



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

TÍTULO

**“Depresión y ansiedad en el adulto mayor del
centro geriátrico Daniel Álvarez Sánchez de la
ciudad de Loja”**

Tesis previa a la obtención
del título de Médico General

Autora: Karen Anaí Tenesaca Camacho

Directora: Dra. Gabriela de los Ángeles Chacón Valdiviezo, Esp.

Loja - Ecuador

2021

Certificación

Loja, 23 de junio del 2021

Dra. Gabriela de los Ángeles Chacón Valdiviezo, Esp.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo investigativo previo a la obtención del título de Médico General titulado “**Depresión y ansiedad en el adulto mayor del centro geriátrico Daniel Álvarez Sánchez de la ciudad de Loja**”, de autoría de la señora Karen Anái Tenesaca Camacho, ha sido dirigido, asesorado y revisado por mi persona. Por lo tanto, autorizo su presentación ante el tribunal de Grado.

Atentamente:



Firmado electrónicamente por:
GABRIELA DE LOS
ANGELES CHACON
VALDIVIEZO

Dra. Gabriela de los Ángeles Chacón Valdiviezo, Esp.

DIRECTORA DE TESIS

Autoría

Yo, Karen Anaí Tenesaca Camacho, con CI: 1103727176, declaro ser autora del presente trabajo de tesis titulado: **“Depresión y ansiedad en el adulto mayor del centro geriátrico Daniel Álvarez Sánchez de la ciudad de Loja”** y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales que hicieran del contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio institucional – biblioteca virtual.

Firma:  Firmado electrónicamente por:
KAREN ANAI
TENESACA
CAMACHO

Autora: Karen Anaí Tenesaca Camacho

CI: 1103727176

Fecha: Loja, 23 de junio del 2021

Carta de autorización

Yo, Karen Anaí Tenesaca Camacho, autora del trabajo de investigación: **“Depresión y ansiedad en el adulto mayor del centro geriátrico Daniel Álvarez Sánchez de la ciudad de Loja”** autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la universidad, a través de su visibilidad del contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

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

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los veinte y tres días del mes de junio del dos mil veinte y uno, firma la autora.

Firma:  Firmado electrónicamente por:
KAREN ANAI
TENESACA
CAMACHO

Autora: Karen Anaí Tenesaca Camacho

Cédula de Identidad: 1103727176

Correo Electrónico: karen.tenesaca@unl.edu.ec

Celular: 0984233340

Datos complementarios:

Directora de tesis: Dra. Gabriela de los Ángeles Chacón Valdiviezo, Esp.

Tribunal de Grado: Presidente: Dr. Wilmer Oscar Sarango Pelaez, Esp.

Vocal: Dra. Yadira Patricia Gavilanes Cueva, Esp.

Vocal: Dr. Byron Marcelo Salazar Paredes, Esp.

Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado a Dios, ya que sin él no sería nadie; a mis padres Anita y Luis, quienes siempre han estado junto a mí brindándome su apoyo durante estos años de carrera, a mi esposo José David, por su amor, esfuerzo y comprensión, a mis hijos Elías y Victoria, motor y motivo para seguir adelante, a mis amigos, por ser incondicionales y brindarme su ayuda desinteresada. El amor de ustedes me permite continuar.

Karen Anaí Tenesaca Camacho

Agradecimiento

A la Universidad Nacional de Loja, por permitirme formarme en sus aulas y aprender de esta noble carrera.

Al Dr. Amable Bermeo, Decano de la Facultad de la Salud Humana, por su parte humana y estar pendiente de sus estudiantes en cada ámbito.

A la Dra. Sandra Mejía, docente de la carrera, por su apoyo, sabiduría y consejos hacia mi persona.

A mi directora de tesis, Dra. Gabriela de los Ángeles Chacón Valdiviezo, por su guía y conocimientos en el desarrollo de esta investigación.

A la Hna. Sara Samaniego, por abrirme las puertas del geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez” y darme el permiso correspondiente para realizar mi trabajo de investigación.

Gracias a todos mis docentes, que me han formado para ser una profesional al servicio de la comunidad, me han guiado y ayudado en todo momento.

Karen Anaí Tenesaca Camacho

Índice

Caratula.....	i
Certificación.....	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice	vii
Índice de Tablas	xi
1. Título:.....	1
2. Resumen	2
Abstract.....	3
3. Introducción	4
4. Revisión de la literatura.....	6
4.1 Adulto mayor.....	6
4.2 Situación de los adultos mayores en Ecuador	7
4.3 Envejecimiento.....	8
4.4 Cambios biológicos:.....	9
4.5 Cambios sociales.....	10
4.6 Cambios psicológicos.....	11
4.7 Depresión en el adulto mayor.....	12

4.7.1	Señales de depresión.....	13
4.7.2	Síntomas de depresión	13
4.7.3	Clasificación de depresión.....	14
4.7.3.1	Depresión Leve.....	14
4.7.3.2	Depresión Moderada.....	14
4.7.3.3	Depresión Severa.....	15
4.7.4	Diagnóstico de depresión.....	15
4.7.5	Escala de Depresión Geriátrica: Test Yesavage	15
4.7.6	Tratamiento.....	18
4.7.6.1	Psicoterapia.....	18
4.7.6.2	Tratamiento farmacológico.....	19
4.7.6.3	Intervención psicosocial	19
4.8	Ansiedad en el adulto mayor.....	20
4.8.1	Etiología	20
4.8.2	Signos y síntomas.....	21
4.8.3	Clasificación:.....	22
4.8.3.1	Ansiedad psíquica:	22
4.8.3.2	Ansiedad somática:	22
4.8.4	Niveles de ansiedad:.....	23
4.8.5	Diagnóstico:	24
4.8.6	Escala de Ansiedad de Hamilton.....	25

4.8.7 Tratamiento:	29
4.8.7.1 Tratamiento farmacológico:	29
4.8.7.2 Tratamiento Psicológico:	30
4.8.7.3 Terapia cognitiva conductual:	30
4.9 Cuidados del adulto mayor.....	30
4.9.1 Cuidado por familiares.....	31
4.9.2 Cuidados por una institución.....	32
5. Materiales y métodos	33
5.1 Enfoque:	33
5.2 Tipo de diseño:	33
5.3 Unidad de estudio:.....	33
5.4 Tiempo:	33
5.5 Universo y Muestra:	33
5.6 Criterios de inclusión:	34
5.7 Criterios de exclusión:.....	34
5.8 Técnicas:.....	34
5.9 Instrumentos:	34
5.9.1 Consentimiento informado	34
5.9.2 Encuesta para recolección de datos informativos.....	34
5.9.3 Test de Yesavage para valorar la depresión.	35
5.9.4 Escala de Hamilton para determinar el nivel de ansiedad.	35

5.10	Procedimiento:.....	35
5.11	Análisis Estadístico:	36
6.	Resultados	37
6.1	Resultados para el primer objetivo.....	37
6.2	Resultados para el segundo objetivo	39
6.3	Resultados para el tercer objetivo	41
6.4	Resultados para el cuarto objetivo	42
7.	Discusión.....	44
8.	Conclusiones	47
9.	Recomendaciones.....	48
10.	Bibliografía.....	49
11.	Anexos.....	55

Índice de Tablas

Tabla 1. Presencia de depresión en relación a la edad, género, estado civil, nivel de instrucción y ocupación de los adultos mayores que residen el geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez” de la ciudad de Loja, julio 2019- febrero 2020.	37
Tabla 2. Presencia de ansiedad en relación a edad, género, estado civil, nivel de instrucción y ocupación de los adultos mayores que residen el geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez” de la ciudad de Loja, julio 2019- febrero 2020.....	40
Tabla 3. Asociación entre depresión y ansiedad en los adultos mayores que residen el geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez” de la ciudad de Loja, julio 2019- febrero 2020.....	41

1. Título:

**“Depresión y ansiedad en el adulto mayor del centro geriátrico Daniel Álvarez
Sánchez de la ciudad de Loja”**

2. Resumen

La vejez es un periodo crítico de la vida, que conlleva una serie de situaciones conflictivas, como la jubilación, la pérdida de seres queridos, las enfermedades crónicas, la proximidad de la muerte, entre otras, que van a afectar esta etapa de la vida, no sólo emocionalmente sino también a su condición física y social. Por lo tanto, se realiza la presente investigación titulada “Depresión y ansiedad en el adulto mayor del centro geriátrico Daniel Álvarez Sánchez de la ciudad de Loja”, el cual tiene como objetivo determinar la incidencia de depresión y ansiedad de los adultos mayores que son residentes del centro geriátrico. El presente trabajo es un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo y transversal. La muestra estuvo constituida por 42 adultos mayores pertenecientes al centro geriátrico, como instrumentos se utilizó el test de Yesavage para valorar la depresión y la escala de Hamilton para determinar el nivel de ansiedad. Se concluye que la depresión y ansiedad afecta principalmente a los adultos mayores con edades entre 65-74 años (52,4%), siendo el género femenino el más afectado (57,1%), en la población de estudio prevaleció la probable depresión y la ansiedad leve que afectan principalmente a los adultos mayores que son viudos, con nivel de instrucción primaria y que se dedicaban a la agricultura. Se evidenció la relación directa que existe entre depresión y ansiedad debido a que aquellos que presentaron probable depresión tuvieron ansiedad leve en 78,6%.

Palabras clave: adulto mayor, depresión, envejecimiento, estado emocional, geriátrico, ansiedad

Abstract

Old age is a critical period of life, which involves a series of conflictive situations, such as retirement, the loss of loved ones, chronic diseases, the proximity of death, among others, that will affect this stage of life, not only emotionally but also their physical and social condition. Therefore, the present investigation entitled “Depression and anxiety in the elderly at the Daniel Álvarez Sánchez geriatric center of Loja city”, which aims to determine the incidence of depression and anxiety in older adults who are residents of the geriatric center. This is a quantitative, descriptive and transversal study. The sample consisted of 42 older adults belonging to the geriatric center; the Yesavage test was used as an instrument to assess depression and the Hamilton scale to determine the level of anxiety. It is concluded that depression and anxiety mainly affect older adults aged 65-74 years (52.4%), the female gender being the most affected (57.1%), in the study population, probable depression and mild anxiety prevailed affecting mainly older adults who were widowed, had primary education and were engaged in agriculture. The direct relationship between depression and anxiety was evidenced by the fact that those who presented probable depression had mild anxiety in 78.6%.

Keywords: elderly, depression, aging, emotional state, geriatric, anxiety

3. Introducción

En el Ecuador desde hace más de 10 años se está viviendo un proceso de envejecimiento poblacional, considerándose la vejez como una etapa frágil de la vida en donde se encuentran entre los problemas de salud mental más relevantes, la depresión y ansiedad.

Es importante que se conozca que, debido al aumento de este grupo poblacional, sus necesidades también aumentan y que la depresión y ansiedad no son una parte natural del envejecimiento, sino que correctamente tratadas evolucionan favorablemente, pero por el contrario si no existe un adecuado diagnóstico y tratamiento, pueden complicarse en el desarrollo de alteraciones mentales.

