17				NOV/17				DIC/17				ENE/!8				FEB/18				MAR/18			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Aprobación del proyecto																												
Solicitar autorización para el desarrollo del proyecto																												
Construcción del marco teórico																												
Recolección de datos																												
Análisis e interpretación de datos																												
Construcción del primer borrador de tesis																												
Revisión del informe																												
Presentación del Informe final de tesis																												

Autor: Ángel Fabricio Quizhpe Chocho

h. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Proyecto: Factores asociados a la depresión del adulto mayor institucionalizado en el Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de "Loja"

Presupuesto estimado: 556,00$

Recursos	Cantidad	Precio Unidad	Precio Total
Materiales			
Papel	400	0,03	12,00
Impresiones a B/N	200	0,05	10,00
Impresiones a color	150	0,25	37,50
Copias	200	O,02	4,00
Internet	50	0,80	40,00
Flash memori	2	10,00	20,00
Anillados	2	8,00	16,00
Computadora	1	200,00	200,00
Impresora	1	150,00	150,00
Carpetas	10	0,50	5,00
CD	2	1,25	2,50
Varios	10	7,00	70,00
Humanos			
Investigador	-	-	-
Adulto mayor	-	-	-
Familiares	-	-	-
Técnicos			
Programa Word	-	-	-
Programa Excel	-	-	-
Total			**566,50**

Autor: Ángel Fabricio Quizhpe Chocho

i. BIBLIOGRAFÍA

- OMS. (15 de Abril de 2016). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/

- INEC. (27 de Agosto de 2011). *Instituto Nacional de Estadisticas y Censos*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadisticas y Censos: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=360%3Aen-el-ecuador-hay-2229089-adultos-mayores-28-se-siente-

- MIES. (2010). *Ministerio de Inclsion Economica y social*. Obtenido de Ministerio de Inclsion Economica y social: http://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/

- MAIS, & MSP. (2012). *Manual del Modelo de Atencion Integral de Salud*. Obtenido de Modelo de Atencion Integral de Salud: https://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

- Llanes, H., Lopez, Y., Vazquez, J., & Raul, H. (6 de Enero de 2015). *Revista de ciencias médicas. La Habana*. Obtenido de Revista de ciencias médicas. La Habana: http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2015/cmh151h.pdf

- Hernandez, T., Figueroa, C., Ramos, B., & Dias, L. (2014). Relación de la depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes hospitalizados. *Psicologia y Salud*, 25-34.

- Rodriguez, L., Sotolongo, O., Noy, G., & Calvo, M. (2013). Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico "Cristóbal Labra". *scielo* .

- Ruiz, D., Zegbe, J., Sanchez, F., & Castañeda, M. (2014). Depresión en adultos mayores atendidos en. *Revista de Educación y Desarrollo*, 73-78.

- Bolaños, M., & Guzmán, F. (2015). Depresion en el adulto mayor y su relacion la autopercepcion del estado de salud y desempeño funcional. *revista clinica de medicina,* 78-87.

- Castro, M., Ramirez, S., Aguilar, L., & Diaz, V. (2009). Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor. *Medigraph Artemia* , 132-137.

- Ramon, S., Agurto, M., Araujo, R., & Farez, R. (2013). *UNL*. Obtenido de Plan de estudios ajustados.

- MSP. (2013-2017). *Prioridades de Investigacion en Salud.* Obtenido de Prioridades de Investigacion en Salud.: https://www.ucuenca.edu.ec/images/facu_medicina/Investigacion/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017%20(1).pdf

- Alberdi, J., Carlos, C., & Taboada, O. (2007). *Depresion* . España . Obtenido de http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf

- Chinchilla Moreno, A. (2008). *La Depresion y sus mascaras: aspectos terapeuticos.* España : Medica Panamericana.

- Dechent, C. (2010). Depresión geriátrica y trastornos. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 339-344.

- GeoSalud. (2012). *GeoSalud su sitio de salud en la web*. Obtenido de Depresion en el Adulto Mayor: http://www.geosalud.com/depresion/depresion_mayores.htm

- Kurlowicz, L. (24 de Marzo de 2007). *De The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing*. Obtenido de La escala de depresión geriátrica: https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-4-spanish.pdf

- NIH. (2009). *Depresion.* Estados Unidos: Publicación de NIH.

- Pasquin, N. (4 de Enero de 2017). *Cognfit salud, cerebro y neurociencia.* Obtenido de Depresión en el adulto mayor: Factores influyentes y alteraciones asociadas: https://blog.cognifit.com/es/depresion-adulto-mayor/

- Ramirez, V., Bedoya, L., & Correa, E. (2015). *RIESGO DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES* . Obtenido de RIESGO DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES : http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4439/2/Riesgo_Depresion_Adultos_Mayores.pdf

Anexo 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

Proyecto: Factores asociados a la depresión del adulto mayor institucionalizado en el Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de "Loja"

