



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

*Factores asociados al Síndrome Depresivo en los adultos
mayores del Centro de Salud Pascuales en el periodo Enero
2017 – Junio 2017*

AUTORES:

García Canelos, Ángel Emilio

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

Dra. Benítez Estupiñán Elizabeth María

Guayaquil, Ecuador

2 de Mayo del 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **García Canelos, Ángel Emilio**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR

f. _____

Dra. Benítez Estupiñán Elizabeth María

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, a los 2 días del mes de Mayo del año 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **García Canelos, Ángel Emilio**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, ***Factores asociados al Síndrome Depresivo en los adultos mayores del Centro de Salud Pascuales en el periodo Enero 2017 – Junio 2017***, previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil 2 de mayo del 2018

EL AUTOR:

f. _____
García Canelos, Ángel Emilio



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **García Canelos, Ángel Emilio** Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, ***Factores asociados al Síndrome Depresivo en los adultos mayores del Centro de Salud Pascuales en el periodo Enero 2017 – Junio 2017***, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil 2 de mayo del 2018

EL AUTOR:

f. _____
García Canelos, Ángel Emilio

REPORTE URKUND

The screenshot displays the URKUND web interface. The browser address bar shows the URL: <https://secure.orkund.com/view/36130792-124133-76623#q1bKLvayko7NUSrOTM/LTWNMTsLTMW/MggfAA==>. The page title is "URKUND". The user is identified as "Elizabeth María Benites Estupiñán (elizabeth.maria.benites.estupinan)".

Documento: [Angel Garcia.docx](#) (D36765838)

Presentado: 2018-03-20 16:54 (-05:00)

Presentado por: angelerni23@gmail.com

Recibido: elizabeth.benites.ucsg@analysis.orkund.com

Mensaje: Trabajo de titulación Angel Garcia [Mostrar el mensaje completo](#)

0% de estas 18 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

Lista de fuentes:

Categoría	Enlace/nombre de archivo
	TESIS EDISON AGUIRRE.docx
	tesis depresion de adultos mayores 8 de agosto.docx
	http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/
	TRABAJO TESIS.docx
	http://scielo.sld.cu/scielo.php?oid=S1684-38242018000100006&script=sci_arttext&lng=es
	http://www.scielo.org/pe/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1075-553320070003000120&lng=es



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dra. Benítez Estupiñán Elizabeth María

TUTOR

f. _____

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez, Mgs.

DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño

COORDINADOR DEL ÁREA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	2
MARCO TEÓRICO	6
CAPÍTULO 1: EL ADULTO MAYOR Y EL ENVEJECIMIENTO	6
1.1 ADULTO MAYOR	6
1.2 CLASIFICACIÓN DEL ADULTO MAYOR	8
1.3 ENVEJECIMIENTO	8
CAPÍTULO 2: SINDROME DEPRESIVO EN EL ADULTO MAYOR	10
2.1 DEPRESION:.....	10
2.2 SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN.....	11
2.3 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AI SINDROME DEPRESIVO	12
OBJETIVOS.....	14
OBJETIVO GENERAL	14
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
HIPÓTESIS.....	15
METODOLOGÍA	16
POBLACIÓN	18
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	18
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	18
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	18
RESULTADOS.....	19
DISCUSIÓN	24
CONCLUSIONES	26
ANEXOS	28
BIBLIOGRAFÍA.....	34

RESUMEN

Introducción: Las personas de 60 años o mayores realizan aportaciones valiosas a la sociedad como miembros activos de la familia, voluntarios y participantes activos en la fuerza de trabajo. Aunque la mayoría de las personas mayores tienen una buena salud mental, muchos corren el riesgo de presentar depresión asociada a múltiples factores causales, la misma que afectara varios ámbitos en la calidad de vida del adulto mayor.

Objetivo: Determinar los factores asociados al síndrome depresivo presente en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud de Pascuales.

Materiales y Métodos: Estudio con diseño descriptivo de corte transversal de prevalencia, observacional, retrospectivo, correlacional, analítico de cohorte en el que se recolectaron los datos necesarios mediante la revisión de 322 Historias Clínicas, obtenidos a partir de la base de datos obtenida en el Centro de Salud de Pascuales.

Resultados: La edad el grupo etario más frecuente fue de 70 – 74 años (34%; 111/322). El sexo femenino represento un 57% y el sexo masculino un 43%. Las malas condiciones de la vivienda predominan en 145 pacientes que representa el 45 %, seguida de las regulares condiciones con 100 pacientes para un 31%. De ellos 128 presentan un estado civil de casadas (40%) en el nivel de educación bachiller 157 pacientes (49 %), y el nivel de secundaria 102 (32%). La condición anímica de los adultos mayores, fue categorizada en dos grupos (con y sin riesgo). El (53,5 % presenta riesgo de padecer depresión y el 46,5 % se muestra sin riesgo.

Conclusiones: La depresión en el adulto mayor está más asociado a la dificultad para relacionarse con su entorno físico y afectivo, que a la condición biológica del padecimiento; situación que se podría prevenir si se refuerzan los lazos familiares y se propende por un envejecimiento más activo y funcional.

Palabras Claves: Adulto Mayor, Depresión, Calidad de Vida, Envejecimiento, Estado Psicoafectivo.

ABSTRACT

Background: People aged 60 or older make valuable contributions to society as active members of the family, volunteers and active participants in the workforce. Although most of the elderly have a good mental health, many are at risk of presenting mental disorders, the most significant being depression, which will affect several areas in the quality of life of the elderly.

Objective: To determine the factors associated with the depressive syndrome present in the elderly treated at the Pascuales Health Center.

Methods: Study with an descriptive cross-sectional design of prevalence, observational, retrospective, correlational and analytical cohort which the necessary data was collected by reviewing of 322 Clinical Histories, obtained from the database obtained at the Pascuales Health Center.

Results: Ages at 70-74 years (34%, 111/322) was the most frequent age group. The female sex was represented at 57% and the male sex 43%. The poor housing conditions predominate in 145 patients representing by 45%, followed by regular conditions with 100 patients (31%). Of these, 128 have a marital status (40%) at the baccalaureate level 157 patients (49%), and the secondary level 102 (32%). The mood of the elderly was categorized into two groups (with and without risk). The (53.5% is at risk of suffering from depression and 46.5% shows no risk.

Conclusions: Depression in the elderly people is more associated with the difficulty to relate to their physical and emotional environment, not to the biological condition; a situation that could be prevented if family ties are strengthened and a more active and functional aging is fostered.

Key Words: Elderly, Depression, Quality of Life, Aging, Psycho-affective State.

INTRODUCCIÓN

Las personas de 60 años o mayores realizan aportaciones valiosas a la sociedad como miembros activos de la familia, voluntarios y participantes activos en la fuerza de trabajo. Aunque la salud mental de las personas mayores no es bien conocida, muchas corren el riesgo de presentar trastornos mentales asociados a la depresión a medida que avanzan a edades más avanzadas, esto implica un aumento de las discapacidades físicas, mentales, sociales y funcionales, además de otras afecciones, como la diabetes, la hipoacusia o la artrosis. A medida que envejecemos aumentan las probabilidades de que padezcamos varias afecciones al mismo tiempo. ^[1]

Se vive más tiempo en todo el mundo. Actualmente, por primera vez en la historia, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Para 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto a 2015. ^[2]

Hoy en día, hay 125 millones de personas con 80 años o más. Para 2050, habrá un número casi igual de personas en este grupo de edad (120 millones) solamente en China, y 434 millones de personas en todo el mundo. Para 2050, un 80% de todas las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos. ^[3]

Las Américas es una de las regiones del mundo más envejecida. En 2006, había 50 millones de adultos mayores, cifra que se estima duplicará para 2025, y volverá a hacerlo para 2050, cuando una de cada 4 personas tendrá más de 60 años (en el mundo, serán 1 de cada 5). ^[4]

Además, las personas están viviendo más años de vida. Actualmente, una persona de 60 años puede esperar vivir hasta los 81, es decir 21 años más. En las últimas cinco décadas, se ganaron en promedio más de 20 años. En las Américas, más del 80% de las personas que nazcan hoy vivirán 60 años, y 42% de ellos pasarán los 80. En 2025, habrá aproximadamente 15 millones de personas de más de 80 años en la región. ^[4]

Al igual que en el resto del mundo el Ecuador tiene una población en proceso de rápido envejecimiento cuya “expectativa de vida es de 75 años, cuando hace una generación, solamente fue de 55 años”, las necesidades de seguridad social, salud y económicas en la vejez aumentan significativamente, por lo que requieren medidas en materia de políticas públicas, que garanticen y estén pendientes que estas personas no caigan en la pobreza y abandono durante la última etapa de su vida. [5]

En el proceso de envejecimiento múltiples tipos de discapacidades comienzan a suceder, trastornos motrices, visuales, cognitivos, mentales entre otras afectaciones ocurren. Dentro de las afecciones psicológicas más frecuentes que afectan al adulto mayor, la depresión es considerada la enfermedad mental que más prevalece, y es una de las principales causas de discapacidad. En 1990 se ubicó como la cuarta causa de discapacidad en el mundo, proyecciones al 2020 la ubican como la segunda causa solo detrás de las enfermedades isquémicas. El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional, colocan a la depresión a la par de las enfermedades crónico-degenerativas incapacitantes como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis reumatoide. [6]

