



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA**

TÍTULO

**Factores que influyen en la depresión en los adultos
mayores que acuden a los centros gerontológicos de
la parroquia de Vilcabamba y Malacatos en el año
2016.**

Tesis previa a la obtención de título de médico general

Autor: Marco Vinicio Sinchire Gómez

Director de tesis

Dr. Ángel Benigno Ordoñez Castillo, Mg. Sc

Loja – Ecuador

2017

Certificación

Loja 17 de octubre del 2017.

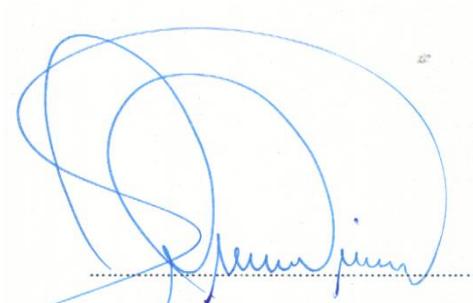
Dr. Ángel Benigno Ordoñez Castillo, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación previa a la obtención de título de Médico General titulado: **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DE LA PARROQUIA DE VILCABAMBA Y MALACATOS EN EL AÑO 2016.** De autoría del Sr. Marco Vinicio Sinchire Gómez, ha sido dirigida y orientada durante su desarrollo por lo cual autorizo su presentación.

Atentamente.

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and a cursive style, positioned above a horizontal dotted line.

Dr. Ángel Benigno Ordoñez Castillo, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

Autoría

Yo Marco Vinicio Sinchire Gómez, 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 autorizó a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Marco Vinicio Sinchire Gómez

Firma:



C.I.1105041550

Fecha: 17 de Octubre del 2017

Carta de autorizaciòn

Yo, Marco Vinicio Sinchire Gomez, autor de la tesis“ **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESION EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LOS CENTROS GERONTOLOGICOS DE LA PARROQUIA DE VILCABAMBA Y MALACATOS EN EL AÑO 2016.**”, cumpliendo el requisito que permite obtener el grado de Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, difunda con fines estrictamente académicos la producción intelectual de esta casa de estudios superiores.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo a través del RDI, en las redes de información del país y del extranjero con las cuales las la Universidad mantenga su convenio.

La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis que sea realizada por un tercero.

FIRMA.....

AUTOR: Marco Vinicio Sinchire Gòmez

Cèdula: 1105041550

Dirección: Cdla. Las Pitas

Correo electrònico: plebeyo1@hotmail.es

Teléfono: 0983069952

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de tesis: Dr. Ángel Benigno Ordoñez Castillo, Mg. Sc

Tribunal de grado:

Presidente: Dr. Juan Arcenio Cuenca Apolo

Miembro de tribunal: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mg. Sc

Miembro del tribunal: Dra. Sandra Katerine Mejia Michay Md. Mgs.

Dedicatoria

Primeramente quiero agradecer a Dios, ser celestial que me ha guiado por el buen camino, dándome salud, protección y fuerza para salir adelante y llegar a la meta propuesta.

A mis padres, mi mujer e hija, que me apoyaron en toda mi etapa de estudio, quienes con sus sabios consejos y su amor incondicional, me acompañaron en cada momento de mi vida.

A mis docentes quienes me inculcaron con sus conocimientos, sabiduría y orientación constante; para guiarme por el camino del éxito, y así llegar a cumplir mi objetivo final que es la culminación de mi tesis.

Marco Vinicio Sinchire Gómez

Agradecimiento

Al término de esta tesis agradezco a la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, institución de educación superior, valiente en la formación de la juventud, a los docentes de la Carrera de Medicina quienes impartieron sus conocimientos y experiencias, para hacer posible la culminación de mis estudios.

A mi madre y mujer q juntas supieron apoyarme y brindarme sabiduría para poder superarme y lograr mis mas ansiadas metas.

De manera muy especial expreso mi agradecimiento, al Dr. Angel Benigno Ordoñez Castillo, quien en calidad de Director De Tesis, me brindo su valiosa colaboración en el desarrollo del presente trabajo.

El Autor

Índice general

Caratula.....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorizaciòn.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Indice general.....	vii
1. Título.....	1
2.Resumen.....	2
Abstract.....	3
3.Introducción.....	4
4.Revisión de literatura.....	6
4. 1. La tercera edad.....	6
4.1.1. Definición.....	6
4.1.2. Epidemiología.....	6
4.1.3. Morbilidad.....	6
4.1.4. Envejecimiento.....	7
4.1.4.1. Enfoque Biológico.....	8
4.1.4.2. Enfoque Psicológico.....	8
4.1.4.3. Enfoque Social.....	9
4.2. Depresión en el adulto mayor	
4.2.1. Definición de Depresión.....	9
4.2.2. Tipos de Depresión.....	9
4.2.3. Prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor.....	10
4.2.4. Factores asociados a la Depresión en el Adulto Mayor.....	11

4.2.4.1. Factores Biológicos.	11
4.2.4.1.1. <i>La salud física deficitaria y las limitaciones funcionales</i>	11
4.2.4.2. Factores Psicológicos.	12
4.2.4.2.1. <i>Personalidad.</i>	12
4.2.4.2.2. <i>Soledad.</i>	12
4.2.4.2.3. <i>Insatisfacción Personal</i>	13
4.2.4.2.4. <i>Pérdidas y Duelo</i>	13
4.2.4.2.5. <i>La Muerte del Cónyuge e Hijos</i>	13.
4.2.4.2.6. <i>Pérdidas Múltiples.</i>	13
4.2.4.3. Factores Sociales.	14
4.2.4.2.1. <i>Personalidad.</i>	14
4.2.4.2.2. <i>Soledad</i>	14
4.2.4.2.3. <i>Insatisfacción Personal</i>	14
4.2.4.2.4. <i>Pérdidas y Duelo</i>	14
4.2.4.2.5. <i>La Muerte del Cónyuge e Hijos</i>	14
4.2.4.2.6. <i>Pérdidas Múltiples</i>	14.
4.2.4.3.1. <i>Falta de Apoyo Social y Familiar</i>	14
4.2.4.3.2. <i>Cambios en el Rol Social del Adulto Mayor</i>	14
4.2.5. Factores Institucionales y Trato del Personal de Cuidado Diario.	15
4.2.6. Factores de Protección.	15
4.2.6.1. Resiliencia	16
4.2.7. Diagnóstico...	16
4.2.7.1. <i>Criterios para el episodio depresivo mayor</i>	17
4.2.7.2. <i>Instrumentos de Evaluación</i>	18
4.2.9. Tratamiento	18
4.2.9.1. Tratamiento farmacológico	19
4.2.9.2. Tratamiento psicológico	20

4.2.10. Consecuencias de la Depresión en el Adulto Mayor	20
5. Materiales y Métodos	21
6. Resultados	24
7. Discusión	27
8. Conclusiones	30
9. Recomendaciones	31
Referencias Bibliográficas	32
10. Anexos	35
Anexo N°1.- Escala de depresión geriátrica de Yesavage	35
Anexo N°.-2. Tablas	36
Anexo N° 3 Aprobación de tema	38
Anexo N°.-4. Oficio Pertinencia	39
Anexo N°.-5 Designación de director de tesis	40
Anexo N°.-6 Oficio para realización de trabajo decampo	41
Anexo N°.-7 Oficio dirigido al presidente del GAD de Vilcabamba	42
Anexo N° 8 Oficio dirigido a la directora del CASMH	43
Anexo N° 9 Programa de prevención de depresión en adultos mayores	44
Anexo 10 Fotografías	48
Anexo N° 11 Certificado de traducción de resumen de tesis	51
Problematización	53
Justificación	56
Objetivos	58
Operacionabilizacion de variables	59
Recursos técnicos	60
Cronograma	61

1. Título

Factores que influyen en la depresión en adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de Vilcabamba y Malacatos

2. Resumen

La depresión es un trastorno que afecta a adultos mayores y puede ser causado por diversos acontecimientos tales como factores biológicos, psicológicos y sociales. El objetivo de esta investigación fue determinar los factores de riesgo asociados con la depresión y el grado de depresión que poseen los adultos mayores afectados. Se utilizó el tipo de estudio descriptivo y transversal. Un universo de 130 en los adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión, se procesó, aplicando los métodos de: Test de Yesavage que permite evaluar los síntomas depresivos en los adultos mayores, llegando a los resultados: Los principales factores de riesgo que ocasionan depresión en las personas de la tercera edad son: las enfermedades degenerativas con un 10%, dolor crónico un 15%, abandono 17% nivel socioeconómico bajo 19%, y falta de apoyo familiar y social con un 11%. En lo que refiere al grado de depresión en los adultos mayores tenemos que un 64% no presenta ningún problema depresivo mientras que el 36% padece trastornos depresivos moderados en un 30% y severos en un 6%. Concluyendo que los principales factores de riesgo que afectan a los adultos mayores con depresión son los factores biológicos y los factores sociales.

Palabras claves: *Depresión, Adultos mayores, factores de riesgo*

Summary

Depression is a disorder that affects older adults and can be caused by various events such as biological, psychological and social factors. The aim of this research was to determine the risk factors associated with depression and the degree of depression that affected older adults have. The type of descriptive and cross-sectional study was used. A universe of 130 in older adults who met the inclusion criteria was processed, applying the methods of: Yeavage test that allows to evaluate the depressive symptoms in the elderly, arriving at the results: The main risk factors that cause depression in the elderly are: degenerative diseases with 10%, chronic pain 15%, abandonment 17% socioeconomic level under 19%, and lack of family and social support with 11%. Regarding the degree of depression in the elderly we have that 64% does not present any depressive problem while 36% suffers from moderate depressive disorders in 30% and severe in 6%. Concluding that the main risk factors that affect the elderly with depression are biological factors and social factors.

Key words: Depression, Older adults, risk factors

3. introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el aumento de la esperanza de vida ha incrementado la población geriátrica en el mundo lo que hace a las personas más vulnerables para presentar enfermedades mentales como la demencia y la depresión; esta última considerada la enfermedad del presente y del futuro en la población adulta mayor. La OMS calcula que el 25% de las personas mayores de 60 años padece algún tipo de desorden psiquiátrico, siendo la depresión la enfermedad más frecuente, sólo superada por la demencia a partir de los 75 años (OMS, 2014).

En el envejecimiento, con frecuencia se presentan simultáneamente padecimientos en los que no hay una causa única de morbilidad, sino que predomina la multicausalidad. Por lo tanto, las enfermedades en esta etapa de la vida adquieren una manifestación clínica distinta, debido a su complejidad, latencia prolongada y a los daños irreversibles que afectan la funcionalidad. (Rodríguez, 2011).