Según estadísticas proporcionadas por el INEC en el 2019, en nuestro país existían 1.264.423 personas mayores de 65 años que representaban el 6,5% de la población nacional, para el año 2020 se estimaba que fuera de 1.310.297, es decir el 7,4% de la población y para el año 2054 se prevé que representen el 18% de la población. (INEC, 2019).

Los problemas que enfrentan los adultos mayores es algo de lo que todos deberíamos preocuparnos, pero debido al desconocimiento, la marginación, sintiéndose que no son útiles, que no son parte de la familia y que no son productivos, es que la acumulación de estos sentimientos y la tensión del medio donde habitan pueden terminar en un problema de salud mental, es por esta razón que surgió la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la incidencia de depresión y ansiedad que presentan los adultos mayores del centro geriátrico Daniel Álvarez Sánchez de la ciudad de Loja?.

Según Guerrón, M. (2016), establece que: “los adultos mayores al sentirse desplazados sienten depresión, ansiedad, tristeza, ira, soledad y hasta incluso no tienen ganas de seguir viviendo.”

Es de importancia estudiar la incidencia de depresión y ansiedad en adultos mayores en la comunidad porque puede ser un punto de partida para desarrollar acciones de prevención en grupos de riesgo identificados, en este contexto, el profesional de salud cumple un rol protagónico, pues brinda la atención pertinente.

Algunas familias al sentir como carga al adulto mayor optan por dejarlos en un centro geriátrico y es ahí donde pueden experimentar alteraciones emocionales debido al abandono y a la soledad, que al no ser tratadas a tiempo con el transcurso de los años pueden convertirse en un problema de salud mental.

Con este trabajo se pretende que se tome conciencia, sobre los problemas psiquiátricos que presentan los adultos mayores para que de esta manera se favorezca a un envejecimiento saludable, físico, social y psicológico, y que independientemente de la edad que tengan, el gobierno, la sociedad y la familia trabajen para que las personas adultas mayores se sientan útiles para la sociedad.

Es por esto que el objetivo general de esta investigación fue: Determinar la incidencia de depresión y ansiedad de los adultos mayores que acuden al centro geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez” de la ciudad de Loja; y como objetivos específicos: Identificar la presencia de depresión en relación a edad, género, estado civil, nivel de instrucción y ocupación; identificar la presencia de ansiedad en relación a edad, género, estado civil, nivel de instrucción y ocupación; establecer si existe asociación entre depresión y ansiedad en este grupo etario y construir una propuesta de prevención de depresión y ansiedad en los adultos mayores de esta casa de salud.

4. Revisión de la literatura

4.1 Adulto mayor

El mundo enfrenta en el presente siglo una situación singular, cada día más personas envejecen rebasando la frontera cronológica de los 60 años. Se espera que el planeta logre cuadruplicar su población de avanzada edad en los próximos 50 años, al pasar de los 600 millones que hay en la actualidad a 2 000 millones; esto significa que habría de cada 10 personas, una mayor de 60 años, pero en el 2050 lo será una de cada cinco. (Organización mundial de la salud, 2018)

Ante el descenso continuado de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida fundamentalmente en los grupos de edades intermedios y mayores respectivamente, el proceso de envejecimiento debe continuar avanzando con mayor fuerza, fundamentalmente en los países desarrollados o en vías de desarrollo. (Organización mundial de la salud, 2018)

Para definir a una persona adulta mayor, es necesario abordarlo desde una perspectiva biopsicosocial; el envejecimiento es un proceso de cambios a través del tiempo, natural, gradual, continuo, irreversible y completo. Estos cambios se dan a nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y la situación económica, de los grupos y las personas; en general, las ciencias sociales y del comportamiento lo caracterizan como un proceso de desarrollo; no así la perspectiva biológica, que hace referencia a las pérdidas y deterioro de la última etapa de la vida. (Instituto para la Atención de los Adultos Mayores, 2018).

Los adultos mayores constituyen un grupo etario vulnerable que requiere una atención gubernamental especializada en las diversas áreas en las que se desenvuelven. Las características físicas y sociales de los mismos, de igual modo, necesitan de tratamientos y

lugares de convivencia adecuados a sus especificidades de manera que puedan facilitar sus dinámicas sociales y el estado íntegro de su salud física y emocional. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe 2016).

4.2 Situación de los adultos mayores en Ecuador

En el marco de los cambios globales, el Ecuador a través de la Constitución del Ecuador 2008, reconoce a las personas adultas mayores como grupo de atención prioritaria lo cual implica el garantizar sus derechos mediante una atención especializada tanto en el ámbito público y privado. En concordancia con la Carta Magna, el Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 reconoce que, pese a la existencia de políticas de carácter universal, existen grupos que tienen necesidades específicas, como son las personas adultas mayores; cuya reducida vinculación y autonomía económica y la persistencia de barreras de acceso a servicios incrementan sus niveles de vulnerabilidad. (Secretaría Técnica Plan toda una vida, 2018)

Para el caso del Ecuador, en el marco de la Constitución de 2008, se consideran personas adultas mayores a quienes han cumplido los 65 años de edad, dicha definición etaria permite delimitar la población objetivo potencialmente beneficiaria de planes, programas y proyectos orientados al acceso a servicios, la generación de espacios públicos inclusivos, la sensibilización de la sociedad para la modificación de comportamientos, el acceso a ingresos, entre otros factores, que son fundamentales a la hora de mejorar la calidad de vida. Así pues, el accionar del Estado debe dirigirse a crear condiciones que permitan a las personas adultas mayores enfrentar las limitaciones propias de esta etapa de la vida. (Secretaría Técnica Plan toda una vida, 2018)

En Ecuador, la Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo, ENEMDU, en 2017, muestra que la población adulta mayor es de 1.212.461 personas, lo que representa el 7,04% del total

de la población ecuatoriana. Si se analizan los datos de manera desagregada, se observa que la proporción de mujeres es mayor a la de hombres, así del total de personas adultas mayores el 53.77% son mujeres y el 46.23% son hombres. En Ecuador, las provincias en las cuales existen más personas mayores en relación al resto de grupos etarios son: Imbabura (10.56%), Bolívar (10.30%), Carchi (9.95%), Loja (9.84%). (Secretaría Técnica Plan toda una vida, 2018)

En el caso del Ecuador la población de la tercera edad alcanza el 15% de la población total con la existencia para su atención de 77 Centros Gerontológicos públicos y privados en todo el país, subvencionados con aportes económicos para gastos de operación lo que le permite alcanzar una cobertura de 3.822 adultos mayores, además de 38 organizaciones que trabajan con personas de la tercera edad beneficiando a 1.900 adultos mayores con el equipamiento a instituciones de tercera edad. (Vélez, 2019)

4.3 Envejecimiento

El envejecimiento, constituye un proceso más, dentro de la carrera de la vida de los seres vivos, se han realizado y se realizan numerosos estudios relacionados con las causas que lo provocan, pues son varias las teorías que se mueven en torno a tan misterioso proceso de deterioro de la vida, sin embargo, ninguna llega al fondo de la cuestión, pues los mecanismos que lo provocan son muy complejos y dinámicos entre sí. (Organización mundial de la salud, 2018)

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte. (Organización mundial de la salud, 2018)

El fenómeno del envejecimiento de la población se produce de forma paulatina y en él intervienen la fecundidad, la mortalidad y las migraciones, variables que en acción combinada en el tiempo determinan el crecimiento y la estructura por edades de la población, de suma importancia para la planificación económica y social de cualquier país. (Sánchez, 2019)

Al encontrarse la fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, menos de una hija por mujer desde hace treinta años, la población de 0-14 años ha ido disminuyendo con respecto al total, y al mismo tiempo, al disminuir también los niveles de mortalidad ha ido aumentando la proporción de personas de 60 años y más en los últimos años, desde el punto de vista cuantitativo ha tenido una significación importante en el proceso de envejecimiento. (Sánchez, 2019)

Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos y pareja. En la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante tener en cuenta no solo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial. (Organización mundial de la salud, 2018)

4.4 Cambios biológicos:

Lo biológico, debe ser entendido como un proceso universal de deterioro físico expresado por la “acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares”, que con el tiempo pueden influir en el aumento de los riesgos de enfermedades o en la disminución de las capacidades de los individuos. (Organización mundial de la salud, 2018)

Los cambios fisiológicos que enfrentan las personas no son homogéneos, éstos sólo se asocian de manera leve a la edad de las personas, sin ser un determinante. La evidencia

muestra que los cambios en las personas están fuertemente relacionados con el entorno y el comportamiento de las mismas. Consecuentemente, más allá de las modificaciones biológicas que sufren los individuos, la vejez conlleva a otros cambios en sus roles y posición en la sociedad y su interacción con otros individuos. (Organización mundial de la salud, 2018)

Se toman en cuenta los cambios en todos los órganos y sistemas, cambios en la postura, forma de caminar, facciones, color del pelo, piel, capacidad visual y auditiva, disminución en la capacidad del almacenamiento de la memoria, sueño alterado, aparecen problemas de salud física, presencia frecuente de más de una patología. (Vélez, 2019)

El proceso de envejecimiento implica un declinar fisiológico, que no es uniforme en velocidad ni magnitud, pues en ciertas funciones, la regulación del organismo se mantiene aceptable hasta una edad avanzada y en otras funciones el organismo empieza a declinar relativamente pronto, en la edad adulta, mantenido un descenso constante como el deterioro de los órganos de los sentidos. (Pacheco, 2016)

4.5 Cambios sociales.

Si bien, las personas adultas mayores, al igual que cualquier otra persona, enfrentan modificaciones personales y psicológicas en su proceso de crecimiento, existen factores de corte social que pueden marcar la garantía de sus derechos, siendo estas: condiciones laborales inadecuadas, la pobreza, la violencia, el aislamiento, la soledad, el comportamiento de la sociedad frente a la vejez y la exclusión; dichos factores aumentan los niveles de vulnerabilidad a los que pueden estar expuestos por el simple hecho de experimentar una transición biológica. (Secretaría Técnica Plan toda una vida, 2018)

Los ancianos sienten que en variadas ocasiones son discriminados tanto a nivel social como en la propia familia, pues la vejez produce un regreso a la dependencia de la familia,

disminuye su autonomía, la pérdida de roles, la jubilación, su independencia económica disminuye y en ocasiones se pierde totalmente limitándolos en sus actividades diarias y se añaden la comorbilidad de las diferentes enfermedades acompañados de discapacidades. Las repercusiones que puede tener sobre la salud serían las siguientes: estados de ansiedad, estados de depresión, labilidad emocional, trastornos del sueño, dificultad para relacionarse, entre otros. (Sánchez, 2019)

4.6 Cambios psicológicos

Los cambios psicológicos pueden estar sujetos a percepciones subjetivas tanto de la persona que los manifiesta como de la persona que puede evaluarlos. Hay personas que viven con seria preocupación del declive de algunas funciones y otras que no lo valoran adecuadamente. En general con el envejecimiento existe un declive y un enlentecimiento de las capacidades cognitivas, aunque existe una enorme variabilidad y depende de numerosos factores como: nivel educativo, dedicación laboral, actividad física. (Sánchez, 2019)

