



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREVALENCIA DE
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL
PROGRAMA VIDA HERMOSA DEL MUNICIPIO DEL CANTÓN
MERA, PASTAZA. AÑO 2015”**

*TESIS DE GRADO PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA*

AUTORA:

Jhoana Alexandra Aigaje Romero

DIRECTORA:

Lic. Zoila Beatriz Bastidas Ortiz

PUYO- ECUADOR

2015

CERTIFICACIÓN

Lic. Zoila Beatriz Bastidas Ortiz

DOCENTE DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DEL PLAN DE CONTINGENCIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA SEDE PUYO.

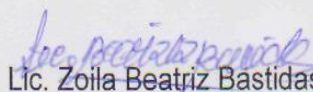
CERTIFICO:

Que la presente tesis titulada **“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL PROGRAMA VIDA HERMOSA DEL MUNICIPIO DEL CANTÓN MERA, PASTAZA. AÑO 2015”**, desarrollada por la señora Jhoana Alexandra Aigaje Romero, ha sido elaborada bajo mi dirección y cumple con los requisitos de fondo y de forma que exigen los respectivos reglamentos e instructivos.

Por ello autorizo su presentación y sustentación.

Puyo, 27 de octubre de 2015

Atentamente,


Lic. Zoila Beatriz Bastidas Ortiz

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **Jhoana Alexandra Aigaje Romero** declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

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

AUTORA: Jhoana Alexandra Aigaje Romero

FIRMA:.....

CÉDULA: 1500835499

FECHA: Loja, 30 de octubre de 2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, **Jhoana Alexandra Aigaje Romero** declaro ser autora, de la tesis titulada **“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL PROGRAMA VIDA HERMOSA DEL MUNICIPIO DEL CANTÓN MERA, PASTAZA. AÑO 2015”**, como requisito para optar al grado de: Licenciada en Enfermería, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Digital Institucional, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tengan convenio la Universidad.

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

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 30 días del mes de octubre del dos mil quince, firma la autora.

FIRMA:



AUTORA: Jhoana Alexandra Aigaje Romero.

CEDULA 1500835499

DIRECCIÓN: Provincia Pastaza- Cantón Mera- Ciudad Mera- Parroquia Mera
Calle vía al dique de Mera Ciudadela Las Orquídeas

CORREO ELECTRÓNICO: jholexa@hotmail.com

TELÉFONO: Cel. 0983232413

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Lic. Zoila Beatriz Bastidas Ortiz

Tribunal de grado:

Lic. Elva Leonor Jiménez Jiménez	PRESIDENTA
Lic. Aura Guillermina Angamarca Morocho	VOCAL
Lic. Luz Marianela Merino Chamba	VOCAL

DEDICATORIA:

A Dios

Por haberme dado sabiduría, paciencia, y mucha fe para llegar hasta el final, por todas las bendiciones derramas en mi persona y así lograr todo lo propuesto.

A mi esposo

Por su apoyo incondicional, su amor y paciencia que día a día hizo posible que mis sueños se cumplan, para así lograr mi tan deseada profesión, gracias por esos momentos de mi ausencia que por cuestiones del estudio te tocaba ser madre y padre para nuestro hijo, eres el complemento de mi vida y no me alcanzaría la vida para agradecerte todo lo que has hecho por mí.

A mi hijo Sebastián

Por ti hijo mío, inspiración que me das todos los días de mi vida, al contemplar tu pequeño rostro lleno de ternura e inocencia me han dado las fuerzas necesarias para seguir adelante y alcanzar este mi gran sueño, mi profesión.

Mis padres

Gracias, por inculcar en mí el deseo de superación y dedicación a lo que uno se propone, a pesar de los obstáculos de la vida me han enseñado que querer es poder y siempre han estado a mi lado apoyándome y dándome ánimos.

Jhoana Aigaje

AGRADECIMIENTO

En primer lugar quiero agradecer a Dios que me ha dado las fuerzas necesarias para culminar con mi trabajo de tesis, sus bendiciones han logrado que siga adelante sin importar las dificultades que se me han presentado.

Quiero agradecer a todos mis maestros que a lo largo de mis años de estudio me han inculcado enseñanzas positivas para ejercer mi profesión.

Agradezco profundamente y de todo corazón a mi directora de tesis Licenciada Beatriz Bastidas por la paciencia incondicional que me ha brindado, sus enseñanzas y consejos que han dado un giro positivo a mi vida.

A la Universidad Nacional de Loja por brindarme la esperanza de continuar con mis estudios hasta alcanzar mi tan anhelado sueño de ser una profesional.

Y por último agradezco a mi familia los mismos que han estado acompañándome en los momentos buenos y malos a lo largo de mi carrera y han sabido ser ayuda incondicional con sus consejos, bendiciones, apoyo, ánimo y compañía.

Jhoana Aigaje

1. TÍTULO

“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL PROGRAMA VIDA HERMOSA DEL MUNICIPIO DEL CANTÓN MERA, PASTAZA. AÑO 2015”

2. RESUMEN

La investigación tuvo el propósito de investigar los factores que influyen en la prevalencia de depresión en el adulto mayor usuarios del Programa Vida Hermosa del Municipio del Cantón Mera. Se tomó la información de 40 personas encuestadas. El diseño metodológico que se utilizó fue fijo transversal, descriptivo, bibliográfico, y de campo. Técnicas utilizadas es la observación y la encuesta. Como resultados se obtuvo que las mujeres registraron mayor porcentaje de depresión con el 77% sobre los hombres. La edad que mayor casos registraron depresión es la de 65 a 69 años con el 70%. Predomina la etnia mestiza con el 97%. La escolaridad predominante en los adultos mayores es la primaria con el 63%. De procedencia urbana en el 93%. El estado civil que predomina es los casados en el 70%, los ingresos económicos de la población de estudio provienen de los familiares en el 57%, el 23% reciben el bono de desarrollo humano. La prevalencia de depresión en la población es el 75%, el nivel de depresión encontrado en la mayoría es el moderado con el 62.50%. El factor que más influye para la depresión son las enfermedades con el 53%, seguido de la falta de atención con el 20%, soledad con el 17% respectivamente. Se llegó a la siguiente conclusión que la depresión es de alta prevalencia en la edad adulta de preferencia en la mujeres que la causa principal son las enfermedades presentadas.

Palabras claves: *Depresión, Adultos mayores, Prevalencia.*

2.1. SUMMARY

The research was aimed at the investigation of the prevalence of depression in the elderly who were part of the Beautiful Life program in Mera Canton Township. Information from 40 respondents was taken. The study design was a field study which was cross-sectional, descriptive and bibliographic. Observation and survey techniques were used. As a result, it was found that women had 77% higher depression rates than men. Older people who were 65 to 69 years of age had a 70% higher depression rate. Mixed race ethnicity had the highest rates with 97%. 63% of older adults had a primary school education while 93% were of urban origin. About 70% of the people studied were married. About 57% of the group had income from the family with 23% receiving bonus human development. The prevalence of depression in the population is 75%. The level of depression in the majority is moderate with 62.5%. The most influential factor for depression is disease with 53% followed by inattention, loneliness are in the lower percentages such as 20% and 17% respectively. The study concludes that depression is highly prevalent in adulthood among women with diseases.

Key words: *depression, elderly, prevalence*

3. INTRODUCCIÒN

La depresi3n es una enfermedad que se ha ido desarrollando y tornándose comùn en nuestra 3poca, es una perturbaci3n emocional que genera incapacidad y se agrava a futuro, siendo tambi3n una causa notable de mortalidad. Las personas que presentan depresi3n tienen mayor riesgo de atentar contra sus vidas en una proporci3n 30 veces superior que la poblaci3n general.

La depresi3n se caracteriza por una alteraci3n del estado del 3nimo en el que la persona parece estar encadenada al sufrimiento, sin poder separarse de 3l. Todos han experimentado alguna vez la sensaci3n de estar deprimidos, porque en algùn momento de la vida han sentido abatimiento, tristeza, sentido de rechazo, sentimientos de indignidad y culpa, porque se ha perdido algo importante en la vida o simplemente porque las circunstancias de la vida llevan a mirar el futuro sin esperanza. (Japa, D. 2013)

Depresi3n viene del lat3n depressio: hundimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia. La depresi3n es un trastorno de primer orden en cuanto a frecuencia y trascendencia dentro de las enfermedades que aquejan preferentemente a los ancianos, produce alto grado de incapacidad y aumenta la mortalidad (directa e indirectamente por comorbilidad con otras enfermedades) en la poblaci3n geri3trica.

Altera la calidad de vida del que la padece y es, adem3s, un problema social y de salud pùblica. Depresi3n constituye uno de los s3ndromes psiqui3tricos m3s frecuentes e incapacitantes entre la poblaci3n geri3trica, es dos veces m3s comùn en las mujeres que en los hombres. Los trastornos del estado de 3nimo y

fundamentalmente la depresión tienen una elevada prevalencia en base a su alta incidencia, recurrencia aumentada y tendencia a la cronicidad.

Los seres humanos deben afrontar continuas dificultades en una vida llena de contrastes y complejidades que lleva a incurrir en sentimientos de desilusión, melancolía y desgana que acompañan situaciones de riesgo, donde incluso pueden aparecer comportamientos autodestructivos que encubren deseos suicidas subyacentes.

El estado ideal no es la ausencia de dificultades sino vivir con intensidad las experiencias buenas y malas, enfrentar con suficiente fuerza el reto que impone la vida. Los estudios epidemiológicos sobre prevalencia de las diferentes alteraciones depresivas varían según el instrumento diagnóstico utilizado, sea la entrevista psiquiátrica o la aplicación de escalas orientativas y según el grupo poblacional al que se estudia entre estos están: ancianos en la comunidad, ancianos institucionalizados en residencias, ancianos hospitalizados. (Eroski, C.. 05 de Febrero de 2012).

La prevalencia en la comunidad de depresión entre mayores de 65 años se ubica entre el 2 y 3 % en Estados Unidos, en tanto la prevalencia de los últimos 6 meses en Santiago de Chile alcanza al 5,6%, lo cual es más bajo que para la población general. Sin embargo, en instituciones tales como casas de reposo u hogares de ancianos la prevalencia de depresión se eleva hasta un 17-20%, con un 28 a 40% de los internos con síntomas depresivos.

Por otra parte, según estudios de seguimiento, la presencia de depresión en pacientes geriátricos hospitalizados por causas no psiquiátricas sería un factor de

riesgo para morir 30 meses después del diagnóstico. Entre los ancianos con depresión, entre un 18 y un 57% presenta un síndrome demencial que desaparece una vez que remite el cuadro depresivo.

Este tipo particular de “demencia reversible”, o “pseudodemencia depresiva” como también ha sido denominada, se asociaría con un riesgo 4 a 5 veces mayor de presentar demencia irreversible a 34 meses que aquellos que presentan un cuadro depresivo puro. Para complicar un poco más la situación se debe agregar que alrededor de 1/3 de los cuadros demenciales coexisten con depresión. (Toro, Santander, J. 2000)

En el Ecuador hay 14'483.499 habitantes. De ellos, 940.905 son mayores de 65 años, es decir el 6,5 % de la población nacional son personas adultas mayores. La distribución por género de la población nacional adulta mayor es de 53% para las mujeres y de 47% para los hombres. En la Provincia de Pastaza según el último censo de población se evidencia que existen un total de 2,838 personas adultas mayores prevaleciendo el género masculino. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), 2010).

En la ciudad de Mera al ser este un Cantón pequeño con pocas fuentes de trabajo y por cuestiones económicas o por razones de estudio las personas jóvenes han optado por desplazarse de esta ciudad hasta otras ciudades con más fuentes de trabajos y lugares económicamente activos lo cual ha generado que abandonen a sus padres dejándolos a veces a cargo de otros familiares o su vez quedan solos en sus hogares en el caso de los adultos mayores los cuales dependen económicamente de sus hijos y por el hecho de su edad han ido desarrollando diferentes enfermedades o dolencias.

Por tal razón evidenciando esta situación se ha visto la necesidad de investigar los diferentes factores que influyen en la presencia de depresión en los adultos mayores usuarios del Programa Vida Hermosa del Municipio del Cantón Mera. Se realizó una investigación sobre la depresión en los adultos mayores pertenecientes al Programa Vida Hermosa del Municipio del Cantón Mera, patología que por décadas ha ido deteriorando la salud mental del adulto mayor.

Como resultados se obtuvo que las mujeres registraron mayor porcentaje de depresión con el 77% sobre los hombres. La edad que mayor casos registraron depresión es la de 65 a 69 años con el 70%. Predomina la etnia mestiza con el 97%. La escolaridad predominante en los adultos mayores es la primaria con el 63%. De procedencia urbana en el 93%. El estado civil que predomina es los casados en el 70%, los ingresos económicos de la población de estudio provienen de los familiares en el 57%, el 23% reciben el bono de desarrollo humano. La prevalencia de depresión en la población es el 75%, el nivel de depresión encontrado en la mayoría es el moderado con el 62.50%. El factor que más influye para la depresión son las enfermedades con el 53%, seguido de la falta de atención con el 20%, soledad con el 17% respectivamente. Se llegó a la siguiente conclusión que la depresión es de alta prevalencia en la edad adulta de preferencia en la mujeres que la causa principal son las enfermedades presentadas.

Como es de conocimiento general que es política del Estado y amparado en la constitución de la República del Ecuador en los artículos 36,37 y 38 donde hace referencia a la atención primordial que recibirán los adultos mayores ya que son un grupo vulnerables a través de programas establecidos por el Ministerio de

Salud Pública e inclusión social y económica, los mismos que deben ser cumplidos en todas las unidades operativas del país.

Con el propósito de educar a los adultos mayores se realizó un taller de socialización del manual de terapias educativas y recreativas, promoviendo el cuidado para mejorar el bienestar físico y mental ya que el adulto mayor es aún una persona útil que puede cumplir diferentes roles dentro de la familia y la sociedad. Es importante porque las acciones de la propuesta se realizaron sobre hechos reales, identificando los niveles de depresión y las causas, lo que permitió actuar e intervenir sobre causas identificadas y a la vez contribuyó a disminuir los índices de depresión.

El estudio tuvo la duración de un año de Diciembre 2014 a Octubre 2015, la población de estudio la constituyó 40 adultos mayores del Programa Vida Hermosa del Cantón Mera.

La investigación fue de beneficio en primer lugar para los adultos mayores de Mera y a la vez este modelo se puede extender al resto de adultos mayores de la provincia.

De igual forma es de beneficio para el personal que trabaja en el Programa Municipal de ayuda al Adulto Mayor Vida Hermosa, porque se deja establecido un programa de atención para que se dé continuidad de las acciones que se realizó con los adultos mayores deprimidos.

El beneficio obtenido es también para la autora porque me permitirá optar por el título de Licenciada en Enfermería. El diseño de la investigación con sus características tuvo el siguiente diseño: Fijo transversal, descriptivo, bibliográfico,

y de campo. Las técnicas utilizadas fueron la encuesta y observación para la recolección de la información.

Se trazó los siguientes objetivos.

Objetivo General

Identificar los factores que influyen en la prevalencia de depresión en adultos mayores usuarios del Programa Vida Hermosa del Municipio de Mera, Pastaza. Año 2015.

Objetivos Específicos

Establecer las características socioeconómicas, étnicas, demográficas de los adultos mayores con depresión del Programa Vida Hermosa del Municipio de Mera.

Determinar la prevalencia de Depresión en los Adultos Mayores del Programa Vida Hermosa del Municipio de Mera.

Identificar los factores que influyen la depresión en los adultos mayores del Programa Vida Hermosa del Municipio de Mera.

Ejecutar un programa de terapias, que mejoren la calidad de vida del adulto mayor con depresión.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1. Depresión

4.1.1. Definición.

La depresión es la exageración persistente de los sentimientos habituales de tristeza. La depresión es una enfermedad grave, de varias semanas o meses de duración, y que afecta tanto al cuerpo como a la mente. Afecta a la forma en que una persona come y duerme. Afecta a cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y a la forma en que uno piensa. No indica debilidad personal y no es un estado del que uno se puede librar a voluntad. Las personas que padecen una depresión no pueden decir simplemente «ya basta, me voy a poner bien». La depresión puede aparecer sin ningún desencadenante y puede conllevar un riesgo vital. No hay ningún síntoma que diferencie claramente la depresión de los estados de ánimo bajos, ya que los síntomas son similares en ambos casos, aunque generalmente en la depresión los síntomas son de mayor intensidad y duración. (San Molina, L., Arranz y Marti, B. 2010).

Si su bajo estado de ánimo afecta a todos los aspectos de su vida, dura más de 2 semanas o le hace pensar en el suicidio, debería buscar ayuda profesional. (Trickett, S. 2012 p. 53).

4.1.2. Tipos de Depresión.

4.1.2.1. Depresión Externa.

A veces se le llama depresión exógena, reactiva o neurótica. Se reacciona a las circunstancias de la vida con depresión. Cuando el cambio en la vida de la persona es triste, por ejemplo, muerte de un ser querido, divorcio, pérdida de empleo, etc., resulta fácil porque hay una alteración del estado de ánimo. A veces,

sin embargo, las personas pueden sufrir depresión por cualquier cambio en sus vidas que a otros no les afectaría.

Puede haber muchas razones para ello. Puede que subyazgan eventos anteriores que aún no han sido resueltos. Puede que no hayan tenido tiempo de superar el golpe, aunque sea pequeño, antes de recibir el siguiente. O es posible que reaccionen habitualmente con depresión porque les impulsaron.

(Trickett, S. 2012 p. 52).

Tradicionalmente, la depresión clínica hace referencia a cualquier depresión que cumple los criterios específicos y clínicos descritos en los manuales de medicina. Lejos de ser algo inventado o «que tiene dentro de la cabeza, la depresión clínica es un problema que afecta a todo el cuerpo y que tiene también efectos bioquímicos y emocionales.

Con síntomas como la tristeza, el llanto, la fatiga, los trastornos de apetito, la reducción del deseo sexual, la preocupación, el miedo, dificultades para concentrarse y sentimientos de desesperanza, está claro que la depresión clínica puede ser un grave problema si no se trata adecuadamente. Aun así, pese a que puede ser muy devastadora, la depresión clínica muchas veces se deja sin tratar.

Sin embargo manifiesta que se desconoce la causa exacta de la depresión, pero se sabe que hay algunos factores comunes que pueden desencadenar la depresión y los síntomas depresivos. Los siguientes dos factores pueden estar relacionados con su depresión. La enfermedad física puede estar asociada con la depresión. La diabetes, los trastornos de tiroides, el cáncer, el fallo cardíaco, el Parkinson y las situaciones dolorosas, crónicas e incurables (lesión en la médula

espinal, síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA), etc.) o incluso un simple virus pueden contribuir al sentimiento de depresión.

Puesto que muchas afecciones médicas afectan a la depresión, si tiene alguna preocupación física, es importante que se haga una exploración médica completa.

La medicación, los fármacos y las drogas ilegales pueden provocar efectos secundarios asociados con la depresión. La medicación prescrita (incluyendo las medicinas de hipertensión, los tranquilizantes, los esteroides y la codeína), el alcohol y otras intoxicaciones por drogas pueden causar depresión.

(Luciani , J. 2010 p. 47).