La depresión afecta a nivel mundial al 7% de los adultos mayores y la demencia al 5%. Le siguen los trastornos de ansiedad (3,8%) y los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas (casi al 1%). Asimismo, aproximadamente una cuarta parte de las muertes por daños autoinfligidos corresponden a personas de este grupo de población. [7]

Se estima que cerca de 50 millones de personas en la región de las Américas viven con depresión, casi un 17% más que en 2005. En un reporte realizado sobre depresión y otros trastornos mentales comunes, la OMS señala que más del 80% de la depresión en el mundo se encuentra en países de ingresos bajos y medios. Para América Latina y el Caribe la depresión mayor se estima en más de 21 millones de personas. [8]

En el Ecuador, la depresión afecta en mayor medida a las mujeres. De las atenciones ambulatorias que registra el Ministerio de Salud Pública, el número de casos de ellas triplica a los de los hombres. Los datos más

recientes que se tienen corresponden a 2015. En ese año, hubo 50.379 personas con diagnóstico presuntivo y definitivo por depresión; 36.631 corresponden a mujeres y 13.748 a hombres. De acuerdo con las cifras de egresos hospitalarios del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) de 2015, en Ecuador ese año existieron 3.406 hospitalizaciones relacionadas con casos de depresión. [8]

La depresión es comúnmente un problema de salud mental en los adultos mayores. Un 15% de los adultos mayores en el Ecuador de más de 65 años sufren este trastorno y muchas veces no está diagnosticado o tratado como debiera. Sólo 15% de los adultos mayores con depresión reciben un tratamiento adecuado. De los adultos mayores que están restringidos a sus domicilios, entre 26% y 44% tienen depresión y se estima que de 30% a 50% de todos los adultos mayores tendrán un episodio de depresión durante el transcurso de sus vidas. [8]

Si las personas mayores pueden vivir esos años adicionales de vida en buena salud y en un entorno propicio, podrán hacer lo que más valoran de forma muy similar a una persona joven. En cambio, si esos años adicionales están dominados por el declive de la capacidad física y mental, las implicaciones para las personas mayores y para la sociedad son más negativas. [10]

La ampliación de la esperanza de vida ofrece oportunidades, no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para las sociedades en su conjunto. En esos años de vida adicionales se pueden emprender nuevas actividades, como continuar los estudios, iniciar una nueva profesión o retomar antiguas aficiones. Además, las personas mayores contribuyen de muchos modos a sus familias y comunidades. Sin embargo, el alcance de esas oportunidades y contribuciones depende en gran medida de un factor: la salud. [11]

El envejecimiento de la población y la migración de los componentes más jóvenes de la misma en busca de un mejor porvenir, propician que muchos adultos mayores se encuentren solos y sin apoyo familiar directo. Si a esto se le aumenta el hecho de que en la mayoría de los casos los adultos

mayores ven mermadas sus capacidades físicas más la insidiosa aparición de problemas de salud mental, y de estos, es la depresión el que constituye uno de los padecimientos más frecuentes y discapacitantes, asociándose a una alta mortalidad. [12]

La depresión contribuye a elevar la morbi-mortalidad, disminuye la calidad de vida e incrementa costos del cuidado de la salud. A pesar de una mayor conciencia pública de la depresión y una gran variedad de tratamientos eficaces la depresión en los adultos mayores sigue siendo poco reconocida y mucho menos tratada. Es considerada una de las causas prevenibles y tratables del envejecimiento patológico. [13]

A sabiendas de las afectaciones que ocasiona la depresión en la población de adultos mayores tanto desde un punto de vista biológico como social es que nuestro estudio se centra en la población de Pascuales, una población que ha visto un progreso tardío y demorado en los aspectos sociales más vitales de su comunidad, tales como un deficiente servicio de alcantarillado o una falta de educación en la cultura de la salud. Así al obtener datos presentes de los factores de riesgo prevalentes en los adultos mayores que padecen de depresión en este sector, podremos conocer de primera mano el impacto que ocasiona estos diferentes factores biológicos, conductuales, sociales y económicos en el estado psicoafectivo del adulto mayor. Y una vez detectados la relación de estos con la depresión, sentaremos un precedente para que se priorice establecer nuevas estrategias para prevenir la depresión al evitar los factores que están ligados a esta. Así esperamos aportar con información valiosa para ayudar al cuidado de la salud de uno de los elementos más importantes en toda sociedad, el adulto mayor, puesto que todos les debemos nuestra gratitud, porque no se puede olvidar que gracias a su esfuerzo pasado es que disfrutamos de los avances del día de hoy. [13]

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1: EL ADULTO MAYOR Y EL ENVEJECIMIENTO

1.1 ADULTO MAYOR

Según la OMS, Las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. Hemos de tener claro también que el envejecimiento del adulto mayor es uno de los procesos naturales, en donde se presentan simultáneamente padecimientos en los que no hay una causa única de morbilidad, sino que predomina la multicausalidad, por lo tanto, las enfermedades en esta etapa de la vida van adquiriendo una manifestación clínica distinta, debido a su complejidad, latencia prolongada y a los daños irreversibles que afecta su funcionalidad. ^[15]

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países; el envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. ^[16]

Hay que recordar que la calidad de vida incluye verse como ingredientes esenciales antes y después de los 60 años de edad, del envejecimiento exitoso, con un sentido ético dictado por la medida en que esas personas mayores pobres tengan la posibilidad de envejecer activa y saludablemente; de igual manera, interviene la actividad física que aparece una y otra vez como un ingrediente esencial para lograr envejecer exitosamente además, cada día surgen más pruebas de los notables beneficios del ejercicio regular y moderado en lo que respecta a la longevidad. **[¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.]**

El Ministerio de salud Pública define al adulto mayor como aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio, con un nivel adecuado de adaptabilidad

funcional y satisfacción personal; según algunos autores las teorías se basan en sus cambios biológicos, psicológicos y cronológicos, las teorías biológicas se basan en los cambios anatomofuncionales del ser humano dando relevancia al sistema inmune, neuroendocrinos, del colágeno, genéticos y de los radicales libres, todos ellos hablan de las razones del aspecto actual del anciano, su deterioro físico, aparición de enfermedades en cierto sentido crónicas y sus nuevas habilidades que comienza a desarrollar por su edad; la expresión tercera edad es un término que hace referencia a la población de personas mayores de 65 años; en esta etapa el cuerpo se va deteriorando y, por consiguiente, es sinónimo de vejez. ^[18]

Por otro lado la calidad de vida del adulto mayor es la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez. ^[19]

A partir de los 60 a 65 años, aproximadamente, comienza una edad marcada por el desgaste progresivo de los distintos sistemas corporales; el tejido elástico del cuerpo se va perdiendo y es por ello que se nota menor flexibilidad en las articulaciones; asimismo, las capacidades sensoriales disminuyen considerablemente y los huesos se hacen más frágiles y quebradizos, por lo que son comunes las fracturas debidas a las caídas; esto no significa un declive de las capacidades cognitivas y psíquicas, de hecho, un individuo puede continuar disfrutando de mente ágil y eficiente hasta más allá de los 70 años, y más aún si se ha llevado una vida sana; el progreso de la ciencia médica, por otro lado, permite hoy aumentar la esperanza de vida de los ancianos y mejorar sus condiciones de salud. ^[20]

1.2 CLASIFICACIÓN DEL ADULTO MAYOR

De acuerdo con las Naciones Unidas el adulto mayor, comienza a los 65 años en los países desarrollados y a los 60 años en los países en vías de desarrollo. Además, la Organización Mundial de la Salud lo clasifica por rangos de edades desde los 60 a 74 años edad avanzada, de 75 a 90 años ancianos y mayores de 90 años como grandes viejos. [21]

Una clasificación más detallada del adulto mayor según su habilidad de autosostenerse se expondrá a continuación

- **Persona mayor autónoma.**

Incluye a los mayores de 65 años, sanos y afectos de enfermedades agudas o crónicas no potencialmente incapacitantes. Se estima que pueden constituir entre el 64 y el 75% de los mayores de 65 años, y en estudios realizados en Ecuador se encuentra un elevado nivel de autonomía hasta en el 85.7% de los mayores de 60 años. La intervención fundamental en este grupo deberá ser la preventiva. [22]

- **Persona mayor dependiente.**

Se refiere a la situación de dependencia, son aquellos pacientes con pérdida funcional importante en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, incapacitados en sus domicilios, situaciones terminales, ingresos hospitalarios y descompensaciones clínicas frecuentes, de tal forma que existe escasa posibilidad de revertir su estado funcional. [22]

- **Persona mayor frágil o de alto riesgo de dependencia.**

Este concepto indica situación de riesgo de dependencia, pero sin padecerla aún, siendo potencialmente reversible o pudiendo mantener la autonomía mediante una intervención específica. [22]

1.3 ENVEJECIMIENTO

Envejecer es probablemente la consecuencia de una serie de factores internos y externos, que interactúan sobre el organismo a lo largo del tiempo

y determinan finalmente un debilitamiento del equilibrio que culmina con la muerte; el envejecimiento es un proceso universal inevitable en el que ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades; el envejecimiento del ser humano es un proceso natural que comienza antes del nacimiento y continúa durante todo el ciclo de la vida; sin embargo no todas las personas envejecen de la misma forma, la evidencia científica describe que la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez están directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que se han tenido desde la infancia hasta la edad adulta. [23]