A parte del deterioro cognitivo, principalmente problemas de memoria y aprendizaje de tareas nuevas, hay otros problemas psicológicos que aparecen a lo largo del proceso de envejecimiento y que, al menos, incluyen los siguientes: depresión, esquizofrenia, psicosis, trastornos de personalidad, fobias, efectos producidos por estrés y sucesos vitales estresantes, problemas de pareja y familiares, problemas sexuales, afrontamiento de enfermedad y/o muerte, hábitos no saludables (fumar, tomar alcohol como forma de superar los cambios), afrontamiento de pérdida de personas queridas, afrontamiento de pérdida de trabajo, etc. (Quizhpe, 2018)

En el grupo de adultos mayores hay una alta incidencia de comorbilidad de diferentes problemas psicológicos, lo que debe llamar nuestra atención es que los ancianos también

pueden experimentar sufrimiento psicológico por otros problemas tan importantes como los cognitivos, que perjudican una vida satisfactoria. (Quizhpe, 2018)

La manera de enfrentarse con las circunstancias adversas determina lo bien que las personas se adaptan a las transiciones (como la jubilación) y las crisis del envejecimiento (como la pérdida de un ser querido y la aparición de enfermedades). Los hombres y las mujeres que se preparan para la vejez, se adaptan a los cambios, se ajustan mejor a la vida después de los 60 años. Muchas personas siguen teniendo capacidad de resistencia a medida que envejecen y, por lo general, las personas mayores no se diferencian de los jóvenes, de modo significativo, en su capacidad de enfrentarse a la adversidad. (Lagos, 2020)

4.7 Depresión en el adulto mayor

La depresión en adultos mayores es una patología frecuente, que se asocia a comorbilidades, uso excesivo de recursos en salud, suicidio y mortalidad. Generalmente está subdiagnosticada y subtratada. Dentro de ella se distinguen dos tipos: 1) Depresión de inicio temprano que inicia antes de los 60 años, y se presenta en adultos mayores como depresión recurrente o crónica y 2) Depresión de inicio tardío que parte después de los 60 años y estaría asociada a más cambios a nivel neurológico y demencia. (Bruning, 2019)

En las personas mayores de 65 años, la depresión afecta la calidad de vida; los adultos mayores deprimidos generalmente tienen más ansiedad, quejas somáticas, siendo su pronóstico malo y su mortalidad alta. Contrario a la creencia popular, la depresión no es una parte natural del envejecimiento y a menudo puede revertirse con tratamiento inmediato y adecuado. Sin embargo, si no se trata, la depresión puede acelerar el deterioro físico, cognitivo y social. (Venegas, 2016)

Más del 80% de los casos de depresión son manejados en Atención Primaria de Salud, por lo que es responsabilidad de los médicos generales y familiares pesquisarla, tratarla y

derivar en caso de ser necesario. Mayor relevancia aún cobra el diagnóstico oportuno, ya que se conoce la importancia de la depresión en adultos mayores como factor de riesgo de demencia, o como manifestación de ésta. (Espinoza, 2019)

4.7.1 Señales de depresión

Se cree que la persona está triste, pero hay una patología detrás. Por tanto, es vital que los familiares sepan identificar si algo raro está pasando, y al involucrado enseñarle que sus cambios no son malos, existen señales ante las cuales puedes reconocer que el adulto mayor está presentando depresión. Estas son algunas de las más importantes: cambios de humor repentinos, su escritura es diferente, deja de ser sociable como antes, ya no participa en actividades, su alimentación cambia, deja de hablar como antes. (Alvino, 2016)

4.7.2 Síntomas de depresión

Hay muchos síntomas asociados con la depresión, y algunos variarán dependiendo del individuo. Sin embargo, algunos de los síntomas más comunes se enumeran a continuación: (Chamba, 2019)

- Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" persistente
- Sentimientos de desesperanza, culpa, inutilidad o impotencia
- Irritabilidad, intranquilidad o tener problemas para quedarse quieto
- Disminución de la energía o fatiga
- Moverse o hablar más despacio
- Dificultad para concentrarse, recordar, tomar decisiones
- Comer más o menos de lo normal, por lo general con aumento o pérdida de peso no planeada
- Pensamientos de muerte o suicidio, o intentos de suicidio

- Dolores o molestias, dolores de cabeza, calambres o problemas digestivos sin una causa física clara y/o que no se alivian con el tratamiento
- Pérdida de interés o de placer en actividades que antes se disfrutaban (reunión familiar, ver televisión, leer o caminar).
- Insomnio, despertarse más temprano o sueño excesivo. Es muy común que la persona mayor crea que puede curar su estado anímico durmiendo largas horas.
- Pensamientos recurrentes de abandono, tristeza, soledad o sentir que su vida ya termino.

4.7.3 Clasificación de depresión.

4.7.3.1 Depresión Leve: se caracteriza porque los síntomas que presenta son la tristeza, cierta apatía, falta de autoestima, cansancio, falta de interés y desilusión, pero de una forma suave que no afecta a nuestra vida cotidiana o a nuestras actividades diarias. La persona con depresión leve puede seguir haciendo las mismas cosas a nivel social, familiar y laboral, aunque la constante sea la tristeza y la desgana. Sin embargo, esta depresión leve, a la que algunos llaman distimia, no debe tomarse a la ligera ya que en muchos casos conduce a una depresión crónica. (Sánchez, 2018)

4.7.3.2 Depresión Moderada: esta depresión va destruyendo la fortaleza y la seguridad y restando fuerzas e ilusiones hasta afectar a las actividades sociales, familiares y laborales. Síntomas como dolores musculares, motivo de baja laboral, la dificultad para concentrarse, que puede hacer del trabajo diario un auténtico infierno y la baja autoestima, que se traduce en la reducción de la vida social, son claras muestras de cómo la depresión moderada va destruyendo la vida de la persona enferma y de aquellos que la rodean. (Sánchez, 2018)

4.7.3.3 Depresión Severa: Se caracteriza por la aparición de uno o varios episodios depresivos de mínimo 2 semanas de duración. Suele comenzar generalmente durante la adolescencia o la adultez joven. La persona que sufre este tipo de depresión, puede experimentar fases de estado de ánimo normal entre las fases depresivas que pueden durar meses o años. Se clasifica dentro de los episodios unipolares puesto que no hay fases de manía, y puede producir problemas muy serios para el paciente si no es tratado de manera eficaz. De hecho, la ideación suicida puede llevar a la muerte si pasa a traducirse en acciones efectivas para terminar con la propia vida. (García, 2017)

En contra de lo que pueda parecer, y siempre teniendo en cuenta cada caso particular, la depresión severa no es de las más difíciles de superar, ya que la evidencia de sus síntomas, de sus consecuencias y de sus efectos negativos sobre la vida diaria puede llevar a la persona que lo sufre a buscar un tratamiento con mayor rapidez. (Sánchez, 2018)

4.7.4 Diagnóstico de depresión

Se establece con base en el interrogatorio propositivo y examen mental. En el adulto mayor las quejas somáticas, el deterioro cognitivo y los trastornos del sueño suelen predominar, siendo éstos los principales motivos de demanda de atención; más de la mitad de los pacientes que acuden a medicina familiar con trastornos de ansiedad y depresión mayor refieren síntomas somáticos más que psicológicos. (Pocomucha, 2019)

4.7.5 Escala de Depresión Geriátrica: Test Yesavage

La Escala de Depresión Geriátrica (GDS), creada por Yesavage et al, ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores. El cuestionario largo 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, que consiste de 15 preguntas; para la versión corta, se seleccionaron las preguntas del

cuestionario largo 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. (Pocomucha, 2019)

Su ventaja radica en que no se centra en molestias físicas, sino en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo, la versión abreviada nos ayuda a evitar el cansancio del adulto mayor. En cuanto a su interpretación: cada ítem se valora como 0 / 1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. Para la versión de 15 ítems se aceptan los siguientes puntos de corte: 0-5 puntos: no tiene depresión, 6-9 puntos: probable depresión y 10-15 puntos presenta depresión establecida. (MIES, 2014)

El uso del test de depresión geriátrica de Yesavage ha demostrado ser un instrumento de mucha utilidad en la detección de trastornos depresivos por su alta sensibilidad y especificidad; identificar las características sociodemográficas y clínicas asociadas a síntomas depresivos contribuirá a orientar la aplicación del screening en aquellos ancianos que tengan más probabilidad de padecerlo. (Pocomucha, 2019)

	SI	NO
1. ¿Está satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3. ¿Cree que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
5. ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6. ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1	0
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿A menudo se siente abandonado/a?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1
12. ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
13. ¿Se encuentra lleno de energía?	0	1
14. ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que los otros están mejor que usted?	1	0

Fuente: (MIES, 2014)

Elaboración: Elaboradores de la escala de depresión geriátrica Yesavage

4.7.6 Tratamiento

Suele consistir en la combinación de dos tipos: tratamiento físico (prescripción de fármacos antidepresivos) y técnicas psicológicas. El primero de estos se utiliza cuando el cuadro depresivo es grave, afectando el apetito, el sueño, la capacidad de concentración y las ganas de vivir. (Chamba, 2019)

El tratamiento debe iniciar al momento de realizarse el diagnóstico. Los pacientes deprimidos tratados con antidepresivos tienen una mejoría significativamente mayor que aquellos tratados con placebo o no tratados, pero si se agregan al manejo los aspectos psicológicos, incrementa su efectividad; las metas del tratamiento son: mejorar el humor y la calidad de vida, reducir la morbilidad y mortalidad, prevenir la recurrencia del trastorno, minimizar los efectos adversos del tratamiento, así como reestablecer y/o mejorar la funcionalidad física, mental y social. (Pocomucha, 2019)

De acuerdo con la intensidad de los síntomas el médico debe decidir entre un manejo ambulatorio u hospitalario. Cuando las manifestaciones son severas, el riesgo suicida es alto o aparecen trastornos psicóticos, por lo que es mejor internar al paciente. La estrategia que mejores resultados aporta es la combinación de la psicoterapia con la farmacoterapia, pues hasta el 60 % de los pacientes mejoran con el primer esquema terapéutico instaurado. (Ojeda, 2015)

4.7.6.1 Psicoterapia: Es la educación sobre la enfermedad y el apoyo emocional, que el médico dará a su paciente durante su consulta habitual, el usar sólo esta medida, no es efectivo para el manejo de la depresión. (Pocomucha, 2019)

En las depresiones graves y como tratamiento único en fases agudas, no hay demasiada evidencia que apoye la utilización de la psicoterapia como tratamiento único; en tratamientos de mantenimiento a largo plazo de depresiones graves, tampoco existe gran evidencia, pero sí la habría como tratamiento único o coadyuvante del tratamiento farmacológico en las

depresiones menores, en depresiones con dificultades adaptativas o en las que hay rasgos neuróticos importantes. (Chamba, 2019)

4.7.6.2 Tratamiento farmacológico: Para decidir el tratamiento de elección se recomienda verificar siempre las posibles interacciones medicamentosas y contraindicaciones. Los antidepresivos tricíclicos (ADT) (imipramina y amitriptilina) tienen más efectos secundarios (anticolinérgicos y cardiotoxicos) que los antidepresivos heterocíclicos o inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), y se administran tres veces al día; por lo que su uso no se recomienda en el primer nivel de atención y debe reservarse para indicación exclusiva del médico especialista en psiquiatría. (Pocomucha, 2019)

Los ISRS son de mayor costo económico, menos efectos secundarios y se administran una vez al día, por lo que existe mayor apego al tratamiento y en el paciente ambulatorio adulto mayor, la combinación de ISRS y terapias psicológicas es el tratamiento más efectivo para la depresión mayor leve o moderada. Los medicamentos sugeridos son: fluoxetina (fluoxac, prozac), o citalopram (seropram), o paroxetina (aropax, paxil) (en ese orden de recomendación), los tres en presentación de tabletas o cápsulas orales. (Pocomucha, 2019).