4.1.2.2. Depresión Afectiva Estacional.

La depresión afectiva estacional, a menudo referida como «la tristeza de invierno», no es una depresión común. Aunque la causa específica es desconocida, la falta de luz del sol durante los meses de invierno parece ser el factor principal. De hecho, la latitud en la que se vive es una variable muy importante. Los síntomas de esta depresión pueden variar de suaves a severos, suelen aparecer a finales de otoño y desaparecer en primavera.

Fototerapia (por ejemplo, el amplio espectro de terapia con luz fluorescente) es un tratamiento efectivo probado. La Auto preparación también puede ser de gran ayuda para controlar la negatividad, la culpa y la inercia.

4.1.2.3. Depresión Bipolar.

La depresión bipolar (anteriormente conocida como la depresión maníaca) se caracteriza por la alternancia con ciclos de períodos de alta energía.

(Luciani , J. 2010 pp. 56-57).

4.1.2.4. Distimia.

Una distimia se caracteriza por un estado anímico crónicamente deprimido, que suele traducirse en estar siempre triste o sentirse como una colilla. La distimia suele persistir durante años y no mengua la actividad de una persona, pese a que la inhibe en gran medida. Normalmente, se manifiestan síntomas depresivos de bajo grado que incluyen una pobre autoestima, baja energía, trastornos de sueño, poco apetito o exceso de apetito y sentimientos generales de incapacidad.

La distimia suele ser más frecuente en las mujeres que en los hombres. Pese a que la terapia individual y la medicación son de gran ayuda, la auto preparación constituye una técnica extremadamente efectiva para alejar a estos pacientes de la apatía que sienten. (Luciani , J. 2010 p. 57).

4.1.3. Grados de Depresión.

4.1.3.1. Depresión Leve o Suave.

Humor deprimido, apatía, letargo, bajada en la actividad, declive de intereses o hobbies, descenso de espontaneidad, sentimiento de que da igual todo, depresión ocasional; puede que el rendimiento se vea un poco limitado, pero puede llevar una vida normal.

4.1.3.2. Depresión Moderada.

Intensificación de todos los síntomas suaves, ataques de llanto ocasionales, preocupación, actividad general reducida, fatiga, ansiedad, dificultades sociales, trastornos en el apetito, sueño perturbado o excesivo, dificultades para la concentración y para recordar, descenso en el interés sexual, sentimiento de

depresión casi siempre con periodos ocasionales de distracción, susceptibilidad a la enfermedad, poca tolerancia a la frustración y sentimientos de desesperanza, tolerancia a la frustración y sentimientos de desesperanza.

4.1.3.3. Depresión Severa.

Intensificación de todos los síntomas suaves y moderados; la actividad es mínima o ha quedado prácticamente aniquilada; pensamientos de suicidio; depresión continua. (Luciani , J. 2010).

4.1.4. La Depresión en la Vejez.

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la vejez. A nivel de los consultorios de médicos generales, aproximadamente uno de cada tres pacientes mayores de 60 años sufre de síntomas de depresión. La detección temprana de estos síntomas y su tratamiento contribuirá a mejorar el bienestar de los adultos mayores. Así mismo la depresión se refiere a los desórdenes emocionales que se presentan con frecuencia en una persona, tales como angustia, agitación, desesperanza, trastornos del sueño o cambios drásticos del humor. Algunas de las variables asociadas con la depresión en la tercera edad son: ser mujer, estar separado, la viudez, el nivel socio económico bajo, insuficiente apoyo social y cuando ocurre eventos vitales recientes adversos e inesperados. Un factor de riesgo importante es la discapacidad producida por enfermedades físicas, siendo frecuente la asociación de una patología crónica con una enfermedad depresiva.

La depresión es una enfermedad que afecta los sentimientos, los ritmos vitales, la concentración, la memoria y la psicomotilidad de las personas. Pero

debido a que la depresión es una enfermedad común nos podemos encontrar con tratamientos muy efectivos. (Fundación del Empresariado. 29 de Enero de 2008).

4.1.5. Epidemiología.

La depresión es la cuarta causa de incapacidad en la población activa. Se estima que será la segunda causa en el año 2020, tan solo inferior a las enfermedades cardiovasculares. Los trastornos depresivos junto a los trastornos por ansiedad, constituyen las afecciones que mayor demanda generan en la atención primaria. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 25% de las personas mayores de 65 años padece algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente.

La prevalencia de la enfermedad depresiva en las personas mayores de 65 años se estima que alcanza el 10-12% de los casos. La depresión es más frecuente en el género femenino, aunque a esta edad las diferencias no resultan tan marcadas como en otras épocas de la vida. Es más común en quienes viven solos, carecen de estudios, padecen alguna patología física o psíquica, presentan mayor deterioro cognitivo, peor salud general y tienen una peor percepción de su calidad de vida. Es más común en quienes viven solos, carecen de estudios, padecen alguna patología física o psíquica, presentan mayor deterioro cognitivo, peor salud general y tienen una peor percepción de su calidad de vida.

Hay estudios que indican una alta prevalencia en determinados subgrupos de población geriátrica: hospitalizados, institucionalizados, enfermos tratados ambulatoriamente tras el alta hospitalaria, los pacientes discapacitados y los procedentes de estratos socioeconómicos desfavorecidos.

Los estudios que consideran la presencia de sintomatología depresiva reportan una prevalencia más elevada que aquellos que usan los criterios clínicos definitivos. La depresión incrementa la percepción de mala salud por parte del paciente anciano y la utilización de los servicios de la atención primaria. Los adultos mayores deprimidos consultan al médico general 2-3 veces más que aquellos no deprimidos, lo cual aumenta de manera significativa los costos en los servicios de salud. (Navas, W. 2013).

4.1.6. Factores de Riesgo.

La depresión también puede tener otras formas de efectos potencialmente nocivos para la salud de una persona mayor. La depresión puede llevar a hábitos alimenticios que acaben resultando en obesidad, provocando también pérdida considerable del apetito y la reducción de niveles de energía, ocasionado a veces un trastorno conocido como anorexia geriátrica.

Las personas deprimidas de la tercera edad también experimentan índices más altos de insomnio y pérdida de memoria. También tienen tiempos de reacción más prolongados que lo normal, lo que aumenta los riesgos asociados con cocinar, conducir, auto medicarse y otras tareas que requieren una atención completa. (American Psychological Association. s.f.)

Dentro de los principales factores de riesgo predisponentes a depresión en el anciano se encuentran: la familia, presencia de enfermedades, algunos fármacos, alteraciones ambientales y circunstanciales.

Los factores de riesgo para la depresión en el adulto mayor incluyen: sexo femenino, aislamiento social, viudez, divorcio o estado de separación marital,

enfermedades médicas asociadas, enfermedad médica incapacitante reciente, polifarmacia, nivel socioeconómico bajo, dolor crónico, trastornos del sueño (insomnio), abatimiento funcional, duelo familiar, económico o funcional, deterioro cognoscitivo, institucionalización, dependencia a alcohol, benzodiazepinas, etc.

Dentro de los factores de riesgo más importantes para desarrollar depresión es el insomnio no solo como un factor de riesgo, también asociado a la persistencia y recurrencia de la depresión. Otro factor de riesgo importante, es la ocurrencia de infarto del miocardio ya que el riesgo de presentar depresión se incrementa 4 veces, así mismo posterior a un evento vascular cerebral hay 3.4 veces más probabilidad de morir en los siguientes 10 años. (CENETEC. 06 de Junio de 2012).

En la vejez ocurren cambios orgánicos importantes y en particular en el cerebro, los cuales predisponen la depresión, asimismo suelen ocurrir graves pérdidas: cónyuge, amistades, trabajo, rol en la familia y en la sociedad, entre otros. Esto pone en marcha mecanismo de adaptación que cuando no funcionan, conllevan a una pobre autoimagen y sentimientos de inferioridad.

El grado de adaptación ante estas pérdidas, no solo serán en función de recursos psicológicos, también dependerá de otros como económicos, sociales y familiares con los que cuente el anciano.

Factores socioculturales.- el género en sí, es un factor de riesgo fiable para trastorno de depresión mayor. Las mujeres presentan una incidencia mayor de pobreza, tanto por sus condiciones de género, como por sus opciones generacionales y el trato sociocultural.

- *Factores psicológicos.*- personas con rasgos dominantes de carácter narcisista y obsesivo, son proclives a los síntomas depresivos en la vejez.

- *Factores neurobiológicos.*- se ha demostrado que la enfermedad cerebrovascular contribuye a la patogenia de la depresión tardía.
- *Otros factores biológicos.*- la presencia de polipatologías, discapacidad y polifarmacia también se asocian a la presencia de depresión, así como a su mal pronóstico. (Gutiérrez, M. 2014).

4.1.6.1. Los Factores de Riesgo para la depresión en el adulto mayor.

- Aislamiento social
- Viudez
- Divorcio o estado de separación marital
- Enfermedades médicas asociadas
- Enfermedad médica incapacitante reciente
- Polifarmacia
- Nivel socioeconómico bajo
- Dolor crónico
- Trastornos del sueño
- Abatimiento funcional
- Duelo familiar
- Deterioro cognoscitivo
- Dependencia al alcohol
- Benzodiazepinas
- Insomnio
- Infarto del miocardio (CENETEC. 06 de Junio de 2012).

4.1.7. Cuadro Clínico.

Los pacientes con depresión tienen una pérdida profunda de la capacidad de sentir placer en todas las actividades susceptibles de producirlo, despiertan muy pronto por la mañana, sienten que su estado de ánimo disfórico es cualitativamente distinto de la tristeza y con frecuencia observan variaciones diurnas de su estado de ánimo, es mucho peor por la mañana. Entre los signos de

depresión se cuentan sentimientos de tristeza, fatiga, disminución de la memoria y capacidad de concentración, sensación de culpa o sentimiento de minusvalía, trastornos del sueño, alteraciones del apetito con pérdida o aumento excesivo de peso, intranquilidad, alteración en el periodo de atención e ideación suicida. Harrison Principios de Medicina Interna 2012 p 3536).

4.1.7.1. Síntomas Somáticos.

Pérdida o incremento de peso sin hacer régimen dietético, insomnio o hipersomnia casi cada día, agitación o retardo psicomotor casi todos los días (observable por otros, no sólo la percepción subjetiva de inquietud o de enlentecimiento), fatiga o pérdida de energía cada día, sentimientos de inutilidad o culpa excesivas o inapropiadas, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días.

Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo el miedo de morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico o tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. Los síntomas individuales no determinan la gravedad por sí solos sino por el impacto que producen en el funcionamiento de la persona, pudiendo establecerse un diagnóstico dimensional:

Depresión menor (menos de 5 síntomas depresivos).

Depresión leve (existen pocos o ningún síntoma además de los 5 necesarios para hacer el diagnóstico y existe escasa repercusión funcional).

Depresión moderada (síntomas o deterioro funcional entre «leve» y «grave»).

Depresión grave (la mayoría de los síntomas interfieren de manera notable en el funcionamiento). Los síntomas psicóticos pueden aparecer y frecuentemente están asociados con la depresión grave. (García, B. 2011 pp. 380-390).

Es difícil saber cuándo se está ante esta enfermedad. Su manifestación es muy diversa. Cada persona puede padecerla de una forma completamente diferente. La depresión puede ser una respuesta normal a distintos tipos de situaciones: desarraigo, enfermedad limitante, tensión o estrés prolongado, alejamiento de una persona querida, desempleo. Lo cierto es que se convierte en una enfermedad difícil de diagnosticar y, en muchas ocasiones, sus síntomas no serán detectados ni por quien la padece, que los considera como consecuencias inevitables del tipo de vida que están llevando.

Es muy común que el enfermo no suela buscar ayuda hasta tanto los síntomas no sean reiterados y persistentes. Existe una serie de síntomas para detectar si una persona está deprimida. Distintos tests pueden ayudar a saber si está afectada por esta enfermedad. 1 Por ejemplo, se le pueden hacer a la persona las siguientes preguntas:

¿Disfruta todavía de la vida?

¿Le resulta difícil tomar decisiones?

¿Existen cosas que aún le interesan?

¿Tiene la impresión de que la vida tiene poco sentido para usted?

¿Se siente sin energía y agotado?

¿Tiene dificultades de tipo sexual?

¿Tiene problemas para dormir?

¿Siente opresión en el pecho?

¿Duda más de lo habitual ante la toma de decisiones important

Con los resultados de este cuestionario (si las respuestas son afirmativas) es posible detectar si se necesita ayuda o no, tomando en cuenta no sólo los síntomas psíquicos, sino también los físicos. (Estalovski, B. 2004 pp. 8-11).

4.1.8. Complicaciones. La complicación más preocupante de la depresión es el suicidio. Otras complicaciones abarcan la disminución del desempeño del trabajo y el deterioro de las relaciones sociales.

Además, se sabe que la depresión complica la evolución de las enfermedades crónicas del anciano; interfiere en la rehabilitación de enfermedades incapacitantes como el accidente cerebro vascular y se traduce en una mayor mortalidad por cualquier causa en quien lo padece. Otras complicaciones se pueden citar: Menor soporte social del anciano deprimido, peor estado nutricional por pérdida del apetito, posibles efectos de la depresión sobre el sistema inmunitario, pérdida de motivación para el cuidado personal. El suicidio ocurre con el doble de frecuencia en ancianos que en la población general y el 80% de los ancianos mayores de 74 años que se suicidan sufren de un síndrome depresivo. La depresión mayor y el abuso de sustancias ocupan los primeros lugares de causas de suicidio en esta franja etaria. Aunque la ideación suicida disminuye con la edad, cuando está presente es un factor de riesgo.

La epidemiología de la conducta suicida en los ancianos puede describirse bajo los términos de idea suicida, intento de suicidio y suicidio. La prevalencia de desesperanza o de pensamiento suicida en los ancianos varía desde el 0,7% hasta el 17%. Existe una estrecha asociación entre el suicidio y la patología psiquiátrica, particularmente. La prevalencia de pensamientos suicidas en los ancianos con enfermedades mentales asciende al 4%.

4.1.9. Medios de Diagnóstico.

Se utilizan diferentes test que miden los niveles de ansiedad y depresión en el adulto mayor, su nivel de desesperanza, ideas suicidas. Con los cuales se valora el estado emocional y de depresión del paciente. (Queralt, D. 05 de 06 de 2013).

4.1.9.1. Guía Diagnóstica de la Depresión.

Existen cuatro vías simultáneas que posibilitan detectar los síntomas más comunes de la depresión. A su vez, se puede observar la relación de los 24 síntomas más frecuentes del estado depresivo precoz distribuidos en las cuatro “pistas” o dimensiones mencionadas. Si en la persona se evidencian dos rasgos que pertenecen a la misma dimensión o tres que están dispersos entre dos o más dimensiones (durante 14 días como mínimo), se debe sospechar que existe un estado depresivo. (Estalovski , B. 2004 pp. 10-11).

Tabla 1

Guía diagnóstica de la depresión

Vía 1: Humor depresivo	Vía 2: Anergia	Vía 3: Discomunicación
Desesperanza, amargura y llanto. Poca capacidad de experimentar placer y alegría. Desvalorización de la propia persona. Tendencia a ideas suicidas, poco apego a la vida. Dolores en las diversas partes del cuerpo.	Desesperanza, amargura y llanto Poca capacidad de experimentar placer y alegría. Desvalorización de la propia persona. Tendencia a ideas suicidas, poco apego a la vida. Dolores en las diversas partes del cuerpo.	Mal humor repentino. Aflicción ante todo. Retraimiento social. Sensación de soledad y desconfianza. Poco cuidado con el aspecto físico. Abandono de lecturas, televisión y radio.

Vía 4: Ritmopatía

Fluctuación marcada de los síntomas a lo largo del día.

Pérdida del apetito.

Crisis de hambre voraz.

Dificultad para dormir.

Pesadillas.

Hipersomnia durante el día.

Fuente: Estalovski, 2004.

Escala de Depresión de Montgomery Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS)

Para verificar la prevalencia de depresión en la muestra de estudio se utilizó la Escala de Depresión de Montgomery Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS), la que fué diseñada específicamente para evaluar el cambio en la intensidad de la sintomatología depresiva como resultado de la intervención terapéutica. Traducida y adaptada al castellano por Conde y Franch (1984), fue posteriormente validada por Martínez R y cols (1991).

Es una escala heteroaplicada de 10 ítems que evalúan sobre todo síntomas cognitivos y de alteración del estado de ánimo. Debe ser complementada por personal médico o paramédico previamente adiestrado, al final de una entrevista clínica, pudiendo utilizarse otras fuentes de información (por ej. personas allegadas al paciente) de acuerdo con la práctica clínica habitual.

Para cada ítem la escala contempla 7 niveles de intensidad / gravedad, puntuados de 0 a 6, de los cuales cuatro (0-2-4-6) están predefinidos y los tres restantes (1-3-5) se reservan para situaciones intermedias en las que no es posible asignar con claridad el grado de intensidad sintomática a alguno de los niveles anteriores.

Interpretación

El entrevistador selecciona, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje la situación clínica actual del paciente, optando por los puntos intermedios cuando sea difícil el elegir entre una u otra de las opciones predefinidas. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las opciones seleccionadas, siendo el rango de valores posibles entre 0 y 60. No existen, en puridad, puntos de corte. La escala fue diseñada específicamente para evaluar los cambios en la intensidad / severidad de la sintomatología depresiva, lo que implica su aplicación repetida a pacientes con diagnóstico clínico de depresión, siendo la variación en la puntuación el dato relevante. Y así, en los ensayos clínicos de eficacia terapéutica, se define como respuesta terapéutica una reducción $\geq 50\%$ de las puntuaciones previas al tratamiento, siendo éste el criterio más aceptado. Otro criterio utilizado para definir la respuesta terapéutica óptima (o remisión), es la reducción de la puntuación post-tratamiento por debajo de un determinado valor (≤ 9 , ≤ 11 , ≤ 12 ...) 4-6.

Esta escala también es utilizada para seleccionar pacientes a efectos de su inclusión en ensayos clínicos u otro tipo de estudios, utilizando entonces el valor de la valoración inicial como referente. Se han utilizado con este fin distintos valores (≥ 18 , ≥ 20 , ≥ 22 , ≥ 25 ...) 6-11, en función del tipo de estudio.

Por último, se han planteado distintas propuestas para establecer categorizaciones de intensidad / severidad en función de las puntuaciones obtenidas, aspecto éste para el que la escala también ha demostrado ser de utilidad 12-14 .

Algunos autores^{15,16} consideran que, al enfatizar menos los síntomas físicos, es más adecuada para este fin que la Escala de Depresión de Hamilton, sobre

todo en pacientes ancianos o con enfermedad física concomitante. La categorización más aceptada es la siguiente:

Normalidad	0-6 puntos
Depresión leve:	7-19 puntos
Depresión moderada:	20-34 puntos
Depresión grave:	≥ 35 puntos

Se han señalado algunos problemas de validez interna¹⁸, así como la menor correlación de algunos ítems con la puntuación total de la escala, en especial los de “insomnio”, “disminución del apetito” y “pensamientos suicidas”¹⁹. El menor número de ítems no se traduce en una reducción importante del tiempo de aplicación, en comparación por ejemplo con la escala de Hamilton, ya que en ambos casos es necesaria la realización de una entrevista clínica ad hoc. La validación de Martínez R et al (1991) fue realizada en pacientes franceses, por lo que en sentido estricto no podemos hablar de que exista una versión en castellano validada en nuestro medio.