Aún hoy, en esta población etaria, la depresión es confundida a menudo como una reacción a la adversidad, pasando desapercibida puesto que se considera un fenómeno propio del envejecimiento y no una patología por lo que con frecuencia la depresión en el longevo no es detectada, siendo un padecimiento potencialmente tratable, que al no ser diagnosticado ni tratado ocasiona sufrimiento y discapacidad en quien la padece, así como disfuncionalidad, mayor comorbilidad y mortalidad (Montalvo, E ., y Ruales, G. (2011).

Se debe tener en consideración, al mismo tiempo, que existen casos en que las familias no pueden hacerse cargo de estas personas o se han vuelto tan dependientes que requieren una internación, al respecto Matusevich (citado en Rubio, (2007) sostiene: “El problema ético radica cuando la persona no es consultada si es que es capaz de dicha decisión, o cuando son simples lugares de “guardado” donde no se respetan los mínimos derechos humanos y se recurre a restricciones, malos tratos y decisiones atropelladas, donde la familia los abandona y sigue su vida cómodamente; donde las condiciones de cuidado lejos de procurar atención, rehabilitación y bienestar se limitan a techo y comida”.

Los objetivos que se plantearon en la presente investigación son: como objetivo general tenemos, Identificar los factores que influyen en la depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de las parroquias de Vilcabamba y Malacatos. Y como objetivos generales: Identificar los principales factores que ocasionan depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos, Determinar los grados de depresión en los adultos mayores y construir una propuesta de prevención y manejo integral de la misma.

Ante estos argumentos ponemos a consideración de la colectividad el presente trabajo, cuya aplicación y difusión servirá de guía para nuevas investigaciones, además con este aporte queremos dejar sentado nuestros conocimientos adquiridos, para posteriores estudios.

4. Revisión de literatura

4.1. La tercera edad

4.1.1. Definición. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adultos mayores a quienes tienen una edad mayor o igual de 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más a quienes viven en países desarrollados. Estas diferencias cronológicas obedecen a las características socio-económicas que tienen unos y otros países.(OMS, 2014)

4.1.2. Epidemiología. En Ecuador, al igual que en el resto del mundo, ha aumentado el número de personas adultas mayores, de ahí que el envejecimiento de la especie humana, ha sido motivo de preocupación (García, 2007).

Para ilustrar mejor, en las últimas décadas, según datos demográficos, en el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores (personas de más de 60 años), 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. El 11% de los adultos mayores viven solos; mientras que los adultos mayores que viven acompañados en su mayoría viven con sus hijos (49%), nietos (16%) y esposo o compañero (15%) (Villacís, 2011).

Lo anterior, no implica que la esperanza de vida aumente con mayor bienestar; por el contrario, se espera que los adultos mayores sufran enfermedades crónico-degenerativas acompañadas de la pérdida de capacidades funcionales, emocionales y cognitivas, las cuales limitarán las actividades físicas y una vida independiente de este grupo social (Beyer, 2007). Además de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, existen padecimientos psiquiátricos como la depresión o ansiedad, enfermedad de Parkinson y la demencia de Alzheimer, las cuales se presentan cada vez con mayor frecuencia en personas en proceso de envejecimiento como resultado de las características individuales, genéticas, factores ambientales, ocupacionales, sociales y culturales (Beyer, 2007).

4.1.3. Morbilidad en el adulto mayor. García y colaboradores encontraron que los motivos de ingreso más frecuentes son las enfermedades del aparato circulatorio (20,7%), enfermedades del sistema digestivo (18,4%) y enfermedades del aparato respiratorio (11,8%). Este orden se mantiene inalterable al considerar el número de días

de hospitalización causados. Se observan diferentes patrones de enfermar por sexos: los hombres presentan un mayor porcentaje de ingresos en las enfermedades de los siguientes aparatos: respiratorio, urinario, digestivo y circulatorio. En las mujeres el mayor porcentaje lo ostentan los siguientes aparatos: musculo esquelético, hepatobiliar, reproductor y mama.(García 2007)

Analizando las principales causas de morbilidad tenemos que la cardiopatía isquémica, con incidencia creciente conforme avanza la edad y con predominio en el sexo masculino. La insuficiencia cardiaca y la enfermedad cardiaca hipertensiva constituyen una importante causa de morbimortalidad hospitalaria en las personas de edad avanzada. Con los criterios diagnósticos actuales en los pacientes geriátricos la hipertensión alcanza una prevalencia cercana al 70%. (Ferreira, 2009). La neumonía adquirida en la comunidad es una enfermedad frecuente, que presenta una alta comorbilidad, condicionando un número considerable de estancias hospitalarias, con unos costes elevados y alta tasa de mortalidad

La patología quirúrgica de los ancianos está reunida en un número de diagnósticos reducido: cataratas, patología biliar, fracturas de cuello de fémur, hernia inguinal, complicaciones de procedimientos quirúrgicos previos, la hipertrofia de próstata, las neoplasias de colon y patología del útero y sus estructuras de soporte. Las caídas constituyen la principal causa de accidentes mortales y no mortales entre los ancianos en los países desarrollados. La proporción de caídas que provocan fracturas es baja, pero el número absoluto de ancianos que sufren fracturas es elevado, ocasionando una gran demanda asistencial. (García 2007)

4.1.4. Envejecimiento. El envejecimiento es un proceso normal del individuo en donde se presenta hasta una disminución del 25 a 30 % de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano, produciéndose un cambio en la homeostasis y una afectación en la vitalidad orgánica, aumentando la vulnerabilidad al presentar enfermedades crónicas y degenerativas, más la predisposición genética, estilos de vida inadecuados y condiciones socioeconómicas transitorias y ambientales nocivos, hacen que el estado de salud funcional de la persona mayor aumente el riesgo de transitar desde la independencia a la dependencia (Castro, 2011).

4.1.4.1. Enfoque Biológico. Desde un enfoque biológico, se refiere a la disminución de las funciones fisiológicas que se presentan en la tercera edad debido al deterioro orgánico. A partir de allí se define un envejecimiento primario y uno secundario.

El envejecimiento primario se enfoca en la herencia, en la cual, a pesar de los factores que influyen como las enfermedades o traumas, también hay cambios inevitables que se dan con el paso del tiempo, aunque a ritmos diferentes entre personas. El envejecimiento secundario por su parte, se refiere a la pérdida de las capacidades ocasionadas por los traumas, caídas o enfermedades (Rodríguez, 2011).

Así mismo, se mantiene dos tipos de envejecimiento: el envejecimiento intrínseco o envejecimiento biológico, que es un proceso inevitable, genéticamente determinado, que progresa lentamente a medida que avanzamos en edad, pero puede acelerarse por factores ambientales. En cambio, el envejecimiento extrínseco no se trata solo de procesos celulares, sino que es una respuesta al proceso de adaptación a los factores externos propios del medio ambiente, se produce como resultado de la exposición diaria a los radicales libres procedentes de fuentes variadas tales como: exposición a la radiación ultravioleta, al humo de tabaco y a la contaminación. Estos radicales libres dañan lípidos, proteínas y ADN, lo cual limita la capacidad de las células para funcionar y para mantener su integridad. (Alves et al., 2013).

4.1.4.2 Enfoque Psicológico. Antes de describir las teorías psicológicas del envejecimiento, definiremos el término psicogerontología. La Psicogerontología es la ciencia que estudia la psicología del envejecimiento abarcando el comportamiento y los procesos mentales de las personas mayores desde una perspectiva psicosocial. Dicha teoría sostiene que en el envejecimiento se presentan modificaciones tanto en la cognición, el afecto y en la personalidad (Lemos y Londoño, (2007). Al mismo tiempo, la psicogerontología es la ciencia que trata de describir, explicar, comprender el proceso de envejecimiento a través de diversos planteamientos teóricos. Si la Gerontología es el conjunto de disciplinas que estudian el envejecimiento desde una concepción integradora biopsicosocial, las cuestiones concernientes a la salud mental en el envejecer nos ubican en el campo de la psicogerontología (Lemos y Londoño, (2007).

4.1.4.3. Enfoque Social. El enfoque social engloba a los hábitos sociales, roles del individuo relativo a las expectativas de la sociedad. Una aproximación teórica elaborada

dentro de esta perspectiva de análisis es la teoría funcionalista sobre la tercera edad, que considera a la vejez como una forma de ruptura social, y en términos de la teoría del rol, como una pérdida progresiva de funciones. Esta perspectiva social, a su vez, incluye temas como el trabajo, estado civil, la jubilación, residencias del adulto mayor, los cambios en las relaciones personales en la vejez, entre otros. (Rubio, (2007)

4.2. Depresión en el adulto mayor

4.2.1. Definición de Depresión. La Sociedad Americana de Psiquiatría define a la depresión como una enfermedad mental en la que la persona experimenta tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades. En contraste con la tristeza normal, la depresión tiene impacto en la realización de las actividades de trabajo o en el desempeño social del individuo. (Aguilar y Ávila., 2006).

Otros autores sostienen que la depresión es un trastorno del afecto caracterizado por estados de tristeza prolongada en el tiempo, intolerancia a las frustraciones, agotamiento y cambios en todos los aspectos generales de la vida que tiene un componente cognitivo que implica una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (Bacca, González y Uribe, 2005).

4.2.2. Tipos de Depresión. Hecha esta salvedad, la OMS y las sociedades psiquiátricas en el sentido de mejorar el diagnóstico y la clasificación de los trastornos mentales, han propuesto dos sistemas clasificatorios ampliamente establecidos y utilizados en el ámbito internacional para el diagnóstico de los trastornos mentales de la edad adulta y también de la niñez y adolescencia. Fruto de todo este esfuerzo son el DSM-IV y la CIE-10 (OMS, 2014).

Dicho lo anterior, para el sistema de clasificación DSM V, los Trastornos Depresivos, según su intensidad, se pueden clasificar como leves, moderados o graves (APA, 2013), así mismo, para los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10, la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional.

4.2.3. Prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor. La prevalencia de depresión en adultos mayores ha sido documentada por algunos autores. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión ocupa el tercer lugar de la carga mundial de morbilidad y será segunda en 2020. En una muestra de cerca de 50.000 personas mayores que viven en centros de atención residencial en cinco jurisdicciones canadienses, casi la mitad (44%) tenían un diagnóstico y/o síntomas de depresión (OMS, 2014).

Igualmente en una investigación denominada “La prevalencia y la sintomatología de la depresión en las personas mayores que viven en instituciones en Inglaterra y Gales”, se encontró que la depresión fue altamente prevalente; tras una estratificada sub-muestra aleatoria de 2.640 participantes de los cuales 340 residían en las instituciones, demostró que la prevalencia de la depresión en las personas que viven en instituciones fue del 27,1% en comparación con el 9,3% en los que viven en el hogar (Becerra, 2008).