Los estilos de vida, la exposición a factores de riesgo y las posibilidades de acceso a la promoción de la salud, prevención y recuperación de la enfermedad en el transcurso de la vida, constituyen aspectos importantes en la calidad de vida y funcionalidad del adulto mayor; las características de la organización de la sociedad, especialmente en los sectores rurales que no cuentan con una red y sostén social sólido, dificultan un envejecimiento más saludable y la prevención de fallas funcionales evitables, restando incentivos para que el adulto mayor asuma un rol activo; las características sociales privadas de programas de integración: para educar, prevenir y promover estilos de vida saludable; para el adulto mayor restringen oportunidades de mantener activo e integrado al adulto mayor al interior de la sociedad al no tener un lugar propio. Dificultan desarrollar potencialidades y la autorrealización al no ofrecerle un rol a quien envejece; podría afirmarse que gran parte de las penurias físicas, económicas y psicosociales que acompañan al envejecer, no son atribuibles a la edad por sí misma, sino que son producto de la forma en que hoy está estructurada la sociedad; por lo anterior expuesto, se infiere en la necesidad de intervenir para corregir las discriminaciones generadas por la figura actual de la estructura de la sociedad; hay que actuar para que los adultos mayores puedan mejorar la capacidad de enfrentar más adecuadamente su proceso de envejecer. [24]

El trabajo intersectorial debe enfocarse al sentido de transmitir al adulto la información adecuada sobre su proceso y sobre la forma de enfrentarlo; capacitarlos en procedimientos que mejoren sus habilidades para enfrentar

situaciones estresantes, entrenarlos para resolver problemas, manejar conflictos y aceptar pérdidas, capacitarlos para que tengan una mejor disposición para el envejecer; por lo que es importante contar con una atención integral que abarque los aspectos biopsicosociales del adulto mayor en sentido de que el buen envejecimiento depende de la capacidad de mantener la autonomía; se requiere hacer hincapié en la realización de un programa de promoción que abarque los sectores rurales con una participación social con el fin de reducir el aislamiento, factor de riesgo que afecta negativamente a las personas mayores. [25]

CAPÍTULO 2: SINDROME DEPRESIVO EN EL ADULTO MAYOR

2.1 DEPRESION:

La depresión es una enfermedad médica en donde la persona tiene constantemente sentimientos profundos de tristeza, desmotivación y baja autoestima. La persona deprimida tiene síntomas físicos y psicológicos muy claros, como falta de apetito o comer en exceso, dormir mucho o no dormir, tristeza constante, llanto fácil, entre otros. [26]

Estados de duelo y de tristeza, podrían sugerir patología depresiva. En ambos el humor es triste, con tendencia al pesimismo y a la desesperanza, pero se impone el diagnóstico diferencial en estos casos. La depresión se acompaña de un sentimiento profundo de futilidad e incapacidad para experimentar placer. Las personas que sufren depresión tienen un enlentecimiento o descenso en prácticamente todos los aspectos de la emoción y el comportamiento. Las actividades básicas (alimentación, sueño y autocuidado) están afectadas, así como el curso del pensamiento, del lenguaje, y la sexualidad. [27]

La gravedad de la depresión varía ampliamente desde un retardo leve en el pensamiento y en general en las funciones cognitivas, hasta la presencia de síntomas psicóticos graves con autorreproches, ideas delirantes de contenido depresivo y alucinaciones. [28]

Es importante mencionar que la depresión del anciano difiere en varios aspectos de la que ocurre en sujetos más jóvenes. Según varios autores, la tristeza es uno de los síntomas menos comunes, en cambio la somatización, irritabilidad, insomnio, abatimiento funcional y alteraciones cognoscitivas son más frecuentes. La presentación atípica del trastorno depresivo es común en el adulto mayor siendo frecuentemente subdiagnosticada o subtratada, esto se debe al estigma asociado a la depresión y la creencia de que esta es parte normal del envejecimiento. [27, 28]

2.2 SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN

No todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia, y duración de los síntomas pueden variar según la persona y su enfermedad en particular. [29]

Entre los síntomas más destacables que podemos mencionar tenemos;

- Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad, o vacío
- Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo
- Sentimientos de culpa, inutilidad, y/o impotencia
- Irritabilidad, inquietud
- Pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales
- Fatiga y falta de energía
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones
- Insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado
- Comer excesivamente o perder el apetito
- Pensamientos suicidas o intentos de suicidio
- Dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento

2.3 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL SINDROME DEPRESIVO

Considerando los factores bio-psico-sociales, espirituales y culturales que interactúan dinámicamente en un individuo, entenderemos mejor la depresión en el anciano. En la vejez suelen ocurrir graves pérdidas: cónyuge, amistades, trabajo, rol en la familia y en la sociedad, etc. Esto pone en marcha mecanismos de adaptación que cuando no funcionan, conllevan a una pobre autoimagen y sentimientos de inferioridad. El grado de adaptación ante estas pérdidas, no solo será en función de recursos psicológicos, también dependerá de otros como económicos, sociales y familiares con los que cuente el anciano. ^[30]

El género es un factor de riesgo fiable para trastorno de depresión y para la mayoría de los trastornos de ansiedad, con un riesgo en mujeres de 1.5 – 2 veces mayor que en hombres. Una correlación idéntica en mujeres de edad mediana de 30 a 44 años, viudas, separadas o divorciadas, y de bajos ingresos o desempleadas. Se ha reportado una relación directamente proporcional entre la edad y la pobreza. Las mujeres exhiben una incidencia mayor de pobreza, tanto por sus condiciones de género, como por sus opciones generacionales y el trato sociocultural. También hay diferencias al comparar ancianos/as residentes en áreas urbanas, con las rurales. La incidencia de la pobreza es mayor en éstos últimos. ^[31]

La jubilación, la pérdida de estatus económico, la falta de oportunidades para continuar en un ambiente “productivo”, favorecerán en algunos, situaciones generadoras de frustración y síntomas depresivos. Es común que, ante estos fenómenos, la respuesta del sujeto vaya hacia el aislamiento, estableciendo una pobre interacción con su familia y sus amistades. Si bien estas pérdidas no son causa-efecto de la depresión, si existe una relación cronológica entre ellas y el inicio de los síntomas. Por otra parte, en la mayoría de los estudios de pacientes mayores el efecto representado por estas pérdidas no es suficiente para explicar la aparición de un cuadro depresivo. ^[32]

Muchos ancianos que han sufrido pérdidas importantes se deprimen, pero muchos más, en circunstancias similares, no lo hacen. Esto se explica a través de la resiliencia. El espectro psicológico involucra el tipo de personalidad desarrollada durante la vida premórbida. Personas con rasgos dominantes de carácter narcisista y obsesivo, son proclives a los síntomas depresivos en la vejez. El narcisismo lleva a una dependencia extrema de los demás, en quienes se depositan expectativas de gratificación y satisfacción de necesidades, de modo que la pérdida del “proveedor de bienes y afecto” es vivida como una mutilación o amenaza para la integridad psicológica. Por otra parte, para estar tranquilo, el individuo pretende embellecer su imagen a través del dinero y la búsqueda de medios para mantener la belleza física, la juventud y la salud. La vejez hace tambalear estas fantasías que, al no ser superadas, auspician cuadros depresivos. [31,32]

Los individuos con personalidad obsesiva emplean buena parte de su energía en modular reacciones agresivas para ahorrarse conflictos con los demás. En la vejez, con más dificultad para manejar la energía psíquica, y cierta tendencia a la autodevaluación, cualquier pérdida o amenaza de ella, aviva el componente hostil que se vierte hacia sí mismo, provocando vivencias de autodesprecio, desamparo, desesperanza, impulso por desaparecer y sentimientos de culpa [33]

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud de Pascuales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Recolectar Edad, género, tamaño de la familia, profesión, nivel educativo, estatus socio-económico presente en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud de Pascuales.
1. Determinar la prevalencia de los factores de riesgo del Síndrome Depresivo en los adultos mayores del Centro de Salud Pascuales.
2. Establecer si los factores conductuales, cognitivos y sociales están asociados al Síndrome Depresivo.
3. Identificar los Antecedentes Patológicos Personales asociados con el Síndrome Depresivo en los adultos mayores del Centro de Salud Pascuales.
4. Identificar los Antecedentes Patológicos Familiares asociados con el Síndrome Depresivo en los adultos mayores del Centro de Salud Pascuales.

HIPÓTESIS

El 70% de los factores biológicos conductuales, sociales y económicos que se encuentran expuestos los adultos mayores están relacionados como factores asociados a la depresión.

METODOLOGÍA

Este es un estudio con diseño descriptivo observacional y retrospectivo, en el que se recolectaron los datos necesarios mediante la revisión de las Historias Clínicas de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud de Pascuales periodo Enero 2017 – Junio 2017. Estos datos fueron obtenidos a partir de la base de datos obtenidos en el centro de salud antes mencionado.

Los datos fueron recolectados y se registraron en una base de datos con tablas en el programa Excel, tomando en cuenta las siguientes variables:

Variables Independientes:

- Edad
- Género
- Estado civil
- Tamaño de la familia
- Nivel educativo
- Antecedentes Patológicos Personales
- Antecedentes Patológicos Familiares

Variables Dependientes:

- Escala Geriátrica
 - Actividades básicas
 - Escala de Riesgo de Depresión

La operacionalización de las variables se detalla en el *Cuadro 1*.

Cuadro 1. Operacionalización de las variables.