La adaptación al castellano que realizó Martínez R fue homologada por los autores originales, y debería sustituir a la quizás más difundida adaptación de Conde y Franch (1984).

Esta escala está específicamente diseñada para ser sensible al cambio y a los efectos del tratamiento. Muestra similares e incluso mejores índices psicométricos que su referente, la escala de Hamilton. Su menor número de ítems y la mayor clarificación de las instrucciones sobre su aplicación, permite que pueda ser aplicada incluso por personal auxiliar, al ser menores los requerimientos de estandarización.

Dado que incide más en los síntomas afectivos, dando un menor peso a lo somático, puede resultar especialmente útil en determinados subgrupos de población: ancianos, pacientes con depresión severa y pacientes con enfermedades físicas concomitantes.

Propiedades Psicométricas

Fiabilidad:

El grado de correlación entre cada ítem y el resto oscila entre 0,12 (disminución del apetito) y 0,84 (tristeza manifiesta). La consistencia interna presenta valores entre 0,76 y 0,95, 17, 20. La fiabilidad inter-examinadores es alta (0.80-0.95) 20,21.

Validez:

El rendimiento global de esta escala es similar al de la Escala de Depresión de Hamilton, con la que muestra una elevada correlación (0.70-0.90)21,22, tiene también buenos índices de correlación con otras escalas, como el Inventario de Depresión de Beck, la Escala Hospitalaria de Ansiedad-Depresión y la Escala de Impresión Clínica Global12,21.

La sensibilidad para cuantificar los cambios del estado depresivo es similar o ligeramente superior a la de la escala de Hamilton 3, 18, 21, excepto en pacientes más graves, pacientes con enfermedades físicas concomitantes y ancianos, subgrupos estos en los que su sensibilidad es superior 23,24, ya que hace mayor énfasis en los síntomas psicológicos de la depresión y menos en los síntomas somáticos. (Montgomery , A. 1979 pp. 382-389)

4.1.10. Tratamiento.

La depresión es una patología compleja que puede tener tanto un inicio como una remisión insidiosa. Es necesario, al igual que en otras patologías, un diagnóstico precoz. En cuanto aparezcan los primeros síntomas es necesario consultar a un médico de familia o a un profesional sanitario especialista en salud mental. El tratamiento de la depresión puede ser farmacológico y/o psicológico. A continuación se profundiza en cada uno de estos tratamientos. Los consejos que se han proporcionado anteriormente para evitar que aparezca una depresión, también son útiles en el caso de que ya se haya iniciado el episodio depresivo.

(Oliván, B., Montón C., Magallón, R., Botaya, López, Y. 2011 pp. 112-113).

4.1.10.1. Dietético.

Una alimentación saludable en el adulto mayor significa comer abundantes verduras y frutas diariamente, tomar leche o yogur con poca grasa, preferir el pescado, pavo, pollo o carnes rojas sin grasa, comer legumbres y granos enteros y beber mucha agua. Estos alimentos nos permiten estar sanos y vivir mejor, porque aportan una cantidad suficiente de proteínas, grasas esenciales, minerales, antioxidantes y agua.

El consumo de la leche o el yogurt son necesarios en todas las etapas de la vida, porque contienen proteínas para reparar y renovar los tejidos y calcio, esencial para mantener los huesos sanos y prevenir la osteoporosis.

4.1.10.2 Recomendaciones sobre las bebidas.

Disminuya el consumo de té y café porque alteran el sueño y son diuréticos, es decir contribuyen a la deshidratación, en especial cuando se toma poco líquido.

Beba agua en los intervalos de las comidas. Si toma bebidas alcohólicas, disminuya su consumo a no más de una copa de vino tinto al día. (Zacarías I, Gonzales, C. 2014).

Hay estudios que demuestran que una buena dieta en la edad avanzada reduce el riesgo de osteoporosis, hipertensión, enfermedades cardíacas y algunos tipos de cáncer. A medida que envejece, usted puede necesitar menos energía. Pero aun así necesitará la misma cantidad de nutrientes en los alimentos.

Para lograr sus beneficios, estos alimentos deben consumirse previamente lavados y bien cocinados, aproximadamente en la siguiente cantidad diaria:

Tabla 2

Plan de Alimentación Para el Adulto Mayor

Desayuno	Avena calentada (1 taza.) Leche (1 taza.) Plátano (1 taza.)
Refrigerio	Fruta (2 Pzas.) Galletas integrales (5 Pzas.)
Almuerzo	Crema de Habas (1 taza.) Pollo asado c/1 papa, Zanahorias ½ pechuga de pollo Pan (1 pza.)
Refrigerio	Fruta (2 pzas.) Gelatina al gusto
Merienda	Manzana (1pza.) Tortillas c/frijoles (2 pzas.) Agua aromática (1 taza)

Elaborado por: **Jhoana Aigaje**

4.1.10.3. Tratamiento Farmacológico.

Tabla 3

Medicamentos que se Usa Para la Depresión

MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	DOSIS		VIA	FRECUENCIA	EFECTOS SECUNDARIOS
		Inicial	Máx.			
Bupropion	Tabletas	100/250mg		oral	Cada día	Ansiedad, insomnio, sequedad en la boca, mareo, pérdida de apetito.
Mirtazepine	Tabletas	7.5/10mg		oral	Cada día	Aumento de apetito, somnolencia, retención de agua, temblores, rash cutáneo.
Trazodane	Tabletas	50/150mg		oral	Cada día	Constipación, diarrea, mareos, vomito, visión borrosa
Nefazodane	Tabletas	50/150mg		oral	Cada día	Insomnio, boca seca, sensación de mareo
Vilazodone	Tabletas	10/20mg		oral	Cada día	Diarrea, nausea, vomito, insomnio
Fluoxetine	Tabletas	10/30mg		Oral	Cada día	Ansiedad, nerviosismo, incremento del apetito, diarrea, irritabilidad
Sertraline	Tabletas	25/100mg		Oral	Cada día	Dolor de garganta, sudoración excesiva, dolor de cabeza, cansancio excesivo,

					estreñimiento
Paroxetine	Tabletas	10/30mg	Oral	Cada día	debilidad, confusión, flatulencia, acidez, sensibilidad a la luz
Citalopram	tabletas	10/30mg	Oral	Cada día	bostezos, debilidad, dolor de estómago, acidez estomacal, pérdida de peso, dolor en músculos y articulaciones
Escitalopram	tabletas	10/20mg	Oral	Cada día	estreñimiento, estornudos, mareos, cambios en el deseo sexual, cansancio excesivo
Fluvoxamine	tabletas	50/150mg	Oral	Cada día	indigestión, gases, nerviosismo, pérdida de peso, cambios en el sentido del gusto
Doxepine	tabletas	50/100mg	oral	Cada día	pesadillas, visión borrosa, debilidad, somnolencia, nauseas

Elaborado por: **Jhoana Aigaje**

4.1.10.4. Tratamiento de Enfermería.

4.1.10.4.1. Prevención.

El rol de la familia es indispensable para el apoyo del adulto mayor generando así deseos de realizar actividades recreativas como escuchar música, compartir en grupo, juegos de salón, bailoterapia, actividades lúdicas como el rasgado, pintar, trozar papel, actividad física moderada como caminatas, de igual forma

incentivar al adulto mayor a alimentarse de manera que el organismo reciba los nutrientes necesarios, con una alimentación variada, frutas y verduras. Fomentar a los familiares del adulto mayor a que los visiten con regularidad, estableciendo así la unión familiar y al mismo tiempo un vínculo de amor.

4.1.10.4.2. Cuidado Directo.

Cuidados de enfermería en la depresión

Lograr establecer la interrelación enfermero-paciente.

Blindar apoyo emocional o psicoterapia de apoyo.

Controlar la ingestión de alimentos.

Observar y controlar el baño y aseo de los pacientes.

Incorporar a los pacientes a la laborterapia.

Velar por el cumplimiento de las indicaciones médicas.

Observar la ingestión de psicofármacos.

Observar estrechamente la conducta del paciente (por peligro suicida).

Incorporar al paciente a las actividades para evitar aislamiento.

Razonamiento Científico.- Relación enfermero-paciente. Con estos pacientes es preciso establecer una adecuada relación enfermero-paciente, tratarlo con respeto y afecto con el fin de ganamos su confianza y poder contribuir más afectivamente a su tratamiento y recuperación.

Apoyo emocional. Es fundamental brindarle apoyo emocional: deben tratarse con afecto y consideración. El solo hecho de atender con simpatía a sus problemas hace que el paciente se sienta mejor.

Alimentación, higiene y deambulación. Deben seguirse de cerca los cuidados en la higiene personal y la alimentación de los pacientes, porque en ocasiones

estos dejan de comer con ánimo suicida o como consecuencia de alguna idea delirante.

- Cumplimiento de indicaciones médicas. Es importante el cumplimiento riguroso de las indicaciones médicas, ya que la inobservancia del tratamiento traería como consecuencia una evolución desfavorable al paciente.
- Observación estrecha por peligro suicida. En el caso de los pacientes deprimidos lo más importante es la vigilancia, ya que todos ellos son suicidas potenciales.
- Esta vigilancia debe hacerse de manera discreta, para que el paciente no se sienta preso, perseguido o molesto, pero han de ser días y días de acecho para evitar el más pequeño descuido que les permita realizar su intento suicida, el cual es serio y está acompañado de verdaderos deseos de morir.
- Incorporar al paciente a las actividades para evitar aislamientos. Debe ser estimulado a incorporarse a las labores de la sala, laborterapia y distracciones para con lograr que se sienta productivo, ocupado. De esta forma contribuimos a que no se aíse y a que se sienta útil.
- Vigilar y controlar que el paciente ingiera los medicamentos. Es importante cerciorarse de que ingiera los medicamentos, pues por su estado depresivo a veces no quiere tomarlos o. por el contrario, los acumula para después ingerir altas dosis en intentos suicidas. (Rojas Rodríguez, M. 2007).

4.2 Adultos mayores

La vejez es un proceso evolutivo del ser humano en el cual se pueden observar potencialidades en los ancianos como “la sabiduría” que se traduce en experiencias vividas durante su recorrido por la vida. Para otros autores la vejez o ancianidad no comienza en una edad determinada sino que además cuentan otras características personales como el estado físico, enfermedades, historia personal, familiar, o sea se envejece de una manera diferenciada. La edad cronológica en la que se considera que inicia la vejez es a los 60 años. (Preciado, S., Covarrubias, E., Arias, M. 2011).

El envejecimiento es un proceso que acompaña al aumento de los años y que viene a representar cambios a diferentes niveles. Es un fenómeno demográfico nuevo desde el punto de vista histórico, estando relacionado con el desarrollo económico, sanitario, social y cultural de los pueblos.

Al avanzar la edad se producen cambios físicos y psicológicos que pueden influir en la aparición de estas patologías psíquicas. Todos estos cambios van a repercutir en una mayor vulnerabilidad para los enfermos psíquicos o para las agresiones orgánicas. Si a esto le añadimos que es un grupo de población donde son frecuentes y variadas las patologías de todo tipo y reciben una polifarmacia manifiesta, hacen al personal sanitario responsable de sus tratamientos alejar su punto de atención de la sintomatología psiquiátrica al resultar más sutil y/o encontrarse más enmascarada por los síntomas orgánicos. (Ramírez, S., Páez, A., Aguilar, M., Tapia, L., y Cañestro, F. 2010).

4.3. Prevalencia

La prevalencia depende de la incidencia y de la duración de la enfermedad, esto quiere decir que las variaciones de la prevalencia pueden ser debidas a las modificaciones en la incidencia o a cambios en la duración de la enfermedad y la duración de la enfermedad depende, a su vez, de cambios en el período de recuperación o en la esperanza de vida de los pacientes.

Las medidas de prevalencia son de mayor utilidad en enfermedades de evolución lenta o enfermedades crónicas como la diabetes, la artritis reumatoide; para planificar servicios sanitarios o para estimar necesidades asistenciales. También son utilizadas para medir la frecuencia de determinadas características de la población que se quiere estudiar. (Martí, 2012)

$$\text{Fórmula} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de casos}}{\text{Total de la población}} * 100$$

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1. Materiales

Materiales de oficina	Materiales de escritorio
Flash	Resma de papel
Laptop	Esferos
Impresora	Tinta
Cámara Fotográfica	Marcadores
	Carpetas

5.2. Métodos

5.2.1. Localización del Área de Estudio.

El Municipio del Cantón Mera se encuentra ubicado en el Cantón del mismo nombre pertenece a la Provincia de Pastaza. Su fundación fue en el año 1671, se caracteriza por la presencia de habitantes mestizos en la parte urbana e indígenas en la zona rural, la economía se encuentra en una escala media, dentro de la escolaridad se puede evidenciar que la mayor parte de la población se encuentra estudiando ya un tercer nivel de educación.

La atención horaria que brinda a la ciudadanía el Municipio de Mera es de siete y media de la mañana a cuatro y media de la tarde.

En la Jefatura de desarrollo humano y social se encuentran laborando cinco personas capacitadas en la atención al adulto mayor, las mismas que están a cargo del Programa Vida Hermosa.

Ubicación Geográfica del Municipio del Cantón Mera.



Figura 1. Ubicación geográfica del Municipio de Mera
Elaborado por: **Jhoana Aigaje**

5.2.2. Aspectos Climáticos y Biofísicos de la Localidad.

La Provincia de Pastaza se encuentra ubicada en la región oriental del Ecuador está limitada al norte con Napo y Orellana, Sur: Morona Santiago, Este: Perú y Oeste: Tungurahua, Morona Santiago. El Cantón Mera limita al norte: Con la Provincia de Napo al sur con la Provincia de Morona Santiago, al este con los cantones Pastaza y Santa Clara, y al oeste con la Provincia de Tungurahua; Está integrado por las parroquias Mera como Cabecera Cantonal, Shell y Madre Tierra. Su superficie es de 518Km², cuenta con una población 8.088 habitantes, Mera se halla ubicada a 1.150 msnm, su posición astronómica es de 75°5' de longitud occidental y a 1°30' de latitud sur y su clima es cálido húmedo lluvioso. La población se dedica a la agricultura, ganadería, silvicultura y pesca.

5.2.3. Tipos de Investigación.

La investigación con sus características tuvo el siguiente diseño.

Fijo Transversal: Porque tuvo la duración de un año Agosto 2014 a Septiembre 2015.

Descriptiva: Detalló paso a paso los avances de la investigación.

Bibliográfica: Fue bibliográfica la investigación porque se recurrió en datos estadísticos, libros científicos, apoyos bibliográficos.

De Campo: La investigación se realizó localizando a los pacientes en sus domicilios y mientras se encuentran asistiendo en el Programa Vida Hermosa del Municipio del Cantón Mera.

5.2.4. Metodología para el Primer Objetivo.

Para alcanzar el cumplimiento del objetivo uno que es determinar las características étnicas, sociodemográficas de la población, con la que se conoció el Sexo, Edad, Etnia, Escolaridad, Procedencia, Estado civil de los adultos mayores con depresión del Programa Vida Hermosa del Municipio del Cantón Mera, se recurrió a la técnica de la encuesta para lo cual se elaboró el instrumento del cuestionario con preguntas cerradas que se aplicó a los adultos mayores usuarios del Programa Vida Hermosa del Municipio de Mera, donde fue necesaria la movilización continua para trabajar con los adultos mayores.

5.2.5. Metodología para el Segundo Objetivo.

El objetivo dos que es determinar la prevalencia de depresión en los adultos mayores se aplicó la técnica de la observación y como instrumento la guía de observación utilizando la escala de depresión de Montgomery Asberg (MADRS), y además se obtuvo el asesoramiento de otros profesionales tales como un psicólogo, lo cual conllevó a la consecución de este objetivo.

5.2.6. Metodología para el Tercer Objetivo.

Para cumplir con el objetivo tres que es identificar los factores que influyen en la presencia de depresión en los adultos mayores, fué necesario también aplicar la misma técnica de la encuesta, incluyendo preguntas al respecto en el cuestionario ya elaborado. El cumplimiento de los tres objetivos anteriormente enlistados se cumplió de la misma forma siguiente. El cuestionario elaborado para alcanzar los objetivos 1, 2 y 3 se puso a consideración de la directora de tesis para luego de su aprobación, aplicarla a los adultos mayores del Programa Vida Hermosa, la información recopilada se la ordenó, clasificó, seleccionando la información valida y se procedió a la tabulación y presentación de los resultados de cuadros y gráficos lo cual facilitó el análisis y discusión que condujo a establecer conclusiones y recomendaciones. Se recurrió al uso de paquetes informáticos como word y excel, y como materiales se utilizó computadora, impresora, cámara fotográfica, resmas de papel y demás materiales de escritorio.

5.2.7. Metodología para el Cuarto Objetivo.

Para alcanzar el objetivo cuatro que es ejecutar un programa de terapias dirigidos a los adultos mayores, se realizó actividades educativas, actividades recreativas y ocupacionales, bailoterapia, dinámicas y conferencias. Se invitó a los familiares que están a cargo del adulto mayor, con la finalidad de que continúen realizando estas terapias. Se elaboró y se entregó a la coordinadora del programa un manual de técnicas ocupacionales y recreativas.

5.3. Población y Muestra

5.3.1. Población.

La población de estudio estuvo constituida por los usuarios del Programa Vida Hermosa que dirige el Municipio de Mera.

Población: N

N: 30

5.3.2. Muestra

La muestra estuvo constituida por toda la población por ser pequeña, que fueron diagnosticados por depresión.

Muestra: n

n: 30

6. RESULTADOS

6.1. Características de la Población

Tabla 4

Género

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	7	23,00
Femenino	23	77,00
Total	30	100

Interpretación

En la presente tabla se determina que de los 30 adultos mayores encuestados 23 pertenecen al género femenino que representan un mayor porcentaje como lo es el 77,00% y en menor porcentaje que es tan solo 7 adultos mayores pertenecen al género masculino quienes representan el 23,00% de la muestra.

Análisis

En los resultados obtenidos luego de la encuesta realizada se observa que el género femenino predomina en esta población de estudio entendiéndose de que este grupo es más propenso a sufrir depresión, siendo el género femenino un grupo vulnerable debido a las múltiples actividades que desarrollan en su juventud y por el hecho de ser mujeres fueron madres a temprana edad les hace más propensas a sentirse solas luego de que sus hijos ya han salido del cobijo de su

hogar, en comparación al género masculino que se presenta en menor porcentaje.

Tabla 5

Edad

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
65 A 69	21	70,00
70 A 79	7	23,00
80 A 89	2	7,00
Total	30	100

Interpretación

Se determina que de los 30 adultos mayores que conforman la muestra predominan los pertenecientes a la edad de entre 65 a 69 años con 21 encuestados quienes representan el mayor porcentaje con un 70,00%, seguido de 7 adultos mayores que oscilan en la edad de 70 a 79 años dando como porcentaje un 23,00%, además existe 2 encuestados con edad de 80 a 89 años que representan al 7,00% y finalmente 0 representantes de 90 a más años equivalente al 0%.