En un estudio realizado en una población de 5. 064.907 personas de 60 años o más que residían en Centros geriátricos de siete ciudades participantes de América Latina, encontraron que la prevalencia de depresión en adultos mayores es variable (Menéndez, 2005). Se observó que en Buenos Aires la prevalencia llegó a un 21,9%; en Sao Paulo un 7%; en Santiago de Chile un 33,4%; en la Ciudad de México un 23,2% y en Montevideo un 23,8%; estos autores utilizaron la misma herramienta para diagnóstico de depresión es decir la escala geriátrica de Yesavage (Menéndez, 2005).

Así mismo, en el año 2011, en un estudio realizado en Ecuador, sobre la prevalencia de la depresión en 350 adultos mayores institucionalizados en asilos de la provincia del Cañar, Morona Santiago, Sucumbios y Loja se encontró que el 40% de los adultos tenían depresión, de quienes el 15% eran varones y 25% fueron mujeres. El rango de edad que más casos de depresión presenta, es el comprendido entre los 70-80 años, representando el 47.83% para el sexo masculino y el 36.11% para el femenino (Castro, 2011).

4.2.4. Factores asociados a la Depresión en el Adulto Mayor. Entre los factores de riesgo asociados a la depresión se encuentran: factores biológicos, psicológicos y sociales.

4.2.4.1. Factores Biológicos. La depresión tiene un efecto sistémico y los adultos deprimidos parecen tener mayor susceptibilidad para las enfermedades, puesto que esta

patología ocasiona cambios neurológicos, hormonales e inmunológicos. Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores, así, la actividad de la serotonina y su unión a ciertos receptores disminuye con el envejecimiento, coadyuvando para la fisiopatología de la depresión (Cuadros, 2011).

Así como también algunas enfermedades tales como la enfermedad cardiovascular, las fracturas de cadera, dolor, la incontinencia urinaria, pueden volver vulnerables a los adultos mayores para el desarrollo de la depresión (Cuadros, 2011).

4.2.4.1.1. La salud física deficitaria y las limitaciones funcionales. La salud física es una preocupación básica de muchas personas mayores y está frecuentemente relacionada con estados de salud mental. Más de dos terceras partes de las personas que tienen más de 55 años han padecido, por lo menos, una enfermedad crónica diagnosticada durante su vida, y en torno a un 40 % han tenido dos o más enfermedades de esta clase (Cuadros, 2011).

Además, está demostrado que hay una comorbilidad importante de los trastornos de salud mental y de las enfermedades crónicas, que incluyen las lesiones recurrentes (por ejemplo las caídas), los accidentes cardiovasculares y el dolor crónico. Los trastornos mentales tienen mucho impacto en la discapacidad, la evolución de la enfermedad, cumplimiento terapéutico y riesgo de mortalidad prematura. De igual manera, muchas personas mayores experimentan también limitaciones funcionales debido a los problemas relacionados con la salud. Por ejemplo, hasta un tercio de la población de la tercera edad experimenta limitaciones de movilidad y discapacidad de visión y de audición

Las actividades funcionales se asociaron con la presencia de depresión siendo los adultos con déficit funcional los que tienen mayores prevalencias de síntomas depresivos moderados y síntomas severos, en comparación con los de una adecuada funcionalidad

4.2.4.2. Factores Psicológicos. Los factores psicológicos más importantes que desempeñan un papel en el desarrollo de la depresión incluyen las pérdidas inherentes a

la vejez, tales como los de la salud o personas significativas, así como la soledad que experimentan los adultos mayores en centros geriátricos (Ferreira, (2009)

Las personas mayores institucionalizadas tienen problemas psicológicos más graves que los que permanecen con sus familias, por la presencia de factores tanto personales como institucionales que influyen en su estado de ánimo (Ferreira, (2009) Así mismo, los síntomas relacionados con el estado de ánimo depresivo y la gravedad de la enfermedad (por ejemplo, deseando estar muerto, el futuro sombrío) y algunos síntomas no específicos son más comunes en las personas que viven en residencias de adultos mayores en comparación con los que viven en la comunidad (Ferreira, (2009).

4.2.4.2.1. Personalidad. Diversos estudios en adultos mayores señalan que las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión (Cuadros, 2011). Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas. Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia y van conformando a lo largo del tiempo un patrón de pensamiento depresivo (Cuadros, 2011).

4.2.4.2.2. Soledad. La soledad según muchos autores constituye otro de los temores en esta etapa del desarrollo puesto que la percepción de la misma depende de la red de apoyo social de que disponga el individuo y de los propios recursos psicológicos que posea, entonces, no debe ser asociada como un patrimonio de la vejez, sino que esto está en dependencia de la red de influencias sociales y culturales que entretejen la vida del adulto mayor (Cuadros, 2011). A su vez, la soledad en el adulto mayor está ligado con su percepción, su mentalidad, la capacidad que tiene para adaptarse y la forma de resolver sus asuntos (Ruiz, 2008).

Por tal motivo se habla de dos tipos de soledad: la objetiva, referida a la falta de compañía permanente o temporal, aunque esta no siempre es desagradable y puede convertirse en una experiencia deseada y gratificante; y la subjetiva, cuyo estado no es buscado, que aflige y hace sentir sola a la persona (Ruiz, 2008).

4.2.4.2.3. Insatisfacción Personal. La satisfacción de vida es definida como una medición cognitiva del ajuste entre los objetivos deseados y los actuales resultados de la

vida, representando un resumen de la evaluación de las metas y logros que rodea al curso de la vida entera. La dimensión depende en gran medida del balance personal de cada individuo, así las personas mayores deben intentar llenarse de contenidos, de deseos, y tratar de que las nuevas relaciones y actividades den sentido a su existencia.

4.2.4.2.4. Pérdidas y Duelo. La vida afectiva del adulto mayor se caracteriza por un aumento de las pérdidas, entendiéndolas como vivencias por las cuales siente que ya no tiene algo que es significativo para él a nivel real y subjetivo. Como parte de las mismas se refieren la pérdida de la autonomía (valerse por sí mismo, hacer lo que desea) y las pérdidas referidas a muerte del cónyuge, de seres queridos y la jubilación, las cuales afectan al estado emocional de los adultos mayores (Inga y Vara, 2006).

4.2.4.2.5. La Muerte del Cónyuge e Hijos. La viudez suele ser el principal desencadenante del sentimiento de soledad en las edades avanzadas. El adulto mayor se encuentra de pronto sin la compañía y la afectividad que tenía con su pareja, dando pie a problemas personales de adaptación a la viudedad de tipo no únicamente emocional, sino también material y relativos a la gestión del tiempo de las tareas propias del hogar y de la vida doméstica y social (Rodríguez, 2009).

Cuanto más unida haya sido la pareja, mayor será el impacto emocional de la muerte de uno de ellos sin que la presencia de otras personas alivie los sentimientos de soledad y tristeza. El modo como los longevos viven el acompañamiento de la pareja al final de sus días es una variable importante para la elaboración posterior del duelo y de la soledad (Rodríguez, 2009).

4.2.4.2.6. Pérdidas Múltiples. Con la edad, el número de muertes de amigos y miembros de la familia aumenta, este número cada vez mayor de pérdidas en un período breve, puede hacer que la persona se desborde y no elabore los duelos. Además de estas pérdidas, hay otras que puede experimentar la persona de edad, como la pérdida de ocupación, de su ambiente, de las constelaciones familiares, de vigor físico, incluyendo las discapacidades físicas, la disminución de las propias sensaciones y, para algunos, la pérdida del funcionamiento cerebral (Chávez, 2011).

4.2.4.3. Factores Sociales. Las causas que llevan a un sujeto a deprimirse son múltiples, sin existir aún un consenso por parte de los investigadores; dentro de estos

factores se hallan la viudez, relaciones sociales, apoyo familiar y circunstancias demográficas (Hernández, 2007).

En un estudio en personas de la tercera de 60 años, dirigido a determinar la influencia de los factores biosociales en su estado depresivo, con un total de 149 adultos mayores deprimidos, constató que la depresión predominó en longevos de 60 a 69 años, del sexo femenino, viudos, jubilados y con un bajo nivel de escolaridad. El 90,6 % señaló como responsables de su depresión a ciertos acontecimientos vitales; su discreta incorporación a la vida social, así como el insuficiente apoyo socio-familiar contribuyeron notoriamente a su actual depresión (Pérez y Arcia, 2007). La jubilación, la pérdida de estatus económico, la falta de oportunidades para continuar en un ambiente “productivo”, favorecerán en algunos, situaciones generadoras de frustración y síntomas depresivos.

4.2.4.3.1. Falta de Apoyo Social y Familiar. La creación de los Centros geriátricos tiene como misión el entregar a la familia una ayuda integral con aquellos adultos mayores que no pueden recibir los cuidados demandados en sus hogares, debido a la complejidad de sus patologías, así como de la falta de tiempo de los integrantes del grupo familiar, sin embargo, esta “intención” de las residencias es algo del pasado, o que involucra a un número reducido de casos. (Bury, 2011).

El acompañamiento familiar ha sido reconocido como un aspecto de vital importancia para estos pacientes con trastornos depresivos, donde un ambiente familiar positivo, aquel en el cual se evidencia cohesión familiar, armonía, respeto, demostraciones de afecto y una adecuada comunicación acompañada de una genuina expresión de sentimientos entre miembros en cualquier tema relevante, si por el contrario, en casos donde la familia es tipo disfuncional, el adulto mayor suele ser más vulnerable a los síntomas depresivos (Bury, 2011).

4.2.4.3.2. Cambios en el Rol Social del Adulto Mayor. Los cambios bruscos o frecuentes en el modo de vivir, la ruptura de los roles que desempeña los adultos mayores facilitan la instauración de un estado depresivo en esta población. El mayor riesgo se produce cuando el sujeto ha abandonado la antigua situación o rol y todavía no se ha insertado en la nueva ni adquirido nuevos roles (Ayala, 2011).

Al mismo tiempo, la pérdida de roles de los adultos mayores (rol de esposo, abuelo, amigo, rol laboral, etc.), ha implicado la pérdida de espacios de pertenencia y esto ha contribuido a generar algún grado de indefensión de los adultos mayores que se expresa muchas veces en desamparo y abandono, puesto que no se aprecia su “aporte” social y familiar constituyéndose en una carga para la familia y la sociedad (Ayala, 2011).

4.2.4.3.3. Falta de Actividades de Ocio. La realización de actividades lúdicas puede ser la respuesta al vacío que puede dejar el aumento de tiempo libre provocado, por ejemplo, por la jubilación (Cardona, et al., 2010).