Variable	Clasificación	Definición	Medición
Edad	Cuantitativa Discreta	Número de años de vida del paciente	Edad biológica encontradas en las historias clínicas
Sexo	Cualitativa Dicotómica	Sexo al momento del nacimiento	Masculino Femenino
Tamaño de la familia	Cuantitativa Discreta	Numero de Miembros en la Familia	Familia Pequeña 3 miembros Familia Regular 4 o 5 miembros Familia Grande más de 5 miembros
Profesión	Cualitativa Politómica	Actividad Laboral habitual	Ejercicio profesional actual o pasado
Nivel educativo	Cualitativa Politómica	Grado de Instrucción al que se ha llegado	Primaria Secundaria Universitario o Tercer Nivel
Estatus socio-económico	Cualitativa Politómica	Según recursos económicos existentes	Clase Baja Clase Media Clase Alta
Religión	Cualitativa Politómica	Creencia que se profesa	Católico Evangélico Testigo de Jehová No creyente
Antecedentes Patológicos Personales	Cualitativa Politómica	Patología Crónica que padece	Según el Antecedente Patológico determinado en la Historia Clínica
Antecedentes Patológicos Familiares	Cualitativa Politómica	Patologías de los Familiares de hasta 1er Nivel de Consanguinidad	Según el Antecedente Familiar determinado en la Historia Clínica
Depresión	Cualitativa Dicotómica	Presencia o Ausencia de Depresión	Según el diagnóstico determinado en la Historia Clínica

Fuente: Creado por García Canelos, Ángel Emilio.

POBLACIÓN

Las características que se tomaron a consideración para la selección de la población que se estudió incluyen a todos los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud de Pascuales durante el periodo de Enero del 2017 a Junio del 2017. Se obtuvo base de datos conformada por un Universo de 3000 números de historias clínicas de adultos mayores seleccionados de acuerdo a la fórmula del tamaño de la muestra con el 95% del nivel de confianza, un 5% de porcentaje de error y el 50% de distribución de las respuestas, obteniéndose una muestra de 322 números de historias clínicas mismas a la que le fue aplicada los criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Pacientes mayores de 60 años.
2. Pacientes adultos mayores que se les haya realizado el test de escalas geriátricas en el Centro de Salud Pascuales.
3. Pacientes que posean registro médico en el Centro de Salud Pascuales.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes con historias clínicas incompletas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se recolectará y tabulará la información de las historias clínicas en tablas de Excel para su posterior análisis estadístico.

Se determinará la frecuencia de los factores biológicos, conductuales, sociales, además de la asociación de factores de riesgo de la depresión en nuestra población.

Se clasificará a la población en grupos según el factor de riesgo al que están expuestos y si presentan o no morbilidades, esto con el fin de relacionar los datos entre sí para analizar el riesgo relativo y riesgo absoluto.

Se empleará además Odds Ratio para calcular el número de veces que es probable padecer depresión para aquellos adultos mayores que presentan determinado factor de riesgo.

Se verificará la significancia estadística de los datos obtenidos a través de la Prueba de Chi-cuadrado y se establecerá un intervalo de confianza del 95% y un valor de $p < 0.05$ como significativo.

RESULTADOS

La población estudiada fue de 322 pacientes adultos mayores donde se observan las siguientes características:

Con respecto a la edad el grupo etario más frecuente fue de 70 – 74 años (34%; 111/322) seguido por aquellos de 65-69 (21%; 68/322). (Tabla 1.) (Grafico 1.)

Tabla 1. Frecuencia por Edad

<i>Edad</i>	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>De 60 a 64</i>	40	12
<i>De 65 a 69</i>	68	21
<i>De 70 a 74</i>	111	34
<i>De 75 a 79</i>	52	16
<i>De 80 a 84</i>	39	13
<i>Más de 85</i>	12	4
<i>Total</i>	322	100.00

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el C.S. Pascuales

En cuanto a la diferencia entre sexos, es evidente que predomina el sexo femenino. En el estudio, el sexo femenino representó un 57% y el sexo masculino un 43%. La razón del sexo fue de 1.3:1, es decir, casi dos mujeres por cada hombre participaron en el estudio aproximadamente. (Tabla 2.) (Grafico 2.)

Tabla 2. Sexo

SEXO	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	
<i>Masculino</i>	140	43	0,21 ^(a)
<i>Femenino</i>	182	57	
Total	322	100	

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el C.S. Pascuales

(a) Asociada a prueba de Chi cuadrado

Como se muestra en la tabla #3, donde se describen las condiciones sociodemográficas de las pacientes en estudio, las *malas condiciones* de la vivienda predominan en 145 pacientes que representa el 45 %, seguida de las *regulares condiciones con* 100 pacientes para un 31%. De ellos 128 presentan un estado civil de *casadas* (40%) en el nivel de educación *bachiller* 157 pacientes (49 %), y el nivel de *secundaria* 102 (32%). (Grafico 3, 4, 5).

Tabla 3. Condiciones sociodemográficas

Condiciones sociodemográficas	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Tipo de vivienda		
<i>Buenas condiciones</i>	77	24
<i>Regulares condiciones</i>	100	31
<i>Malas condiciones</i>	145	45
Estado civil		
<i>Casada</i>	128	40
<i>Ex conviviente</i>	45	14
<i>Ex conyugue</i>	46	14
<i>Soltera</i>	26	8

<i>Unión libre</i>	41	13
<i>Viudo/a</i>	36	11
Nivel de educación		
<i>Primaria</i>	56	17
<i>Secundaria</i>	102	32
<i>Bachiller</i>	157	49
<i>Universitario</i>	7	2
Total	322	100.00

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el C.S. Pascuales

Entre los principales antecedentes patológicos personales que inciden en los pacientes adultos mayores destaca la hipertensión arterial (51%; 163/322) seguido por la diabetes mellitus (46%; 148/322). Y la menor causa según el estudio fue de complicaciones neurológicas (8%; 25/322) (Tabla 5.) (Grafico 7.)

Tabla 4. Antecedentes patológicos personales que inciden en los pacientes adultos mayores

APP	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
<i>Diabetes mellitus</i>	148	46
<i>Desnutrición</i>	67	21
<i>Hipertensión arterial</i>	163	51
<i>Complicaciones neurológicas</i>	25	8
<i>Otros</i>	35	11

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el C.S. Pascuales

Como se muestra en la tabla #6, donde se describen las variables sociales y funcionales de los pacientes en estudio, el no consumo de cigarrillo fue predominante con 241 pacientes que equivale a un 75% de los pacientes.

Cabe recalcar que 226 pacientes (70%) consumen alcohol semanal o diariamente, y de los cuales 137 (61%) de ellos según la escala de Yesavage tienen riesgo de padecer depresión. La condición anímica de los adultos mayores, medida con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, fue categorizada en dos grupos (con y sin riesgo). El (53,5 % presenta riesgo de padecer depresión y el 46,5 % se muestra sin riesgo (Grafico 8, 9, 10, 11, 12).

Tabla 5. Variables Sociales y funcionales

Variables

**Sociales y Depresión
funcionales**

	Sin Riesgo		Con Riesgo		Total		χ^2	Valor de p	
	n	%	n	%	n	%			
Consumo de cigarrillo									
<i>Si</i>	64	79	17	21	81	25	35.0	0,000*	
<i>No</i>	204	85	37	15	241	75			
Consumo de alcohol									
<i>Si</i>	89	39	137	61	226	70	28.4	0,000*	
<i>No</i>	57	59	39	41	96	30			
Apoyo Comunitario									
<i>Grupo religioso</i>	10	36	18	64	28	9	59.5	0,000*	
<i>Programa de salud</i>	20	8	219	92	239	74			
<i>Grupo deportivo</i>	3	20	12	80	15	5			
<i>Otro</i>	17	42	23	58	40	12			

Percepción de calidad de vida									
<i>Mala</i>	30	20	119	80	149	46	267,7	0,000*	
<i>Regular</i>	27	31	59	69	86	27			
<i>Buena</i>	33	59	23	41	56	17			
<i>Muy buena</i>	24	77	7	23	31	10			
Índice de Katz									
<i>Dependencia severa</i>	6	10	55	90	61	19	176,8	0,000*	
<i>Dependencia moderada</i>	31	38	51	62	82	25			
<i>Dependencia leve</i>	81	59	56	41	137	43			
<i>Independientes</i>	34	81	8	19	42	13			

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el C.S. Pascuales

*p<0.0001

DISCUSIÓN

El principal hallazgo de este estudio es que los riesgos de padecer síndrome depresivo en adultos mayores está fuertemente asociado a los factores causales directamente en una muestra de pacientes mayores de 60 años que acudieron a la consulta de en el Centro de Salud Pascuales en el periodo estudiado.

Dentro de los antecedentes patológicos personales la gran mayoría sufrió un tipo de trastorno metabólico o enfermedad hipertensiva. Encabezado por la hipertensión arterial con ciento sesenta y tres pacientes (51%) y la diabetes mellitus con ciento cuarenta y ocho pacientes (46%), los cuales tuvieron un porcentaje similar.

Con respecto al grupo etario más frecuente, fue el rango entre los 70 a los 74 años con ciento once pacientes (34%). Seguido por las pacientes entre los 65 a 69 años de edad con setenta y ocho pacientes (21%). Tiene una tendencia a disminuir la frecuencia de depresión en adultos mayores conforme aumentan la edad luego de los 75 años, con un pico a comienzos de los setenta. Esto se debe a que luego de los setenta y cinco años, la frecuencia de decesos aumenta, y existen menos pacientes luego de los ochenta años.