Análisis

En los resultados se observa que prevalecen los adultos mayores de entre 65 a 69 años de edad con un 70,00% los cuales se encuentran en la etapa de adultos mayores ya que desde los 65 años pertenecen a la tercera edad y por ende empiezan a sufrir los síntomas de la depresión por sentirse no útiles o

excluidos de la sociedad por su edad; en un porcentaje medio se tiene a 7 adultos mayores quienes son el 23,00% de la muestra entre la edad de 70 a 79 años los cuales por causa de las enfermedades se van deteriorando y cayendo en la depresión; y en la edad de 80 a 89 años existen adultos mayores que son el 7,00% de la muestra quienes por la poca atención que reciben han decaído en su estado de salud y finalmente de 90 a más años no existen encuestados.

Tabla 6

Identidad

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mestizo	29	97,00
Indígena	1	3,00
Total	30	100

Interpretación

Basándose en la encuesta realizada según los datos obtenidos en la tabla se refleja que 29 personas se identifican con la etnia mestiza lo cual representa un 97,00% de la muestra de la misma manera 1 persona se identifica con la etnia indígena (quichua), lo cual representa el 3,00% de la muestra asimismo no se registró ninguna persona que se identifique con la etnia de afroecuatoriano.

Análisis

En los resultados obtenidos a través de la encuesta se observa que el 97,00% de los adultos mayores encuestados se identificaron como mestizos conformándose así como el grupo predominante en la muestra ya que en el

Cantón Mera al ser una población fundada por colonos mestizos que viajaron desde la Sierra y se asentaron en lo que hoy es Mera notoriamente sus descendientes son mestizos y un 3,00% que corresponde a una sola persona se identificó como indígena quichua por motivo de que no existen comunidades indígenas aledañas al sector.

Tabla 7

Nivel de Educación

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	5	17,00
Primaria	19	63,00
Secundaria	6	20,00
Total	30	100

Interpretación

En la presente tabla se determina que de los 30 adultos mayores el 63,00% es decir 19 personas terminaron la primaria, un 20,00% que son 6 personas terminaron el colegio y obtuvieron el bachillerato y 5 personas indican que no recibieron educación representando un 17,00% de la muestra.

Análisis

Según los resultados obtenidos se determina que la mayoría de adultos mayores que representan esta muestra han recibido educación básica o primaria en un 63,00% indicándonos que son personas que por el pasar del tiempo se han ido retrasando en el avance de la tecnología y el desarrollo actual de la sociedad

siendo así que les resulta difícil acoplarse a un estilo de vida más rápido y cambiante como lo es el actual ocasionando que se sientan ignorados por los demás; el 20,00% de la muestra ha recibido educación secundaria siendo este un grupo con el cual se pudo trabajar con mayor facilidad ya que comprenden con mayor fluidez las actividades que se realizaron; y en un 17,00% son personas que no recibieron ninguna clase de educación y son considerados analfabetos con los cuales se trabajó con más empeño.

Tabla 8

Procedencia

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Zona Urbana	28	93,00
Zona Rural	2	7,00
Total	30	100

Interpretación

De los 30 adultos mayores encuestados se confirmó que 28 personas que representan el 93,00% viven en el sector urbano y tan solo el 7,00% que son 2 personas viven en el sector rural.

Análisis

En los resultados se observa que el 93,00% de adultos mayores son de la zona urbana ya que ellos viven bajo el cuidado de sus familiares y dependen de ellos para subsistir ocasionando así diversos factores que ocasionan su depresión tales como la falta de atención, maltrato entre otras; de igual forma un porcentaje

del 7,00% que son apenas 2 adultos mayores que viven en el sector rural siendo este una causante de su depresión ya que por encontrarse lejos están privados de servicios básicos, servicios de salud lo cual ocasiona que su salud se deteriore con mayor rapidez.

Tabla 9

Estado Civil

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero	1	3,00
Casado	21	70,00
Viudo	6	20,00
Divorciado	2	7,00
Total	30	100

Interpretación

En la tabla se determina que 21 adultos mayores son casados dando como porcentaje el 70,00% de la muestra, el 20,00% son viudos siendo 6 adultos mayores; el 7,00% de la muestra se encuentran divorciados siendo 2 adultos mayores y 1 adulto mayor se encuentra soltero el cual representa al 3,00% de la muestra.

Análisis

Mediante los resultados se determinó que la mayoría de los adultos mayores encuestados se encuentran casados siendo un porcentaje del 70,00% de la muestra lo cual ayuda para desempeñar las actividades de prevención de la

depresión ya aun cuentan con su pareja para que puedan ser ayuda mutua en el transcurso de los años; en un 20,00%

Son viudos lo cual nos hace referencia que 6 adultos mayores han perdido a su pareja y este puede ser un causante de la presencia de depresión en sus vidas; un 7,00% de la muestra que son 2 adultos mayores se encuentran divorciados lo cual nos indica que los problemas familiares pudieron desencadenar la depresión en estos adultos mayores; y finalmente un 3,00% de la muestra se encuentra soltero siendo un solo adulto mayor el cual por diversas causas no se casó y se encuentra deprimido por encontrarse solo.

Tabla 10

Ingresos Económicos

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Jubilación	6	20,00
Bono	7	23,00
Familiares	17	57,00
Total	30	100

Interpretación

Según la tabla se determina que el 57,00% de la muestra dependen de los ingresos de sus familiares, el 23,00% cobran el bono de desarrollo humano, y el 20,00% reciben una jubilación.

Análisis

En base a la tabla podemos evidenciar que el 57,00% de los encuestados dependen directamente de sus familiares ya que se encuentran bajo el cuidado de estos, lo cual indica que esto les puede causar malestar y un sentimiento de inutilidad ya que para cualquier gasto económico deben pedir a sus familiares y eso les hace sentir que son una carga para la familia; el 23,00% de los encuestados cobran el bono de desarrollo humano otorgado por el gobierno nacional el cual les ayuda en parte pero al ser mínimo este no es suficiente para satisfacer sus necesidades básicas y finalmente el 20,00% de la muestra reciben una jubilación ya que antes se desempeñaban en cargos públicos lo cual les permitió alcanzar esta jubilación la cual les ayuda a subsidiar sus necesidades básicas.

6.2. Prevalencia de Depresión en el Adulto Mayor

Tabla 11

Prevalencia

$$\text{Tasa de prevalencia} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de depresión}}{\text{Total de adultos mayores}} \times 100$$

$$\text{Prevalencia} = \frac{30}{40} \%$$

$$\text{TP} = 75\%$$

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Adultos mayores que presentan depresión	30	75,00
Adultos mayores que no presentan depresión	10	25,00
Total	40	100

Interpretación

De los 40 adultos mayores que conforman el Programa Vida Hermosa del Municipio del Cantón Mera; a quienes se les evaluó según la escala de depresión de Montgomery-Asberg la misma que evalúa los síntomas y la gravedad de la depresión se determinó que 30 adultos mayores que representa el 75,00% presentan depresión y 10 adultos mayores que representan el 25,00% no presentan depresión los mismos que fueron excluidos de nuestra muestra de estudio.

Análisis

La prevalencia de depresión en este grupo de estudio es elevado en un 75,00% que no ha sido detectado por falta de estudio, por lo que no han recibido atención específica por el desconocimiento que tienen acerca de esta enfermedad que si se deja sin tratamiento puede sobrellevar graves complicaciones en la salud del adulto mayor.

Tabla 12

Niveles de Depresión según la Escala de Montgomery- Asberg

NIVEL DE DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Normal	10	25,00
Moderada	25	62.50
Grave	5	12.50
Total:	40	100

Interpretación:

En base a la escala de Montgomery-Asberg se determinó que el 62,50% de la

muestra, la misma que representa a 25 adultos mayores presentan una depresión moderada; el 25,00% de la muestra indica que 10 adultos mayores no presentan ningún tipo de depresión, y en un 12,50% de la muestra presentan una depresión grave, representando a 5 adultos mayores.

Análisis:

Según la escala de Montgomery-Asberg se identificó que la mayoría de la muestra presentan una depresión moderada presentando síntomas leves representando el 62,50% lo cual nos indica que el grupo de estudio es amplio por consiguiente se trabajó con el fin de contrarrestar los diferentes trastornos que presentan en este nivel de depresión. Con el 25,00% de la muestra no se tomó en cuenta para este estudio ya que según la escala aplicada no presenta ningún nivel de depresión. Con el 12,50% de la muestra que presenta un nivel grave de depresión se enfatizó aún más las actividades ocupacionales y de recreación al igual que con las actividades educativas dirigidas a sus familiares que están a cargo del adulto mayor esto con el fin de mejorar la calidad de vida.

6.3. Factores que Influyen en la Depresión

Tabla 13

Factores de la Depresión

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soledad	5	17,00
Enfermedades	16	53,00
Muerte de un familiar	3	10,00
Falta de atención	6	20,00
Total	30	100

Interpretación

En base a la tabla se verifica que 16 adultos mayores quienes representan el 53,00% de la muestra presentan depresión por enfermedad, 6 adultos mayores que son el 20,00% de la muestra indican que se encuentran deprimidos por falta de atención, 5 adultos mayores que representan el 17,00% de la muestra indican que por soledad se encuentran deprimidos, 3 adultos mayores que son el 10,00% de la muestra manifiestan que se encuentran deprimidos por muerte de un familiar, no existió adultos mayores que se identifiquen con el maltrato y el encierro como causal de la depresión.

Análisis

Mediante la encuesta realizada se pudo evidenciar que el 53,00% de los adultos mayores presentan depresión por enfermedad ya que es natural por la edad que el cuerpo vaya deteriorándose y siendo cada vez más propenso a incurrir en cualquier enfermedad y esto ocasiona que el adulto mayor caiga en un estado de depresión porque ya no se siente con la misma vitalidad que cuando era joven; el 20,00% de la muestra indicaron que se sienten deprimidos por la falta de atención de parte de sus familiares y autoridades ya que por ser ancianos a veces en la familia ya no les prestan atención dentro del ámbito familiar por esta razón se sienten excluidos dentro de su entorno familiar ocasionándoles que se depriman; el 17,00% señalan que se sienten solos ya que por diferentes causas sus familiares no pasan en casa o a su vez no son visitados por sus familiares sintiéndose olvidados. Finalmente el 10,00% de la muestra indicaron que su causa de depresión es porque han perdido a un familiar cercano que fue muy allegado a ellos y en otros casos sus parejas han fallecido lo que les ha ocasionado un profundo dolor y les ha llevado a caer en un estado depresivo.

Tabla 14

Enfermedades

OPCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Diabetes	7	23.18
Hipertensión	4	13.25
Cáncer	1	3.31
Artritis	2	6.62
Neumonías	2	6.62
Total:	16	53.00

Interpretación

En base a la tabla se determina que 7 adultos mayores que representan el 23.18% señalaron que tienen diabetes, 4 adultos mayores que son el 13.25% indicaron que sufren de hipertensión, 2 personas que representan el 6.62 % indicaron que sufren de artritis y 2 personas que representan el 6.62% manifiestan que sufren de neumonía.

Análisis

De la muestra general que fueron 30 se deriva que 16 adultos mayores manifestaron que sufren depresión por padecer alguna enfermedad de las cuales se investigó y se identificó que 7 adultos mayores padecen diabetes representando el 23.18%, siendo la enfermedad que mayor incidencia ha tenido dentro de la muestra ya que la diabetes se acentúa aún más por el paso del tiempo pues existen factores que la causan como lo es el genético es decir hereditario, la disminución de la actividad física, la mala alimentación, y según

aumenta la edad se disminuye la secreción de insulina en el cuerpo todo esto conlleva a que se presente la diabetes; 4 adultos mayores indican que sufren de hipertensión los cuales representan al 13.25%, esta enfermedad es la segunda en la tabla y de igual manera es la causante de que se sientan deprimidos pues la hipertensión es una enfermedad silenciosa pero si no se da el tratamiento adecuado puede ser fatal, se puede controlar con una buena dieta, ejercicio, moderación en el consumo de alcohol, no fumar y cumplir con la toma de medicación indicada; en tercer lugar tenemos a 2 adultos mayores que manifestaron sufrir de artritis los cuales representan el 6.62%, esta enfermedad es muy dolorosa e irreversible que al igual que las anteriores se complican con la edad existen diferentes tipos de artritis pero para todas ellas se indica que el descanso, el ejercicio, una alimentación saludable, una dieta balanceada, y el conocer la forma correcta de usar y proteger las articulaciones, son la clave para poder sobrellevar cualquier tipo de artritis, de igual forma en el mismo puesto se encuentran 2 adultos mayores que indicaron que sufren de otras enfermedades que no se encuentran enlistadas manifestando que son enfermedades respiratorias como lo es la neumonía representando el 6.62%, estas enfermedades son respiratorias y se complican con la edad ya que el anciano tienen una menor reserva respiratoria, una mayor incidencia de enfermedades concomitantes (Como enfisema, diabetes y enfermedad coronaria) y una capacidad inmunológica disminuida, de igual manera es irreversible y si no se da tratamiento causa la muerte, por ultimo 1 adulto mayor manifestó que padece cáncer en este caso al estómago representando el 3.31%, dicho cáncer ha sido recién detectado y se encuentra en tratamiento lo cual ha causado que el adulto mayor se encuentre sumido en una gran depresión.

Tabla 15

Falta de atención

OPCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Familiares	5	16.66
Policía Comunitaria	1	3.33
Total:	6	20.00

Interpretación

Según la tabla se determina que 6 adultos mayores indicaron que la falta de atención que sufren ellos es de parte de sus familiares los mismos que representan el 20.00% y 1 adulto mayor que es el 3.33% indico que es por otras personas en este caso indico que no ha sido tomado en cuenta por la Policía Comunitaria.

Análisis

La falta de atención por parte de los familiares al adulto mayor es muy frecuente en la mayoría de los hogares del país por diversas causas se hace de menos al adulto mayor dentro del círculo familiar es por tal razón de que 5 adultos mayores han señalado que se siente deprimidos por falta de atención de parte de sus familiares representando un 16.66%, y 1 persona adulto mayor indico que no ha sido tomado en cuenta por las autoridades en este caso indico que el personal de bomberos y la policía no han tomado en cuenta sus requerimientos, representando un 3.33% de la muestra.

Tabla 16

Soledad

OPCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	3	10.2
A veces	2	6.8
Total:	5	17.00

Interpretación

Se determinó que 3 adultos mayores indicaron que siempre se sienten solos representando el 10.02% y 2 personas indicaron que a veces se sienten solos representando el 6.8%.

Análisis

Al entrar en la etapa de adulto mayor se hace necesario mucho más estima y reconocimiento por parte de la familia y la sociedad ya que impera la necesidad de sentirse parte útil de la sociedad y de su entorno familiar, puede también surgir miedos e inseguridades propias de la edad, o a causa de enfermedades crónicas que disminuyen su calidad de vida o les impiden desenvolverse por sí mismos, según el estudio realizado se determinó que 5 adultos mayores siempre se sienten solos representando el 10.2% y adultos mayores se sienten a veces solos representando el 6.8% de los encuestados que indicaron que sienten soledad y esto les deprime.

Tabla 17

Muerte de un familiar

OPCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Esposo/a	2	6.66
Nieto/a	1	3.33
TOTAL:	3	10.00

Interpretación

Según los datos obtenidos de la tabla se evidencia que 2 adultos mayores indicaron que ha fallecido su esposo/a los cuales representan al 6.66%, y 1 una personas a manifestado que ha sufrido la muerte de su nieto lo cual representa el 3.33%.

Análisis

La muerte de un familiar cercano o a su vez de su pareja implica un grave deterioro emocional en el adulto mayor pues existe el sentimiento de soledad si es la muerte de su cónyuge y la tristeza de ver morir a un ser querido causa que caiga en depresión , del estudio realizado se desprende que 2 adultos mayores han perdido a sus parejas representando el 6.66% y 1 adulto mayor ha manifestado que ha fallecido su nieto representando el 3.33% de la muestra que indico que su depresión fue por la muerte de un familiar.

6.4. Plan de Actividades Realizadas para Prevenir la Depresión en el Adulto Mayor.

Para cumplir con el objetivo se realizó las siguientes actividades:

- Actividades educativas
- Actividades recreativas y ocupacionales

- Bailo terapia
- Dinámicas
- Finalmente se elaboró un manual que contiene un conjunto de técnicas recreativas y ocupacionales para que puedan ser aplicados por el personal del programa en futuras actividades educativas.

Plan de Terapias Aplicadas:

Tema: Prevención de la depresión en los adultos mayores

Beneficiarios: Adultos mayores del Programa Vida Hermosa del Cantón Mera.

Lugar: Aulas de capacitación del Municipio de Mera

Fecha: 15-07-2015, 17-07-15, 22-07-2015, 24-07-15, 29-07-15, 31-07-15

Responsable: Autora de la investigación

Objetivo: Desarrollar actividades recreativas de promoción y prevención encaminadas a combatir la depresión en el adulto mayor del Programa Vida Hermosa del Municipio del Cantón Mera.

Cronograma de Actividades

FECHA	LUGAR	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
15-07-2015	Aulas de capacitación del Municipio del Cantón Mera	Tema: Definición Factores que influyen - Medidas de prevención	La autora	Dirigida a los Adultos Mayores del Programa Vida Hermosa
		Preguntas y respuestas	La autora	Dirigida a los Adultos Mayores del Programa Vida Hermosa
		Refrigerio		
FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
17-07-2015	Aulas de capacitación del Municipio del Cantón Mera	Tema: como vencer la depresión Tips para vencer la depresión	La autora	Dirigida a os adultos Mayores del Programa Vida Hermosa
		Preguntas y respuestas	La autora	Dirigido a los Adultos Mayores del Programa Vida Hermosa
		Refrigerio		

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
22-07-2015	Aulas de capacitación	Taller de: tejido con lana y	La autora	Dirigida a los adultos mayores

	del Municipio del Cantón Mera	crochet		del Programa Vida Hermosa
		Entrega de material y explicación de las indicaciones	La autora	Dirigida a los adultos mayores del Programa Vida Hermosa
		Receso		
		Taller de: actividad física	La autora	Dirigido a los Adultos Mayores del Programa Vida Hermosa
		Taller de: Bailoterapia	La autora	

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
24-07- 2015	Aulas de capacitación del Municipio del Cantón Mera	Taller de tejido con lana y crochet	La autora	Dirigido a los Adultos Mayores del Programa Vida Hermosa
		Receso		
		Taller de actividad física	La autora	Dirigido a los Adultos Mayores del Programa Vida Hermosa
		Taller de bailoterapia	La autora	Socialización de las indicaciones para el inicio del Taller

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
29-07-2015	Aulas de capacitación del Municipio del Cantón Mera.	Taller de tejido con lana y crochet	La autora	Dirigido a los Adultos Mayores del Programa Vida Hermosa
		Receso		
		Taller de actividad física	La autora	Dirigido a los Adultos Mayores del Programa Vida Hermosa
		Taller de bailoterapia	La autora	Dirigido a los Adultos Mayores del Programa Vida Hermosa

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
31-07-2015	Aulas de capacitación del Municipio del Cantón Mera.	Taller de tejido con lana y crochet	La autora	Dirigido a los Adultos Mayores del Programa Vida Hermosa
		Receso		
		Taller de actividad física	La autora	Dirigido a los Adultos Mayores del Programa Vida Hermosa.
		Taller de bailoterapia	La autora	Socialización del baile coordinado e indicaciones

7. DISCUSIÓN

El objetivo principal de esta investigación fue identificar los factores que influyen en la prevalencia de depresión en adultos mayores del Programa Vida Hermosa del Municipio de Mera.