El uso de actividades diarias juegan un papel importante en el estado emocional de las personas mayores. Así los adultos mayores institucionalizados pueden una mejor salud mental cada vez que realizan distintas actividades, por ejemplo juegos, paseos, actividades deportivas, lo cual es parte de un repertorio de conductas saludables de esta población. Así la realización de las actividades lúdicas dentro de las instituciones geriátricas, socializan y dignifican en las personas mayores su condición de adulto mayor institucionalizado (Cardona, et al., 2010)

4.2.5. Factores Institucionales y Trato del Personal de Cuidado Diario. Dentro de los factores institucionales se abordará, tanto las características de las residencias geriátricas como el trato del personal de cuidado diario asociados a la depresión en el adulto mayor (Cardona, et al., 2010)

Como se ha dicho, la depresión se encuentra relacionada con factores institucionales y con el trato del personal sanitario teniendo en cuenta que en algunos Centros geriátricos se presentan situaciones de maltrato tanto físico como psicológico que favorecen la aparición de síntomas depresivos, aislamiento, sentimientos de impotencia, baja autoestima, culpa, vergüenza, temor, ansiedad, negación, mayor pérdida de autonomía y estrés lo cual puede aumentar el riesgo de muerte (Rubio, 2007).

4.2.6. Factores de Protección. Muchas personas de la tercera edad que han sufrido pérdidas importantes se deprimen, pero muchos más, en circunstancias similares, no lo hacen, se podría decir que, la personalidad de los adultos mayores y ciertos recursos, como la resiliencia, otorga al adulto la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y salir fortalecido o transformado por situaciones de adversidad (Chavez, 2011).

Creemos que es importante profundizar el tema de la personalidad en la vejez y su influencia en el estado de ánimo depresivo, por tal motivo, se realizará un acercamiento conceptual a los términos resiliencia, concepto que contribuyen significativamente a conocer la realidad de personas adultas mayores.

4.2.6.1. Resiliencia. En la vejez, el concepto de resiliencia cobra relevancia, debido a que en esta etapa se presentan diversos eventos críticos y altamente estresantes y, cabe notar que, a pesar de ello, muchas personas mayores se adaptan a tales condiciones sin mostrar un decremento en el bienestar o en la satisfacción con la vida (Jiménez, 2011).

Resiliencia es la capacidad que tiene una persona para poder desarrollarse y vivir positivamente en la sociedad aun habiendo experimentado situaciones adversas con riesgo de desenlace negativo (Rodríguez, 2009).

4.2.7. Diagnóstico. En esta población etaria la depresión es confundida a menudo como una reacción a la adversidad, sin embargo, la adversidad no es necesaria ni suficiente para inducir depresión y mucho menos, predice la respuesta al tratamiento. Hay que tomar en cuenta que, en el adulto mayor existen diferencias en la presentación clínica diferentes de los adultos jóvenes, en los primeros es más frecuente encontrar (Rubio, 2007)

- Irritabilidad o enojo
- Agitación, ansiedad, preocupación
- Pérdida del apetito con pérdida de peso
- Somatización
- Deterioro cognitivo o alteraciones de la memoria
- Actitudes obsesivas o compulsivas
- Aislamiento social
- Problemas maritales

El sistema internacional de diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM V), ha reducido la visión del amplio rango de presentaciones clínicas que ofrecen los pacientes de la tercera edad, quienes manifiestan síndromes atípicos, dificultando su diagnóstico y tratamiento.

4.2.7.1. Criterios para el episodio depresivo mayor. A Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas 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 el placer.

Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

Fatiga o pérdida de energía casi cada día

Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

Además de tomar en consideración los criterios diagnósticos para detectar la depresión la sintomatología depresiva debe ser considerado con mucha prudencia antes de realizar un diagnóstico y aconsejar una intervención psicológica o psiquiátrica ya que no hay que perder de vista el estilo cognitivo del sujeto, es decir la forma de pensar que ha ido desarrollando a lo largo de su vida. Las personas con una baja autoestima, con deficiencias en su área relacional, cierta incapacidad para resolver problemas y déficit en sus habilidades sociales suelen ser personas vulnerables ante la depresión Touriño, 2008 (citado en Cortés, 2011).

4.2.7.2. Instrumentos de Evaluación. Las escalas o instrumentos de medición deben poseer como características esenciales: validez y confiabilidad. Cuando va a seleccionarse algún instrumento debe considerarse, además del objetivo propuesto, su validez, especificidad, sensibilidad y confiabilidad. Se refiere a la capacidad del instrumento para diferenciar los casos (de depresión), de los que no lo son. La especificidad se refiere a la capacidad que tiene el instrumento para diferenciar los "no casos" (de depresión) de los que sí lo son, dicho en otras palabras en el porcentaje de pacientes con depresión (o con la enfermedad) quienes tuvieron una calificación positiva para el instrumento de detección. Es importante que el instrumento escogido haya sido validado en diferentes poblaciones para poder contar con la característica de universalidad (Chavez, 2011)

De acuerdo a los objetivos del clínico, existen instrumentos que son útiles como ayuda para el diagnóstico de depresión, otros serán útiles para determinar la severidad de la depresión o bien para evaluar la respuesta al tratamiento que, se haya implementado (Ortiz y Alvarado, 2007). Entre los instrumentos más utilizados para evaluar la depresión en personas mayores podemos citar los siguientes: el Inventario de Beck, la Escala de depresión geriátrica de Yesavage, la Escala de autoevaluación de la depresión de Zung, 1965); la Escala de depresión del centro de Estudios Epidemiológicos de Radloff, 1977 (Cortés, 2011)

4.2.8. Tratamiento. La depresión es el trastorno mental geriátrico que supone un mayor reto en cuanto a su tratamiento.

4.2.8.1. Tratamiento farmacológico. Los pacientes ancianos se benefician del tratamiento farmacológico al igual que los adultos de mediana edad. En los pacientes geriátricos hay que tener en cuenta los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos característicos del envejecimiento que modificarán la respuesta a los fármacos, entre ellos los antidepresivos, de forma que se requieren dosis menores de los mismos para conseguir efectos clínicos equivalentes.

4.2.8.1.1 Recomendaciones generales.

- Tratar siempre con un antidepresivo los síndromes depresivos, sean del tipo que sean.

- Utilizar antidepresivos sin efectos anticolinérgicos ni sedantes para no agravar síntomas cognitivos.
- Limitar al máximo el uso simultáneo de benzodiazepinas, porque agravan los síntomas cognitivos, sedan y pueden inducir cuadros confusionales en los muy ancianos.
- Ajustar dosis con prudencia: iniciar con mitad de dosis del adulto.
- Tener en cuenta los efectos secundarios, sobre todo el cardiotoxico de algunos antidepresivos, especialmente los heterocíclicos.
- Valorar la respuesta a un tratamiento antidepresivo anterior
- Valorar la respuesta al tratamiento antidepresivo en familiares biológicos
- Valoración de patología orgánica
- Responsabilizar a un familiar o cuidador
- Confeccionar el horario de prescripción

En los ancianos la respuesta terapéutica tarda en aparecer más de las tres semanas habituales de latencia, por lo que conviene esperar hasta seis semanas antes de subir la dosis. La duración del tratamiento se estima en seis meses tras la remisión de un primer episodio depresivo. Muchos psiquiatras geriátricos prefieren iniciar el tratamiento en el anciano con una amina secundaria, como nortriptilina o desipramina. Ambas muestran escasos efectos anticolinérgicos y su eficacia antidepresiva está comprobada. Los fármacos más utilizados actualmente son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), ya que tienen una buena eficacia y provocan pocos efectos secundarios, de ellos la agitación y la pérdida de peso persistente son los que más habitualmente limitan su uso.

4.2.8.2. Psicoterapia. Varios estudios han demostrado la eficacia de las terapias cognitivas y conductuales en el tratamiento ambulatorio del anciano con depresión mayor sin melancolía. La terapia cognitiva puede ser coadyuvante de la medicación en el tratamiento de las depresiones melancólicas graves. La terapia cognitivo-conductual es bien tolerada por el anciano por su duración limitada y su orientación educativa, así como por el intercambio activo entre el terapeuta y el paciente. Las terapias eficaces para la depresión del anciano incluyen el trabajo con la familia. A menudo los familiares son los mejores aliados del terapeuta que trata al anciano deprimido. Es necesario informar a las familias sobre los signos de peligro, como el riesgo de suicidio

en el anciano gravemente deprimido. Además, la familia puede proporcionar la estructura para que el anciano deprimido y aislado vuelva a participar en actividades sociales.

4.2.10. Consecuencias de la Depresión en el Adulto Mayor. Según, la American Psychological Association, la depresión tiene consecuencias físicas y mentales que pueden complicar un problema de salud existente de una persona de edad avanzada y desencadenar nuevas preocupaciones. Independientemente de la causa, la depresión puede tener efectos físicos alarmantes en las personas mayores. El índice de mortalidad de los hombres y mujeres de la tercera edad que tienen depresión y sentimientos de soledad es mayor que el de aquellos que están satisfechos con sus vidas (Aguilar y Ávila, 2006).

Los programas de tratamiento para los pacientes de la tercera edad deprimidos que tienen una enfermedad cardiovascular y otras enfermedades importantes, suelen tomar más tiempo de lo normal y su resultado es menos satisfactorio. Además, los sentimientos de desesperanza y aislamiento, que suelen alentar ideas suicidas, son más frecuentes entre las personas mayores, en especial aquellas con discapacidades o que están confinadas a residencias geriátricas (Aguilar, et al, 2006).

De acuerdo con la American Psychological Association, la depresión también puede tener otras formas de efectos potencialmente nocivos para la salud de una persona mayor. La depresión puede llevar a hábitos alimenticios que acaben resultando en obesidad, provocando también pérdida considerable del apetito y la reducción de niveles de energía, ocasionado a veces un trastorno conocido como anorexia geriátrica. Las personas deprimidas de la tercera edad también experimentan índices más altos de insomnio y pérdida de memoria (Aguilar y Ávila, 2006).

Por otra parte, Aguilar sostiene que el deterioro de la función cognoscitiva, aunque ahora se considera la depresión como un estado que puede preceder la demencia, la combinación de la depresión mayor y del deterioro cognoscitivo ya había sido vista, hace años, como un factor de riesgo para la enfermedad de Alzheimer, de igual forma, los adultos mayores deprimidos tienen tiempos de reacción más prolongados que lo normal, lo que aumenta los riesgos asociados con cocinar, auto-medicarse y otras tareas que requieren una atención completa (Aguilar, et al, 2006).

5. Materiales y metodos

Tipo de estudio. Esta investigación es cuantitativa, descriptiva y transversal.

Área de estudio. El área de estudio de investigación es el cantón Loja, que cuenta con centros gerontológicos en las parroquias de Vilcabamba y Malacatos los mismos que se describen a continuación:

1. En la parroquia Malacatos perteneciente al cantón Loja en el sector Ceibopamba se encuentra funcionando el Centro gerontológico dirigido por el Centro de Acción Social Matilde Hidalgo de la Prefectura de Loja en la cual se acoge aproximadamente 50 adultos mayores.