4.7.6.3 Intervención psicosocial: Es el tercer punto de la terapia combinada y se refiere a mantener un contexto social sano, debido a que no es posible sanar a un individuo si permanece enfermo el ambiente social que le rodea; para lograrlo se pueden recomendar actividades que mejoren la salud psicosocial del individuo como la incorporación a grupos de ayuda mutua o grupos de voluntarios en clubes de adultos mayores, casas de la cultura, unidades operativas de prestaciones sociales, unidades de medicina familiar, organizaciones no gubernamentales, etc; con el fin de favorecer el establecimiento de redes de apoyo social formales e informales. (Pocomucha, 2019).

4.8 Ansiedad en el adulto mayor

La ansiedad viene del latín *anxietas*. Que quiere decir la condición de un individuo que experimenta intranquilidad, conmoción, preocupación nerviosismo. Para la medicina, la ansiedad es una etapa angustiosa que puede surgir junto a una neurosis u otro tipo de enfermedad y que no da lugar al descanso y relajación del paciente, además es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que abarca: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter desagradable, aspectos fisiológicos determinado. (Guerrón, 2016)

En la actualidad la ansiedad ocasiona cambios tanto en componentes cognitivos y componentes somáticos. Las personas ancianas, a menudo, prestan más atención a los síntomas somáticos, reduciendo los aspectos cognitivos. Debido a que los adultos mayores sufren enfermedades médicas en mayor porcentaje que los jóvenes, su pronunciación en los síntomas somáticos puede causar conflictos en el diagnóstico diferencial de dichos trastornos de ansiedad, sobre todo en los centros de atención primaria. (Guerrón, 2016)

4.8.1 Etiología

Las causas de la ansiedad pueden ser múltiples e incluso una combinación de ellas. Así pues, nos hallamos delante una causa inconsciente, difícil de identificar y, por consiguiente, difícil de abordar. A veces, en estos casos, se plantea la hipótesis de que la causa sea un desorden químico por sí mismo. Para determinar algunas causas que desencadena la ansiedad hay que tomar en cuenta algunos factores: (Iñahuazo, 2021)

- **Factores intrínsecos:** son aquellos que se dan desde la genética del ser humano, y ejercen influencias en los procesos que determinan la duración de la vida hasta la vejez, como por ejemplo el proceso perceptivo en el adulto mayor se ve afectado por la alteración de los órganos sensoriales, lo que provoca una respuesta perceptiva motriz más lenta, y se afecta la capacidad de recibir las informaciones del entorno.

- **Factores extrínsecos:** Actúan desde las edades más tempranas de la vida, como las agresiones de la vida moderna, el estrés, la dieta, el sedentarismo, el consumo de tabaco y el consumo de medicamentos que inciden en la aparición de enfermedades cardiovasculares y enfermedades como el cáncer antes de la tercera edad.

- **Factores ambientales:** que influyen en el estilo de vida del adulto mayor, provocando sentimientos negativos ante la separación que sufre en la familia y el rechazo que recibe por parte de la sociedad.

4.8.2 Signos y síntomas

El TAG se caracteriza por angustia y preocupación excesiva por una serie de eventos y actividades que suceden alrededor de la persona que la padece, la preocupación y la ansiedad son difíciles de controlar y están asociadas a 3 de los siguientes síntomas que ocurren la mayoría de los días y por al menos 6 meses: (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2019)

- Intranquilidad o impaciencia.
- Fatigabilidad fácil.
- Dificultad para concentrarse o poner la mente en blanco.
- Irritabilidad.
- Tensión muscular.
- Alteraciones del sueño (dificultad para iniciar o mantener el sueño).

Las personas son más hiperreactivas a la amenaza y menos capaces de hacer frente a los contrastes emocionales negativos resultantes, además, la preocupación es un mecanismo compensatorio que crea y prolonga las emociones negativas, reduciendo así las experiencias emocionales positivas. En las personas mayores también influyen los cambios en la

neuropatología relacionada con el envejecimiento y factores sociales como las pérdidas, el aislamiento y la soledad. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2019)

4.8.3 Clasificación:

4.8.3.1 Ansiedad psíquica:

Es aquella ansiedad que engloba sintomatología de tipo subjetivo padecida por el individuo tales como preocupación, aprensión, alteración en el ciclo del sueño, dificultad para concentrarse, entre otros. La vivencia psíquica de ansiedad puede expresarse de múltiples maneras: (Luzuriaga, 2017)

- **Aprehensión.** Es el síntoma nuclear. Provoca una actitud de alerta, como queriendo anticiparse a un peligro. Existen diversos miedos (a perder el control sobre sí mismo, a volverse loco, o, incluso, a morir).
- **Sensación de agobio.**
- **Alteraciones cognitivas.** disminuye la atención y aparece distraibilidad, dificultad para concentrarse y tendencia a la fatiga intelectual, por lo que la memoria también puede verse afectada.
- **Alteraciones del comportamiento** que incluyen: Inquietud, irritabilidad, desasosiego, conductas evitatorias ante ciertas situaciones, en algunos casos se presentan obsesiones y compulsiones.
- **Alteraciones de sueño.** Retraso de conciliación, interrupciones por despertares y pesadillas, cansancio o sensación de sueño no reparador.

4.8.3.2 Ansiedad somática:

La ansiedad puede provocar síntomas en todos los órganos y sistemas del organismo por lo que puede considerarse como la gran simuladora. A menudo, el paciente está convencido

del origen exclusivamente somático de los mismos y los vive como una amenaza a su salud física. (Luzuriaga, 2017)

- Síntomas cardiocirculatorios: palpitaciones, taquicardia, opresión torácica, dolor precordial.
- Síntomas gastrointestinales: espasmos faríngeos (nudo esofágico), náuseas, vómitos, meteorismo, diarrea, estreñimiento, alteraciones del apetito.
- Síntomas respiratorios: dificultad al respirar con sensación de falta de aire, sensación de ahogo o paro respiratorio, disnea, suspiros.
- Síntomas genitourinarios: micción imperiosa, trastornos de la función sexual: impotencia, eyaculación precoz y frigidez.
- Síntomas neurológicos: mareos, vértigos, cefalea, inestabilidad, temblor, entumecimiento, parestesias.
- Síntomas musculares: debilidad física, sensación de flojedad de piernas, lumbalgias y algias diversas.
- Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, midriasis, rubor o palidez, sofocos, sudoración.

4.8.4 Niveles de ansiedad:

Los adultos mayores que sienten temor extremo y preocupaciones que perduran pueden estar lidiando con trastornos de ansiedad. Es importante conocer la frecuencia e intensidad con la que se caracteriza el nivel de ansiedad en el adulto mayor. Se clasifica en: (Iñahuazo, 2021)

- **Ansiedad leve:** asociada a tensiones de la vida diaria. La persona adulta mayor se encuentra en situación de alerta y su campo de percepción aumenta. Este nivel de ansiedad está relacionado a las preocupaciones y tensiones en la vida diaria.
- **Ansiedad moderada:** en la cual el adulto mayor se centra sólo en las preocupaciones inmediatas. Esto implica una disminución del campo de percepción. La persona bloquea determinadas áreas, pero puede reconducirse si se centra en ella.
- **Ansiedad severa:** hay una reducción significativa del campo perceptivo. El adulto mayor puede centrarse en detalles específicos, sin poder pensar nada más. La conducta se centra en aliviar la ansiedad

4.8.5 Diagnóstico:

El diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada en personas mayores se hace complejo al involucrar las comorbilidades, con frecuencia se asocian con síntomas físicos como trastornos del sueño, fatiga, dificultad para concentrarse, frecuentemente con características propias del envejecimiento o con efectos secundarios de medicamentos utilizados en esta etapa de la vida. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2019)

Dentro de las causas sociales que dificultan el diagnóstico son problemas que aparecen en esta etapa de la vida como la pérdida de la salud propia o de familiares, deceso de familiares cercanos, jubilación, disminución de los ingresos económicos, incremento en los costos de los servicios de salud y la cercanía y planificación del final de la vida. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2019)

4.8.6 Escala de Ansiedad de Hamilton: Fue diseñada en 1959 por M. Hamilton, en un inicio constaba de 15 ítems, en donde cuatro de ellos se condensaron en dos reduciéndose a 13 ítems. Consecuentemente en 1969 se dividió el ítem de síntomas somáticos generales en dos existiendo en la actualidad la presencia de 14 ítems. En 1986 fue adaptado a una versión española realizada por Carrobles y cols (López, 2018).

Es el test de ansiedad más utilizado en la actualidad. Consta de un total de 14 ítems, siendo 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. El marco de referencia temporal son al menos los últimos 3 días en todos los ítems, excepto el último, en el que se valora la conducta del paciente durante la entrevista. Proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación en cada uno de los reactivos. Cada ítem se valora en una escala de 0 (ausente) a 4 (muy severo). La validez interna del instrumento indica que contiene dos dimensiones: la de ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y la somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13), lo que nos permite distinguir de manera más explícita la sintomatología. Los puntos de corte recomendados: No ansiedad: 0-5, Ansiedad leve: 6-14, Ansiedad moderada/grave: >15. (Marján, 2014).

El rango de la suma va de 0 a 56 puntos. Este test es sensible a las variaciones a través del tiempo, lo cual lo hace un excelente instrumento para evaluar cambios luego del tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, o combinado (Guerrón, 2016).