En relación a la problemática de estudio se seleccionó y trabajo con una muestra de 40 adultos mayores que representaron al 100% de la población.

Género.- Se determina que de los 30 adultos mayores encuestados que presentan depresión, 23 que pertenecen al género femenino representan mayor porcentaje como es el 77% y tan solo 7 pertenecen al género masculino quienes representan al 23%, existiendo una similitud con los datos obtenidos según la tesis realizada por Jonathan Crespo estudiante de la Universidad de Cuenca con el tema "Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la Provincia del Cañar, en el año 2011", donde determina que de los 59 adultos mayores estudiados 36 pertenecen al género femenino representando un 61.01% de la muestra y 23 pertenecen al género masculino siendo un 38.98% de la muestra; existiendo una similitud en estos estudios ya que el género femenino predomina en lo que se refiere a la presencia de depresión a comparación del género masculino que en los dos estudios es más bajo.

Además de acuerdo a investigaciones científicas la distimia (estado anímico crónicamente deprimido) suele ser más frecuente en las mujeres y la depresión se presenta con mayor importancia en el género femenino. Las razones suelen ser baja autoestima, indiferencia familiar y sentimientos de soledad al saber que sus hijos formaron su propio hogar.

Edad.- Según la encuesta realizada se ha determinado que de los adultos mayores del programa Vida Hermosa de Mera, el rango predominante de edad que presentan depresión es de 65 a 69 años en un 70% de la muestra; en comparación con los datos de la tesis realizada por Jonathan Crespo estudiante de la Universidad de Cuenca con el tema “Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la Provincia del Cañar, en el año 2011”, en el que determina que el rango de edad que más casos de depresión presenta, tanto para el sexo masculino como para el femenino, es el comprendido entre los 80 a 89 años, representando el 47.83% para el sexo masculino y el 36.11% para el femenino. Estos datos son diferentes a los datos de la investigación de la autora ya que fué realizada en un programa de ayuda al adulto mayor donde reciben atención diaria y luego se movilizan a sus hogares a diferencia de que en el asilo los pacientes son internos y viven en el mismo lugar por tal razón existe una variación en la edad. Sin embargo de acuerdo a la OMS la presencia de la enfermedad se ve reflejada en personas mayores de 65 años, lo que concuerda con la encuesta y la tesis realizada, teniendo como antecedentes patologías, deterioro cognitivo, y una mala calidad de vida.

Identidad.- Según los resultados obtenidos en la investigación se observó que predomina la identidad mestiza en un 97%, se debe a que en el Cantón Mera está constituida por colonos, la cual no se puede discutir ya que no existe algún estudio con cual comparar estos datos. *Nivel de Educación.*- De igual manera el tipo de educación que poseen los adultos mayores es la primaria con un 63%, un 20% obtuvieron el bachillerato y un 17% son analfabetos; teniendo concordancia con el estudio realizado por Martha Paulina Licas Torres de la Universidad

Nacional Mayor de San Marcos de Lima-Perú con el tema “Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral s.j.m - v.m.t 2014”. Donde sus resultados en la pg.75 anexo H, expresa que respecto al grado de instrucción la mayoría de adultos mayores tiene primaria con un 57.5%, obtuvieron su bachillerato un 19% y son analfabetos en un 20.5%. Además esto concuerda con lo que manifiesta la OMS en la investigación científica al decir que la depresión lo sufren en mayor relevancia los adultos mayores que carecen de estudios.

Procedencia.- Según los datos obtenidos se determina que la procedencia de los adultos mayores son en un 93% del sector urbano dichos datos de igual manera no se puede discutir ya que no existe algún estudio con cual comparar estos datos. *Estado Civil.*- Según el estudio realizado se sabe que el estado civil de los adultos mayores es en un 70% casados, el 20% son viudos; el 7% de la muestra se encuentran divorciados y 3% de la muestra son solteros en comparación con el estudio realizado por la Srta. Martha Paulina Licas Torres de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima-Perú con el tema “Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral s.j.m - v.m.t 2014”, en la pág. 76 anexo 1 tabla 3 se evidencia una gran similitud a mi estudio donde hace referencia que 39.7% de la muestra son casados siendo el más predominante idéntico al de mi estudio al igual que en un 24.6% son viudos, 16.4% son solteros, 13.6% son divorciados, existiendo diferencia entre los dos últimos resultados los cuales varían según la población. No así de acuerdo a fuentes de investigación se menciona que dos de las variables que están asociadas con la depresión en la tercera edad son la viudez y la separación, imposibilitando la comparación en porcentajes al carecer de datos cuantificables y únicamente obtener datos cualitativos.

Ingresos Económicos.- Según la tabla se determina que el 57% de la muestra dependen de los ingresos de sus familiares, el 23% cobran el bono de desarrollo humano, y el 20% reciben una jubilación, al no existir estudios similares sobre estos datos no se realiza ninguna discusión. Sin embargo en los datos de fuentes científicas dentro del marco teórico se fundamenta que los adultos mayores que son más propensos a tener depresión son aquellos con un nivel socio económico bajo.

Prevalencia.- La prevalencia de la depresión en adultos mayores fue de un 75,00%, es un porcentaje casi similar en comparación con la tesis realizada en la Universidad de Cuenca por el Sr. Jonathan Crespo con el tema “Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la Provincia del Cañar, en el año 2011”; ya que en este estudio manifiesta en la página 26 tabla 1, que el 70,00% de la muestra que fueron 84 adultos mayores de diferentes casas de asilamiento, la mayoría presentan depresión siendo así el porcentaje similar a los datos obtenidos en mi estudio aunque hay una ligera diferencia en que los adultos mayores encuestados en mi estudio son ancianos de la comunidad y los del estudio en discusión pertenecen al grupo de ancianos institucionalizados. Por lo contrario a pesar de proyectar datos mundiales y no específicos, dentro de la investigación del marco teórico la prevalencia de la enfermedad depresiva en las personas mayores de 65 años se estima que alcanza el 10-12%.

Entre los factores de depresión tenemos las *Enfermedades* como factor principal causante de depresión en el estudio realizado se desprende que el 53,00% de adultos mayores encuestados manifiestan que su principal causa de depresión es por las enfermedades propias de la edad ya envejecer es un

proceso natural de la vida del ser humano; sin embargo, los malos hábitos alimenticios, falta de actividad física, el abuso de alcohol y tabaco impactan en la calidad de vida que tendrán las personas cuando se conviertan en adultos mayores ya que en la vejez hay cambios físicos y psicológicos en los adultos mayores por lo que es común que se presenten diversas enfermedades tales como: diabetes, hipertensión, cáncer, artritis entre otras.

De los 30 adultos mayores encuestados se determinó que 16 manifestaron sentirse con depresión por causa de las enfermedades y se desglosa esta cifra donde se clasifico por incidencia de las enfermedades más comunes que aquejan a los adultos mayores donde se determinó que 7 adultos mayores padecen de diabetes , 4 manifestaron tener hipertensión, 1 persona se encuentra en tratamiento por padecer cáncer , 2 personas indican tener artritis y por ultimo 2 adultos mayores indicaron tener enfermedades respiratorias en este caso neumonía; existiendo una similitud con la tesis de maestría, para obtener el título de master en intervención en calidad de vida en personas mayores año 2006-2008, con el tema "*Síntomas depresivos en personas mayores*" realizada por la Sra. Ángela Vargas Prats, estudiante de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), con su sede en Madrid España; manifestando en las págs. 77 – 80, sobre las circunstancias personales y los síntomas depresivos donde expone sus resultados en el gráfico 11 y la tabla 24 donde se manifiesta que hay una serie de circunstancias que influyen en la presencia de síntomas depresivos, tres de ellas están relacionadas con la salud (Enfermedad crónica, padecer alguna enfermedad y dependencia), el género, que tiene una gran influencia en este aspecto y finalmente el hecho de residir sólo o acompañado (más síntomas viviendo sólo y menos síntomas viviendo acompañado), este estudio nos revela

en conclusión que el primer factor relacionado con la depresión es padecer una enfermedad sea esta crónica o no, en segundo lugar manifiesta que por el género en este caso femenino son más propensos a la depresión, y en tercero un dato no tan significativo manifiesta que es por dependencia (el sujeto vive a expensas de otra persona) al igual que por vivir solos ,por separación o divorcio, por estar asilados en una residencia, por duelo, por descendencia y por ultimo por vivir acompañado en casa, estos últimos datos abarcan una ligera concordancia con los datos de mi estudio. De acuerdo a datos científicos estas enfermedades pueden estar relacionadas con la depresión: diabetes, trastornos de tiroides, cáncer, fallo cardíaco, el Parkinson y las situaciones dolorosas, crónicas e incurables (lesión en la médula espinal, SIDA). Además la medicación, los fármacos, las drogas ilegales, el alcohol y otras intoxicaciones por drogas pueden provocar efectos secundarios asociados con la depresión.

Falta de atención.- Un adulto mayor por cuestión de la edad se siente nostálgico y necesita más cuidado , atención, afecto y cariño por parte de sus familiares y de las autoridades como es de conocimiento público que los adultos mayores están amparados constitucionalmente para su protección, cuidado y el estado es garante de que se cumpla con esta ley , es primordial que el adulto mayor reciba tanto de su familia como del estado todo la protección y cuidado por pertenecer a un grupo vulnerable, por tal razón se identificó las posibles causas de la falta de atención ya que en la encuesta realizada un total de 6 personas manifestaron sentirse con falta de atención representando el 20.00% de la muestra y al desglosar esta cifra para identificar cual o cuales son los causantes de la falta de atención hacia los adultos mayores se desprende que 5 adultos mayores manifestaron que la falta de atención hacia ellos es por parte de sus

familiares y 1 personas manifestó que las autoridades no le han brindado la atención adecuada en este caso los bomberos y la policía nacional no cumplieron con las peticiones que esta personas había solicitado.

Hay un similitud en el estudio publicado según la Revista Archivo Médico de Camagüey, versión ISSN 1025-0255 publicada en Camagüey- Venezuela en Noviembre - Diciembre del 2008, con el tema Caracterización de la Atención Familiar al Adulto Mayor realizado por los señores: Dr. Lex Cervera Estrada I; Dr. Rodolfo Hernández Riera II; Dra. Isel Pereira Jiménez III; Dra. Odalys Sardiñas Montes de Oca IIII, donde manifiestan que la valoración integral de la atención familiar al adulto mayor se apreció en el 66,2 % de los ancianos que tuvieron una desatención por parte de su familia, es decir que incumplió con algunos de los elementos considerados para tal valoración: la garantía por su alimentación y la higiene fueron los elementos que con mayor frecuencia estuvo presente; no así la atención por brindar afectividad y garantizar los recursos financieros al anciano. Se hace corresponder la evaluación de la atención familiar y los grupos de edades de los longevos estudiados. Al analizar el comportamiento según la atención familiar fue notable que a medida que se incrementó la edad disminuyó la atención por parte de la familia al anciano. Predominó el sexo femenino (63,6 %) con respecto al masculino (36,4%). En ambos grupos prevalecieron las mujeres, aunque en el grupo que refirió atención familiar el sexo femenino duplicó al masculino con un 69,2 %. Más de la mitad de los ancianos (51,0%) refirieron abusos por parte de su familia; con gran frecuencia los insultos en la calle, broncas y empujones, y como agresor más frecuente sus hijos. No se reportaron abusos sexuales a los senescentes por parte de su familia. El menor soporte social del anciano deprimido, acompañado de una mala alimentación por pérdida

de apetito y pérdida de motivación personal por razones sociales insoportables para él hace que el suicidio ocurra con doble frecuencia en los ancianos que en la población total, el 80% de los ancianos mayores de 74 años que se suicidan sufren del síndrome depresivo. Además otro fundamento válido que consta entre algunos de los factores de riesgo depresivo está el aislamiento social.

La *soledad* es un sentimiento que aqueja al adulto mayor por el mismo hecho de que sus energías ya no son las mismas y su capacidad para realizar las cosas cotidianas se van tornando más difíciles y esto los conlleva a sentirse solos ,aislados del resto de la sociedad y de igual manera se siente excluidos de sus familiares ya que no son tomados en cuenta dentro de su familia, de igual forma el hecho de jubilarse o ya no poder encontrar trabajo hace que aumenten su sentimiento de soledad que si no se trata puede ser un causante de la degeneración emocional y física del adulto mayor, en base a este estudio realizado se supo que 5 adultos mayores indicaron sentirse solos lo cual representa el 17.00% de la muestra total por lo cual desglosamos esta respuesta y verificamos que de los 5 adultos mayores que señalaron sentirse solos, 3 manifiestan que siempre se sienten solos y 2 personas manifestaron que a veces se siente así; existiendo una similitud en una publicación de la ARS MEDICA Revista de estudio Medico Humanísticos realizada por el Doctor En pastoral de la salud. Juan Carlos Bermejo Higuera por el Instituto Camilianum , donde hace referencia a que la soledad no produce síntomas externos graves, quienes la padecen afirman que se trata de una experiencia desagradable y estresante, asociada con un importante impacto emocional, sensaciones de nerviosismo y angustia, sentimientos de tristeza, irritabilidad, mal humor, marginación social, creencias de ser rechazado.

Una consideración superficial de la vejez nos podría llevar a pensar que todas las personas mayores se sienten solas. Sin embargo, estudios realizados en España bastante recientemente, con el rigor propio de la investigación científica, muestran que la mayoría de las personas ancianas no se sienten solas, sino que la soledad la acusa un 8% del total de personas mayores. Sin duda, no es un problema desdeñable, sobre todo si pensamos en la experiencia de cada una de las personas incluidas en ese porcentaje, pero tampoco puede mantenerse el estereotipo de que todas las personas mayores están solas, se sienten solas y menos aún que estén abandonadas.

La soledad es una condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional. Una causa de soledad es el hecho de la retirada del ámbito laboral, del que uno se nutre manteniendo numerosas relaciones sociales. El fin de la vida laboral que constituye también el origen de las principales relaciones sociales, supone un sentimiento de desvalorización y de dependencia.

Muerte de un Familiar.- La muerte de un familiar cercano de un adulto mayor es en sí una causa para que se sientan deprimido ya que por el paso de los años los lazos entre esposos es tan estrecho que si llega a faltar la pareja, emocionalmente la otra persona se va a sentir solo, triste y decaerá su salud tanto física como mental, ocasionando depresión y si no se da un tratamiento psicológico hasta la muerte por la complicación de la salud del adulto mayor; en base a este estudio se determinó que 3 adultos mayores indicaron sentirse deprimidos por la muerte de un familiar siendo estos el 10.00% de la muestra total de estudio y donde se estudió y se verifico que de los 3 adultos mayores que

señalaron sentirse deprimidos por la muerte de un familiar, 2 personas indicaron haber sufrido la muerte de sus esposos y 1 personas la muerte de su nieto.

Según el libro *La pérdida de un ser querido: el duelo y el luto*. Del autor marcos Gómez Sancho de la editorial ARAN, nos hace referencia a que la pérdida de personas queridas como lo es el cónyuge, los amigos, hermanos, hijos, nietos, puede aumentar la conciencia personal de la propia muerte, lo cual puede llevar a una ansiedad existencial. Muchos ancianos en duelo viven solos. Un estudio que realizo Dopatta en el 2011 mostro que las viudas y los viudos más jóvenes eran más probables que se trasladaran a un nuevo domicilio después del fallecimiento de su pareja, mientras que los más ancianos era probable de que permanecieran en la casa en que vivían en el momento del fallecimiento de su pareja. Vivir solo puede llevar a tener intensos sentimientos de soledad, intensificados por vivir solos en el mismo ambiente físico con el que habían compartido con su cónyuge. Algunos ancianos no pueden continuar viviendo solos después de la muerte de su cónyuge y necesitan atención institucional. Existe cierta evidencia anecdótica que apoya el hecho de que los ancianos se ven obligados a abandonar su hogar después de perder al cónyuge tiene mayor riesgo de mortalidad.

Con la edad el número de muertes de amigos, y miembros de la familia aumenta. Este número cada vez mayor de pérdidas en un periodo breve puede hacer que la persona se desborde y no elabore los duelos. Además de estas pérdidas, hay otras que pueden experimentar la persona de edad, como la pérdida de ocupación de su ambiente, de las constelaciones familiares, de vigor físico, incluyendo las discapacidades físicas, la disminución de las propias sensaciones, etc. Todos estos cambios añadidos a las pérdidas debidas a

muerdes, se han de elaborar. Pero la capacidad de cada uno para hacerlo puede reducir la causa de la gran cantidad de pérdidas sufridas en un periodo breve de tiempo.

De acuerdo a bases científicas el adulto mayor puede reaccionar a algunas circunstancias de la vida con depresión. Por ejemplo cuando el cambio en la vida de la persona es triste al perder un ser querido, divorciarse, perder el empleo, etc. resulta fácil porque hay una alteración del estado de ánimo. A veces las personas pueden sufrir depresión por cualquier cambio en sus vidas que a otros no les afectaría. Una de las razones puede ser que la persona no tuvo tiempo para superar el golpe e inmediatamente recibió el siguiente, o que alguien le impulsó a deprimirse.

8. CONCLUSIONES

La depresión es una enfermedad mental silenciosa que puede desencadenarse como un factor agravante de otras enfermedades acelerando su proceso evolutivo y acortando la vida de una persona; con referencia a las características de la población se concluyó que:

La depresión es más frecuente en el sexo femenino con el 77%; la edad que registra mayor porcentaje de depresión está entre 65 a 69 años con el 70%; predomina la etnia mestiza con el 97%, el nivel académico que predomina en la población de estudio es la primaria con 63%, de procedencia urbana con el 93%, de estado civil casados con el 70% y económicamente la mayoría depende de los familiares con el 57%.

Con relación a la prevalencia se llegó a la conclusión que la depresión está presente en el 75% de los adultos mayores siendo de tipo moderada con un 25% y grave con un 12.50%.

Como factores de riesgo identificados en la población fueron las enfermedades como la diabetes en un 23.18% en primer lugar, segundo de la falta de atención en un 20% y soledad en un 17%.

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

9. RECOMENDACIONES

Recomendar al personal del programa Vida Hermosa a que establezcan en su cronograma de actividades un día más es decir los cinco días a la semana para la realización de actividades recreativas ocupacionales con la finalidad de mantener a los adultos mayores recreados ya que un factor de la depresión es la soledad u olvido.

Que las trabajadoras sociales del Programa Vida Hermosa, continúen las actividades educativas y capacitaciones, de igual manera se de continuidad a la socialización del manual de terapias educativas y recreativas dirigido a los adultos mayores, esa manera mejorar la atención a sus necesidades básicas, inquietudes procurando su diversión ya que un factor de la depresión es la falta de atención.

Se recomienda al personal que labora en el Programa Vida Hermosa a que se dé prioridad a la población adulta mayor femenina comprendida entre los 65 a 69 años de edad ya que es la población mayormente afectada por la depresión.

Que el Municipio del Cantón Mera gestione la creación de una partida para un equipo de salud conformado por un psicólogo, enfermera, y trabajadora social para la atención de los adultos mayores de la provincia.