El sexo que predominó fue el femenino con ciento ochenta y dos pacientes (57%) seguido por el masculino con ciento cuarenta pacientes (43%). No hay mucha diferencia respecto a ambos sexos, solo una ligera mayoría en mujeres que quizás se deba a la sociedad con predominancia masculina en la que viven.

En el presente estudio se muestra que los pacientes adultos mayores se hallaron con más frecuencia en los niveles medio de nivel de escolaridad. Este hecho propone que los muchos factores sociodemográficos tienen una íntima relación con la depresión en adultos mayores.

Se apreció que el tener un título profesional es un factor que previene la depresión, un mayor porcentaje de pacientes eran pacientes sin título

universitario o no habían terminado el colegio, es decir que el tener menor educación, es un factor de riesgo para ser víctima de una depresión mayor,

El estado civil también jugó un papel importante sobre los pacientes, siendo el estado de casado/a el más frecuente con un 40%, en comparación con las pacientes que tuvieron un ex conyugue (14%) lo cual deduce que al estar casados tienen a alguien a su lado y no están solos por lo que el riesgo de padecer depresión es más bajo.

Al correlacionar la escala de riesgo de depresión geriátrica de Yesavage con variables en estudio se obtuvo que el consumo de cigarrillo no es un factor de riesgo para presentar síndrome depresivo, mientras que los pacientes consumidores de alcohol si se vieron relacionados en mayor porcentaje con riesgos de depresión (61%). Los adultos mayores que admiten no sentirse a gusto con su vida presentan factor de riesgo de depresión en un porcentaje de 90%, al igual que los pacientes con dependencia severa el 90% de pacientes presentan riesgo de depresión.

CONCLUSIONES

La depresión es una patología seria y frecuente en los ancianos que, además de ocasionar sufrimiento y deterioro en la calidad de vida de quien la padece y su familia, se suele constituir en un factor de riesgo de morbimortalidad en este grupo de edad. A pesar de la elevada prevalencia del trastorno, usualmente es subdiagnosticado y subtratado. Tiene diferencias significativas en cuanto a presentación clínica, semiología, pronóstico y tratamiento, con respecto al trastorno depresivo observado en otros grupos etarios. Algo importante que debemos resaltar es que hay varias causas que resaltan entre otras como lo son, la edad avanzada, la incapacidad de realizar actividades físicas independientes, sino con ayuda de otros, personas que tienen una mala percepción de la calidad vida o que no están a gusto con su vida.

El nivel socioeconómico tiene un papel muy importante puesto que la mayoría de los pacientes en estudio eran de un nivel económico bajo o el lugar, tipo de vivienda también influyen mucho en el desarrollo de un estado depresivo.

Según los resultados obtenidos, casi la mitad de las pacientes (34%) pertenecen al rango de edad entre los 70 a 74 años, lo cual indica que este problema se manifiesta con mayor frecuencia en la etapa con cambios radicales en la vida de los pacientes, como dejar de trabajar, quedarse en casa, que dejen de tomarle importancia, que fácilmente pueden ser prevenibles con charlas familiares. Así mismo el conjunto de aspectos sociodemográficos no favorables nos da a entender que puede ser un factor de riesgo importante al momento de prevenir la depresión en adultos mayores, ya que estaba presente en un 100% de los casos estudiados.

Considerando que la depresión en nuestro país es frecuente en las consultas externas, no solo de psiquiatría sino también en la consulta general y de la información recopilada que conocemos en los textos literarios se determina que en virtud de estas patologías hay datos estadísticos significativos de suicidio como el factor psicosocial más importante, y conociendo además que la depresión es reconocida como un problema de

salud pública y como enfermedad social es también frecuente en nuestro medio. La importancia de este estudio fue evidenciar que los factores conductuales, sociales y económicos están relacionados con el síndrome depresivo para así poder ofrecer un tratamiento ideal a estas pacientes y a sus familias, llevando un control con ayuda de trabajo social del hospital.

El conocimiento y la familiarización del médico y el personal de la salud con dicho trastorno y sus particularidades, son necesarios con el fin de poder realizar la detección y tratamiento oportuno del mismo, y de esta forma reducir el impacto negativo que tiene en el paciente, la familia y la comunidad en general.

ANEXOS

Grafico 1.

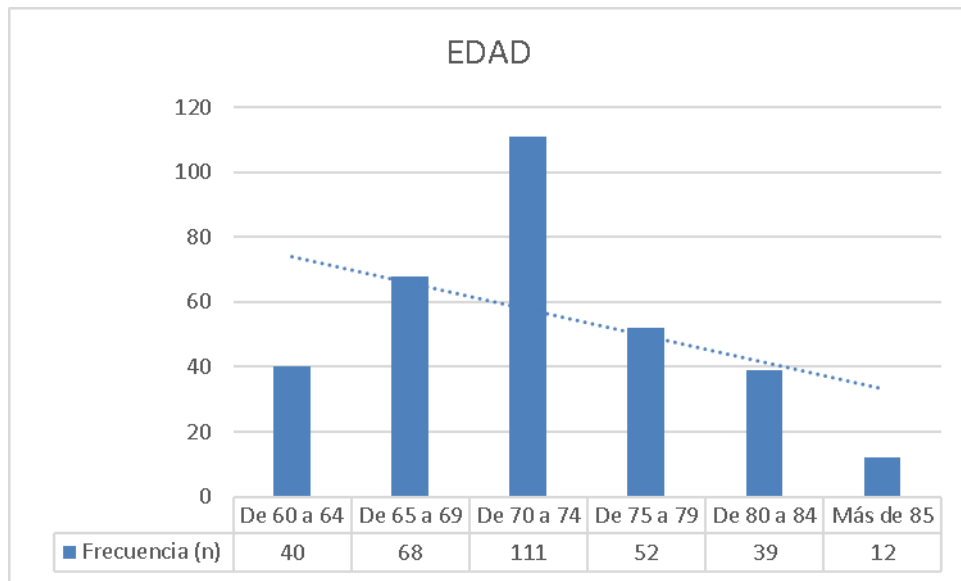


Grafico 2.

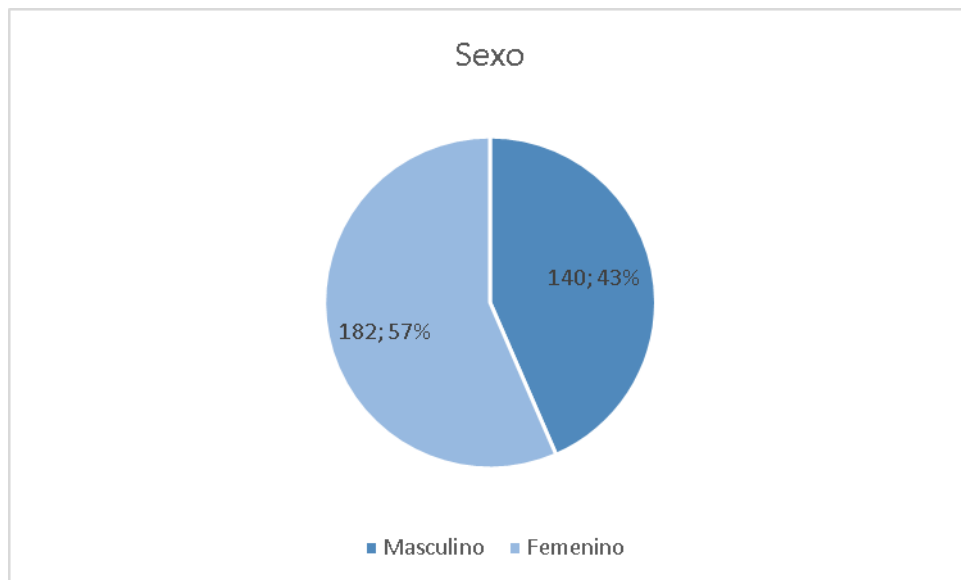


Grafico 3.

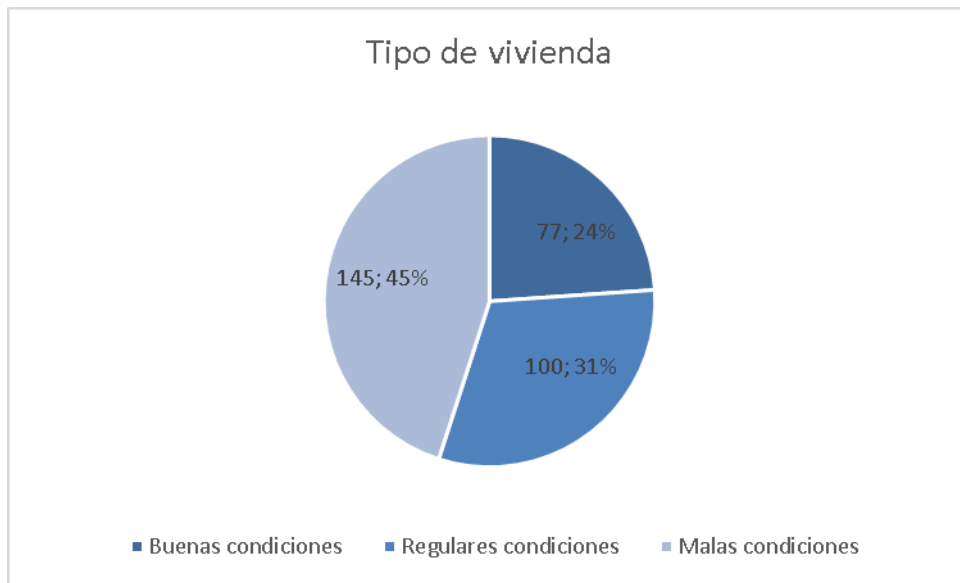


Grafico 4.