	Ausente	Leve	Moderada	Grave	Muy grave/ incapacitante
1. ESTADO DE ÁNIMO ANSIOSO (AP): Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad	0	1	2	3	4
2. TENSIÓN (AP): sensación de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	0	1	2	3	4
3. TEMORES (AP): A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. INSOMNIO (AP): dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos	0	1	2	3	4
5. FUNCIONES INTELECTUALES (AP): (Cognitivas): dificultad de concentración, mala o escasa memoria	0	1	2	3	4
6. HUMOR DEPRESIVO (AP): pérdida de interés, falta de placer en los pensamientos, depresión,	0	1	2	3	4

despertarse más temprano de lo esperado, variaciones anímicas a lo largo del día.					
7. SÍNTOMAS SOMÁTICOS MUSCULARES (AS): dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	0	1	2	3	4
8. SÍNTOMAS SOMÁTICOS SENSORIALES (AS): zumbidos de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad, sensación de parestesias (pinchazos, picazón u hormigueos)	0	1	2	3	4
9. SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES (AS): taquicardia, palpitaciones, dolores pre cordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de “baja presión” o desmayo, arritmias.	0	1	2	3	4
10. SÍNTOMAS RESPIRATORIOS (AS): Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o dificultad respiratoria)	0	1	2	3	4
11. SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES (AS): Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborigmos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	0	1	2	3	4

<p>12. SÍNTOMAS GENITOURINARIOS (AS):</p> <p>Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.</p>	0	1	2	3	4
<p>13. . SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (AS): sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)</p>	0	1	2	3	4
<p>14. COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA (AP):</p> <p>– General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial</p> <p>– Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales</p>	0	1	2	3	4

Fuente: (Lobo, 2002)

Elaboración: Elaboradores de la escala de ansiedad de Hamilton

4.8.7 Tratamiento:

La evaluación integral mediante entrevistas clínicas, escalas de calificación y pruebas de laboratorio para diagnosticar la ansiedad y descartar otras causas mentales es el primer paso esencial para diagnosticar y proporcionar un tratamiento basado en la evidencia. La decisión de prescribir un tratamiento médico se debe basar en la gravedad y duración de los síntomas, las condiciones comórbidas, medicación concurrente y la respuesta a tratamientos en el pasado, si es que hubo. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2019)

Para el tratamiento de la ansiedad se pueden considerar tres opciones: tratamiento farmacológico, psicológico o un tratamiento combinado (fármacos y psicoterapia). Este se lo establece en base al diagnóstico obtenido de las evaluaciones correspondientes y de la entrevista clínica. (Muñoz, 2018)

4.8.7.1 Tratamiento farmacológico:

Habitualmente en estos trastornos se usa dos tipos de fármacos: los ansiolíticos, y los antidepresivos. Los ansiolíticos más utilizados pertenecen al grupo de los benzodiazepinas de alta potencia como por ejemplo (Alprazolam, Loracepam, Diacepam, Cloracepam, etc.), estos se encargan de reducir los síntomas ansiosos en pocos minutos por lo que tienen un efecto tranquilizante; además disminuyen la intensidad como la frecuencia de los episodios de angustia. (Muñoz, 2018)

En el caso de los antidepresivos, los que comúnmente se emplean son los ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina), mismos que constituyen tratamiento de elección primaria. Este grupo está constituido por la Fluoxetina, Paroxetina, Fluvoxamina, Sertralina, Citalopram y Escitalopram. Poseen una alta especificidad contra la ansiedad y escasos efectos colaterales. (Muñoz, 2018)

4.8.7.2 Tratamiento Psicológico:

El tratamiento psicológico comprende diferentes técnicas que permitirán al paciente aprender a identificar las situaciones que le generan ansiedad y manejarlas de forma adecuada. El tratamiento se planteará de acuerdo al diagnóstico del paciente e incluirá técnicas de respiración y relajación. (Muñoz, 2018)

La mejor opción es el tratamiento combinado. La psicoterapia busca eliminar temores, interpretaciones erróneas de las sensaciones corporales y conductas evitativas respecto a los estímulos ansiógenos. (Sánchez, 2015)

4.8.7.3 Terapia cognitiva conductual:

Es una terapia a corto plazo que tiene como objetivo enseñar al paciente técnicas específicas para mejorar los síntomas y gradualmente volver a las actividades que desencadenaron el proceso ansioso. Se caracteriza por ser un método activo y directivo, en la cual el paciente y el terapeuta trabajan en forma conjunta y estructurada, con tareas fuera de sesión. En esta terapia se utiliza técnicas tanto conductuales como cognitivas como la relajación y respiración, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva, detención del pensamiento, resolución de problemas, desensibilización sistemática etc. (Muñoz, 2018)

4.9 Cuidados del adulto mayor

Es una necesidad primordial para la sociedad el apoyo de la familia y voluntarios capaces de ayudar y brindar los cuidados básicos del adulto mayor. En la actualidad se ha incrementado la esperanza de vida de la gente. No obstante, en algunas ocasiones las personas de edad avanzada han perdido parcial o totalmente su independencia, debido principalmente a enfermedades crónico-degenerativas que se agudizan con el pasar de los años (Zapata, 2016).

4.9.1 Cuidado por familiares.

La familia es la base social en la que se apoyan todos sus miembros, es aquí donde se satisfacen las necesidades físicas, mentales, económicas, de apoyo y atención. El cuidar a una persona adulta mayor dependiente, afecta enormemente al bienestar integral de quienes conviven con dicha persona, tanto por las implicaciones que tiene al observar que sus seres queridos están deteriorándose, así como por la responsabilidad que debe tener quien cuida de él. (Lara, 2014)

Las familias que deciden hacerse cargo del cuidado de un adulto mayor cercano en su propio hogar en vez de llevarlos a casas de reposo, y aunque puede transformarse en una labor compleja porque requiere de mucho tiempo y es una tarea que debemos cumplir con amor, compasión, dignidad y comprensión. Es importante integrar al adulto mayor a la familia, así como a grupos sociales. Realizar actividades en familia donde puedan compartir todos, como por ejemplo un asado el fin de semana, un paseo al parque o un viaje al campo. Incentivarlo a que participe en clubes como ajedrez, manualidades o de voluntariado también lo animará a una vida más activa. (Lara, 2014)

Es en el interior de la familia, donde la persona adulta mayor recibe apoyo afectivo, estímulo intelectual, y sentido de pertenencia. A mayor edad, una persona, necesita más sentirse parte de una familia, por lo tanto, no importa el grado de dependencia que la persona cuidada tenga, ésta debe permanecer junto a sus seres queridos, por principios de lazos afectivos y humanitarios. El mantenerlos en el entorno familiar les permite sentirse útiles, activos, pueden expresarse libremente, mantienen una adecuada autoestima, más la comprensión y el afecto de sus familiares, permitirá que personas dependientes, enfrenten ésta etapa de su vida, sin temor alguno y recuperen su independencia en la medida que su condición lo permita. (Lara, 2014)

4.9.2 Cuidados por una institución.

Los centros gerontológicos residenciales, son entidades que brindan servicios de acogida para la atención y cuidado a personas adultas mayores de 65 años o más que requieren de protección especial en forma temporal o definitiva, que no pueden ser atendidos por sus familiares. A su vez, es un servicio para personas adultas mayores que carezcan de un lugar donde residir de forma permanente y que se encuentren en situación de abandono, falta de referentes familiares, pobreza y pobreza extrema, en condiciones de alto riesgo o que manifiesten su voluntad de ingresar. (Secretaría Técnica Plan toda una vida, 2018)

El propósito de toda institución con los adultos mayores es elevar el nivel de salud, el grado de satisfacción, y la calidad de vida, mediante acciones de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación ejecutadas por los cuidadores de la institución (COTIDIAN, 2017).

Se puede esperar que las familias que menos acepten la condición de la persona adulta mayor dependiente y al rol que les corresponde asumir, presenten mayores dificultades para responder a la crisis por enfermedad ya que no se pueden adaptar a las nuevas condiciones de la dinámica familiar. Evidentemente la crisis familiar puede ocasionar desorganización y se va a percibir en todos los ámbitos. La familia requerirá durante la enfermedad mayor cantidad de recursos económicos por concepto de medicamentos, consultas, transporte, alimentación especial, adaptación física de la vivienda, etc. (Lara, 2014)

Si la familia no tiene apoyo, esta situación puede conducirla a buscar otra alternativa de cuidados para la persona adulta mayor dependiente como la institucionalización, de esta forma terceras personas se harán cargo de dichos cuidados. (Lara, 2014)

5. Materiales y métodos

5.1 Enfoque:

El trabajo de investigación tuvo un enfoque cuantitativo.

5.2 Tipo de diseño:

Fue de tipo descriptivo de corte transversal.

5.3 Unidad de estudio:

Adultos mayores del centro geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez” ubicado en la Av. Salvador Bustamante Celi y Agustín Carrión Palacios S/N en el barrio Jipiro de la parroquia El Valle.

5.4 Tiempo:

El tiempo de la investigación fue de siete meses desde julio 2019 hasta febrero 2020.

5.5 Universo y muestra:

Lo constituyeron los 42 adultos mayores residentes del centro geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez” de la ciudad de Loja, 24 mujeres y 18 hombres con edades entre 65 a 87 años de edad.

5.6 Criterios de inclusión:

- Adultos mayores residentes del centro geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez” de la ciudad de Loja.
- Adultos mayores que desearon participar en esta investigación y cuyas capacidades físicas e intelectuales estuvieron conservadas.

5.7 Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que no estuvieron de acuerdo de participar en este estudio.
- Adultos mayores con enfermedades mentales por no estar en la capacidad de responder a los test.

5.8 Técnicas:

Se aplicó el consentimiento informado, luego la encuesta para recolectar datos informativos, test de Yesavage para valorar el nivel de depresión y la escala de Hamilton para determinar el nivel de ansiedad.

5.9 Instrumentos:

5.9.1 Consentimiento informado. Se lo realizó con los parámetros que exige la OMS, se les dio a conocer a los participantes la finalidad del presente estudio, que los datos obtenidos serán anónimos y que se pueden negar a participar del mismo. (Anexo 4)

5.9.2 Encuesta para recolección de datos informativos. De autoría de la investigadora, estuvo orientada a la obtención de datos como: edad, género, estado civil, instrucción y ocupación. (Anexo 5)

5.9.3 Test de Yesavage para valorar la depresión. Su ventaja radica en que no se centra en molestias físicas, sino en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo, consta de 15 preguntas afirmativas/negativas y su valoración se la realiza de acuerdo al puntaje obtenido por la persona: 0-5 puntos no tiene depresión, 6-9 puntos probable depresión, 10-15 puntos depresión establecida. (Anexo 6)

5.9.4 Escala de Hamilton para determinar el nivel de ansiedad. Es el test de ansiedad más utilizado en la actualidad. Consta de un total de 14 ítems, cada uno se valora en una escala de 0 (ausente) a 4 (muy severo). Contiene dos dimensiones: la de ansiedad psíquica y la somática, lo que nos permite distinguir de manera más explícita la sintomatología. Los puntos de corte recomendados son: No ansiedad: 0-5, ansiedad leve: 6-14, ansiedad moderada/grave: >15. El rango de la suma va de 0 a 56 puntos. Este test es sensible a las variaciones a través del tiempo, lo cual lo hace un excelente instrumento para evaluar cambios luego del tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, o combinado. (Anexo 7)

5.10 Procedimiento:

La investigación inició con la aprobación del tema por parte de la principal autoridad de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja, se continuó el informe de la pertinencia de la investigación (anexo 1) y la asignación del director de tesis (anexo 2). Una vez asignado el director de tesis, se hicieron los trámites necesarios dirigidos a la directora del centro geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez” donde se obtuvo la autorización para la realización del trabajo de investigación (anexo 3).

Posteriormente se informó a cada uno de los adultos mayores sobre el propósito del estudio y el manejo de la información, seguido de la socialización y autorización del consentimiento informado (anexo 4).

Luego se procedió a la aplicación del formulario de recolección de datos informativos (anexo 5), se aplicó el test de Yesavage para valorar el nivel de depresión (anexo 6) y la escala de Hamilton que determinó el nivel de ansiedad (anexo 7).