A los familiares que continúen involucrándose en actividades ocupacionales y recreativas que realiza el Programa Vida Hermosa del Cantón Mera, promoviendo el cuidado de mejorar el bienestar físico y mental y así disminuir la ansiedad, depresión del adulto mayor.

10. BIBLIOGRAFIA

American Psychological Association. (s.f.). *apa.org*. Obtenido de <http://www.apa.org/centrodeapoyo/edad.aspx>

Eroski Consumer. (05 de FEBRERO de 2012). <http://depresionadultomayorspnc.blogspot.com/>. Obtenido de <http://depresionadultomayorspnc.blogspot.com/p/epidemiologia.html>

Estalovski , B. (2004). *Como Vencer la Depresion* . Buenos Aires : GIDESA. pp. 8-11.

García , B. (2011). *Guía de Practica Clinica para el tratamiento de la depresion en atencion Primaria* . Malaga : GAEDAP. pp. 10-11-380-390.

Harrison Principios de Medicina Interna ed. 18 vol. 1. (2012). *Harrison Principios de Medicina Interna 18° edición vol. 1*. McGraw-Hill Global Education Holdings, LLC.p. 3536

Japa, D. (31 de Agosto de 2013). www.macorisdeldelmar.com. Obtenido de http://www.macorisdeldelmar.com/index.php?option=com_content&view=article&id=2361:articulo-sobre-suicidio-o-depresion-de-la-doctora-delsa-japa&catid=8:cronica&Itemid=102.

Luciani , J. (2010). *Cómo Superar la Ansiedad y la Depresión* . Barcelona : Amat. pp. 47-56-57.

Montgomery, A. (1979). *New Depression Rating Scale Designed to be sensitive to change*. pp. 382-389.

Oliván, B., Montón F., Magallón B., y López H. (2011). *Plantándole cara a la depresión*. Barcelona España : Erasmus.

Queralt, D. M. (05 de 06 de 2013). <http://www.mapfre.es/>. Obtenido de <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/suicidio-anciano-depresion.shtml#>

Rojas Rodriguez , M. (2007). *Atencion de enfermeria a pacientes con afecciones psiquiatricas*. La Habana : Ciencias Medicas .

San Molina , L., y Arranz Marti, B. (2010). *Comprender la Depresion*. Barcelona : Amat .

Toro, Santander. J. (2000). <http://escuela.med.puc.cl/>. Obtenido de <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/geriatria/DepresionAdulto.html>

Trickett, S. (2012). *Supera la Ansiedad y la Depresión*. Barcelona : Hispano Europea .p 52.

Zacarías I, Gonzáles. C. (2014). www.inta.cl/consumidores . Obtenido de http://www.inta.cl/revistas/Adulto_Mayor.pdf.

(Navas,W. 2013). Depresión El Trastorno Psiquiátrico más frecuente en la vejez. Geriatría.

(Gutiérrez, M. 2014). Geriatría. México DF México: El Manual Moderno.

CCENETEC 06 DE Junio de 2012). Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. México D.F, México).

(Oliván. B., Montón, C., Magallón, R., Botaya, López, Y. 2011 PP.112-113.

(Preciado, S., Cevarrubias, E., Arias, M. 2011.)


(Ramirez, S., Páez, A., Aguilar, M., Tapia, L. y Cañestro, F. 2010) Alterciones Psíquicas en personas mayores. Madrid España: Vértice)

(Preciado, S., Covarrubias, E., y Arias, M. 2011. Modelo de atención para el cuidado de adultos mayores institucionalizados desde trabajo social. Los Angeles Estados Unidos de América: Palibrio).

Martí, C. I. (29 de Febrero de 2012). *MIOD Un lugar para la ciencia y tecnología*.
Obtenido de http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2012/02/29/133136

11. ANEXOS

Anexo 1. Oficios dirigidos al alcalde del Cantón Mera para la autorización para la investigación.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

PLAN DE CONTIGENCIA SEDE PUYO

Oficio Nro. 019-PC-UNL-SEDE PUYO

Puyo, 6 de Mayo 2015

Señor Licenciado
Gustavo Silva
ALCALDE DEL CANTÓN MERA
Presente:

De mi consideración.-

Con un atento saludo me dirijo a Ud para solicitarle lo siguiente:

Como requisito previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, las estudiantes del Internado Rotativo deben realizar el Trabajo de Titulación (Tesis); razón por la cual la señora Jhoana Alexandra Aigaje Romero realizará su investigación con el tema. "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO DE MERA. AÑO 2015". Por lo que le solicito señor Alcalde tuviera a bien conceder su permiso para el desarrollo de la misma.

Las actividades que la estudiante debe realizar en el desarrollo de su tesis son las siguientes:


- Identificar la población de adultos mayores que presenten depresión.
- Identificar las causas que influyen en la manifestación de la depresión
- Realizar acciones de enfermería dirigidas a la prevención de la depresión en los adultos mayores.

Por la atención al presente anticipo mi agradecimiento no sin antes expresarle mis sentimientos de alta consideración y estima.

Atentamente,

EN LOS TESOROS DE LA SABIDURÍA
ESTÁ LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA


Lic. Beatriz Bastidas O.
Lic. Beatriz Bastidas O.
COORDINADORA CARRERA DE ENFERMERIA PC UNL-SEDE PUYO



SEFA DE PERSONAL
COORDINADORA
[Signature]
06-05-2015

Puyo AV. 20 de Julio antiguo edificio de la ESPEA
Telf.: 0995831919 E.mail: yadira.acurio@unl.edu.ec

Anexo 2. Compromiso de no remuneración.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
SEDE PUYO
CARRERA DE ENFERMERIA

Puyo, 7 de Mayo 2015

Señor Licenciado
Gustavo Silva
ALCALDE CANTÓN MERA
Ciudad

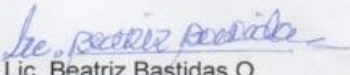
Fecha: 07 MAYO 2015
Código: 2599 Serie: 11:12
Karan, A.

De mi consideración:

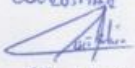
En conocimiento de su aceptación al pedido de que la señora Jhoana Aigaje realice su investigación con la población de adultos mayores que lleva el I. Municipio de Mera, presento a su autoridad el agradecimiento en nombre de la carrera de Enfermería del Plan de Contingencia de la UNL. A la vez va adjunto el compromiso de que la estudiante no solicitará ningún tipo de remuneración por el trabajo de investigación que ella realice con esta población; tanto en la fase de recolección de datos como tampoco el las actividades que realice como propuesta de intervención que es parte de la investigación.

Con sentimientos de consideración y estima me suscribo, no sin antes reiterarle el agradecimiento por su apertura con la estudiante

Atentamente



Lic. Beatriz Bastidas O.
COORDINADORA CARRERA ENFERMERÍA P.C. UNL. SEDE PUYO

JEFA DE PERSONAL
COORDINADORA

08-03-2015

Anexo 3. Cuestionario**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Tema: Depresión en el adulto mayor.

Lugar: Municipio del Cantón Mera

Encuestador: Jhoana Aigaje Romero

Encuestado: _____

Objetivo: recopilar información acerca de la presencia de depresión en adultos mayores.

Cuestionario.-**1. ¿Género?**

() Masculino

() Femenino

2. ¿Cuántos años tiene?

() 65-69

() 70-79

() 80-89

() 90- Mas

3. ¿Cuál es su identidad?

() Mestizo

() Indígena

() Afro ecuatoriano

4. ¿Cuál es su nivel de educación?

() Ninguna

() Primaria

Secundaria

Superior

5. ¿En qué sector del Cantón usted vive?

Urbano

Rural

6. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero

Casado

Viudo

Divorciado

7. ¿Sus ingresos se generan a través de?

Jubilación

Bono

Familiares

8. ¿Cuáles son las causas de depresión?

Soledad

Enfermedades

Maltrato

Muerte de pareja

Encierro

Falta de atención

9. ¿Con que frecuencia usted se siente solo?

Siempre

A veces

Rara vez

10. ¿Padece usted alguna de estas enfermedades indique cuál?

Diabetes

Hipertensión

Cáncer

Artritis

Neumonías

11. ¿Ha recibido algún tipo de maltrato?

- () Psicológico
- () Físico
- () Sexual

12. ¿Ha fallecido alguien dentro de su familia en los tres últimos años?

- () Esposo/a
- () Hijo/a
- () Hermano/a
- () Nieto/a

13. ¿Ha sufrido encierro en su hogar?

- () Siempre
- () Rara vez
- () Nunca

14. ¿Ha sufrido falta de atención por parte de...?

- () Familiares
- () Programa Vida Hermosa miees
- () Personal de Salud
- () Policía Comunitaria

Anexo 4. Escala para medir el nivel de depresión en el adulto mayor.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

1.- Tristeza aparente:

El paciente expresa abatimiento, tristeza y desesperación a través de la voz, del gesto y la expresión mímica.

Evalúese en función de la gravedad e incapacidad para ser animado

0. No tristeza
- 1.
2. Parece desanimado pero se anima fácilmente
- 3.
4. Parece triste e infeliz la mayor parte del tiempo
- 5.
6. Parece desgraciado todo el tiempo. Extremadamente abatido

2.- Tristeza expresada:

El enfermo aporta datos verbales sobre su humor deprimido, independientemente de que lo exprese por su apariencia o no.

Incluye ánimo bajo, abatimiento, desesperanza, sentimiento de desamparo.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, duración e influenciabilidad del humor por las circunstancias:

0. Tristeza ocasional en consonancia con las circunstancias ambientales
- 1.
2. Tristeza que se alivia (se anima) sin dificultad
- 3.

4. Sentimientos de tristeza o abatimiento profundo pero el humor es todavía ligeramente influenciado por las circunstancias externas
- 5.
6. Continua e invariable tristeza, abatimiento, sentimiento de desgracia

3.- Tensión interior:

El paciente expresa sentimientos de malestar indefinido, nerviosismo, confusión interna, tensión mental que se vuelve pánico, temor o angustia.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia o duración de la tranquilidad perdida:

0. Placidez aparente. Solo manifiesta tensión interna
- 1.
2. Ocasionales sentimientos de nerviosismo y malestar indefinido
- 3.
4. Continuos sentimientos de tensión interna o sentimientos de pánico que aparecen intermitentemente y que el paciente puede dominar pero con dificultad.
- 5.
6. Angustia o temor no mitigado. Pánico abrumador

4.- Sueño reducido:

El paciente expresa una reducción en la duración o en la profundidad de su sueño en comparación a como duerme cuando se encuentra bien.

0. Sueño como los normales
- 1.
2. Leve dificultad para dormir o sueño ligeramente reducido: sueño ligero
- 3.
4. Sueño reducido o interrumpido al menos durante dos horas
- 5.
6. Menos de dos o tres horas de sueño

5.- Disminución del apetito:

El paciente expresa una reducción del apetito en comparación con cuando se encuentra bien.

Evalúese la pérdida de deseo de alimento o la necesidad de forzarse uno mismo a comer.

0. Apetito normal o aumentado
- 1.
2. Apetito ligeramente disminuido
- 3.
4. No apetito. Los alimentos saben mal
- 5.
6. Necesidad de persuasión para comer

6.- Dificultades de concentración:

El paciente expresa dificultades para mantener su propio pensamiento o para concentrarse.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia y grado de la incapacidad producida.

0. Ninguna dificultad de concentración
- 1.
2. Dificultades ocasionales para mantener los propios pensamientos
- 3.
4. Dificultades en la concentración y el mantenimiento del pensamiento que reduce la capacidad para mantener una conversación o leer
- 5.
6. Incapacidad para leer o conversar sin gran dificultad

7.- Laxitud. Abulia:

El paciente expresa o presenta una dificultad para iniciar y ejecutar las actividades diarias:

0. Apenas dificultades para iniciar las tareas. No inactividad

- 1.
2. Dificultad para iniciar actividades
- 3.
4. Dificultades para comenzar sus actividades rutinarias, que exigen un esfuerzo para ser llevadas a cabo
- 5.
6. Completa laxitud, incapacidad para hacer nada sin ayuda

8.- Incapacidad para sentir:

El paciente expresa un reducido interés por lo que le rodea o las actividades que normalmente hace producían placer. Reducción de la capacidad para reaccionar adecuadamente a circunstancias o personas.

0. Interés normal por las cosas de la gente
- 1.
2. Reducción de la capacidad para disfrutar de los intereses habituales
- 3.
4. Perdida de interés en lo que le rodea, incluso con los amigos o conocidos
- 5.
6. Manifiesta la experiencia subjetiva de estar emocionalmente paralizado, anestesiado con incapacidad para sentir placer o desagrado y con una falta absoluta y/o dolorosa perdida de sentimientos hacia parientes y amigos.

9.- Pensamientos pesimistas:

El paciente expresa pensamiento de culpa, autorreproche, remordimiento, inferioridad, ideas de ruina, ideas de pecado.

0. No pensamientos pesimistas
- 1.
2. Ideas fluctuantes de fallos, autorreproches o autodepreciaciones
- 3.
4. Persistentes autoacusaciones o ideas definidas pero todavía razonables de culpabilidad o pecado. Pesimismo.
- 5.

6. Ideas irrefutables de ruina, remordimiento o pecado irremediable.
Autoacusaciones absurdas e irreducibles

10.- Ideación suicida:

El paciente expresa la idea de que la vida no merece vivirse, de que una muerte natural sería bienvenida o manifiesta ideas o planes suicidas.

0. Se alegra de vivir. Toma la vida como viene
- 1.
2. Cansado de vivir. Ideas suicidas fugaces
- 3.
4. Manifiesta deseos de muerte, ideas suicidas frecuentes. El suicidio es considerado como una solución pero no se han elaborado planes o echo intención.
- 5.
6. Planes explícitos de suicidio cuando exista una oportunidad. Activa preparación para el suicidio.

Anexo 5. Tabulación para medir el nivel de depresión, según la escala de Montgomery.

ADULTOS MAYORES	1.- TRISTEZA APARENTE						2.- TRISTEZA EXPRESADA						3.- TENSION INTERIOR						4.- SUEÑO REDUCIDO					
	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
1					4																			
2	0						2														2			
3				4																				
4	0						2			4														
5	0							0																
6			2							4														
7					4																			
8			2							4														
9							2																	
10	0							0																
11					4																			
12			2																					
13	0							0																
14					4																			
15																								
16			2																					
17	0																							
18	0																							
19			2							4														
20	0																							
21					4																			
22																								
23			2																					
24			2																					
25	0																							
26	0																							
27			2																					
28					4																			
29			2																					
30	0									4														
31	0																							
32					4																			
33					4																			
34			2																					
35																								
36	0																							
37			2																					
38					4																			
39	0																							
40	0																							
TOTAL	14	13	13	10	10	3	9	18	10	10	3	8	19	12	1	12	14	13	40	13	40	1	1	

5.- DISMINUCION DEL APETITO							6.- DIFICULTADES DE CONCENTRACION						7.- LAXITUD. ABULIA						8.- INCAPACIDAD PARA SENTIR													
0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6					
0	2	2							2		4			0					4		0				4							
	2	2									4			0					4		0											
	2	2					0							2							0											
0				4					2					2							2				4							
	2	2									4			2							2				4							
	2	2					0							2							2				4							
						6					4			2							2				4							
0				4			0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2							2				4							
							0							2																		

9.- PENSAMIENTOS PESIMISTA		10.-IDEACION SUICIDA						TOTAL	NIVELES DE DEPRESION		
0	1	2	3	4	5	6	NORM /AL		MODE RADA	GRAV E	
0		2					34	1			
0				4			6				
0							30	1			
0							6				
0							6				
				4			32				
				4			24				
		2					26				
		2					24				
0							8	1			
				4			40			1	
				4			26				
0		2					6	1			
							28				
		2					30				
							36			1	
0				4			30	1			
							2				
		2					24				
		2					24				
				4			36			1	
				4			34				
		2					34				
		2					22				
				4			28				
0							4	1			
0							4	1			
				4			34			1	
		2					32				
				4			22				
0							6	1			
		2					20				
		2					26				
				4			38			1	
				4			36			1	
		2					22				
				4			20				
				4			28				
0							6	1			
10		13	40	17			26	10	25	5	
								40			

Anexo 6. Tabulación del cuestionario.

	GENERO		RANGO DE EDAD				IDENTIDAD		
	MASCULINO	FEMENINO	65-69	70-79	80-89	90 A MAS	MESTIZO	INDIGENA	AFROECU
ACOSTA MARIA		1	1				1		
ALDAZ MOISES	1		1				1		
BELTRAN JULIO	1		1				1		
DUCHE AIDA		1	1				1		
DURAN MARIA		1			1		1		
DURAN ROSARIO		1	1				1		
FERNANDEZ MARIO	1		1				1		
GUEVARA GLORIA		1	1				1		
GUANO INES		1	1				1		
LANDA MARIA		1	1				1		
LUGO ISABEL		1	1				1		
LASCANO MARIA		1		1			1		
MAZON MARTHA		1	1				1		
ORTIZ MARIA		1		1			1		
ARIAS MARIA		1	1				1		
GUEVARA AURELIO		1		1			1		
LUGO HOLGER	1		1				1		
MORALES CUMANDA		1	1				1		
PEÑAFIEL MANUEL	1				1		1		
PAZ GRECIA		1	1				1		
RUIS DORALIZA		1		1			1		
ROMERO ROSA		1	1				1		
RODRIGUEZ GUSTAVO	1			1			1		
REYES ROSA		1	1				1		
SANTI ANIBAL	1		1					1	
TIPAN CARMEN		1	1				1		
CORREA MATILDE		1	1				1		
ALVAREZ BLANCA		1	1				1		
PEÑAFIEL CARMEN		1		1			1		
ESTELA ORTIZ		1		1			1		
TOTAL	7	23	21	7	2	0	29	1	0
	30		30				30		

NINGUNA	NIVEL DE EDUCACION			SECTOR DONDE VIVE		ESTADO CIVIL			
	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR	URBANO	RURAL	SOLTERO	CASADO	VIUDO	DIVORCIADO
1				1			1		
	1				1			1	
	1			1			1		
1				1			1		
	1			1			1		1
		1		1			1		
	1			1			1		
		1		1			1		
	1			1			1		1
1				1			1		
	1			1			1		
	1			1			1		
	1			1			1		
	1			1			1		
		1		1			1		
		1		1			1		
1				1	1		1		
	1			1			1		1
	1			1			1		
		1		1		1	1		
		1		1			1		
5	19	6	0	28	2	1	21	6	2
	30			30		30			

INGRESOS ECONOMICOS			CAUSAS DE DEPRESION					
JUBILACION	BONO	FAMILIARES	SOLEDAD	ENFERMEADES	MALTRATO	MUERTE DE FAMILIAR	ENCIERRO	FALTA DE ATENCION
1			1					
	1					1		
1				1				
		1						1
		1		1				
		1		1				
	1			1				
	1			1				
		1						1
		1		1				
		1		1				
		1				1		
		1		1				
		1		1				1
		1						1
1				1				
1				1				
	1			1				
		1		1				
		1		1				
1				1				
	1							1
	1			1				
	1		1					
		1						1
1			1					
		1				1		
		1		1				
		1						
6	7	17	5	16	0	3	0	6
30						30		

ENFERMEADES					FÁLTA DE ATENCION			
DIABETES	HIPERTENSION	CANCER	ARTRITIS	NEUMONÍA	FAMILIARES	PROGRAMA V. H.	PERSONAL SALUD	POLICÍA COMUNITARIA
1					1			
			1					
	1							
	1							
1					1			
1								
1								
				1				
					1			
					1			
	1							
		1						
			1					
1								
1								
	1							
				1	1			
								1
1								
7	4	1	2	2	5	0	0	1

SOLEDAD				MUERTE DE UN FAMILIAR			
SIEMPRE	A VECES	RARA VEZ	NUNCA	ESPOSO/A	HIJO/A	HERMANO/A	NIETO/A
1							1
				1			
	1						
1							
1							
				1			
	1						
3	2	0	0	2	0	0	1
5				3			

Anexo 7. Plan de actividades realizadas para prevenir la depresión en el adulto mayor.