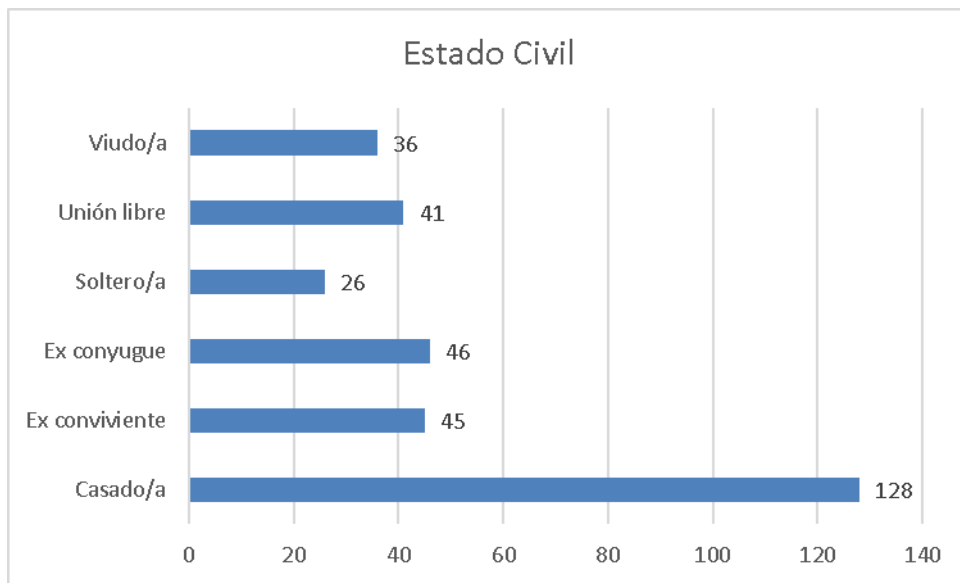


Grafico 5.

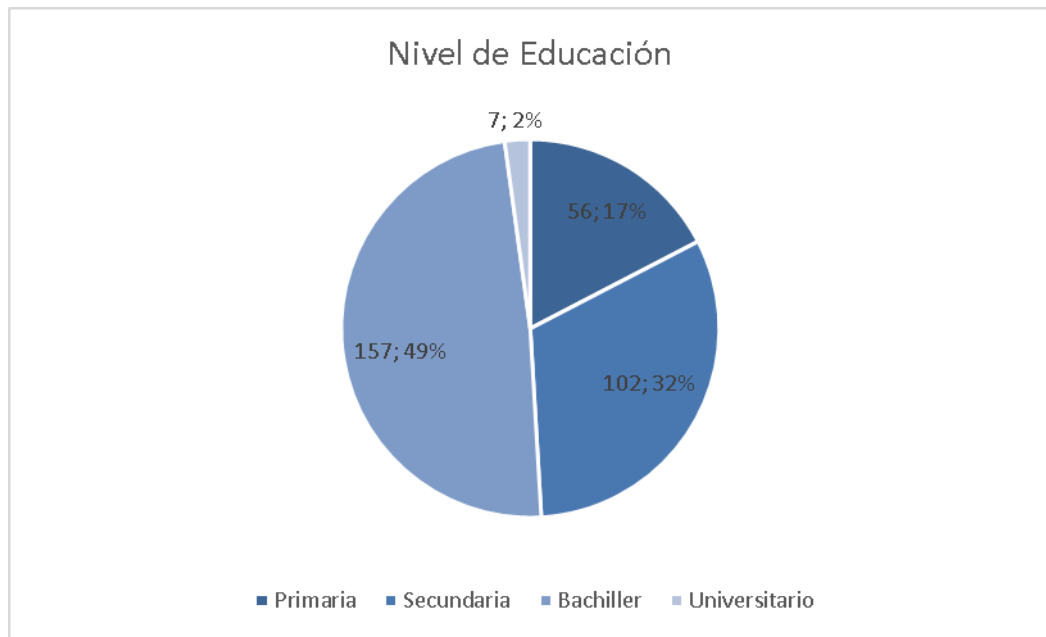


Grafico 6.

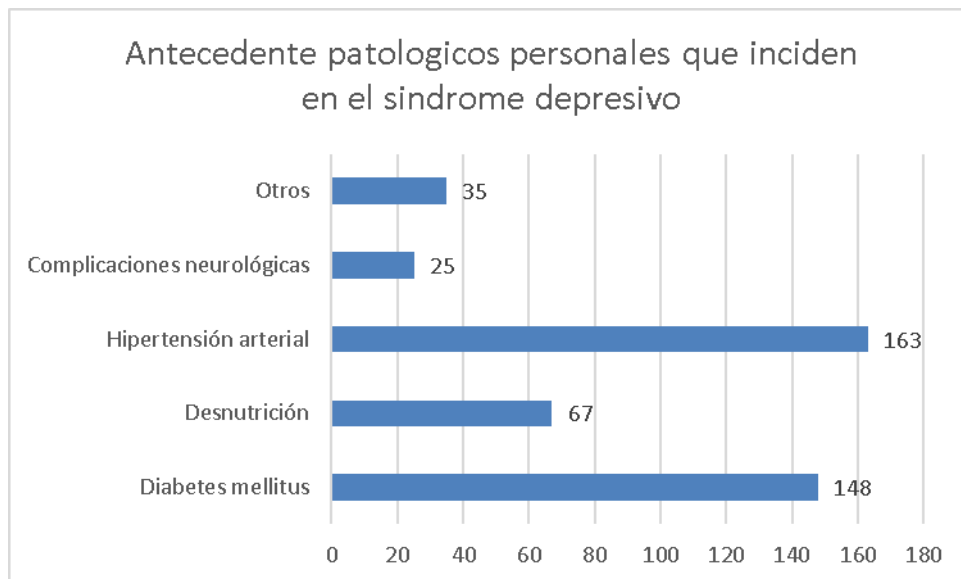


Grafico 7.

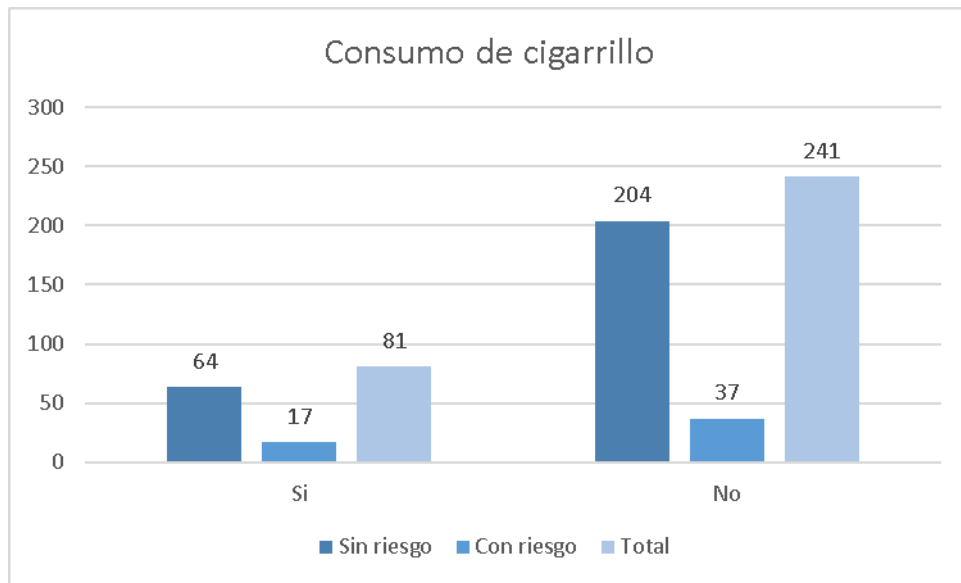


Grafico 8.

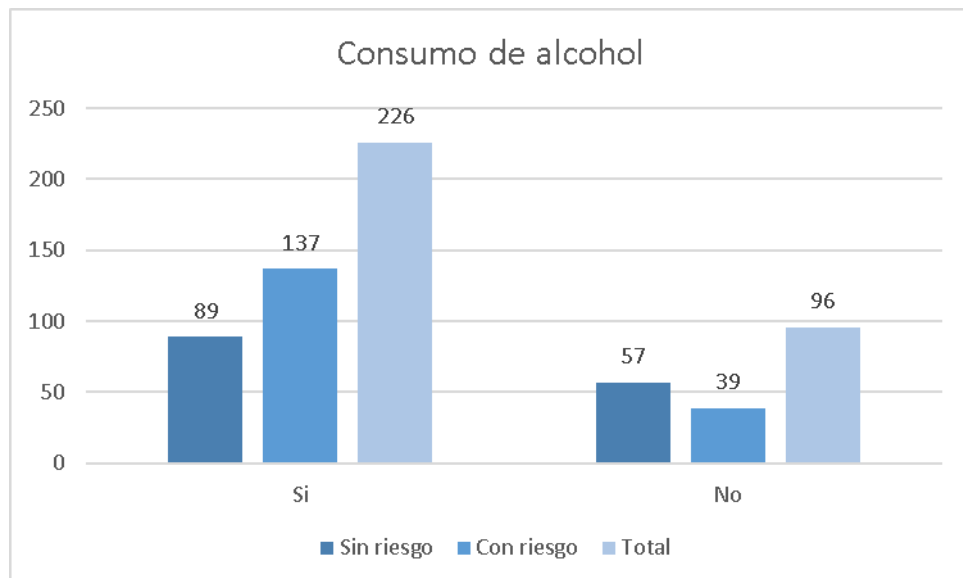


Grafico 9.