2. En la parroquia de Vilcabamba perteneciente al cantón Loja en la Avenida Eterna Juventud a pocos metros de la entrada a dicha parroquia se encuentra funcionando el centro gerontológico CAMVIL el cual acoge a un promedio de 70 adultos mayores.

Universo. Estuvo conformado por los 130 adultos mayores asilados en los dos Centros gerontológicos del Cantón Loja

Muestra. La constituyeron los 47 adultos mayores que presentan trastornos de depresión.

Criterios de inclusión. Se incluyen adultos mayores de sexo masculino y femenino que asistan a los centros gerontológicos antes citados, previo consentimiento informado para participar en este estudio.

Criterios de exclusión. No participaran en este estudio adultos mayores en los que no es factible la aplicación del test, como hipoacusia severa, demencia senil o cualquier otro trastorno que impida su realización.

Técnicas e instrumentos de recolección. Para desarrollar la investigación y cumplir los objetivos planteados se utilizó los siguientes instrumentos:

Anexo 1. Se muestra la Autorización a los respectivos encargados de los centros gerontológicos de Malacatos y Vilcabamba, para la aplicación de Encuesta, con ello la recolección de datos, información necesaria para el desarrollo de trabajo de investigación.

Anexo 2. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS). Si bien existen muchos instrumentos para medir la depresión, la Escala de Depresión Geriátrica, creada por Yesavage, ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores. El cuestionario largo GDS es una herramienta breve de 30 puntos en el que los participantes deben responder por sí o por no con respecto a cómo se sintieron en la última semana. En 1986, se creó un cuestionario corto GDS, que consiste de 15 preguntas. Para la versión corta, se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación. De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente. El puntaje de 0-5 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 6-9 indica depresión leve; 10-15 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa. El cuestionario corto resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a moderada que pueden concentrarse por lapsos breves o se fatigan con facilidad. Se puede completar en 5 a 7 minutos.

Población de destino. El test de Yesavage puede usarse con adultos mayores con buena salud, con enfermedad médica, y aquellos con deterioro cognitivo de leve a moderado. Se ha usado extensamente en entornos comunitarios, de atención de agudos y de cuidados de largo plazo.

Validez y confiabilidad. La sensibilidad del test de Yesavage fue del 92% y la especificidad fue del 89% cuando la evaluación se realizó con criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como la investigación clínica. En un estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo del test de Yesavage para la autocalificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ($r = 0.84$, $p < 0.001$) (Sheikh & Yesavage, 1986).

Fortalezas y limitaciones. El test de Yesavage no reemplaza la entrevista de diagnóstico realizada por profesionales de salud mental. Es una herramienta de detección útil en el entorno clínico que facilita la evaluación de la depresión en los adultos mayores, especialmente cuando las mediciones de base se comparan con puntajes posteriores. No sirve para evaluar los intentos de suicidio.

Seguimiento. La presencia de depresión garantiza intervención y tratamiento inmediatos. El test de Yesavage puede usarse para controlar la depresión a lo largo del tiempo en entornos clínicos. Un puntaje positivo por encima de 5 en el cuestionario corto GDS debería dar lugar a una evaluación psicológica minuciosa y una evaluación del intento de suicidio.

Anexo 3. Propuesta de prevención para la depresión en personas de la tercera edad: dirigida a las personas de tercera edad que padezcan problemas depresivos, mediante charlas, señalando estrategias y técnicas para que sean aplicados.

Anexo 4. Fotografías: en las cuales muestra la recolección de datos de los adultos mayores en los centros gerontológicos.

Procedimiento. Primero se realiza todos los trámites correspondientes para la respectiva aprobación de tema y pertinencia del trabajo investigativo.

Una vez revisado y corregido el proyecto el de tesis procedemos a solicitar la respectiva autorización para realizar nuestro estudio de campo.

Se solicita los respectivos permisos al abogado Diego Vicente Berneo presidente del GAD Vilcabamba y a la abogada Mayda Carrion directora general CAMSH para hacer nuestro estudio de campo en los centros gerontológicos de Malacatos y Vilcabamba.

Una vez estando en los centros gerontológicos, procedemos a realizar el test de depresión de Yesavage a los adultos mayores cumplan los criterios de inclusión.

Obtenidos los resultados deseados procedemos a la tabulación y análisis de los resultados par luego hacer la respectiva discusión y defensa.

Equipo y Materiales. Test de Yesavage, Boligrafo, lapis, borrados, hojas, Programas de office: Word, Excel PowerPoint, Internet.

6. Resultados

Resultados para primer objetivo

Tabla N° 1

Principales factores biológicos que influyen en la depresión en los adultos mayores

Factores Biológicos	F	%
Enfermedades degenerativas	10	53
Enfermedades incapacitantes	1	5
Dolor crónico	7	37
Trastornos del sueño y memoria	1	5
Total	19	100

Fuente: Instrumentos: Test de depresión de Yesavage

Elaborado por: Marco Vinicio Sinchire Gomez.

En el presente análisis nos detalla que entre los factores biológicos más relevantes tenemos a las enfermedades degenerativas como primera causa de depresión ocupando un 53%, seguido del dolor crónico ocupando un 37%

Tabla N° 2

Principales factores psicológicos que influyen en la depresión en los adultos mayores

Factores Psicológicos	F	%
Viudez	1	9
Abandono	8	73
Insatisfacción personal	2	18
Total	11	100

Fuente: Instrumentos: Test de depresión de Yesavage

Elaborado por: Marco Vinicio Sinchire Gomez.

En el presente estudio observamos que entre los factores psicológicos mas destacados tenemos al abandono como primera causa de depresión ocupando un 73%, seguido de la insatisfacción personal ocupando un 18%.

Tabla N° 3

Principales factores sociales que influyen en la depresión en los adultos mayores

Factores Sociales	F	%
Nivel socioeconómico bajo	9	53
Falta de apoyo familiar y social	5	29
Sexo femenino	2	12
Mayor edad	1	6
Total	17	100

Fuente: Instrumentos: Test de depresión de Yesavage

Elaborado por: Marco Vinicio Sinchire Gomez.

En la presente investigación observamos que entre los factores sociales mas notables tenemos al nivel socioeconómico bajo ocupando un 53%, seguido de la falta de apoyo familiar con un 29%.

Resultado para segundo objetivo

Tabla N° 4

Grados de depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos.

Grados de depresión	F	%
0-5 Normal	83	64
6-9 Moderado	39	30
10-15 Severa	8	6
Total	130	100

Fuente: Instrumentos: Test de depresión de Yesavage

Elaborado por: Marco Vinicio Sinchire Gomez.

En la presente investigación observamos que el 64% de entrevistados no padece depresión mientras que el 36% padece problemas depresivos moderados y severos.

7. Discusión

La depresión en adultos de la tercera edad representa uno de los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia, y es un grupo etario con bastante riesgo a padecerla, ya que sus causas son extensas y se las podría representar en un ámbito biológico, psicológico y social. A partir de estas causas esta puede ir evolucionando de una estadio leve hasta en los peores de los casos llegar a una depresión severa, ocasionando un estilo de vida preocupante para este grupo vulnerable.

A partir de los hallazgos encontrados que, de los a 130 adultos que acuden a los centros geriátricos de Malacatos y Vilcabamba un 36% de adultos mayores posee un grado de depresión, en lo que se relaciona como causas desencadenantes los factores biológicos en primera instancia siendo las enfermedades degenerativas con un 21% y dolor crónico con 15%, seguido de los factores sociales como nivel socioeconómico bajo 19% y falta de apoyo familiar y social 11%, y en tercera instancia tenemos los factores psicológicos ocupando abandono 17%, referente a los grados de depresión obtuvimos que el 64% no padecen ningún trastorno depresivo, el 30% padece depresión moderada y en última instancia el 8% padece un problema depresivo severo.

De acuerdo al estudio realizado por Rodríguez en el año 2011, en Latinoamérica la prevalencia de depresión en personas de tercera edad en centros geriátricos en Ecuador fue alta de 41% en Chile de 39.9%, en Colombia de 40.2% y y en Perú de 50% “(Rodríguez, K. 2011:15).

Se puede contrastar según los estudios realizados en Latinoamérica, que los porcentajes de depresión en centros geriátricos es alta llegando en muchos de los casos a abarcar un 40% este porcentaje es ligeramente elevado en relación con nuestro estudio donde la depresión abarca un 36%.

Según un estudio realizado por Cuadros en el año 2014 en la Ciudad de Quito en la “Fundación San José” se estimo que un porcentaje de 40% de adultos mayores alojados en dicho centro padece problemas depresivos. (Cuadros, A.2014)

Estas cifras guarda una ligera relación ya que el margen de diferencia seria tan solo de un 4% mas elevado que en nuestro investigación.

En una investigación realizada en Colombia por Bacca en el año 2013 en el “Centro de Bienestar del anciano Hogar de Nazareth”, se investigó factores que causan depresión en adultos mayores en la que participaron 250 personas de la tercera edad obtenido que los principales factores que causan depresión son 60% enfermedades crónicas, 15% falta de apoyo familiar y social, 18% edad avanzada y 7% sexo femenino (Bacca, A. 2013)

En un estudio realizado en Quito por Puyol en el año 2013, en el Valle de los Chillos, se investigó factores que causan depresión en adultos mayores y su asociación a la calidad de vida, en los principales factores destacan género femenino 20% discapacidad con un 15%, episodio depresivo previo 12%, trastorno del sueño con un 16% y duelo 5%. (Puyol, L.2013)

Estos resultados difieren con nuestro estudio donde, entre los principales factores de riesgo tenemos enfermedades degenerativas 21%, dolor crónico 15%, abandono 17% , falta de apoyo familiar y social 11% y nivel socioeconómico bajo 19%

Según una investigación realizada por Alves en Argentina en el año 2015 en el “Instituto Geriátrico San Juan” sobre causas de depresión en personas de edad avanzada en la cual participaron 185 individuos se obtuvo que el 75% no posee problemas depresivos, mientras que el 25% padece dicho problema, de los cuales el 23% padece problemas depresivos leves, y el 2% problemas depresivos severos.(Alves, R. 2015)

Estos resultados no guardan ninguna relación con nuestro estudio ya que las personas que no padecen problemas depresivos ocupan un 64% y los que tiene dicho padecimiento ocupan el 36% de los cuales un 30% padecen depresión en algún grado y un 6% depresión severa

Según el estudio realizado por Benítez V, en el año 2014, en el “Centro Geriátrico los Jardines” en Cuenca se investigó a 200 personas de la tercera edad, donde se encontró el 69% no tienen problemas depresivos mientras que el 31% padece depresión de los cuales el 25% se clasifica como depresión leve a moderada, mientras que el 6% padece depresión severa. (Benítez V, 2014:7)

Estos resultados se relacionan con la presente investigación ya que en nuestro estudio de 130 personas obtuvimos que un 64% no presentan ningún trastorno depresivo,

mientras que el 36% presenta algún grado de depresión que se clasifica 30% depresión moderada y un 6% depresión severa.