Para cumplir con el objetivo se realizara las siguientes actividades:

- Actividades educativas
- Actividades recreativas y ocupacionales
- Bailo terapia
- Dinámicas
- Finalmente se elaboró un manual que contiene un conjunto de técnicas recreativas y ocupacionales para que puedan ser aplicados por el personal del programa en futuras actividades educativas.

Plan de terapias aplicadas:

Tema: Prevención de la depresión en los adultos mayores

Beneficiarios: Adultos mayores del Programa Vida Hermosa del Cantón Mera.

Lugar: Aulas de capacitación del Municipio de Mera

Fecha: 15-07-2015, 17-07-15, 22-07-2015, 24-07-15, 29-07-15, 31-07-15

Responsable: Autora de la investigación

Objetivo: Desarrollar actividades recreativas de promoción y prevención encaminadas a combatir la depresión en el adulto mayor del Programa vida Hermosa del Municipio del Cantón Mera.

Cronograma de actividades de recreación

FECHA	LUGAR	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
15-07-2015	Aulas de capacitación del Municipio del Cantón Mera	Tema: Definición Factores que influyen - Medidas de prevención	La autora	Dirigida a los Adultos Mayores del Programa Vida Hermosa
		Preguntas y respuestas	La autora	Dirigida a los Adultos Mayores del Programa Vida Hermosa
		Refrigerio		
FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
17-07-2015	Aulas de capacitación del Municipio del Cantón Mera	Tema: como vencer la depresión Tips para vencer la depresión	La autora	Dirigida a os adultos Mayores del Programa Vida Hermosa
		Preguntas y respuestas	La autora	Dirigido a los Adultos Mayores del Programa Vida Hermosa
		Refrigerio		

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
22-07-2015	Aulas de capacitación del Municipio del Cantón Mera	Taller de: tejido con lana y crochet	La autora	Dirigida a los adultos mayores del Programa Vida Hermosa
		Entrega de material y explicación de las indicaciones	La autora	Dirigida a los adultos mayores del Programa Vida Hermosa
		Receso		
		Taller de: actividad física	La autora	Dirigido a los Adultos Mayores del Programa Vida Hermosa
		Taller de: Bailoterapia	La autora	

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
24-07-2015	Aulas de capacitación del Municipio del Cantón Mera	Taller de tejido con lana y crochet	La autora	Dirigido a los Adultos Mayores del Programa Vida Hermosa
		Receso		
		Taller de actividad física	La autora	Dirigido a los Adultos Mayores del Programa Vida Hermosa
		Taller de bailoterapia	La autora	Socialización de las indicaciones para el inicio del Taller


FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
29-07-2015	Aulas de capacitación del Municipio del Cantón Mera.	Taller de tejido con lana y crochet	La autora	Dirigido a los Adultos Mayores del Programa Vida Hermosa
		Receso		
		Taller de actividad física	La autora	Dirigido a los Adultos Mayores del Programa Vida Hermosa
		Taller de bailoterapia	La autora	Dirigido a los Adultos Mayores del Programa Vida Hermosa

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	OBSERVACIÓN
31-07-2015	Aulas de capacitación del Municipio del Cantón Mera.	Taller de tejido con lana y crochet	La autora	Dirigido a los Adultos Mayores del Programa Vida Hermosa
		Receso		
		Taller de actividad física	La autora	Dirigido a los Adultos Mayores del Programa Vida Hermosa.
		Taller de bailoterapia	La autora	Socialización del baile coordinado e indicaciones

Anexo 8. Manual de Terapias Recreativas para el Adulto Mayor.


ÍNDICE

Índice.....	1
Introducción.....	2
Que es la Depresión?.....	3
Cuales son los sintomas?.....	3
Causas de la depresión.....	4
Bailoterapia.....	8
Ventajas de la bailoterapia.....	8
Que aporta la bailoterapia.....	8
Taller de tejido.....	10
Ventajas del taller de tejido.....	10
Beneficios psicológico.....	11
Juegos de mesa.....	12
Ventajas de los juegos de mesa.....	12
Caminata.....	15
Ventajas de la caminata.....	15
Sugerencias al caminar.....	15
Claves para superar la depresión.....	17
Bibliografía.....	19



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

MANUAL DE TECNICAS OCUPACIONALES Y RECREATIVAS PARA EL ADULTO MAYOR



ENVEJECER ES COMO ESCALAR UNA GRAN MONTAÑA: MIENTRAS SE SUBE LAS FUERZAS DISMINUYEN, PERO LA MIRADA ES MAS LIBRE, LA VISTA MAS AMPLIA Y SERENA.

REALIZADO POR:
Jhoana Alexandra Aigaje Romero.

INTRODUCCIÓN

La actividad física es una fuente de la juventud muchas personas ya la han descubierto y el secreto está en sentirse mejor y vivir más tiempo. Para hacerlo debemos encontrar un programa que funcione según las necesidades de cada uno.

Hay muchas ventajas de realizar actividades físicas y recreativas las mismas que nos ayudan a prevenir o demorar la aparición de diabetes y problemas cardíacos.

También puede reducir el dolor de la artritis, la ansiedad y la depresión.

Puede ayudar a que las personas mayores sean independientes.

Llegar a ser un adulto mayor no significa llevar una vida de pasividad y resignación.

Los ejercicios para adultos mayores tienen los mismos efectos en las personas de edad, que si los realizara un joven o adulto maduro.

Ser un adulto mayor no tiene por qué sentirse limitado en disfrutar de los beneficios de la actividad física, sólo es cuestión de animarse.

Envejecer es un proceso natural, casi siempre se llega a la madurez con buena salud, si cuidas tu salud, estilo de vida, etc.

La vejez es una etapa de la vida con muchas ventajas:

- En la madurez se tiene mucho ganado en el conocimiento de la vida (y se puede seguir aprendiendo)
- La vejez nos permite ser independientes e incluso ser muy útiles para la familia.
- La jubilación nos permite frecuentar asociaciones, disponer de más tiempo para disfrutar de nuestras aficiones y cultivar nuestras relaciones.
- La madurez y la experiencia nos proporcionan belleza y sabiduría.

¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?

La depresión es una enfermedad mental. Es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante semanas o por más tiempo.

La depresión en los ancianos es un problema generalizado, pero no es una parte normal del envejecimiento. Con frecuencia, no se reconoce ni recibe tratamiento.

CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS?

Diferentes personas padecen diferentes síntomas. Entre algunos síntomas de depresión se encuentran:

- Sentirse triste.
- Sentirse sin esperanza, irritable, ansioso o culpable.
- Pérdida de interés en actividades favoritas.
- Sentirse muy cansado.
- No poder concentrarse o recordar detalles.
- No poder dormir o dormir demasiado.
- Comer demasiado o no querer comer del todo.
- Pensamientos de suicidio, intentos de suicidio.
- Dolores o malestares, dolores de cabeza, cólicos o problemas digestivos.

CAUSAS DE LA DEPRESIÓN?

SOLEDAZ

La soledad es una de las situaciones más tristes que afronta una persona adulta mayor en alguna etapa de su vida.

Se pueden atribuir muchas razones por las que una persona adulta mayor pueda sentirse sola.

➤ Cuando lo hijos se van del hogar para conformar nuevas familias y las visitas se vuelven esporádicas; los adultos mayores deben comprender que el ciclo de la vida es así y que los hijos también formarán sus propios hogares, por lo tanto no podrán estar junto a sus padres.

➤ Viudez, ante la partida de la pareja de toda la vida; y otra, más lamentable, todavía, es por abandono de la propia familia.

En un contexto de soledad, la persona se vuelve vulnerable e indefensa para afrontar las necesidades básicas de dependencia, intimidad y relación con otros. Este estado emocional puede afectar su autoestima, al extremo de abandonarse a sí mismo y socialmente, y perder toda motivación ante la vida.

4

PREVENCIÓN:

- ✓ Evitar estar solos, buscar relacionarse con otras amistades.
- ✓ Incluirse en talleres para el adulto mayor, que proporcionen entretenimiento a base de juegos y dinámicas.
- ✓ La balloterapia es una de las estrategias de gran beneficio para el adulto mayor, ya que va a compartir con otras personas, dejando a un lado la soledad.

ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer es una patología de salud crónica que afecta a los adultos mayores, generalmente luego de los 60 años de edad.

Una de las alteraciones típicas que produce la enfermedad de Alzheimer son las alteraciones vinculadas al aprendizaje, memoria y a los aspectos cognoscitivos del individuo.

PREVENCIÓN:

- ✓ Lleve una alimentación rica en frutas y verduras. Se demuestre científicamente que los alimentos que combaten el **Alzheimer** son los, vegetales de hoja

5

verde como el brócoli o las espinacas y las manzanas.

- ✓ Regule el estrés. Está probado que el estrés corre a la mente y al cuerpo, produciendo una hormona que perjudica al cerebro. La meditación, el yoga, el arte o la jardinería son sólo algunas de las formas de controlar el estrés.
- ✓ Practicar juegos de memoria como las cartas, llenar crucigramas, dinámicas que con lleven a practicar con la memoria, recordando actividades sencillas y cortas.



6

**Los años arrugan la piel, pero
renunciar al entusiasmo arruga
el alma.**



7

BAILOTERAPIA

La bailoterapia consiste en hacer ejercicios llevados al baile, lo que te permite relajarte, disfrutar de la música, compartir, aprender, hacer bastante ejercicio cardiovascular o, en los más mayores, trabajar la mente contra el mal de Alzheimer.

VENTAJAS DE LA BAILOTERAPIA

- No hace falta saber bailar
- Es divertido
- No se baila en pareja, es bailar con uno mismo e integrarse a la energía de una gran cantidad de personas haciendo lo mismo.
- Se usa ropa comida.

QUE APORTA LA BAILOTERAPIA

- Desarrolla las relaciones interpersonales.
- Eleva la autoestima.
- Desarrolla la camaradería, ayuda mutua, perseverancia y voluntad.
- Fortalece el desarrollo de la personalidad.
- Desarrolla hábitos de buena conducta.
- Promueve la utilización del tiempo libre de forma sana.
- Se mejoran y cambian los estilos de vida.

8

- Se logra que el practicante muestre su yo interno.
- Se nutre el practicante de energía positiva.
- Se eleva el acervo cultural y alimentario.
- Mejora las capacidades físicas coordinativas y condicionales.
- Favorecen el buen humor y el entusiasmo.
- Permiten soportar mejor el estrés.
- Favorecen la regulación del sueño.
- Favorecen la regulación del apetito.
- Tonifica los músculos.



9

TALLER DE TEJIDO

Actividad manual para desconectarse, relajarse y fortalecer los lazos sociales, ayuda a mejorar la motricidad de las manos y la coordinación.

Consiste en utilizar el tejido como terapia para personas que sufren algún tipo de desorden emocional. La lana-terapia ha demostrado excelentes resultados para reducir los niveles de tensión y estrés, ya que colabora con la recuperación mental y física después de una jornada laboral.

VENTAJAS DEL TALLER DE TEJIDO:

- Disminuye el stress y combate la depresión
- Promueve la tranquilidad y el buen humor
- Las ideas se vuelven más claras gracias al relax y la tranquilidad que aporta una labor manual como esta.
- Realización personal, al realizar esta manualidad con nuestras propias manos
- Compartir experiencias y hacer amigos
- Despierta nuestra parte más creativa
- Favorece la comunicación con otras personas
- Mejora la autoestima
- Mejora problemas de motricidad

10

BENEFICIOS PSICOLÓGICOS

Realizar cualquier tipo de actividad manual repercute positivamente en el plano psicológico, estimulando:

- ✓ la imaginación y la creatividad. En el caso particular de la lana-terapia, sentir a través de las manos la suavidad y la textura de la lana es una sensación muy grata que influye directamente en la mente. Incluso, puede ayudar a superar crisis personales y a reconciliarse con uno mismo. Este aspecto puede ser muy beneficioso para encontrar la paz interior y armonizar todo el ser.



De esta manera, mediante estas labores se pueden superar problemas cotidianos y liberarse del estrés diario. Además, la satisfacción y el optimismo que derivan del trabajo personal involucrado en un proceso de creación, de hacer las cosas por uno mismo, son inmensos.



11

JUEGOS DE MESA

Un juego de mesa es un juego que se practica generalmente sobre una mesa o un soporte similar y que es jugado por una o más habitualmente, varias personas situadas a su alrededor.

Puede requerir de los jugadores el uso del razonamiento táctico o estratégico, la coordinación, la destreza manual, la memoria, la capacidad deductiva, la psicología, la destreza negociadora, o simplemente estar basado en el puro azar.

VENTAJAS DE LOS JUEGOS DE MESA:

- ❖ Optimiza los niveles de bienestar subjetivo.
- ❖ Disminuye los sentimientos de soledad.
- ❖ Mejora el estado de ánimo y la motivación interna.
- ❖ Incrementa la capacidad de afrontamiento en situaciones de estrés
- ❖ Aumenta la autoeficacia social percibida.
- ❖ Facilita la adaptación a la jubilación.
- ❖ Amplía los niveles de satisfacción vital
- ❖ Incrementa los niveles de autoestima
- ❖ Facilita la adaptación al entorno
- ❖ Aumenta la percepción de competencia
- ❖ Permite el razonamiento y mejora la coordinación

12



La actividad mental es uno de los pilares fundamentales del envejecimiento activo, pero que debe complementarse con la participación social, el ejercicio físico y una adecuada nutrición, todo ello de forma equilibrada. Cada cosa a su tiempo y un tiempo para cada cosa

RECORDEMOS!!

13



CAMINATA

La caminata es una manera de estar en movimiento y ejercitar el organismo sin requerir un gran entrenamiento previo. Los beneficios de la caminata son múltiples destacándose su sencillez y bajo nivel de peligro para la tercera edad.

VENTAJAS:

- ✓ Aumenta la capacidad para captar oxígeno
- ✓ Disminuye las reservas de grasa del organismo
- ✓ Aumenta la resistencia
- ✓ Desarrolla un corazón más eficiente previniendo enfermedades cardíacas
- ✓ Reduce el dolor de espalda
- ✓ Previene la depresión y ansiedad
- ✓ Ayuda a que el adulto mayor sea independiente y alegre

SUGERENCIAS AL CAMINAR

- Estira la columna vertebral como si te estuvieran tirando con una cuerda desde el centro de la cabeza. Ésta debe descansar relajada alineada con la columna, sin inclinarse hacia adelante ni hacia atrás.

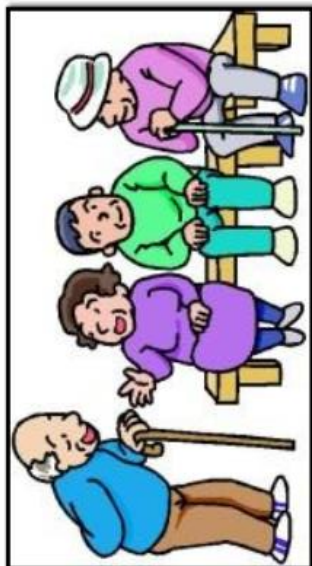
- Balancea los brazos en forma pendular llevando el ritmo del movimiento.
- Apoya el talón y luego el resto del pie en cuanto hagas contacto con el suelo.
- Por último puedes contraer el abdomen durante la caminata para activar la musculatura profunda de la pelvis.



CLAVES PARA SUPERAR LA DEPRESIÓN

1. Actíivate, haz todo ese tipo de cosas que antes te generaban ilusión.
2. Positiva tus pensamientos, busca con todo tu interés el lado positivo que todas las cosas tienen.
3. Mejora las relaciones personales en tu entorno, con mayor capacidad para defender tus derechos e intereses personales.
4. Vive tus emociones y desarrolla tu inteligencia emocional, aprendiendo a reconocer y aceptar tus emociones aunque no sean agradables, como la tristeza, la soledad o el abandono.
5. Afronta las situaciones y actividades desagradables pendientes, que has tratado de evitar y te ocasionan estrés e inquietud.
6. Establece objetivos en tu vida, aunque sean modestos. Haz una lista y empieza a caminar hacia ellos ¡ya!
7. Dedica un tiempo al día a relajarte, con actividades como respirar profundamente o practicar relajación.
8. Deja en silencio tu mente, no le des más vueltas a tus pensamientos, es inútil, no luches contra corriente, déjate fluir.