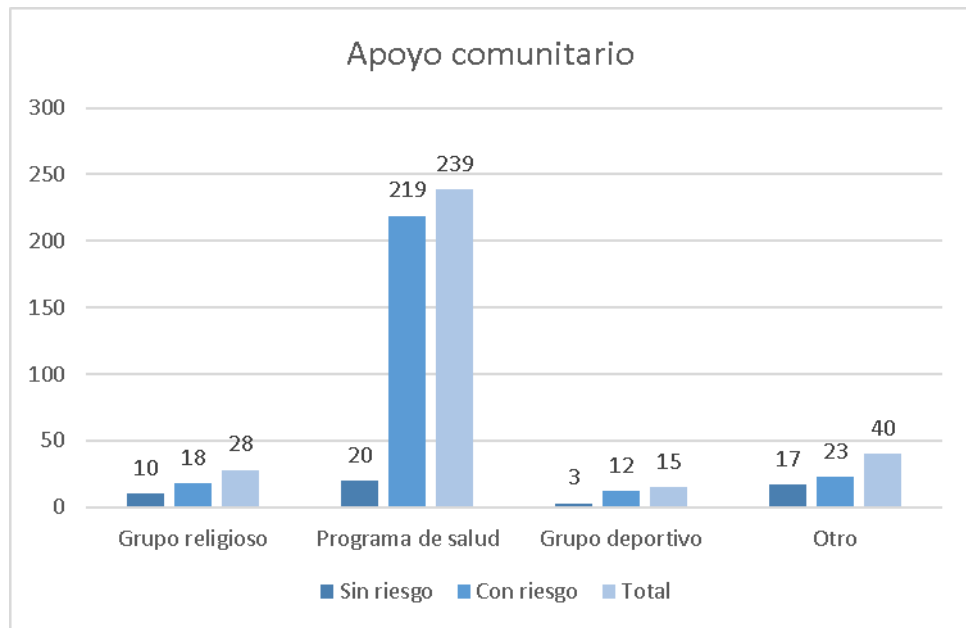


Grafico 10.

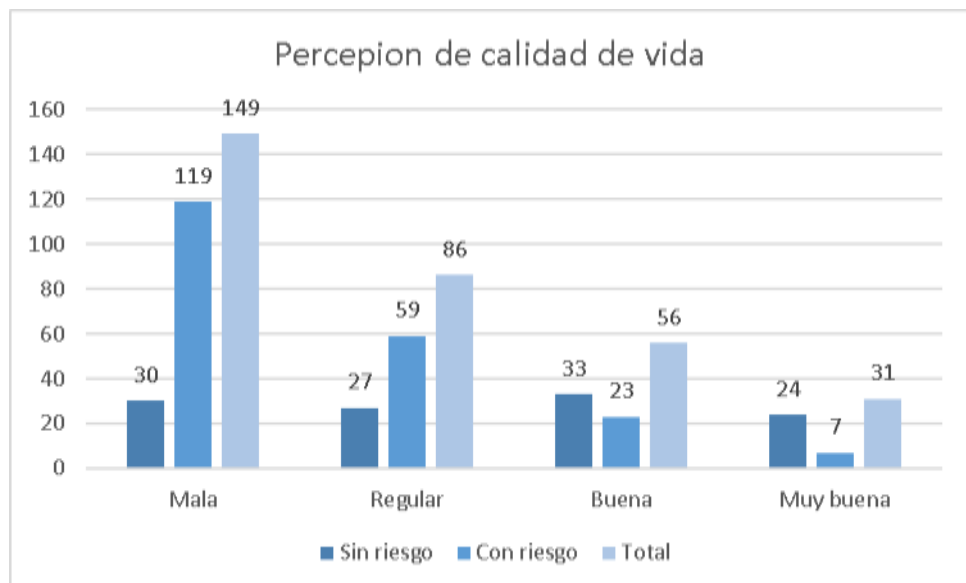


Grafico 11.

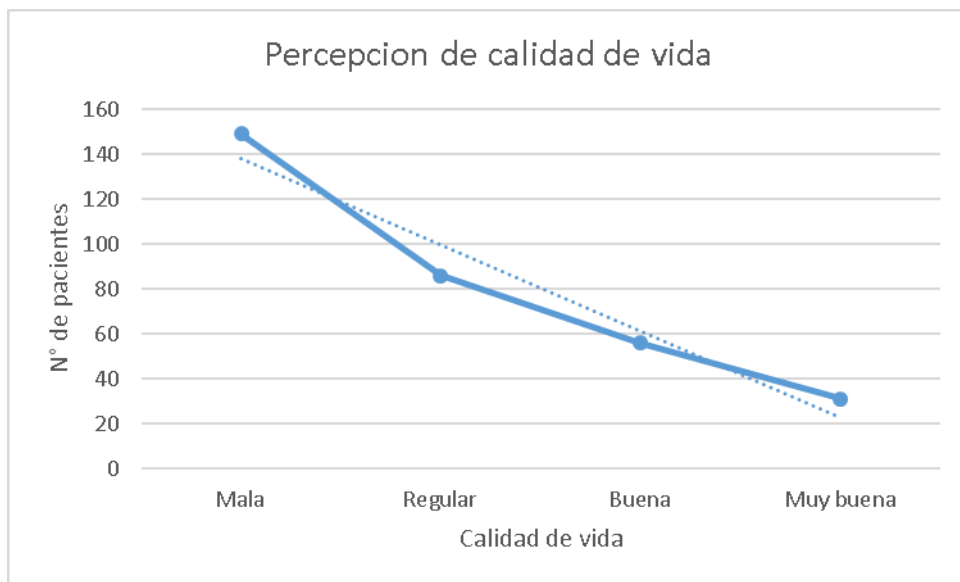
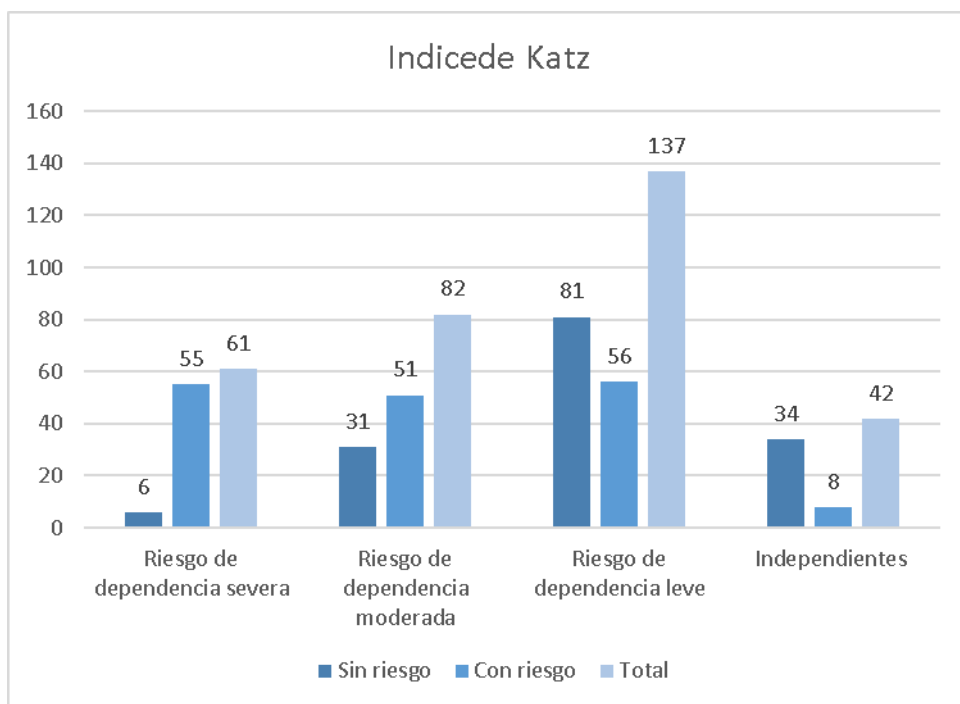


Grafico 12.