Por último, se construyó una propuesta de prevención de depresión y ansiedad para los adultos mayores de esta casa de salud.

5.11 Análisis Estadístico:

Se utilizó el programa Microsoft Excel para ordenar los datos recopilados, los mismos que fueron exportados al programa SPSS versión 25, en este software los datos fueron analizados estadísticamente, con el fin de encontrar las diferencias entre las variables de depresión y ansiedad. Se utilizó el análisis estadístico Chi cuadrado para encontrar si existe asociación entre las variables.

Los resultados fueron presentados en tablas de frecuencia y porcentaje, las cuales nos ayudaron a determinar la presencia o ausencia de depresión y ansiedad en los participantes del estudio y su relación con las diversas variables de la recolección de datos informativos presentes en las encuestas aplicadas.

6. Resultados

6.1 Resultados para el primer objetivo

Identificar la presencia de depresión en relación a edad, género, estado civil, nivel de instrucción y ocupación.

Tabla 1. Presencia de depresión en relación a la edad, género, estado civil, nivel de instrucción y ocupación de los adultos mayores que residen el geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez” de la ciudad de Loja, julio 2019- febrero 2020.

FACTORES	DEPRESIÓN							
	NO DEPRESIÓN		PROBABLE DEPRESIÓN		DEPRESIÓN ESTABLECIDA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
EDAD								
65-74 AÑOS	2	66,7	15	53,6	5	45,5	22	52,4
75-84 AÑOS	1	33,3	11	39,3	3	27,3	15	35,7
>85 AÑOS	0	0,0	2	7,1	3	27,3	5	11,9
GÉNERO								
FEMENINO	2	66,7	15	53,6	7	63,6	24	57,1
MASCULINO	1	33,3	13	46,4	4	36,4	18	42,9
ESTADO CIVIL								
SOLTERO	0	0,0	10	35,7	2	18,2	12	28,6
CASADO	0	0,0	3	10,7	0	0,0	3	7,1
DIVORCIADO	0	0,0	3	10,7	2	18,2	5	11,9
VIUDO	3	100,0	12	42,9	7	63,6	22	52,4
INSTRUCCIÓN								
ANALFABETO	1	33,3	10	35,7	6	54,5	17	40,5
PRIMARIA	2	66,7	14	50,0	5	45,5	21	50,0
SECUNDARIA	0	0,0	3	10,7	0	0,0	3	7,1
SUPERIOR	0	0,0	1	3,6	0	0,0	1	2,4
OCUPACIÓN								
AGRICULTOR	1	33,3	12	42,9	3	27,3	16	38,1
AMA DE CASA	2	66,7	9	32,1	2	18,2	13	31,0
DOCENTE	0	0,0	1	3,6	0	0,0	1	2,4
COMERCIANTE	0	0,0	6	21,4	6	54,5	12	28,6

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Karen Anaí Tenesaca

Análisis e interpretación:

En la población de estudio lo que más se evidenció fue la presencia de probable depresión, la misma que afectó principalmente a edades entre 65 a 74 años (53,6%) n=15, al género femenino (53,6%) n=15, viudos (42,9%) n= 12, con instrucción primaria (50%) n=14 y aquellos que fueron agricultores (42,9%) n=12. La depresión establecida se presentó con mayor frecuencia en los participantes con edades entre 65 a 74 años (45,5%) n=5, al género femenino (63,6%) n=7, a los participantes viudos (63,6%) n= 7, analfabetos (54,5%) n=6 y comerciantes (54,5%) n=6.

6.2 Resultados para el segundo objetivo

Identificar la presencia de ansiedad en relación a edad, género, estado civil, nivel de instrucción y ocupación.

Tabla 2. Presencia de ansiedad en relación a edad, género, estado civil, nivel de instrucción y ocupación de los adultos mayores que residen el geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez” de la ciudad de Loja, julio 2019- febrero 2020.

FACTORES	ANSIEDAD							
	NO ANSIEDAD		LEVE		MODERADA/ GRAVE		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
EDAD								
65-74 AÑOS	3	60,0	17	54,8	2	33,3	22	52,4
75-84 AÑOS	2	40,0	10	32,3	3	50,0	15	35,7
>85 AÑOS	0	0,0	4	12,9	1	16,7	5	11,9
GÉNERO								
FEMENINO	3	60,0	18	58,1	3	50,0	24	57,1
MASCULINO	2	40,0	13	41,9	3	50,0	18	42,9
ESTADO CIVIL								
SOLTERO	2	40,0	10	32,3	0	0,0	12	28,6
CASADO	0	0,0	3	9,7	0	0,0	3	7,1
DIVORCIADO	2	40,0	3	9,7	0	0,0	5	11,9
VIUDO	1	20,0	15	48,4	6	100,0	22	52,4
INSTRUCCIÓN								
ANALFABETO	3	60,0	12	38,7	2	33,3	17	40,5
PRIMARIA	1	20,0	16	51,6	4	66,7	21	50,0
SECUNDARIA	0	0,0	3	9,7	0	0,0	3	7,1
SUPERIOR	1	20,0	0	0,0	0	0,0	1	2,4
OCUPACIÓN								
AGRICULTOR	2	40,0	12	38,7	2	33,3	16	38,1
AMA DE CASA	1	20,0	9	29,0	3	50,0	13	31,0
DOCENTE	1	20,0	0	0,0	0	0,0	1	2,4
COMERCIANTE	1	20,0	10	32,3	1	16,7	12	28,6

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Karen Anaí Tenesaca

Análisis e interpretación:

La tabla 2 hace referencia a los pacientes que presentaron ansiedad, en donde prevaleció la ansiedad leve, misma que en su mayoría afectó a edades entre 65 a 74 años (54,8%) n=17, al género femenino (58,1%) n=18, a los participantes viudos (48,4%) n=15, aquellos que tuvieron nivel de instrucción primaria (51,6%) n=16 y a los que fueron agricultores (38,7%) n=12. La ansiedad moderada/grave se evidenció principalmente en edades entre 75 a 84 años (50%) n=3, el género femenino y masculino fueron afectados por igual (50%) n=3 cada uno, viudos (100%) n= 6, con instrucción primaria (66,7%) n=4 y aquellas que fueron ama de casa (50%) n=3.

6.3 Resultados para el tercer objetivo

Establecer si existe asociación entre depresión y ansiedad en este grupo etario.

Tabla 3. Asociación entre depresión y ansiedad en los adultos mayores que residen en el geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez” de la ciudad de Loja, julio 2019- febrero 2020.

DEPRESIÓN ANSIEDAD	PROBABLE DEPRESIÓN		DEPRESIÓN ESTABLECIDA		TOTAL	CHI CUADRADO
	F	%	F	%		
LEVE	22	78,6	9	81,8	31	p= 0,044
MODERADA/GRAVE	4	14,3	2	18,2	6	
TOTAL	26	100,0	11	100,0	37	

Fuente: Encuesta

Elaborado por: Karen Anaí Tenesaca

Análisis e interpretación:

La tabla 3 indica la asociación directa que existe entre depresión y ansiedad, porque el valor de p fue de 0,044 y para que exista relación debe existir un valor de p menor a 0,05. Se evidenció que los pacientes que presentaron probable depresión tuvieron ansiedad leve (78,6%) n=22 y los pacientes con depresión establecida presentaron ansiedad leve (81,8%) n=9.

6.4 Resultados para el cuarto objetivo

Construir una propuesta de prevención de depresión y ansiedad en los adultos mayores de esta casa de salud.

Propuesta

- **Título**
 - Intervención para depresión y ansiedad en los adultos mayores del centro geriátrico Daniel Álvarez Sánchez de la ciudad de Loja.

- **Persona responsable:**
 - Karen Anaí Tenesaca Camacho

- **Beneficiarios:**
 - Adultos mayores y personal responsable del centro geriátrico Daniel Álvarez Sánchez de la ciudad de Loja.

- **Ubicación:**
 - Ubicado en la provincia de Loja, ciudad de Loja, en la Av. Salvador Bustamante Celi y Agustín Carrión Palacios S/N en el barrio Jipiro de la parroquia El Valle.

- **Tiempo estimado para la ejecución:**
 - 7 horas

- **Costos:**
 - Se tuvo un presupuesto de 60 dólares, los mismos que se los invirtió en material audiovisual para conferencia y refrigerio.

- **Objetivo:**

- Concientizar a los adultos mayores y al personal responsable del centro geriátrico sobre la importancia de la salud mental para poder tener un estado emocional adecuado.
- Brindar información sobre la depresión y ansiedad y su influencia en la calidad de vida de los adultos mayores.
- Proporcionar información para mejorar la salud mental y evitar las complicaciones de la depresión y ansiedad.

- **Actividades:**

- Saludo y presentación a los adultos mayores
- Proyección de material audiovisual referente a depresión y ansiedad en el adulto mayor
- Charlas
- Presentación de periódico mural
- Actividades lúdico motrices como método de prevención de depresión y ansiedad.
- Refrigerio
- Preguntas y respuestas
- Agradecimiento
- Despedida

FECHA Y HORA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	CONTENIDOS	RESPONSABLE
<p>23-11-2019</p> <p>09H00 - 11H00</p> <p>11H00–12H00</p> <p>ALMUERZO</p> <p>13H00-15H00</p> <p>REFRIGERIO</p> <p>16H00</p>	<p>-Concientizar a los adultos mayores y al personal responsable del centro geriátrico sobre la importancia de la salud mental para poder tener un estado emocional adecuado.</p> <p>-Brindar información sobre la depresión y ansiedad y su influencia en la calidad de vida de los adultos mayores.</p> <p>-Proporcionar información para mejorar la salud mental y evitar las complicaciones de la depresión y ansiedad</p>	<p>-Charlas a los adultos mayores y personal centro geriátrico.</p> <p>-Presentación de periódico mural.</p> <p>- Actividades lúdico motrices.</p>	<p>-Conferencia sobre factores de riesgo para el desarrollo de depresión y ansiedad.</p> <p>-Conferencia sobre complicaciones que produce la depresión y ansiedad en los adultos mayores.</p> <p>-Almuerzo</p> <p>-Charla sobre recomendaciones para mejorar la salud mental de los adultos mayores y evitar las complicaciones de la depresión y ansiedad.</p> <p>-Presentación de periódico mural: Evitemos la depresión y ansiedad.</p> <p>-Actividades lúdico motrices como método de prevención de depresión y ansiedad.</p> <p>-Refrigerio</p> <p>-Preguntas y respuestas</p> <p>-Despedida</p>	<p>Karen Anaí Tenesaca C.</p>

7. Discusión

La proporción de adultos mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasará de 12% a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años. Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer. (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En cuanto a los datos sociodemográficos en la presente investigación se obtuvo que el 52,4% de la población analizada comprende edades entre 65 a 74 años, siendo el género femenino el predominante (57,1%), datos que se relacionan con la investigación realizada por (Belesaca, 2016) con el tema: Causas y consecuencias del abandono en el adulto mayor del centro gerontológico “Cristo Rey”, el mismo que se realizó en la ciudad de Cuenca, en donde menciona que en las personas mayores a 60 años la depresión y ansiedad son trastornos mentales muy frecuentes y se considera al género femenino con mayor tendencia a presentar cuadros depresivos o de ansiedad. Por lo que las dos investigaciones coinciden en que la población de adultos mayores sobrepasa los 60 años de edad y el género femenino representa la mayor parte de su población.