8. Conclusiones

- Una vez obtenido los resultados, podemos señalar, que en los adultos mayores que acuden a los centros geriátricos existe problemas depresivos cuyos principales factores de riesgo son, las enfermedades degenerativas y dolor crónico como primeros factores seguidos de, abandono, nivel socioeconómico bajo, y falta de apoyo familiar y social.
- En lo que refiere al grado de depresión pudimos constatar que los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos en su gran mayoría no padecen problemas depresivos ya que han creado factores de resiliencia para combatir dicho problema, en cambio un grupo considerable padece problemas depresivos leves que de cierta manera afectan negativamente su vida diaria, y un pequeño grupo se constato que padecen problemas depresivos graves, problema que cabe destacar necesita intervención urgente.

De los resultados obtenidos de la investigación se concluyó que es necesario aplicar un plan educativo con capacitaciones, talleres, terapias ocupacionales y recreativas, con la finalidad de disminuir la depresión y mejorar la calidad de vida del adulto mayor y sus familiares.

9. Recomendaciones

- Recomendar al personal encargado de los centro geriátricos de Vilcabamba y Malacatos que realice mas frecuentemente talleres, actividades, terapias y charlas con el fin de evitar que los usuarios de dicho centro adquieran problemas depresivos y así mejorar su calidad de vida.
- Se recomienda proveer apoyo medico y psicológico a los adultos mayores, en los que se haya notado algún cambio negativo en las ultimas semanas tales como peso bajo, irritabilidad, cambios de humor, inapetencia o cualquier otra característica relacionada con la depresión.
- Se sugiere seguir realizando controles o estudios en los diferentes centros geriaticos que permitan conocer más de cerca los problemas físicos y emocionales que presentan en un futuro.

Referencias Bibliográficas

- Aguilar, S. y Ávila, J. (2010). . Depresión en ancianos alojados en centro gerontologicos. Elseiver General 41
- Alves, R., (2013). *Causas de depresión en personas de edad avanzada* “Instituto Geriatrico San Juan”. *Revista Médica de Argentina*. 89-102. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-8922013000100013&lng=es
- Asociación Americana de Psiquiatría. APA. (2013), Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Recuperado de: <http://www.integratek.es/wp-content/uploads/2014/05/DSM5ESP.pdf>
- Ayala, C. (2011). Prevalencia de trastornos afectivos y factores asociados en adultos mayores de Cuenca 2011. (Título de Especialidad Gerontología). Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias.
- Bacca, A., González, A., y Uribe, A. (2013). Validación de la escala de depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos.
- Benitez , V. (2014). *Psicología de la vejez*. Ecuador: Editorial Paidós.
- Beyer, J. (2007). Implementación De La Atención Psicológica En La Unidad De Salud Mental en loss centros gerontológicos De La Ciudad De Loja Marzo-Septiembre 2013. (Título de Psicólogo Clínico). Universidad Nacional de Loja. Psicología Clínica.
- Borda, M., Anaya, M., Pertúz, M., Romero, L., Suárez, A. (2013). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Revista Salud Uninorte*, 29, 64-73. Retrieved February 02, 2015. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0120-555220130001100008&lng=en&tlng=es>.
- Bury, A. (2011). Factores culturales asociados a las características diferenciales de la depresión a través del envejecimiento *Pensamiento Psicológico*, 63-71.
- Cardona, D., Estrada , A., Segura, A., Chavarriaga, L., Ordóñez, J., y Osorio, J. (2008). Evaluación de la sintomatología depresiva en el adulto mayor y variables asociadas. *Anales de Gerontología*.

- Castro, M., Brizuela, S., Gómez, M., y Cabrera, J. (2011). *Adultos Mayores en el Hogar de ancianos Nuestra señora de la Piedad*. Universidad San Francisco de Quito, Facultad de Medicina, Ecuador.
- Chávez, A. (2011). Duelo y Depresión en el Adulto Mayor. *Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia*.
- Cortés, A. R., Villarreal, E., Galicia, L., Martínez, L., y Vargas, E. R. (2011). Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. *Revista médica de Chile*, 139(6), 725-731.
- Cuadros, B. (2014). Depresión y bienestar subjetivo en mayores institucionalizados. "Fundación San José" *Documentos de Trabajo Social*, 51. Disponible en: http://www.trabajo-socialmalaga.org/archivos/revista_dts/52_5.pdf
- Ferreira, F. (2000). Depresión en gerontes institucionalizados. Municipio Isla de la Juventud *Revista de Medicina*, 13(2).
- García, M. y Falcon, R. (2007). Bienestar Psicológico y Resiliencia en Adultos Mayores Institucionalizados y no Institucionalizados. *Universidad Abierta Interamericana*.
- Gonzalez, S. (2003). La formulación clínica conductual de caso: pasos para la elaboración del análisis funcional. En: Caballo V, director. *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid. Editorial Pirámide.
- Gum, S. (2008). Instrumento de valoración gerontológica para el proceso de institucionalización en el hogar Carlos María Ulloa: país: Costa Rica. *Revista Humanitas*, 11 (11), 1659-1852.
- Hernández, Z. (2007). El trabajo psicoterapéutico con un grupo de residentes geriátricos. *El Ágora*.
- Jiménez, M. (2011). La resiliencia, el tesoro de las personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 1(2).
- Krumholz, S. (2008). Discriminación y grupos vulnerables en México. El caso de los adultos mayores, *Documentos de Trabajo*, (252).
- Lemos, M. y Londoño, N. (2007). Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional. *Universidad CES: Informes Psicológicos*, (9), 55-69.
- Minsal, F., y Ibañez, L. (2008). Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 49(4), 331- 337.

- Montalvo, E ., y Ruales, G. (2011). Depresión en el adulto mayor: Recuencia y factores de riesgo asociados. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 36(6), 345-6.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, *OPA*, 8 (1).
- Puyol, P. (2013). *Autopercepción y depresión en Adultos Mayores Institucionalizados en el Valle de los Chillos*. Tesis para optar al grado de Licenciado en Trabajo Social. Universidad academia de humanismo cristiano. Disponible en: <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/123456789/177/1/ttraso140.pdf>
- Rodríguez, K. (2011). *Vejez y envejecimiento*. Universidad del Rosario, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulocodigo=2555848>
- Rubio, R. (2007). Avances sobre la situación de Violencia, maltrato y abandono de los mayores en la actualidad. *VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores, (CEOMA)*. Madrid
- Saldaña, H y Molina, E. (2009). Depressive symptoms and cognitive performance of the elderly: relationship between institutionalization and activity programs. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(2), 89-100.
- Tabueña, A. (2006). Desarrollo de la Edad Adulta. Teorías y Contextos. *Revista Complutense de Educación*, 16 (2).
- Urrutia T. y Villarraga, M. (2010). Resiliencia y vejez. *Portal Mayores*, 80, 1-17.
- Villacis, T. (2011). *El proceso de envejecimiento*. Editorial Morata. Tercera edición. Madrid, España.

10. Anexos

Anexo N° 1

TEST DE YESAVAGE

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

N° Historia

7.2 ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA –TEST DE YESAVAGE-

Población diana: Población general mayor de 65 años. Se trata de un cuestionario heteroadministrado utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.

Existen dos versiones:

- **Versión de 15:** Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Los puntos de corte son:
 - 0 - 4 : Normal
 - 5 ó +: Depresión
- **Versión de 5 ítems:** Los ítems incluidos en esta versión son el 3, 4, 5, 8 y 13. Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 3, 4 y 8, y la negativa en el ítem 5 y 13. Cada respuesta errónea puntúa 1. Un número de respuestas erróneas superior o igual a 2 se considera depresión.

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SÍ	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SÍ	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SÍ	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SÍ	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SÍ	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SÍ	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SÍ	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SÍ	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SÍ	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SÍ	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SÍ	NO
PUNTUACIÓN TOTAL – V5		
PUNTUACIÓN TOTAL – V15		

Anexo N° 2

Tablas

Tabla N° 5

Población que acude a los centros gerontológicos de los Cantones Vilcabamba y Malacatos

POBLACION	F	%
MUJERES	84	65
HOMBRES	46	35
TOTAL	130	100

fuerite: instrumentos: test de depresi3n de yesavage

elaborado por: marco inicio sinchire gomez.

En la presente investigaci3n se puede observar que existe una poblaci3n femenina de 65% y una poblaci3n masculina de 35%..

Tabla N° 6

Poblaci3n del Centro gerontol3gico que padecen problemas depresivos.

POBLACION	F	%
NORMAL	83	64
DEPRESION	47	36
TOTAL	130	100

Fuente: Instrumentos: Test de depresi3n de Yesavage

Elaborado por: Marco Vinicio Sinchire Gomez.

En la presente investigaci3n se puede observar que existe una poblaci3n femenina que ocupa el 64% con trastornos depresivos y una poblaci3n masculina que ocupa el 36% que padece dicho trastorno.

Tabla N° 7

Población que es afectada por la depresión según género.

GENERO	F	%
MASCULINO	17	36
FEMENINO	30	64
TOTAL	47	100

Fuente: Instrumentos: Test de depresión de Yesavage

Elaborado por: Marco Vinicio Sinchire Gomez.

En el presente estudio se puede observar que existe una población de 64 % que no padece depresión y una población que ocupa el 36% que padece trastornos depresivos.

Anexo N° 3
Aprobación de tema



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM NRO. 02255CM-ASH-UNL

PARA: Sr. Marco Vinicio Sinchire Gómez
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz, Mg.Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 25 de octubre de 2016

ASUNTO: APROBACIÓN DEL TEMA DE TESIS

En atención a su comunicación presentada en esta Coordinación, me permito comunicarle que luego del análisis respectivo se aprueba su tema: **"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES ALOJADOS EN EL HOGAR DE ANCIANOS DANIEL ALVAREZ DE LA CIUDAD DE LOJA"**, por consiguiente deberá continuar con el desarrollo del mismo.

Con aprecio y consideración.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz, Mg.Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL

C.c.- Archivo
Sip.