BIBLIOGRAFÍA

1. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018 [cited 15 January 2018]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
2. Envejecimiento y salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018 [cited 15 January 2018]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
3. Datos interesantes acerca del envejecimiento [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2016 [cited 29 January 2018]. Available from: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
4. Mitchell C. La cantidad de personas mayores de 60 años se duplicará para 2050; se requieren importantes cambios sociales | OPS OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2018 [cited 29 January 2018]. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11302%3Aworld-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es
5. Lara R, Velarde Lasso A, Mena Jácome M, Álvarez Yáñez P. MANUAL PARA CUIDADORES DE LA PERSONA ADULTA MAYOR DEPENDIENTE. 1st ed. Quito: Dirección Provincial de Salud de Pichincha; 2011.
6. Silk S. La tercera edad y la depresión [Internet]. <http://www.apa.org>. 2018 [cited 29 January 2018]. Available from: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/edad.aspx>
7. Oxandabarat A. OPS/OMS Uruguay - Depresión y demencia son los trastornos mentales que más afectan a los mayores de 60 años en el mundo | OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2018 [cited 29 January 2018]. Available from: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article

&id=760:depression-demencia-son-trastornos-mentales-que-mas-afectan-mayores-60-anos-mundo&Itemid=245

8. Este 7 de abril se celebra el Día Mundial de la Salud, con el tema “Depresión: Hablemos” – Ministerio de Salud Pública [Internet]. Salud.gob.ec. 2018 [cited 29 January 2018]. Available from: <http://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depression-hablemos/>
9. Gutiérrez Robledo L, Gutiérrez Ávila J. Envejecimiento Humano. Una visión transdisciplinaria [Internet]. SECRETARÍA DE SALUD. 2015 [cited 29 January 2018]. Available from: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/48972190/00_LIBRO_ENVEJECIMIENTO_HUMANO_2012.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1517210388&Signature=NjHiu2wkDMTqjRFcLcptmCR38I%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DLIBRO_ENVEJECIMIENTO_HUMANO.pdf
10. Envejecimiento y ciclo de vida [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2018 [cited 29 January 2018]. Available from: <http://www.who.int/ageing/es/>
11. Equipos de atención mejoran calidad de vida al adulto mayor en Gualea – Ministerio de Salud Pública [Internet]. Salud.gob.ec. 2018 [cited 29 January 2018]. Available from: <http://www.salud.gob.ec/equipos-de-atencion-mejoran-calidad-de-vida-al-adulto-mayor-en-gualea/>
12. Escobar N. OPS/OMS Ecuador - PLAN DE ACCIÓN PARA LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR | OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2018 [cited 29 January 2018]. Available from: http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=92:plan-accion-atencion-adulto-mayor&Itemid=298

13. Depresión en el Adulto Mayor [Internet]. Imss.gob.mx. 2018 [cited 29 January 2018]. Available from: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/preguntas-de-salud/depresion-adultomayor>
14. Telégrafo E. Pascuales tiene el aroma de campo fértil [Internet]. El Telégrafo. 2013 [citado 16 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://tinyurl.com/jomekt5>
15. Vera Martha. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. An. Fac. med. [Internet]. 2007 Sep [citado 2018 Ene 29] ; 68(3): 284-290. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832007000300012&lng=es.
16. Rodríguez Blanco Lidia, Sotolongo Arró Olga, Luberta Noy Gladys, Calvo Rodríguez Marina. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico "Cristóbal Labra". Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2013 Mar [citado 2018 Ene 29] ; 29(1): 64-75. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000100009&lng=es.
17. Guerrero N, Yépez MC. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. Rev Univ. salud. 2015;17(1):121-131
18. Todd Jewell, R, Rossi, Máximo, & Triunfo, Patricia. (2007). EL ESTADO DE SALUD DEL ADULTO MAYOR EN AMÉRICA LATINA. Cuadernos de Economía, 26(46), 147-167. Retrieved January 29, 2018, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-47722007000100006&lng=en&tlng=es.
19. Rodríguez Blanco Lidia, Sotolongo Arró Olga, Luberta Noy Gladys, Calvo Rodríguez Marina. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico "Cristóbal Labra". Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2013 Mar [citado 2018 Ene 29] ; 29(1): 64-75. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000100009&lng=es.

20. Alvarado García Alejandra María, Salazar Maya Ángela María. Descubriendo los sentimientos y comportamientos que experimenta el adulto mayor con dolor crónico benigno. Gerokomos [Internet]. 2016 Dic [citado 2018 Ene 30] ; 27(4): 142-146. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000400003&lng=es.
21. Alonso Galbán Patricia, Sansó Soberats Félix José, Díaz-Canel Navarro Ana María, Carrasco García Mayra, Oliva Tania. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2007 Mar [citado 2018 Ene 29] ; 33(1): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es.
22. SANHUEZA PARRA MARCELA, CASTRO SALAS MANUEL, MERINO ESCOBAR JOSÉ M.. ADULTOS MAYORES FUNCIONALES: UN NUEVO CONCEPTO EN SALUD. Cienc. enferm. [Internet]. 2005 Dic [citado 2018 Ene 29] ; 11(2): 17-21. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532005000200004>.
23. Megret Caballero Ana, Naranjo Arroyo Migdalia, Fong González Yoandra. Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2002 Mar [citado 2018 Ene 29] ; 18(1): 43-49. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000100008&lng=es.
24. Ruiz-Dioses Lourdes, Campos-León Marisela, Peña Nelly. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de

- atención, Callao 2006. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2008 Oct [citado 2018 Ene 29] ; 25(4): 374-379. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342008000400005&lng=es.
25. Romero Cabrera AJ. Perspectivas actuales en la asistencia sanitaria al adulto mayor. Rev Panam Salud Publica. 2008;24(4):288–94.
26. CENETEC. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención [Internet]. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 2014 p. 8 - 10. Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GPC_DEPRESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf
27. Domínguez Arcila J. Depresión: Una enfermedad común en el adulto mayor [Internet]. Sura.com. 2013 [cited 15 January 2018]. Available from: <https://www.sura.com/blogs/calidad-de-vida/depresion-comun-adulto-mayor.aspx>
28. Hoyl M Trinidad, Valenzuela A Eduardo, Marín L Pedro Paulo. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. Rev. méd. Chile [Internet]. 2000 Nov [citado 2018 Ene 29] ; 128(11): 1199-1204. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872000001100003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872000001100003>.
29. NIMH » Depresión [Internet]. Nimh.nih.gov. 2018 [cited 30 January 2018]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/index.shtml#pub1>
30. Márquez Cardoso E, Soriano Soto S, García Hernández A, Falcón García M. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. 2018.

31. Bastidas-Bilbao, Hamer. (2014). Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. *Revista de Psicología (PUCP)*, 32(2), 191-218. Recuperado en 29 de enero de 2018, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472014000200001&lng=es&tlng=es.
32. Álvaro-Estramiana J, Garrido-Luque A, Schweiger-Gallo I. Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología*. 2010;68(2):333-348. Ff
33. Albala Cecilia, Sánchez Hugo, Lera Lydia, Angel Bárbara, Cea Ximena. Efecto sobre la salud de las desigualdades socioeconómicas en el adulto mayor: Resultados basales del estudio expectativa de vida saludable y discapacidad relacionada con la obesidad (Alexandros). *Rev. méd. Chile [Internet]*. 2011 Oct [citado 2018 Ene 29] ; 139(10): 1276-1285. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011001000005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011001000005>.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **García Canelos, Ángel Emilio**, con C.C: # **0918827619** autor/a del trabajo de titulación: ***Factores asociados al Síndrome Depresivo en los adultos mayores del Centro de Salud Pascuales en el periodo Enero 2017 – Junio 2017***, previo a la obtención del título de Médico en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil 2 de mayo del 2018

f. _____

Nombre: **García Canelos, Ángel Emilio**

C.C: **0918827619**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Factores asociados al Síndrome Depresivo en los adultos mayores del Centro de Salud Pascuales en el periodo enero 2017 – junio 2017		
AUTOR(ES)	García Canelos, Ángel Emilio		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Benítez Estupiñán Elizabeth María		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Medicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	2 de mayo del 2018	No. DE PÁGINAS:	48
ÁREAS TEMÁTICAS:	Depresión en el adulto mayor		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Adulto Mayor, Depresión, Calidad de Vida, Envejecimiento, Estado Psicoafectivo.		
<p>Introducción: Las personas de 60 años o mayores realizan aportaciones valiosas a la sociedad como miembros activos de la familia, voluntarios y participantes activos en la fuerza de trabajo. Aunque la mayoría de las personas mayores tienen una buena salud mental, muchos corren el riesgo de presentar depresión asociada a múltiples factores causales, la misma que afectara varios ámbitos en la calidad de vida del adulto mayor.</p> <p>Objetivo: Determinar los factores asociados al síndrome depresivo presente en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud de Pascuales. Materiales y Métodos: Estudio con diseño descriptivo de corte transversal de prevalencia, observacional, retrospectivo, correlacional, analítico de cohorte en el que se recolectaron los datos necesarios mediante la revisión de 322 Historias Clínicas, obtenidos a partir de la base de datos obtenida en el Centro de Salud de Pascuales.</p> <p>Resultados: La edad el grupo etario más frecuente fue de 70 – 74 años (34%; 111/322). El sexo femenino represento un 57% y el sexo masculino un 43%. Las malas condiciones de la vivienda predominan en 145 pacientes que representa el 45 %, seguida de las regulares condiciones con 100 pacientes para un 31%. De ellos 128 presentan un estado civil de casadas (40%) en el nivel de educación bachiller 157 pacientes (49 %), y el nivel de secundaria 102 (32%). La condición anímica de los adultos mayores, fue categorizada en dos grupos (con y sin riesgo). El (53,5 % presenta riesgo de padecer depresión y el 46,5 % se muestra sin riesgo.</p> <p>Conclusiones: La depresión en el adulto mayor está más asociado a la dificultad para relacionarse con su entorno físico y afectivo, que a la condición biológica del padecimiento; situación que se podría prevenir si se refuerzan los lazos familiares y se propende por un envejecimiento más activo y funcional.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	García Canelos, Ángel Emilio	Cell: 0999750783 E-mail: angelemil23@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: VASQUEZ CEDEÑO DIEGO ANTONIO		
	Teléfono: 0982742221		
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec.com		



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA	
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	