Matriz operacional de variables

Variable	Dimensión	Indicador	Escala
V. Independiente **Adulto Mayor** Este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etario que comprende personas que tienen más de 65 años de edad.	Factores sociodemográficos	Edad	65-70 71-75 76-80 81-85 86-90
		Sexo	Masculino Femenino
		Estado civil	Soltero Casado Viudo Divorciado
		Tipo de ingresos	Sin ingresos Pensionado o jubilado. Otro tipo de ingresos
		Nivel de instrucción	Sin instrucción Ed. Básica Ed. Secundaria Ed. Superior
V. Dependiente **Depresión** La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	Factores psicológicos	▪ ¿La pérdida de algún ser querido lo hace sentir triste? ▪ ¿Se siente triste porque ya no cuenta con un trabajo estable? ▪ ¿Alguna vez se ha sentido discriminado por ser adulto mayor? ▪ ¿Lo han hecho sentir triste por ello? ▪ ¿Vive distanciado o ha discutido con algún familiar o ser querido para Ud.? ▪ ¿Eso le hace sentir triste? ▪ ¿Alguna vez le han hecho sentir mal con insultos o burlas? ▪ ¿Alguna vez lo han tratado mal	SI o NO

		con golpes, jalones de brazo o empujones? ▪ ¿Ha tenido ganas de llorar cuando lo maltrataron? ▪ ¿Siente que sus seres queridos no valoran su trabajo y esfuerzo? ▪ ¿Actualmente tiene sentimientos de soledad? ▪ ¿Esos sentimientos de soledad lo llevan a aislarse de sus familiares? ▪ ¿Se siente triste por ello? ▪ ¿Siente que las actividades que realiza han dejado de ser útiles para sus familiares? ▪ ¿Se siente aburrido(a) con las actividades que realiza? ▪ ¿El no poder recordar algunas cosas le hacen sentir mal? ▪ ¿Presenta alguna dificultad física para realizar sus actividades? ▪ ¿Actualmente presenta alguna enfermedad crónica grave y eso le hace sentir triste? ▪ ¿Sabe si alguno de sus familiares ha sufrido de depresión?	
	Depresión Geriátrica	Nivel de depresión	• Sin depresión • Depresión leve • Depresión severa

Autor: Ángel Fabricio Quizhpe Chochó

Anexo 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

Proyecto: Factores asociados a la depresión del adulto mayor institucionalizado en el Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de "Loja"

N°……..

Entrevista

Introducción

La presente entrevista se realiza con la finalidad de determinar los Factores asociados a la depresión del adulto mayor institucionalizado en el Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de "Loja".

1. **Datos generales**

Responda con sinceridad a los siguientes ítems necesarios para determinar los factores sociodemográficos relacionados a la depresión del adulto mayor institucionalizado.

Edad: …..

Sexo:
Femenino ( )
Masculino ( )

Estado civil
Soltero ( )
Casado ( )
Viudo ( )
Divorciado ( )

Grado de instrucción
Sin instrucción ( )
Primaria ( )
Secundaria ( )
Superior ( )

Ocupación
Jubilado ( )
Trabajo eventual ( )
Pasa en casa ( )
Ninguna ( )

2. Datos específicos

Para determinar los factores psicológicos asociados a la depresión geriátrica se planteó las siguientes preguntas. Marque con una X en su respuesta.

PREGUNTAS	**SI**	**NO**
1. ¿La pérdida de algún ser querido lo hace sentir triste?		
2. ¿Se siente triste porque ya no cuenta con un trabajo estable?		
3. ¿Alguna vez se ha sentido discriminado por ser adulto mayor?		
4. ¿Lo han hecho sentir triste por ello?		
5. ¿Vive distanciado o ha discutido con algún familiar o ser querido para Ud.?		
6. ¿Eso le hace sentir triste?		
7. ¿Alguna vez le han hecho sentir mal con insultos o burlas?		
8. ¿Alguna vez lo han tratado mal con golpes, jalones de brazo o empujones?		
9. ¿Ha tenido ganas de llorar cuando lo maltrataron?		
10. ¿Siente que sus seres queridos no valoran su trabajo y esfuerzo?		
11. ¿Actualmente tiene sentimientos de soledad?		
12. ¿Esos sentimientos de soledad lo llevan a aislarse de sus familiares?		
13. ¿Se siente triste por ello?		
14. ¿Siente que las actividades que realiza han dejado de ser útiles para sus familiares?		
15. ¿Se siente aburrido(a) con las actividades que realiza?		
16. ¿El no poder recordar algunas cosas le hacen sentir mal?		
17. ¿Presenta alguna dificultad física para realizar sus actividades?		
18. ¿Actualmente presenta alguna enfermedad crónica grave y eso le hace sentir triste?		
19. ¿Sabe si alguno de sus familiares ha sufrido de depresión?		

3. **Escala de depresión geriátrica Test de Yesavage** (2007)

Señale con una X según su respuesta.

ITENS	SI	NO
1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?		
2. ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?		
3. ¿Siente que su vida está vacía?		
4. ¿Se siente a menudo aburrido?		
5. ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?		
6. ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?		
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
8. ¿Se siente a menudo sin esperanza?		
9. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?		
10. ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?		
11. ¿Cree que es maravilloso estar vivo?		
12. ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?		
13. ¿Piensa que su situación es desesperada?		
14. ¿Se siente lleno de energía?		
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?		

Autor: (Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey, M, Rose T.)

Anexo 3

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

Proyecto: Factores asociados a la depresión del adulto mayor institucionalizado en el Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de "Loja"

N°….

Consentimiento informado

Yo ……. portadora de la Cedula de Identidad N° …….. He recibido toda la información sobre la utilización y destino de la información suministrada para el proyecto de investigación titulado **FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE "LOJA"**. Consiente y conocedor de mis derechos ESTOY DE ACUERDO en participar en la investigación.

1. Se garantiza al o la participante recibir respuestas a cualquier pregunta o aclaración de cualquier duda acerca de los objetivos, beneficios y otros aspectos relacionados con la investigación en la 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 aseguran a las participantes que las fotografías que se tomen durante las diferentes sesiones del programa, serán solamente del conocimiento y utilización del investigador con fines académicos.

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

Firma del participante	**Firma del investigador**