El proceso de envejecimiento de la población es una de las múltiples facetas de desarrollo humano a la cual están expuestas las personas. El creciente aumento de los grupos de la tercera edad a nivel regional, nos invita a pensar sobre la importancia de identificar las principales problemáticas que enfrentan las personas adultas mayores. (Secretaría Técnica Plan toda una vida, 2018)

En cuanto a la incidencia de depresión en los adultos mayores, en la presente investigación afectó en orden de prevalencia al género femenino (57,1%) y a los adultos mayores entre 65-74 años de edad (52,4%), en esta población prevaleció la probable depresión, datos que se relacionan con la investigación realizada por (Rivera, 2015) con el tema la depresión en la vejez: un importante problema de salud, donde menciona que la depresión es un trastorno cuya prevalencia asciende en aquellos que tienen más de 65 años, las mujeres tienen más riesgo que los hombres de padecer síntomas depresivos y la mayoría de los adultos mayores presentan probable depresión.

Con respecto a la presencia de ansiedad en los adultos mayores, al igual que la depresión afectó principalmente a aquellos entre 65-74 años de edad y al género femenino. En la población de estudio predominó la ansiedad leve, la misma que en su mayoría afectó a edades entre 65-74 años (54,8%) y al género femenino (58,1%), lo que coincide con la investigación realizada por (Buitrago, 2018) titulado: Niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores en condición de abandono familiar, realizado en un hogar geriátrico de Colombia, donde menciona que la ansiedad se presenta en los adultos mayores a 65 años, las mujeres fueron las más afectadas y la población presentó niveles de ansiedad leves resultados que se relacionan con el estilo de vida que estas personas tienen en el hogar.

Referente al estado civil de los adultos mayores se obtuvo que la depresión y ansiedad se presenta con mayor frecuencia en aquellos participantes que son viudos, aunque también fueron afectados en gran parte los solteros, en cuanto al nivel de instrucción afectó a aquellos con estudios primarios y que eran agricultores, datos que se relacionan con la investigación realizada por (Jiménez, 2015) con el tema: depresión y ansiedad en geriatría, donde menciona que los trastornos emocionales en el adulto mayor tienen gran asociación con estado civil de divorcio o separación conyugal, nivel socioeconómico bajo, sin escolaridad, escaso apoyo

social, presencia de acontecimientos vitales recientes adversos e inesperados y problemas de salud que dan lugar a incapacidad.

Se encontró que existe relación entre depresión y ansiedad, debido a que los adultos mayores que presentaron probable depresión tuvieron ansiedad leve (78,6%) y los pacientes con depresión establecida presentaron ansiedad leve (81,8%), por lo que se coincide con la investigación realizada por (Valdés, 2017) en el centro geriátrico "Celia Sánchez Manduley" de Cuba, con el tema: Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores, donde menciona que el hecho de tener riesgo de ansiedad mostró prevalencias más elevadas de síntomas de depresión y donde fueron frecuentes los cuadros mixtos de depresión y ansiedad.

Es importante tomar en cuenta estos resultados y hacer conciencia sobre la importancia del cuidado del adulto mayor y las necesidades que requieren, para mejorar su calidad de vida y prevenir problemas de salud mental. También tomar en cuenta la asociación directa que existe entre la depresión y ansiedad para así evitar sus complicaciones. Los resultados que se obtuvieron en el presente trabajo investigativo coinciden con estudios que ya fueron realizados con anterioridad en Europa y América Latina.

8. Conclusiones

- Luego de la realización del presente trabajo investigativo se determinó que la depresión y ansiedad afecta principalmente a los adultos mayores con edades entre 65-74 años y el género femenino fue el más afectado.
- En cuanto a la incidencia de depresión y ansiedad se concluyó que, en la población de estudio lo que prevaleció fue la probable depresión y la ansiedad leve, mismas que se encontraron en pacientes viudos, cuyo nivel de instrucción fue primaria y que eran agricultores.
- Se determinó que existe asociación entre depresión y ansiedad debido a que son los dos principales problemas de salud mental que afectan a los adultos mayores y son consecuencias el uno del otro, se evidenció que los que presentaron probable depresión tuvieron ansiedad leve.
- Luego de la charla impartida en el geriátrico se concluyó que fue una actividad gratificante y enriquecedora para los adultos mayores y personal del centro geriátrico, pues se aprendió la importancia de la salud mental para evitar la depresión y ansiedad, así como sus complicaciones.

9. Recomendaciones

- Se recomienda a las autoridades, personal de salud y de cuidado del geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez” tomen en consideración estos resultados para realizar estrategias en beneficio de la salud mental y emocional de los adultos mayores.
- Se sugiere que se disponga de un equipo de salud multidisciplinario para la detección oportuna de los problemas de salud mental y emocionales para tratarlos de manera oportuna y evitar complicaciones.
- Se propone la realización periódica de talleres, ejercicio físico, terapias y actividades que involucren a sus familiares para que contribuyan a mejorar la salud mental y emocional de los adultos mayores.
- Se recomienda continuar con el plan de intervención para la depresión y ansiedad en beneficio de los adultos mayores residentes del centro geriátrico.
- Tomar en cuenta el presente trabajo para la realización de una nueva investigación, obtener nuevos resultados y así poder compararlos para determinar si hubo cambios en beneficio de su comunidad.

10. Bibliografía

Alvino, D. (2016). Señales para identificar depresión en el adulto mayor. México. Disponible en: <https://www.salud180.com/salud-dia-dia/6-senales-para-identificar-depresion-en-el-adulto-mayor>

Belesaca, M. (2016). Causas y consecuencias del abandono en el adulto mayor del centro gerontológico “Cristo Rey”. Cuenca. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25629/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20C3%93N.pdf>

Buitrago, L. (2018). Niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores en condición de abandono familiar. Colombia. Disponible en: <https://integracion-academica.org/attachments/article/203/07%20Ansiedad%20y%20Estrés%20-%20L%Buitrago%20L%Cordon%20L%Cortes.pdf>

Bruning, K. (2019). Depresión en adultos mayores: una mirada desde la medicina familiar. Chile. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/08/Articulo-Depresion-en-AM-Bruning.pdf>

Chamba, G. (2019). Depresión de los adultos mayores de la “casa del día San José” de la ciudad de Loja. Ecuador. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/22051>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2016). La matriz de la desigualdad social en América Latina. Santo Domingo. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/matriz_de_la_desigualdad.pdf

Cotidian. (2017). Consejos para cuidar a un adulto mayor. Consultado el 24 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.cotidian.cl/articulos/consejos-para-cuidar-a-un-adulto-mayor>

Diagnóstico y tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el primer nivel de Atención. México: Secretaría de Salud, 2014. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GPC_DEPRESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf

Espinoza, R. (2019). Diagnosis and management of late-life unipolar depression. California. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-management-of-late-life-unipolar-depression>

García, J. (2017). Tipos de depresión: sus síntomas, causas y características. España. Disponible en: <https://psicologiymente.com/clinica/tipos-de-depresion>

Guerrón, M. (2016). Consecuencias Emocionales en el Adulto Mayor Ocasionadas por El Abandono de sus Familiares En El Hogar de Vida Conocoto, octubre 2014 - Febrero 2015". Ecuador. Quito. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10419/1/T-UC-0017-TS008-2016.pdf>

Guerrón M. (2016). El deterioro cognitivo y la ansiedad en el adulto mayor que asiste al programa de envejecimiento activo del IESS Ambato. Ecuador. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/18032/2/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20%284%29.pdf>

INEC. (2019). Proyección por edades Provincias 2010-2020 y nacional. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/proyecciones-poblacionales/>

Iñahuazo, F. (2021). La sala multisensorial “de Snoezelen” para reducir los niveles de ansiedad en adultos mayores, del hogar de ancianos “Daniel Álvarez Sánchez” de la parroquia el Valle de la ciudad de Loja periodo octubre 2019 – septiembre 2020. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/23822/1/fernando%20i%c3%blaguazo.pdf>

Jiménez, M. (2015). Depresión y ansiedad en geriatría. España. Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/S35-05%2023_II%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/S35-05%2023_II%20(4).pdf)

Lagos. L. (2020). Generalidades sobre Envejecimiento, Vejez y Personas Mayores. Chile. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Generalidades-86.pdf>

Lara, R. Velarde, A. Mena, A. Alvarez, P. (2014). Manual Para Cuidadores De La Persona Adulta Mayor Dependiente. Ministerio de Salud Del Ecuador. Disponible en: <https://goo.gl/8iawwj>

Lobo A. et al. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. España. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/256812219_Validacion_de_las_versiones_en_espanol_de_la_Montgomery-Asberg_Depression_Rating_Scale_y_la_Hamilton_Anxiety_Rating_Scale_para_la_evaluacion_de_la_depresion_y_de_la_ansiedad_Validation_of_the_Spanish

López M. (2018). Niveles de ansiedad en las y los trabajadores de los centros infantiles del buen vivir (cibv) del cantón Ambato. Ecuador. Disponible en: <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/2175/1/76597.pdf>

Luzuriaga, J. (2017). Ansiedad y su relación con síntomas somáticos en los familiares cuidadores primarios de pacientes con discapacidad (física, intelectual y mental) que acuden al Área de Salud N°3 de la ciudad de Loja periodo 2016. Ecuador. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/18453>

Marján, M. et al. (2014). Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. México. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n6/v37n6a9.pdf>

Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2014). Guía operativa del modelo de atención y gestión espacios alternativos del buen vivir para el adulto mayor. Disponible en:

<https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/GUIA-PAM-ESPACIOS-ALTERNATIVOS.pdf>

Muñoz, K. (2018). Ansiedad y depresión en los residentes pertenecientes a la estación municipal de auxilio terapéutico y control humanitario de la mendicidad #1 en el periodo diciembre 2014 – junio 2018. Ecuador. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/21504>

Ojeda, D. (2015). Intervención de enfermería en la atención del adulto mayor en relación con la depresión, en los ancianos que habitan en el hogar “Cristo Rey”. Cuenca. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23061/1/Tesis%20Pregrado.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Envejecimiento y salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Organización mundial de la salud. (2020). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-ElEnvejecimientoDelAdultoMayorYSusPrincipalesCarac-6788154.pdf>

Pacheco, M. (2016). Repercusión del abandono en el estado mental y emocional del adulto mayor que reside en el asilo de ancianos hogar San José de la ciudad de Cariamanga. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/9878>

Pocomucha, J. (2019). Depresión en adultos mayores atendidos en el centro de salud Santa Rosa de Sacco, Yauli - Junín 2019. Perú. Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/3017/TESIS-SEG-ESP-OBSTETRICIA-2019-POCOMUCHA%20SUMARI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Quizhpe, A. (2018). Factores asociados a la depresión del adulto mayor institucionalizado en el hospital general -Isidro Ayora de la ciudad de Loja. Ecuador. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/20626>