9. Aprende a solucionar tus problemas, mejorando tu capacidad de discernimiento y toma de decisiones.



18

BIBLIOGRAFÍA:

- <http://www.revistabuenaSalud.com/el-tejido-como-terapia/>
- https://es.wikipedia.org/wiki/Juego_de_mesa
- <http://www.guiadeljuguete.com/2012/docs/juego-de-mesa-y-personas-mayores.pdf>
- <http://www.regalofan.com/blog/2014/01/31/beneficios-de-los-juegos-de-mesa/>
- https://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Gente_30/ejercicios_es.pdf
- <http://www.definicionabc.com/deporte/caminata.php>
- <http://www.innatia.com/s/c-ejercicio-tercera-edad/a-caminar-en-tercera-edad.html>
- <http://www.elsiglodurango.com.mx/noticia/324198.la-caminata-recomendable-para-adultos-mayores-hg.html>
- <http://www.superarlapresion.com/>
- http://www.rpp.com.pe/2014-01-20-adultos-mayores-entre-la-soledad-y-el-abandono-noticia_663339.html
- <http://mundosistencial.com/enfermedad-de-alzheimer/>
- <http://www.alimentacionsana.net/Articulo-prevenir-alzheimer.html>

19

Anexo 9. Firmas de asistencia de los adultos mayores a los talleres de tejido.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
NÓMINAS DE ASISTENCIA AL TALLER DE MANUALIDADES

PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES VIDA HERMOSA		
NOMBRES COMPLETOS	NÚMERO DE CÉDULA	FIRMA
Elisa Lopez		
Triní Guano	1800940616	Triní Guano
Victor Remondones	160008117-3	
Carolina Paredes	160001562-0	
Arbido Soto	1600084030	
Galvanes Heliz	1600096794	Heliz
Maria E. Lascano	1600084852	Lascano
Marijea Acosta	160004338-2	
Gloria Lopez	170256449-1	
Causer Tipón	1700396557	Causer Tipón
Isabel Hugo P	160008588-8	Isabel Hugo P
Marina Fabiola Amante	180186611-0	
Mariago Serrano	1801462456	



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

NÓMINA DE ASISTENCIA AL TALLER DE MANUALIDADES

PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES VIDA HERMOSA

NOMBRES COMPLETOS	NÚMERO DE CÉDULA	FIRMA
Juán Guano	1800976626	Juán Guano
Victoria Lora	160000117-3	Victoria Lora
Lorena Paredes	1600013620	Lorena Paredes
Amibal Sauti	1600084030	Amibal Sauti
Salvador Huelo	160007617-4	Salvador Huelo
Maria E. Lascano	1600034852	Maria E. Lascano
Rosario Pineda	160008111-9	Rosario Pineda
Maria T. B. Almonda	1600086611-0	Maria T. B. Almonda
Romero Julián Cifuentes	160008588-8	Romero Julián Cifuentes
Carmen Tipán	1700396557	Carmen Tipán
Mariana Jarama	1801462456	Mariana Jarama
Elencados Jansca	180077901-7	Elencados Jansca
Karla C. Magón	18-0078794-5	Karla C. Magón



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

NÓMINA DE ASISTENCIA AL TALLER DE MANUALIDADES

PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES VIDA HERMOSA

NOMBRES COMPLETOS	NÚMERO DE CÉDULA	FIRMA
<i>Elena Lopez</i>		<i>[Signature]</i>
<i>Luis Grau</i>	1800476616	<i>Luis Grau</i>
<i>Rafael Luis Corrao</i>	160000119-3	<i>[Signature]</i>
<i>Asisbal Suti</i>	1600084030	<i>[Signature]</i>
<i>Paola Pizarro</i>	160001562-0	<i>[Signature]</i>
<i>Salvador Alcaz</i>	1600096174	<i>[Signature]</i>
<i>Mario E. Lascano</i>	1600034852	<i>[Signature]</i>
<i>Esthela Ortiz</i>	1600042094	<i>[Signature]</i>
<i>Amirys Alcaz</i>	160004338-2	<i>[Signature]</i>
<i>Gloria Lopez</i>	170256449-1	<i>[Signature]</i>
<i>Mariane Sanchez</i>	1901467456	<i>[Signature]</i>
<i>Marcedes Jimenez</i>	180077901-7	<i>[Signature]</i>
<i>Amorinda Mercedes</i>	150024803-9	<i>[Signature]</i>



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

NÓMINA DE ASISTENCIA AL TALLER DE MANUALIDADES

<u>PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES VIDA HERMOSA</u>		
NOMBRES COMPLETOS	NÚMERO DE CÉDULA	FIRMA
Elmer Bonelli Lopez		Lascano
José Guano	18 009461-6	José Guano
Pieter Antonio Garcia	160007113-3	[Firma]
Luzmila Páez F.	160001562-0	[Firma]
Amibol Guasti	160008403-0	Amibol
Salvador Holm	16 0009677-4	Holm
Mario E Lascano	160003485-2	Lascano
Amor de Heredia	150027803-1	[Firma]
Martha Cecilia Tujón	18-0078794-5	[Firma]
Sonia Guano B.	160038385-3	[Firma]
José Guano	180017061-6	José Guano
[Firma]	180077901-7	Marcos Janssen
Mariano Somoza	180146215-6	[Firma]

Anexo 10. Firma de asistencia a las actividades educativas.**Tema 1:** Definición de la depresión, factores, medidas de prevención.

TEMA: DEFINICIÓN DE LA DEPRESIÓN, FACTORES, MEDIDAS DE PREVENCIÓN

NOMBRES COMPLETOS	NÚMERO DE CÉDULA	FIRMA
Laura Beltrán	17 00396557	Laura Beltrán
Marija Acosta	160004338-9	Marija Acosta
Martha Pezón	18-00287945	Martha Pezón
Luis Guano	1800476-16	Luis Guano
Carmen Tipán	1700396557	Carmen Tipán
Gloria Salguero	160025503-6	Gloria Salguero
Maria Amachu	180136611-0	Maria Amachu
Marija Acosta	160004338-2	Marija Acosta
Olga Cañari	18031150-9	Olga Cañari
Carmen Pinobal	160001562-0	Carmen Pinobal
José Ycaza	1801463454	José Ycaza
Maria Alvarez	16002570-2	Maria Alvarez



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

NÓMINA ASISTENCIA

TEMA: DEFINICIÓN DE LA DEPRESIÓN, FACTORES, MEDIDAS DE PREVENCIÓN

NOMBRES COMPLETOS	NÚMERO DE CÉDULA	FIRMA
Juani Guarano	180077061-6	Juani Guarano
Mercedes Jimenez	180077901-7	Mercedes Jimenez
Mariano Jimenez	180106245-6	Mariano Jimenez
Martha Cecilia Rojas	18-00787945	Martha Cecilia Rojas
Paola Flores	160005111-9	Paola Flores
Carren Tipari	1700396557	Carren Tipari
Esther Ortiz	160004219-9	Esther Ortiz
Franco Viteri	160001307-0	Franco Viteri
Martha Mazón	180078799-5	Martha Mazón
Luzmar Ayar	171098239-3	Luzmar Ayar
Anibal Santiz	160008402-0	Anibal Santiz
Donatiza Ruiz	160005504-4	Donatiza Ruiz



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

NÓMINA DE ASISTENCIA

Tema 2: Como vencer la depresión, reflexiones

TEMA: COMO VENCER LA DEPRESIÓN, TIPS PARA VENCER LA DEPRESIÓN

NOMBRES COMPLETOS	NÚMERO DE CÉDULA	FIRMA
Maria Joseca	180077901-7	Maria Joseca
Mariana Sensoza	180146245-6	Mariana Sensoza
Juan Guano	180097666-6	Juan Guano
Marta Cecilia Rojas	18-0028794-5	Marta Cecilia Rojas
Carmen Tipari	1700396557	Carmen Tipari
Aida Duchu		Aida Duchu
Marija Acosta	1600027062	Marija Acosta
Gloria Guvvara	1600 221905	Gloria Guvvara
Fanny Landa	160012298-8	Fanny Landa
Estela Ortiz	1600042194	Estela Ortiz
Clara Jijio	160019468-0	Clara Jijio
Carmen Peralta	1600015620	Carmen Peralta



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

NÓMINA DE ASISTENCIA

TEMA: COMO VENCER LA DEPRESIÓN, TIPS PARA VENCER LA DEPRESIÓN

NOMBRES COMPLETOS	NÚMERO DE CÉDULA	FIRMA
Alfonso Jansaca	190077901-7	Alfonso Jansaca
Mario Jansaca	180146245-6	Mario Jansaca
Imis Gama	1800940674	Imis Gama
Martha Cecilia Boya	18-0078791-5	Martha Cecilia Boya
Sonia Pineda	160032385-4	Sonia Pineda
Carmen Tipán	1700396557	Carmen Tipán
Luz Ganan	160015537-6	Luz Ganan
María Sierra	030075002-3	María Sierra
Anibal Surti	160008403-0	Anibal Surti
Maruja Acosta	16004338-2	Maruja Acosta
Elsa Poveda	1600032351	Elsa Poveda
Gloria Guerrero	160022190-5	Gloria Guerrero

Anexo 11. Firmas de asistencia a los adultos mayores a la bailoterapia.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

NÓMINA DE ASISTENCIA

ADULTOS MAYORES VIDA HERMOSA		
NOMBRES COMPLETOS	NÚMERO DE CÉDULA	FIRMA
Doraliza Ruiz	160005501-4	Doraliza Ruiz
Elsa Reinoso	16000500-0	Elsa Reinoso
Carmen Ayer	171098839-3	Carmen Ayer
Fanny Landa	160012298-8	Fanny Landa
Blanca Ahuy	160008111-9	Blanca Ahuy
Gloria Guevara	160022190-5	Gloria Guevara
Carmen Pemojel	160001562-0	Carmen Pemojel
Soledad Lpiales	170587778-2	Soledad Lpiales
Anibal Santy	1600084030	Anibal Santy
Maria J. Ortiz	160004560-4	Maria J. Ortiz
Juís Guano	1800140616	Juís Guano
Valeria L. Maami	1600027062	Valeria L. Maami
Salvador Alder	1600096174	Alder



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

NÓMINA DE ASISTENCIA

ADULTOS MAYORES VIDA HERMOSA

NOMBRES COMPLETOS	NÚMERO DE CÉDULA	FIRMA
Marcelo Fomera	180146245-6	Marcelo Fomera
Fausto Viteri	160001307-0	Fausto Viteri
Anibal Santi	160008403-0	Anibal
Tris Guano	180097061-6	Tris Guano
Bartha Marzón	1800787945	Bartha Marzón
Gloria Lopez	170256449-1	Gloria Lopez
Murine Fomera	1801462456	Murine Fomera
Amanda Heredia	150027803-9	Amanda Heredia
Carmen Tipán	170039	Carmen Tipán
Salvador Holoz	1600096174	Salvador Holoz
Esthela Ortiz	1600042294	Esthela Ortiz
Marina Amacha	180146631-0	Marina Amacha
Abida Dueche		Abida Dueche

Anexo 12. Certificado de haber cumplido con las actividades educativas y recreativas con los Adultos Mayores del Programa Vida Hermosa del Municipio del Cantón Mera.



CERTIFICACIÓN

La suscrita Licenciada Tatiana Paulina Villacis Fiallos, Jefa de la Unidad Administrativa de Talento Humano del Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón Mera, tiene a bien:

CERTIFICAR:

Que, la Sra. **JHOANA ALEXANDRA AIGAJE ROMERO** con C.I. 150083549-9, realizó la tesis de grado "FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL PROGRAMA VIDA HERMOSA DEL MUNICIPIO DEL CANTÓN MERA PASTAZA 2015"; y ha realizado las siguientes actividades:

Actividades Educativas
 Taller de Bailoterapia
 Dinámicas
 Taller de tejido
 Refrigerios
 Entrega de un manual de terapias recreativas.

Acciones que lo ha ejecutado durante los meses de julio a agosto 2015.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, autorizando a la interesada hacer uso de la presente certificación en lo que estime conveniente, a excepción trámites judiciales.

Mera, 08 de octubre de 2015.


Certifico,

Lic. Tatiana Villacis
JEFA DE LA UATH DEL GAD MUNICIPAL DE MERA

Anexo 13. Certificación de haber recibido capacitación profesional sobre el manejo del test de Montgomery Asberg.

CERTIFICADO

CERTIFICO QUE JHOANA ALEXANDRA AIGAJE ROMERO CON CC. 150083549-9 RECIBIO ASESORIA SOBRE LA APLICACIÓN DEL TEST DE MONTGOMERY-ASBERG PARA DEPRESION POR PARTE DE MI PERSONA, PARA LA ELABORACION DE SU TESIS, QUE TIENE COMO TEMA: *“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL PROGRAMA VIDA HERMOSA DEL MUNICIPIO DEL CANTÓN MERA, PASTAZA. AÑO 2015”*.


DRA. GABRIELA REINOSO
MEDICA PSQUIATRA
F30 N 740 IN-12-08-02942

DRA. MARIA GABRIELA REINOSO SALINAS
MEDICO PSQUIATRA

Anexo 14. Evidencias fotográficas

Entregando el oficio de autorización para realizar la investigación en la secretaria del municipio del Cantón Mera.



Recogiendo firmas de haber asistido al taller de tejido.



Mientras practican el taller de tejido les estoy brindando un bocadito.



Explicando la importancia de practicar el taller de tejido.



Realizando la encuesta a los adultos mayores.



Entregando el refrigerio a los adultos mayores luego del taller de tejido en una segunda ocasión.



Repartiendo agua aromática a los adultos mayores



Disfrutando de un momento de diálogo, aclarando inquietudes propias de su edad.



Reunidos con los adultos mayores para empezar las dinámicas



Realizando diferentes dinámicas con los adultos mayores.



Todos bailando canciones cantadas por los adultos mayores.



Explicando indicaciones para la realización de la dinámica



Aplicando la guía de observación para medir el nivel de depresión en los adultos mayores.



Socializando el manual de terapias recreativas a los adultos mayores y a sus familiares, primer día.



Explicando con la ayuda de las imágenes del manual.



Respondiendo preguntas acerca del contenido del manual de terapias recreativas.



Entregando el manual de terapias recreativas a los adultos mayores y a sus familiares.



Junto a los adultos mayores y sus familiares, luego de haber recibido la actividad educativa.



Recolectando las firmas de asistencia de la socialización y entrega del manual de terapias recreativas para el adulto mayor.





Socializando el manual de terapias recreativas con los adultos mayores y sus familiares día dos.



Explicando paso a paso las importancias de practicar las terapias recreativas.



Contestando preguntas acerca del manual de terapias recreativas.



Entregando los manuales a los adultos mayores y a sus familiares.



Llenandolas las hojas de asistencia por parte de los adultos mayores luego de recibir la actividad educativa.





Colaborando en el taller de elaboración de cosméticos impartido por parte del Municipio de Mera a los adultos mayores del Programa Vida Hermosa.



Junto a la coordinadora del taller de creación de cosméticos impartido a los adultos mayores.



Recibiendo presentes de agradecimiento por parte de los adultos mayores.



Participando en la caminata por el día del adulto mayor organizado por el MIES de Pastaza donde fué invitado el Programa Vida Hermosa del Municipio de Mera.



Dirigiéndonos al coliseo municipal de Pastaza.



Repartiendo agua a los adultos mayores luego de la caminata.



Participando del programa organizado por el MIES Pastaza por el día del adulto mayor.



Compartiendo una mañana agradable junto a los adultos mayores de la Provincia de Pastaza.



ÍNDICE GENERAL

ORDEN	CONTENIDO	PAG.
	CARATULA.....	i
	CERTIFICACION.....	ii
	AUTORIA.....	iii
	CARTA DE AUTORIZACION.....	iv
	DEDICATORIA.....	v
	AGRADECIMIENTO.....	vi
1	TÍTULO.....	1
2	RESUMEN.....	2
2.1	SUMMARY.....	3
3	INTRODUCCIÓN.....	4
4	REVISIÓN DE LITERATURA.....	10
4.1	DEPRESIÓN.....	10
4.1.1	DEFINICIÓN.....	10
4.1.2	TIPOS DE DEPRESIÓN.....	10
4.1.2.1	DEPRESIÓN EXTERNA.....	10
4.1.2.2	DEPRESIÓN AFECTIVA ESTACIONAL.....	12
4.1.2.3	DEPRESIÓN BIPOLAR.....	12
4.1.2.4	DISTIMIA.....	13
4.1.3	GRADOS DE DEPRESIÓN.....	13
4.1.3.1	DEPRESIÓN LEVE O SUAVE.....	13
4.1.3.2	DEPRESIÓN MODERADA.....	13
4.1.3.3	DEPRESIÓN SEVERA.....	14
4.1.4	LA DEPRESIÓN EN LA VEJEZ.....	14
4.1.5	EPIDEMIOLOGÍA.....	15
4.1.6	FACTORES DE RIESGO.....	16
4.1.6.1	LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA DEPRESION DEL ADULTO MAYOR.....	18
4.1.7	CUADRO CLÍNICO.....	18
4.1.7.1	SÍNTOMAS SOMÁTICOS.....	19
4.1.8	COMPLICACIONES.....	21
4.1.9	MEDIOS DE DIAGNÓSTICO.....	22
4.1.9.1	GUIA DIAGNOSTICA DE LA DEPRESIÓN.....	22
4.1.10	TRATAMIENTO.....	27
4.1.10.1	DIETÉTICO.....	27

4.1.10.2	RECOMENDACIONES SOBRE LAS BEBIDAS.....	27
4.1.10.3	TRATAMIENTO FARMACOLÒGICO.....	29
4.1.10.4	TRATAMIENTO DE ENFERMERÍA.....	30
4.1.10.4.1	PREVENCIÓN.....	30
4.1.10.4.2	CUIDADO DIRECTO.....	31
4.2	ADULTOS MAYORES.....	33
4.3	PREVALENCIA.....	34
5.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	35
5.1	MATERIALES.....	35
5.2	MÉTODOS.....	35
5.2.1	LOCALIZACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	35
5.2.2	ASPECTOS CLIMÁTICOS Y BIOFÍSICOS DE LA LOCALIDAD.....	36
5.2.3	TIPOS DE INVESTIGACIÓN.....	37
5.2.4	METODÓLOGIA PARA EL PRIMER OBJETIVO.....	37
5.2.5	METODÓLOGIA PARA EL SEGUNDO OBJETIVO.....	37
5.2.6	METODÓLOGIA PARA EL TERCER OBJETIVO.....	38
5.2.7	METODÓLOGIA PARA EL CUARTO OBJETIVO.....	38
5.3	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	38
5.3.1	POBLACIÓN.....	38
5.3.2	MUESTRA.....	39
6.	RESULTADOS.....	40
6.1	CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.....	40
6.2	PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR.....	47
6.3	FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEPRESIÓN.....	49
6.4	PLAN DE ACTIVIDADES.....	55
7.	DISCUSIÓN.....	60
8.	CONCLUSIONES.....	71
9.	RECOMENDACIONES.....	72
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	73
11.	ANEXOS.....	76
	INDICE	132

ÍNDICE DE TABLAS

	CONTENIDO	PÁG
TABLA 1	GUÍA DIAGNÓSTICA DE LA DEPRESIÓN.....	22
TABLA 2	PLAN DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR.....	28
TABLA 3	MEDICAMENTOS PARA LA DEPRESIÓN.....	29
TABLA 4	GÉNERO.....	40
TABLA 5	EDAD.....	41
TABLA 6	IDENTIDAD.....	42
TABLA 7	NIVEL DE EDUCACIÓN.....	43
TABLA 8	PROCEDENCIA.....	44
TABLA 9	ESTADO CIVIL.....	45
TABLA 10	INGRESOS ECONÓMICOS.....	46
TABLA 11	PREVALENCIA.....	47
TABLA 12	NIVELES DE DEPRESIÓN.....	48
TABLA 13	FACTORES QUE INFLUYEN LA DEPRESIÓN.....	49
TABLA 14	ENFERMEDADES.....	51
TABLA 15	FALTA DE ATENCIÓN.....	53
TABLA 16	SOLEDAD.....	54
TABLA 17	MUERTE DE UN FAMILIAR.....	55

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURAS		PÁGINA
FIGURA 1	UBICACIÓN DEL LUGAR DE ESTUDIO.....	36

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS		PÁGINA
ANEXO 1	OFICIO DIRIGIDO AL ALCALDE DEL CANTÓN MERA.....	76
ANEXO 2	COMPROMISO DE NO REMUNERACIÓN.....	77
ANEXO 3	CUESTIONARIO.....	78
ANEXO 4	ESCALA PARA MEDIR EL NIVEL DE DEPRESIÓN.....	81
ANEXO 5	TABULACIÓN PARA MEDIR EL NIVEL DE DEPRESIÓN.....	86
ANEXO 6	TABULACION DEL CUESTIONARIO.....	89
ANEXO 7	PLAN DE ACTIVIDADES RECREATIVAS.....	92
ANEXO 8	MANUAL DE TERAPIAS RECREATIVAS.....	96
ANEXO 9	ASISTENCIA AL TALLER DE TEJIDO.....	106
ANEXO 10	ASISTENCIA A LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS.....	110
ANEXO 11	ASISTENCIA A LA BAILOTERAPIA.....	114
ANEXO 12	CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO VIDA HERMOSA.....	116
ANEXO 13	CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN PROFESIONAL.....	117
ANEXO 14	EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS.....	118