Anexo N° 4
Oficio Pertinencia

DOCENTE DE LA ASH

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

Loja 05 de diciembre del 2016

Dr. Patricio Aguirre

CORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA DEL AREA DE LA SALUD HUMANA- UNL
Ciudad.-

De mis consideraciones:

En consideración a la designación de que fuera objeto por parte de su autoridad para que informe sobre la estructura y coherencia del proyecto de investigación titulado: **"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESION EN LOS ADULTOS MAYORES ALOJADOS EN EL HOGAR DE ANCIANOS DANIEL ALVAREZ DE LA CIUDAD DE LOJA"**, de autoría del Sr. Marco Sinchire, estudiante de la carrera de Medicina Humana, luego de la revisión minuciosa del trabajo investigativo debo manifestar que se debe tomar en cuenta que, luego de dialogar con el interesado se modifica el tema a: **"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESION EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LOS CENTROS GERONTOLOGICOS DE LAS PARROQUIA DE VILCABAMBA Y MALACATOS EN EL AÑO 2016"**.

Luego de la revisión minuciosa del trabajo investigativo y habiendo realizado las observaciones y sugerencias pertinentes se llega a la siguiente conclusión:

Reúne las condiciones académicas exigidas en el Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, por lo que pongo en su consideración, autorizar el trámite correspondiente para que se realice el proyecto de investigación con miras a la elaboración del borrador de tesis, para su posterior defensa pública y graduación.

Con los sentimientos de la consideración y estima más distinguidos.

Atentamente



Dr. Ángel Ordoñez Castillo
DOCENTE DE LA ASH

Anexo N° 5

Designación de director de tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.02409 CCM-ASH-UNL

PARA: Dr. Ángel Ordoñez Castillo
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA
DE: Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA
FECHA: 08 de diciembre de 2016
ASUNTO: Designar Director de Tesis

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que se designado a usted como director de tesis del tema, "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DE LAS PARROQUIAS DE VILCABAMBA Y MALACATOS EN EL AÑO 2016", autoría de la Sr. Marco Vinicio Sinchire Gómez.

Por la atención que se digna dar al presente, le expreso mi agradecimiento.

Atentamente,



Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL
C.c.- Archivo

NOT.

Anexo N° 6

Oficio para realización de trabajo de campo



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
 ÁREA DE LA SALUD HUMANA
 COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.02413 CCM-ASH-UNL

PARA: Director Del Centro Gerontológico De La Parroquia De Vilcabamba
 DE: Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre
 COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA
 FECHA: 07 de diciembre de 2016
 ASUNTO: Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que la Sr. Marco Vinicio Sinchire Gómez, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda realizar encuestas a los Adultos Mayores; información que le servirá para la realización de la tesis: titulada "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LOS CENTROS GERONTOLÓGICOS DE LAS PARROQUIAS DE VILCABAMBA Y MALACATOS EN EL AÑO 2016", trabajo que lo realizará bajo la supervisión de la Dr. Ángel Ordoñez Castillo, Catedrático de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,



Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre
 COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA
 DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL
 C.c. - Archivo

Anexo N° 7

Oficio dirigido al presidente del GAD de Vilcabamba



Valle de la longevidad.

Vilcabamba, 16 de Enero del 2017

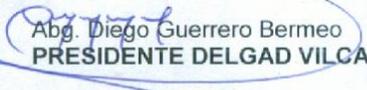
Abogado.
Diego Guerrero Bermeo.
PRESIDENTE DEL GAD VILCABAMBA
A petición de parte interesada.-

CERTIFICA:

Que el Sr. Marco Vinicio Sinchire Gómez con CI. **1105041550**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, la cual he mantenido una entrevista donde me manifiesta que han tomado la decisión de hacer su Tema de Tesis Titulado "**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESION EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN EN LOS CENTROS GERONTOLÓGICO DE LAS PARROQUIA VILCABAMBA Y MALACATOS EN EL AÑO 2016**", por tal motivo pongo a disposición para que pueda llevar adelante su trabajo de tesis.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad facultando al portador, hacer uso del presente en lo que crea conveniente.

Atentamente,


Abg. Diego Guerrero Bermeo
PRESIDENTE DEL GAD VILCABAMBA.



**GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO
DE LA PARROQUIA VILCABAMBA.**

Teléfono: 07 2640 076
Celular: 099 709 9811
Web: www.vilcabamba.gob.ec
Email: gobiernoparroquiavilcabamba@hotmail.es

Anexo N° 8

Oficio dirigido a la directora del CASMH

Loja, 16 de enero de 2017

Abg. Mayda Carrión
Directora general CASMH

86165

De mis consideraciones:

Por medio del presente me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que el **Sr. Marco Vinicio Sinchire Gómez**, estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda realizar encuestas a los adultos mayores alojados en el CASMH información que les servirá para la realización de la tesis titulada **"FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESION EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LOS CENTROS GERONTOLOGICOS DE LAS PARROQUIAS DE VILCABAMBA Y MALACATOS EN EL AÑO 2016"**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión del **Dr. Ángel Ordoñez** Catedrático de la UNL.

Por la atención que se digne dar al presente le expreso mis agradecimientos personales.

Atentamente,



Marco Vinicio Sinchire Gómez

**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA
HUMANA DEL AREA DE SALUD HUMANA**

AutORIZADO
Ldo. Zorlo Ordoñez
Coordinador

Recibido
Zorlo - DOAGP
Por favor
Ordenar de los Esquejes

16-01-17

CENTRO DE ACCIÓN SOCIAL HATILDE HIBALCO
COORDINACIÓN GENERAL
RECIBIDO: Amuelo
FECHA: 16-01-2017
HORA: 09:52

Anexo N° 9

Programa de prevención de depresión en adultos mayores

Fundamentación. La depresión cuyo significado viene del latín depressio que significa hundimiento es un problema de salud mental una enfermedad que no discrimina edad, sexo raza, cultura ni condición socio-económica. Ocupa el 4° lugar dentro de las causas de incapacidad en el mundo La proyección en el 2020 por la OMS (Organización Mundial de la Salud) será la segunda causa de discapacidad del mundo luego de las causas cardiovasculares además en el Ecuador 15 de cada 100 personas sufre de depresión es decir, que casi un 60% de esas personas no obtiene la ayuda que necesita y 30% de las que las padecen atentan contra su vida. Respecto a ello el 15% de suicidios se da en niños y menores de 18 años. Y el 50% se da en jóvenes cuya edad promedio es entre 18 y 35 años y el 15% de suicidios lo constituyen los adultos mayores.

El 25% de las personas mayores de 65 años padece algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión el mas frecuente, con consecuencias negativas en la calidad de vida, hiper utilización de servicios de salud y elevados costos socioeconómicos, familiares y comunitarios, lo que hace esencial generar estrategias para su abordaje integral.

El presente programa tiene como finalidad la depresión primaria de la depresión en los adultos mayores, entendiendo por prevención primaria, el logro que la población llegue a tener un conocimiento respecto a las causas, incidencias, características y consecuencias de la depresión , por medio de la sensibilización, información, difusión, empoderamiento y fortalecimiento adecuado para una prevención de salud mental, por tal motivo el presente programa a tomado como enfoque transversal el eje de equidad y derechos de salud, entendiéndose salud como un equilibrio biosicosocial. A su vez el programa se basa en el eje temático de Promoción de la salud buen trato y cultura de paz.

II. marco legal. LEY N° 28803: Ley de personas adultas mayores

Art1º.- Objeto de Ley. Dar un marco normativo que garantice los mecanismos legales para el ejercicio pleno de los derechos reconocidos en la constitución política y los tratados internacionales vigentes de las personas adultas mayores para mejorar su calidad de vida y que se integren plenamente al desarrollo social económico, político, cultural contribuyendo al respeto de su dignidad.

Objetivos

Objetivo general. Elaborar un programa de educación sobre el manejo e intervenciones a realizar en el adulto mayor para la prevención, diagnóstico y manejo de la depresión.

Objetivos específicos

- Sensibilizar e informar al adulto mayor sobre la prevención y las consecuencias de la depresión.
- Proveer apoyo psicológico al adulto mayor, familia o cuidador
- Fomentar actividades que mejoren la salud integral: física, psicológica y social en el adulto mayor.

Modelo operativo

Planificación. La prevención de la depresión requiere de:

- La sensibilización de nuestra sociedad y de los profesionales de la Atención Primaria de Salud.
- Basarse en un enfoque multidisciplinario
- Contar con el apoyo de profesionales capacitados en aspectos relacionados con el envejecimiento satisfactorio, la prevención y el manejo de la depresión geriátrica, que estructuren y desarrollen programas de prevención.
- Partir de que la promoción de salud constituye una estrategia que vincula a la gente con su entorno, y la elección personal con la responsabilidad social, por lo tanto no se ocupa solo de promover el desarrollo de las habilidades personales y la capacidad de las personas para influir en los factores que determinan la salud, sino que también incluye la intervención sobre el entorno,

para reforzar aquellos factores que sostienen estilos de vida saludables, así como para modificar aquellos otros que impiden ponerlos en práctica y constituyen factores de riesgo.

- Utilización de los recursos de que dispone la comunidad en pro de su salud, desarrollando contextos alternativos en el proceso de recuperación, rehabilitación y participación de las personas con depresión.

Estrategia.

- Conocimiento del Diagnóstico de Salud (modelo epidemiológico) e identificación del grupo de riesgo al cuál habrá que dirigir las acciones de prevención de la depresión y del deterioro cognitivo (ancianos solos, desventaja social, enfermedades invalidantes).
- Capacitación del equipo de Atención primaria en salud y del equipo interdisciplinario (cultura física, cátedra del adulto mayor, comisión de prevención y seguridad social) en aspectos concernientes al envejecimiento, los factores de riesgo y protectores de la salud en la tercera edad y la prevención y promoción de salud.
- Liderazgo del Programa y transferencia de tecnología por parte del Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica y del Equipo de Salud Mental.

Ejecución:

Organización de los siguientes servicios dirigidos específicamente a las personas de la tercera edad:

- Consulta de Psicogeriatría
- Tratamientos Alternativos
- Consulta de Terapia Floral.
- Grupos de Terapia anti estrés para adultos mayores, que promuevan las habilidades para el manejo del estrés: relajación, recreación, meditación, descanso y conocimiento de las fuentes de estrés.
- Ingreso domiciliario del adulto mayor deprimido.
- Garantizar la accesibilidad a la asistencia especializada mediante :
- Interconsulta hogar y Consultorio del Médico de Familia.

- Accesibilidad espontánea.
- Abolición de lista de espera.

Prevención y promoción:

- Consejería a familiares de ancianos deprimidos.
- Asesoramiento gerontológico de promoción de salud y gerocultura.
- Talleres de prevención: arte terapia, biomúsica, baile.
- Taller de preparación para la jubilación.
- Capacitación de voluntarios como promotores de salud mental.
- Programa de ejercicios físicos y envejecimiento sano.