Rivera, J. (2015). La depresión en la vejez: un importante problema de salud. México. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/308/30843703006.pdf>

Sánchez, K. (2015). Depresión y ansiedad en pacientes adultos bajo tratamiento antineoplásico maligno en el hospital oncológico de Solca de la ciudad de Loja en el período marzo – julio 2014. Ecuador. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/11037>

Sánchez, L. (2018). Grados de depresión. España. Disponible en: <https://www.diariofemenino.com/articulos/psicologia/depresion/grados-de-depresion-conoce-la-escala-de-la-depresion/>

Sánchez, O. (2019). Envejecimiento poblacional: algunas valoraciones desde la antropología. Cuba. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2019/me193i.pdf>

Secretaría técnica Plan Toda una Vida. Misión mis mejores años. Ecuador. 2018. Disponible en: https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/12/BrochureMisMejoresAn%CC%83os_L5.pdf

Valdés, M. (2017). Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. Cuba. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v33n4/a01_296.pdf

Vélez, E. (2019). El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. Ecuador. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/357>

Venegas, C. (2016). Relación de depresión y red social de apoyo en adultos mayores de la parroquia Santa Ana. Ecuador. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/6461/1/12599.pdf>

Zapata, C. (2016). Los cuidados básicos del adulto mayor. Consultado el 24 de febrero de 2018. Disponible en: <https://acoger.com.co/los-cuidados-basicos-del-adulto-mayor/>

11. Anexos

Anexo 1. Informe de pertinencia


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

MEMORÁNDUM Nro. 478 CCM-ASH-UNL

PARA: Srta. Karen Anaí Tenesaca Camacho
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 04 de julio de 2018

ASUNTO: **INFORME DE PERTINENCIA**

Mediante el presente expreso un cordial saludo, a la vez que me permito informarle sobre el proyecto de investigación, "**DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO GERIÁTRICO DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ, DE LA CIUDAD DE LOJA**", de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por el Dr. Tito Goberth Carrión Dávila, Docente de la Carrera, **que su tema es pertinente**, por lo que puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,


Dra. **Elvia Raquel Ruiz Bustán**
DIRECTORA.



C.c.- Archivo
Bcastillo

Anexo 2. Designación de director de tesis

UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

EMORÁNDUM Nro.0105 DCM-FSH-UNL

PARA: Dra. Gabriela Chacón
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**

FECHA: 25 de febrero de 2021

ASUNTO: **Designar Nuevo Director de Tesis**

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designada como nueva Directora de tesis del tema: **"DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO GERIÁTRICO DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ DE LA CIUDAD DE LOJA"**, autoría de la Srta. Karen Anai Tenesaca Camacho, en vista que el Dr. Ángel Ordoñez se acogió al derecho de jubilación.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



TANIA VERONICA
CARRERA FARRA

Dra. Tania Cabrera
**ENCARGADA DE LA GESTIÓN ACADÉMICA
DE LA CARRERA DE MEDICINA**
C.c.- Archivo, Estudiante.
NOT

Anexo 3. Autorización para trabajo de investigación


UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE SALUD HUMANA
 DIRECCIÓN DE LA CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro. 922 CCM-FSH-UNL

PARA: Hna. Sara Samaniego
DIRECTORA DEL CENTRO GERIÁTRICO DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ DE LA CIUDAD DE LOJA.

DE: Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 15 de noviembre de 2018

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, deseando le 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 Srta. **Karen Anaí Tenesaca Camacho**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda tener acceso a la población del Centro para aplicar dos test y obtener la recopilación de datos, y, que cumplan con los criterios de inclusión del proyecto, información que le servirá para la realización de la tesis: **"DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO GERIÁTRICO DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ DE LA CIUDAD DE LOJA"**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión del **Dr. Tito Carrión**, Catedrático de esta Institución.

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

Atentamente,


 Md. Mgs. Sandra Mejía Michay
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA
 C.c.- Archivo
 NOT



*Recibo original
 Sara Samaniego
 23-11-2018.*



Anexo 4. Consentimiento informado



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tema de investigación: Depresión y ansiedad en el adulto mayor del centro geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez” de la ciudad de Loja.

Investigadora: Karen Tenesaca

Estudiante de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja

Estimado (a) señor (a):

Solicitud del consentimiento informado

Me dirijo a usted cordialmente con el fin de solicitar su colaboración en el presente trabajo de investigación, el cual tiene como objetivo: Determinar la incidencia de depresión y ansiedad de los adultos mayores que acuden al centro geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez” de la ciudad de Loja

Su participación es completamente voluntaria, no le producirá ningún tipo de daño físico, ni psicológico, siempre se respetará sus derechos humanos, tampoco le implicará ningún costo económico.

La información recolectada tendrá carácter anónimo y confidencial, por lo tanto, no escriba su nombre y apellido en los instrumentos que se le den para recolectar la información. Esta información será utilizada en el estudio que desarrolla la investigadora.

Autorización del adulto mayor para participar en la investigación

Una vez leído este documento y aclaradas todas las dudas, consiento en forma voluntaria a participar en el estudio. Así mismo he sido notificado que no aparecerá mi nombre en los instrumentos usados por la investigadora para recoger la información, lo que le da un carácter confidencial a los datos recolectados.

Firma del participante o huella dactilar

Fecha _____

Anexo 5. Recolección de datos informativos



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

ENCUESTA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS INFORMATIVOS

TEMA: Depresión y ansiedad en el adulto mayor del centro geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez” de la ciudad de Loja

PRESENTACIÓN:

Soy estudiante de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, la presente investigación es con el fin de obtener información sobre la depresión y ansiedad del adulto mayor, para lo cual le solicito su colaboración para la realización de la siguiente entrevista.

DATOS GENERALES:

1. Edad:

2. Género:

(F) (M)

3. Estado civil:

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

4. Instrucción:

Ninguna () Primaria () Secundaria () Superior ()

5. Ocupación:

Anexo 6. Test de depresión de Yesavage



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA
TEST DE YESAVAGE

Tema de investigación: Depresión y ansiedad en el adulto mayor del centro geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez” de la ciudad de Loja.

	SI	NO
1. ¿Está satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3. ¿Cree que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
5. ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6. ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1	0
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿A menudo se siente abandonado/a?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0

10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1
12. ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
13. ¿Se encuentra lleno de energía?	0	1
14. ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que los otros están mejor que usted?	1	0

0-5 puntos: no tiene depresión

6-9 puntos: probable depresión

10 o más: depresión establecida

Anexo 7. Escala de ansiedad de Hamilton



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA
ESCALA DE HAMILTON

Tema de investigación: Depresión y ansiedad en el adulto mayor del centro geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez” de la ciudad de Loja.

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, los siguientes síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

	Ausente	Leve	Moderada	Grave	Muy grave/ incapacitante
1. ESTADO DE ÁNIMO ANSIOSO (AP): Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad	0	1	2	3	4
2. TENSIÓN (AP): sensación de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	0	1	2	3	4

3. TEMORES (AP): A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. INSOMNIO (AP): dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos	0	1	2	3	4
5. FUNCIONES INTELECTUALES (AP): (Cognitivas): dificultad de concentración, mala o escasa memoria	0	1	2	3	4
6. HUMOR DEPRESIVO (AP): perdida de interés, falta de placer en los pensamientos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado, variaciones anímicas a lo largo del día.	0	1	2	3	4
7. SÍNTOMAS SOMÁTICOS MUSCULARES (AS): dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	0	1	2	3	4
8. SÍNTOMAS SOMÁTICOS SENSORIALES (AS): zumbidos de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad, sensación de parestesias (pinchazos, picazón u hormigueos)	0	1	2	3	4
9. SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES (AS): taquicardia, palpitaciones, dolores pre cordial (en el	0	1	2	3	4

pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de “baja presión” o desmayo, arritmias.					
10. SÍNTOMAS RESPIRATORIOS (AS): Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o dificultad respiratoria)	0	1	2	3	4
11. SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES (AS): Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborigmos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	0	1	2	3	4
12. SÍNTOMAS GENTOURINARIOS (AS): Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. . SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO (AS): sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA (AP): – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante,	0	1	2	3	4

<p>temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial</p> <p>– Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales</p>					
---	--	--	--	--	--

No ansiedad: 0-5

Ansiedad leve: 6-14

Ansiedad moderada/grave: >15

Ansiedad Psíquica	
Ansiedad Somática	
Puntuación Total	

Anexo 8. Certificado de traducción de inglés

Loja, 23 de junio del 2021

Karen Anai Tenesaca Camacho

**CERTIFICADO EN SUFICIENCIA DEL IDIOMA INGLÉS POR FINE TUNED
ENGLISH****CERTIFICA:**

Que he realizado la traducción de español a inglés del artículo científico y resumen derivado de la tesis denominada **“Depresión y ansiedad en el adulto mayor del centro geriátrico Daniel Álvarez Sánchez de la ciudad de Loja”**, de autoría de la señora Karen Anai Tenesaca Camacho, con número de cédula 1103727176, estudiante de la carrera de Medicina de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, la misma que se encuentra bajo la dirección de la Dra. Gabriela de los Ángeles Chacón Valdiviezo, Esp., previo a la obtención del título de Médico General.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando al interesado hacer uso del presente en lo que creyere pertinente

Atentamente:



Karen Anai Tenesaca Camacho

Certificado en suficiencia del idioma inglés por Fine Tuned English

Anexo 9. Designación de tribunal de tesis

UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro.0339 DCM-FSH-UNL

PARA: Dr. Oscar Sarango (Presidente)
Dr. Byron Salazar
Dra. Yadira Gavilanes
DOCENTES DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 15 de Junio de 2021

ASUNTO: DESIGNAR TRIBUNAL DE TESIS

Por medio de la presente me permito comunicar a usted que ha sido designado(a) miembro tribunal para la Sesión Reservada (vía telemática) de la Tesis Adjunta denominada: **“DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO GERIÁTRICO DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ DE LA CIUDAD DE LOJA”** autoría de la Srta. **Karen Anaí Tenesaca Camacho**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**TANIA VERONICA
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Estudiante.
TVCP/NOT

Anexo 10. Fotografías



Lugar: Geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez”

Actividad: Socialización consentimiento informado



Lugar: Geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez”

Actividad: Consentimiento informado



Lugar: Geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez”

Actividad: Recolección datos informativos



Lugar: Geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez”

Actividad: Recolección datos informativos



Lugar: Geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez”

Actividad: Aplicación de test



Lugar: Geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez”

Actividad: Aplicación de test



Lugar: Geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez”

Actividad: Conferencia: depresión y ansiedad



Lugar: Geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez”

Actividad: Mural: Prevención depresión y ansiedad



Lugar: Geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez”

Actividad: Actividades lúdico motrices



Lugar: Geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez”

Actividad: Actividades lúdico motrices



Lugar: Geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez”

Actividad: Refrigerio



Lugar: Geriátrico “Daniel Álvarez Sánchez”

Actividad: Socialización de resultados con personal