Evaluación:

- Evaluación del plan educativo programado
- Valoración de los conocimientos
- Cambios de actitudes y conductas

Anexo N°10

Fotografias







Anexo N° 11
Certificado de traducción de resumen de tesis al ingles

CERTIFICADO

Lic. Jorge Caraguay

DOCENTE DEL AREA DE LENGUA EXTRANJERA UNIDAD DEL MILENIO BERNARDO VALDIVIESO

CERTIFICA:

Haber realizado la traducción del idioma español al idioma ingles del resumen de la tesis titulada **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESION EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A LOS CENTROS GERONTOLOGICOS DE LA PARROQUIA DE VILCABAMBA Y MALACATOS EN EL AÑO 2016** de autoría de MARCO VINICIO SINCHIRE GOMEZ.

La certifico en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente.

Atentamente.

Loja 10 de septiembre del 2017

.....

Lic. Jorge Caraguay

Docente de la Unidad del Milenio Bernardo Valdivieso.

Título

Factores que influyen en la depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de la parroquia de Vilcabamba y Malacatos en el año 2016.

Problematización

Desde finales del siglo pasado, la humanidad se enfrenta con un fenómeno de envejecimiento poblacional. La vejez es una etapa importante, final en la vida del ser humano, como preocupación esencial reclama la atención de la sociedad.

Pareciera ser que a medida que las personas envejecen, la sociedad las olvida, los sujetos mayores pierden vigencia en el mundo donde están inmersos convirtiéndose en una “carga” para sus familiares e incluso para la sociedad, lo cual, evidentemente constituye un factor de riesgo importante en la salud mental de los mayores. Olvidando que son sujetos activos y no únicamente actores pasivos de la marcha del tiempo.

La población mundial esta envejeciendo rápidamente, entre el 2015 y 2050 la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplica casi por dos, pasando del 12% al 22%.(OMS,2014)

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio.

La carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento. En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud adoptada en mayo de 2013 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales.

La depresión en personas mayores de 65 años tiene una alta prevalencia y produce un impacto negativo en la calidad de vida. Los ancianos deprimidos muestran menos ánimo mas ansiedad y mas quejas somáticas que los jóvenes con las mismas patologías. El pronostico es por lo general pobre, pues ese transtorno en los ancianos presenta mayor tasa de recaídas y mayor mortalidad general que en las personas de otras edades.

Sin embargo, la depresión no es una problemática exclusiva de las personas mayores. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) - (2012) estimó que la depresión es una enfermedad cotidiana que afecta a un promedio de 350 millones de sujetos en el mundo de diferentes rangos de edad, se presenta como una problemática de salud delicada, y que su padecimiento influye en las actividades diarias de los sujetos.

Según publica la OMS en su centro de prensa virtual (2014), la proporción mundial de adultos mayores con depresión aumenta rápidamente en todo el mundo. Así, sus cálculos advierten que entre el año 2000 y 2050 dicha proporción pasará de 11 a 22%. Aumentando sustanciosamente la población de adultos mayores con diagnóstico de depresión y sus secuelas posteriores.

Se calcula que en el mundo hay unos 47,5 millones de adultos mayores aquejados de depresión. Se prevé que el número de estas personas aumentará a 75,6 millones en 2030 y a 135,5 millones en 2050; además, la mayoría de esos pacientes vivirán en países de ingresos bajos y medianos, 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. Entre los principales factores tenemos, los sociales que afectan en un 40%, psíquicos 25% y biológicos en un 35%. Además de las causas generales de tensión con que se enfrenta todo el mundo, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. (González, 2003)

En Estados Unidos, estudios epidemiológicos evidencian que la prevalencia de la depresión es mayor en pacientes institucionalizados ya sea en hospitales u hogares. entre 1 y 4% de la población anciana no hospitalizada presenta depresión. Se estima que el 0-15% por año, mientras que en pacientes hospitalizados el porcentaje aumenta al 10-12% y 12-14%. (Fernandez y Mendez, 2007)

En México en un estudio realizado en el año 2012, en personas mayores de 59 años refiere que 57.8% presentó depresión: 46.7% en grado leve y 11.1% en moderado-severo, Los investigadores recogen un número considerable de variables socio demográficas dentro de las que se incluyen: edad, sexo, escolaridad, ocupación,

economía y otras variables como: convivencia, maltrato, función que ocupa en la familia, estado emocional, actividades de la vida diaria, limitaciones físicas, principales síntomas psicosomáticos y utilización del tiempo libre. (García y Juárez 2013)

En Ecuador, la depresión predomina en mayor nivel en ancianos de 60 a 69 años, del sexo femenino, viudos, jubilados, que viven en condiciones de pobreza, abandonados y con un bajo nivel de escolaridad. En el censo realizado por INEC, (2011), manifiesta que múltiples estudios han demostrado que los trastornos depresivos afectan alrededor del 10% de los ancianos que viven en la comunidad, entre el 15% y el 35% de personas que viven en residencias geriátricas, entre el 10% y el 20% de personas hospitalizadas en unidades de psiquiatría y hospitales generales. Así mismo encontraron que en un 82,6% la depresión se presenta simultáneamente con otras enfermedades, como las psicosomáticas y los trastornos de ansiedad.

En la ciudad de Loja tenemos que los adultos mayores que residen en los principales centros geriátricos, poseen cierto grado de depresión. En el sexo masculino se ha determinado que el 58.8% presentan algún grado de depresión, La depresión se puede presentar por factores neuro humorales, genéticos, psicológicos y ambientales en el sexo femenino se ha determinado que el 78.6% posee problemas depresivos, Con relación al sexo masculino cuyo porcentaje es del 58.8% de adultos mayores con depresión el sexo femenino presentan un porcentaje superior de 78.6%. Como consecuencia importante de la depresión en las mujeres es el impacto potencial transgeneracional que se observa en el rol social más importante de la mujer, la maternidad. Los efectos de la depresión en una variedad de dimensiones de la maternidad han sido demostrados. (Bury, 2011)

Debemos tomar en cuenta que la depresión no es una tristeza únicamente; es una enfermedad que debe ser tratada. La depresión no es de modo alguno parte necesaria del envejecimiento. La depresión en el adulto mayor produce un alto grado de incapacidad y aumenta la mortalidad tanto directa e indirectamente por comorbilidad con otras enfermedades. Por eso hemos creído necesario realizar un trabajo de investigación sobre Factores que influyen en la depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de las parroquias de Vilcabamba y Malacatos en el año 2016.

Justificación

En la sociedad occidental el estudio de los pacientes gerontológicos ha sido relegado, sin embargo teniendo en cuenta el inexorable paso del tiempo resulta indispensable generar conocimiento en relación al cuidado y la calidad de vida del adulto mayor.

La importancia de este trabajo radica en que la mayoría de adultos mayores se encuentran olvidados y no tomamos en cuenta todas sus necesidades físicas, sociales y psicológicas por tanto pretendemos establecer la prevalencia de la depresión del adulto mayor y sus factores asociados, y de esta manera aprender a reconocer signos tempranos de esta patología para darle la importancia respectiva y no sea la causa de exacerbación de tales comorbilidades, además el deterioro de las funciones cognitivas resulta inevitable en algún grado como; olvidos, irritabilidad, lentitud motriz, desgaste visual y auditivo, problemas de sueño y alimentación, inestabilidad emocional, siendo los más comunes, esto no implica que la calidad de vida de los individuos debe menguar, es por ello que al tener un población limitada facilita la investigación ayudando la aplicación de un plan de intervención, con la colaboración de familiares y personal de cuidado del adulto mayor.

Si bien otro parámetro importante es que no existen muchos estudios que revelen cual es la prevalencia de depresión en nuestro país y provincia y muchas veces no consta como una patología predominante como son: osteoporosis, diabetes, problemas del corazón y enfermedades pulmonares.

Por tanto este estudio es una herramienta que puede aportar interesantes y valiosos resultados para conocer la realidad de nuestros adultos mayores en cuanto a la depresión y sus factores asociados y así brindarles un mejor apoyo, puesto que se les asocia a una etapa de la vida productiva terminada.

El impacto social que deseamos es conseguir conceptualizar los sistemas de apoyo como un conjunto organizado de subsistemas interactuando entre sí, donde la persona adulta mayor ocupa el lugar central, difundiendo la información a las autoridades pertinentes de salud, para luego ampliar nuestro trabajo y tomar las medidas necesarias.

Los beneficiarios directos son los adultos mayores, y los indirectos su familia ya que ellos deberán contribuir a mejorar la calidad de vida de estos.

La originalidad de esta investigación se fundamenta en la propuesta estructurada a una población específica, siendo la depresión el tema de interés se plantea un plan de solución basado en prevención primaria, acompañada de intervenciones en las cuales se realizarán actividades en relación a la conservación de motricidad, memoria, círculo social y disminución de síntomas depresivos momentáneos.

Esta investigación se la realizara con extremo detalle, registrando todos los datos obtenidos de la investigación, mediante el test de depresión de Yesavage, el cual será nuestra herramienta clave en esta investigación, tratando de no incomodar demasiado a nuestro encuestados y tomando en cuenta a las personas que por diversos motivo no pueden realizar el cuestionario, en ellos trataremos de obtener dichos datos de la manera mas factible.

Objetivos

General

Identificar los factores que influyen en la depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de las parroquias de Vilcabamba y Malacatos en el año 2016 para construir un proyecto de prevención y manejo integral de la depresión en los adultos mayores.

Específicos

- Identificar los principales factores que ocasionan depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de las parroquias de Vilcabamba y Malacatos en el año 2016.
- Determinar los grados de depresión en los adultos mayores que acuden a los centros gerontológicos de las parroquias de Vilcabamba y Malacatos en el año 2016.
- Construir una propuesta de prevención y manejo integral de la depresión en los centros gerontológicos de las parroquias de Vilcabamba y Malacatos en el año 2016.

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADORES	ESCALA
DEPRESIÓN EN ADULTOS DE LA TERCERA EDAD	La depresión puede definirse como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en una persona de la tercera edad	TEST DE YESAVAGE	(0 a 5) Normal (6 a 9) Depresión moderada (10 a 15) Depresion severa
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESION.	Características o condiciones biológicas, psicológicas, y sociales cuya existencia en los ancianos incrementa la probabilidad de presentar algún daño en su salud.	BIOLOGICOS PSICOLOGICOS SOCIALES	Presenta depresión? SI () NO ()

Recursos técnicos

- ❖ Información de paginas Web
- ❖ Computadora
- ❖ Impresora.
- ❖ Lápices
- ❖ Esferos Gráficos
- ❖ Hojas de papel Bond
- ❖ Empastado de Tesis

PRESUPUESTO

Materiales	Valor
Copias	85
Búsqueda de información de páginas Web	70
Transporte	50
Impresiones	250
Empastado	140
Anillados	60
Papelógrafos	30
Total	685

